

KVH *journal*

DAS INTERNET DER ÄRZTE

*Warum es höchste Zeit ist,
sich KV-SafeNet anzuschaffen*



MASERNKAMPAGNE

Wann ist die Impfung Kassenleistung?

WISSENSCHAFT

Leben Dicke länger?

Das KVH-Journal enthält wichtige Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in diese Ausgabe.

IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die
Meinung des Autors und nicht unbedingt
die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 10/2016 (Oktober 2016)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Im Moment haben wir ein Henne-Ei-Problem: Viele Ärzte und Psychotherapeuten würden sich einen KV-SafeNet-Anschluss zulegen, wenn es genügend Anwendungen für die tägliche Praxis gäbe oder wenn wenigstens der Mail-Kalender gut gefüllt wäre mit den Adressen der Kollegen. Aber so lange das nicht so ist, wartet man lieber ab – was dazu führt, dass sich die gewünschten Umstände einfach nicht einstellen wollen, weil sich die anderen genauso verhalten.

Diese Probleme gibt es bei jeder neuen Technologie. Selbst das Handy war nicht sofort ein Renner, als die ersten klobigen „Briketts“ auf den Markt kamen. Und jetzt erleben wir im Gesundheitswesen, wie schwer es ist, eine gewohnte Technologie durch eine neue zu ersetzen – selbst wenn man sich den Wechsel-Gründen gar nicht verschließen mag. Finanzielle Förderung ist da gar nicht so entscheidend – es ist die Frage, ob die neue Technologie den Arbeitsalltag erleichtert.

Für die Vertragsärzte- und -psychotherapeuten-schaft ist es aber neben dem Umstieg auf eine zukunftsfähige Technologie vor allem aus strategischen Gründen wichtig, SafeNet zu pushen. Nur wenn es viele Anwender gibt, nur wenn viele Ärzte und Psychotherapeuten am eigenen Netz angeschlossen sind, werden Krankenkassen und Bertelsmänner mit ihren Bemühungen scheitern, die Hoheit über den Datenfluss und damit die Daten zu erhalten.

Es ist also im eigenen Interesse, sich mit der Anschaffung von KV-SafeNet zu beschäftigen – am besten in diesem KV-Journal und bei unserer Messe im November (siehe Ankündigung Seite 15).

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Warum das Gesundheitssystem eine digitale Infrastruktur braucht
- 08_ Datenaustausch:
Das „Internet“ der Ärzte
Wer knüpft mit am digitalen Netz?
Drei Komponenten der sicheren digitalen Kommunikation
Darum ist das sichere Netz so sicher

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_ Fragen und Antworten
- 17_ Psychotherapie: Durchschlag „b“ des Musters PTV 7 entfällt
- 18_ Neue „Chronikerbescheinigung“
Muster 55
Pflegeheim: Dürfen Vertragsärzte ihre mobile Karten-Lesegeräte an Hilfsmittellieferanten weitergeben?
- 19_ Namensänderung: Das „Medizinische Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung“ heißt jetzt Simi
- 20_ Übersicht: In welchen Fällen ist kurative Mammographie gerechtfertigt?

ABRECHNUNG

- 21_ „F“-Kennzeichnung: Aktualisierte Diagnoseliste für Kinderärzte
Weiterentwicklung der humangenetischen GOP
Abgabe der Abrechnung 3/2016



QUALITÄT

- 22_ Röntgen bei Verdacht auf Sinusitis?**
Screening auf Mukoviszidose für Neugeborene wird Kassenleistung
- 23_ Qualitätsmanagement-Seminare:**
„Konfliktmanagement: Tatort Praxis“,
„Personalmanagement“,
„Risikomanagement“

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 24_ Fluorchinolone: FDA warnt vor**
schwerwiegenden Nebenwirkungen
Vorsicht Regressgefahr:
Comfeel plus Wundverband und
pH-Indikatorstäbchen
- 25_ Arzneimittel mit fiktiver Zulassung**
dürfen nicht verordnet werden
- 26_ Masernkampagne in Hamburg:**
Wann ist die Impfung Kassen-
leistung?
- 27_ Arzneimittelkommission:**
Bitte melden Sie Medikationsfehler!

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie **Formulare, Anträge und Verträge** herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patienten-flyer, KV-Veröffentlichungen und eine **erweiterte Arztsuche** für Mitglieder.

RUBRIKEN

- 02_ Impressum**
03_ Editorial

NETZWERK EVIDENZ- BASIERTE MEDIZIN

- 28_ Dicke leben länger**

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 31_ Bekanntmachungen im
Internet**

KOLUMNE

- 33_ Hontschiks „Diagnose“**

KV INTERN

- 34_ Steckbrief:**
Dr. Christoph Bäumer
- 35_ Terminkalender**

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 8 bis 14: Iconimage/
Fotolia; Seite 13: P4rk/Fotolia, Iakhiidmytro/
Fotolia, Blankstock/Fotolia; Seite 15: Wave-
breakmediaMicro/Fotolia; Seite 17: Felix Faller/
Alinea; Seite 19: Yuris Arcurs Photography;
Seite 22: Alona_s/Fotolia; Seite 26: Behörde für
Gesundheit und Verbraucherschutz/Kwh-Design;
Seite 33: Barbara Klemm
Icons: iStockfoto

Befürworten Sie die Schaffung eines digitalen Gesundheitsnetzwerks in Hamburg?



Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz
der Freien und Hansestadt Hamburg

Im Vordergrund steht der Nutzen

Beim Aufbau einer Telematikinfrastruktur ist es wichtig, Anwendungen einzuführen, die Patientinnen und Patienten ebenso zu Gute kommen wie den Akteuren im Gesundheitswesen. **Im Zentrum der weiteren Entwicklungen müssen also die Bedürfnisse beider Seiten stehen, nicht etwa das technisch Machbare.** Das Ziel muss es sein, eine verlässliche und sichere Infrastruktur aufzubauen. Ich begrüße es, dass die Vertragsärzteschaft aus eigener Initiative eine solche Infrastruktur entwickelt hat. Wenn es gelingt, andere Sektoren des Gesundheitswesens, wie Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, in dieses digitale Netz einzubinden, kann die Versorgung verbessert werden. Diese Gesamtlösung sollte aber darüber hinaus auch in eine künftige bundesweite Telematikinfrastruktur migrierbar sein. ■



Dr. Claudia Brase

Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft

Vernetzung ist überfällig

Eine digitale Vernetzung zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten begrüßen wir nachdrücklich, mehr noch: Sie ist längst überfällig. **Das Zeitalter der Insellösungen sollte eigentlich Geschichte sein, einheitliche technologische Standards sind mehr als überfällig.** Wer jetzt in digitale Kommunikation investiert, muss die Sicherheit haben, dass diese Technologie Bestand hat und es ermöglicht, flächendeckend mit Ärzten und anderen Krankenhäusern in Deutschland zu kommunizieren. Der sichere Kommunikationskanal, wie ihn das KV-SafeNet bietet, ist jedoch nur das Eine. Das Andere ist, für die Anwender in der Praxis Zusatznutzen zu schaffen. Dafür müssen die neuen Kommunikationswege in die Prozessabläufe in Krankenhaus und Praxis sinnvoll integriert werden. Ein Bekenntnis zu einheitlichen technologischen Standards würde viele Wege für eine flächendeckende Umsetzung ebnen. Die unterschiedlichen Softwarelösungen könnten besser miteinander verzahnt werden, und gerade die notwendigen und teuren anwenderorientierten Anpassungen könnten mit einer bundesweiten Perspektive kostengünstiger und mit höherer Priorität umgesetzt werden. Investitionen in die IT sind aufwändig und haben einen kurzen Lebenszyklus. Daher bedarf es sowohl einer Anschubfinanzierung als auch der Sicherheit, in den nächsten Jahren in der deutschlandweiten Telematikinfrastruktur mit dem bis dahin unter Nutzung des KV-SafeNet Geschaffenen weiterarbeiten zu können. ■



Dr. Heinz-Hubert Breuer

Internist und Teilhaber einer kardiologischen Gemeinschaftspraxis

Wir können selbst Fakten schaffen

Dass sich die Ärzte an ein künftiges digitales Gesundheitsnetzwerk anschließen müssen, ist ausgemachte Sache. Es steht im Gesetz. Die Frage ist nur: Was für ein Netzwerk wird das sein? Wir können durch die Beteiligung am sicheren Netz der KVen (SNK) selbst Fakten schaffen, um die Strategie der Eigenständigkeit der Ärzte zu unterstützen. Unsere überörtliche Gemeinschaftspraxis hat bereits einen KV-SafeNet-Router. Wir nutzen diesen Anschluss unter anderem, um die Honoraranteile der Ärzte innerhalb unserer Praxis nachvollziehbar zu machen. Der Honorarbescheid, den wir von der KV bekommen, bezieht sich ja lediglich auf die Gesamtpraxis. Über SafeNet haben wir darüber hinaus Zugriff auf unsere Daten in der ursprünglich von der KV erstellten Form und können nach Arztnummern differenzieren. Das macht die Abrechnung für die Praxisteilhaber transparent. **Jetzt muss die Entwicklung weitergehen: Ich hoffe, dass es bald genug SafeNet- und KV-Connect-Nutzer gibt, um den Austausch sicherer E-Mails zur Standard-Kommunikation im Hamburger Gesundheitswesen zu machen.** ■

VON STEPHAN HOFMEISTER

Das „Internet“ der Ärzte

Es gibt zwei triftige Gründe, jetzt KV-SafeNet zu nutzen:
Man ist datenschutzrechtlich auf der sicheren Seite.
Und man stärkt den Einfluss der Ärzteschaft bei der Digitalisierung
des deutschen Gesundheitswesens.

Immer wieder liest man, dass personenbezogene Daten missbräuchlich verwendet oder gestohlen werden. Ich teile die Sorge, dass auf zentralen Servern gespeicherte Patientendaten in die falschen Hände geraten könnten. Deshalb sollten wir misstrauisch bleiben, wenn uns Industrievertreter große E-Health-Projekte schmackhaft machen wollen, deren Risiken wir nicht überblicken können. Wem der Datenschutz am Herzen liegt, der sollte allerdings nicht nur die großen Gefahrensze-

narien, sondern auch alltägliche Abläufe der eigenen Praxis in den Blick nehmen.

Will ein Arzt Patientendaten an einen Kollegen übermitteln, gibt es nur zwei Wege, die datenschutzrechtlich unbedenklich sind: Man kann einen Brief per Post schicken. Oder man kann dem Patienten einen Umschlag mitgeben. Beide Varianten sind Anachronismen. Der Postweg ist aufwändig und dauert lange. Nutzt man den Patienten als Boten, wird er die Unterlagen möglicherweise auf

dem Küchentisch vergessen. Was aber ist daran auszusetzen, wenn Hausarzt und Facharzt überwiegend per Fax kommunizieren? Früher sagte man: Das Fax ist eine sichere Kommunikationsform. Doch die meisten Fax-Sendungen laufen heute digitalisiert über das Internet – und sind damit genauso leicht mitzulesen wie eine normale E-Mail, die bekanntlich nichts enthalten sollte, was man nicht auch auf eine Postkarte schreiben würde. Abgesehen davon kann das Fax von jedem aus dem Emp- →

→ fanggerät genommen werden, der gerade danebensteht – egal ob es sich um den Arzt oder die Reinigungskraft handelt. Und ein Zahlendreher sorgt dafür, dass das Fax versehentlich beim Friseur ankommt.

Der Versuch, sich der digitalen Kommunikation zu verweigern, wirft neue Datenschutzprobleme auf und ist – auch im Hinblick auf unsere gesetzliche Verschwiegenheitspflicht (§ 203 StGB) – hoch problematisch. Wir müssen wegkommen von der ungeschützten Kommunikation per Fax oder E-Mail und stattdessen die neuen digitalen Möglichkeiten auf verantwortungsvolle Weise nutzen. Die KV Hamburg empfiehlt ihren Mitgliedern, sich KV-SafeNet* anzuschaffen und über das sichere

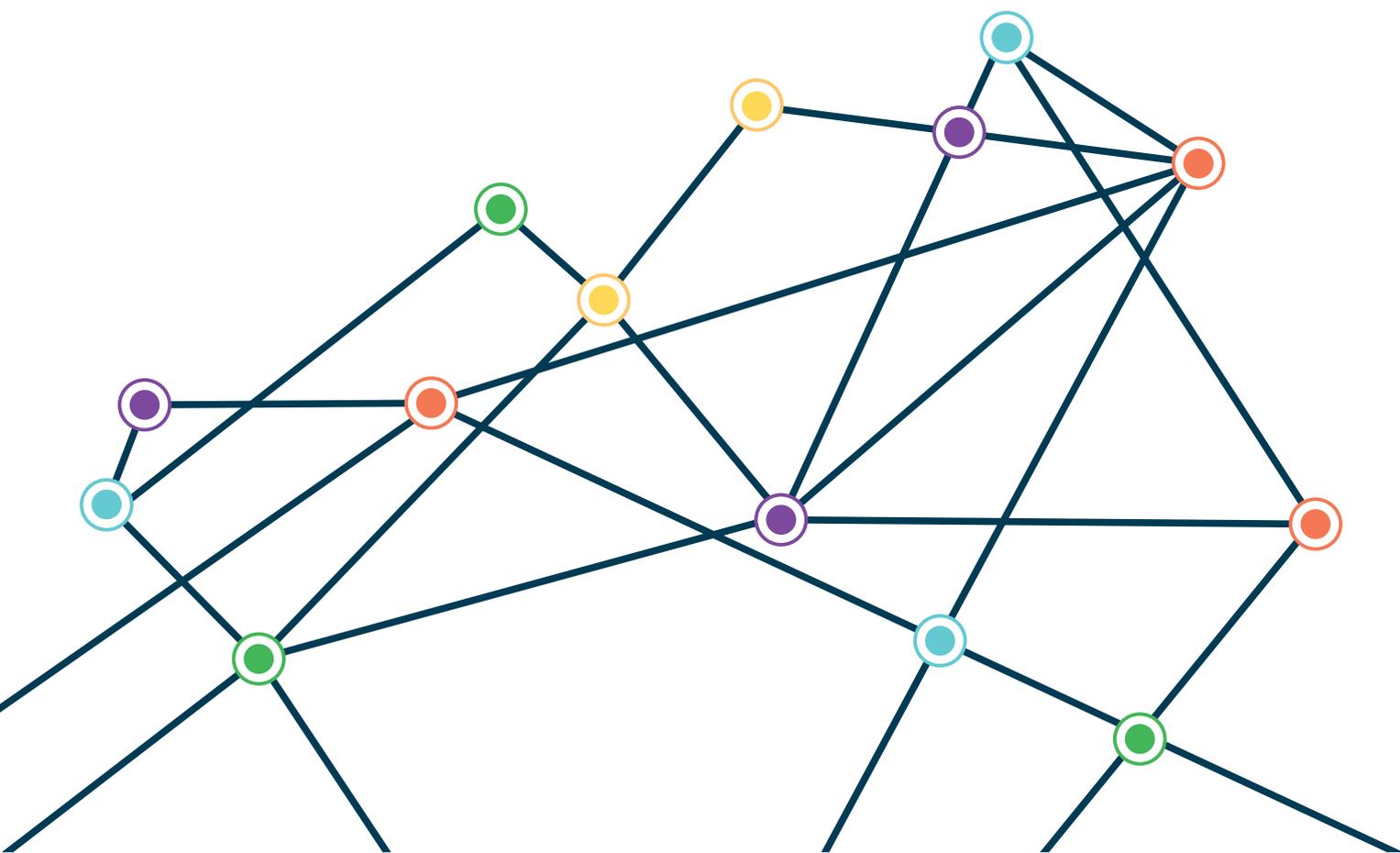
Netz der KVen (SNK) zu kommunizieren. Damit sind die Ärzte auf der sicheren Seite, denn sie nutzen einen Standard, den KBV und KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts definiert haben.

Ein FAX kann von jedem aus dem Empfangsgerät genommen werden, der gerade danebensteht.

Und es gibt einen politischen Grund, warum die KV die Verbreitung von KV-SafeNet vorantreiben will: Die Ärzteschaft sollte die Digitalisierung des Gesundheitswesens maßgeblich mitgestalten. Nur dann wäre die Interessenslage klar: Die Ärzte würden ein solches Netz aus-

schließlich für die Versorgung der Patienten nutzen. Sie haben kein Interesse daran, Patientendaten auf zentralen Servern zu speichern oder irgendwelche Informationen zu sammeln, die sie nicht zur Versorgung benötigen. Sie haben kein Interesse, Patientendaten für wettbewerbliche oder unternehmensstrategische Zwecke auszuwerten, wie dies möglicherweise bei Krankenkassen der Fall sein könnte. Und sie haben keine kommerziellen Interessen, wie dies bei Privatfirmen der Fall ist.

Das sichere Netz der KVen wird natürlich zum Teil auch von Zulieferern umgesetzt. Es ist kein Techniker der KV, der in die Praxis kommt, um den KV-SafeNet-Router zu installieren und das System zu pflegen. Das



übernehmen Dienstleister. Doch die Ärzteschaft bestimmt die Spielregeln, legt fest, was erlaubt ist. Sie schreibt die Lastenhefte, nach denen die digitale Kommunikation zu funktionieren hat.

Das sichere Netz der KVen hat bewiesen, dass es sicher ist, dass es technisch funktioniert – und dass es für den Praxisalltag tauglich ist. Digitale Anwendungen, die keine Rücksicht nehmen auf die Realitäten der alltäglichen Versorgung in den Praxen, helfen uns nicht weiter.

Bestes Negativbeispiel hierfür ist die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und die dazugehörige Telematikinfrastruktur. Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist nichts dagegen einzuwenden, wenn auf der eGK Patientendaten gespeichert werden. Der Patient hat die Hoheit über diese Daten und kann selbst entscheiden, wem er sie zugänglich macht.

Doch wenn die Karte eingelesen wird und sich zunächst der Arzt mit E-Arztweis und Pin-Nummer und dann nochmals der Patient mit Pin-Nummer zu autorisieren hat, sind bereits Minuten vergangen. Man muss das nur hochrechnen, um festzustellen, dass ein solches Verfahren in den Praxen kaum administrierbar ist.

Wir sollen Verwaltungsarbeiten übernehmen, die ureigenste Aufgaben der Krankenkassen sind. Der Abgleich der Versichertendaten auf der eGK ist ganz sicher nicht unser Job. Wir haben genug Bürokratie in den Praxen zu bewältigen.

Es scheint, als wolle der Gesetzgeber mittelfristig eine zentrale Speicherung von Diagnosen und Dokumentationen ermöglichen. Eine zentrale Datenspeicherung ist →

Wer knüpft mit am digitalen Netz?

Die KVen haben das bisher größte digitale Gesundheitsnetzwerk Deutschlands aufgebaut. Nun gibt es eine Absichtserklärung der Gesundheitsminister, bestehende Strukturen zu erhalten.

Als die KVen im Jahr 2008 die Online-Abrechnung einführen wollten, beschlossen sie, ein eigenes digitales Netzwerk für Ärzte und Psychotherapeuten aufzubauen.

Das sichere Netz der KVen (SNK) verbindet nicht nur Praxen und KV, sondern auch Praxen untereinander und Praxen mit Krankenhäusern. Für die KVen war es stets von zentraler Bedeutung, dass ein digitales Kommunikationsnetzwerk den Ärzten und Patienten dient und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert. Über eine Art E-Mail-Programm (KV-Connect) können auf sicherem Wege Arztbriefe und elektronische Dokumentationen ausgetauscht werden. Mittlerweile gibt es bundesweit etwa 108.000 Teilnehmer und über 500 angeschlossene Krankenhäuser. Damit ist das SNK das größte digitale Gesundheitsnetzwerk Deutschlands.

Im Zusammenhang mit der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK) soll ebenfalls ein digitales Gesundheitsnetzwerk aufgebaut werden. Dabei handelt es sich um einen gesetzlichen Auftrag, der bereits auf die Gesundheitsreform von 2004 zurückgeht. Für die Einführung der eGK und der dazugehörigen Telematikinfrastruktur ist die Gematik

zuständig, eine Gesellschaft, an der die Spitzenverbände des Gesundheitswesens (darunter KBV, Bundesärztekammer und GKV-Spitzenverband) beteiligt sind. Seit 2011 ist die eGK im Einsatz – allerdings noch ohne Online-Anwendungen. Das Anfang 2016 in Kraft getretene E-Health-Gesetz schreibt nun vor, dass die Vertragsärzte bis 1. Juli 2018 vollständig an die Telematikinfrastruktur der Gematik angeschlossen sein müssen, um die Aktualisierung der Versichertendaten auf der eGK („Versichertenstammdaten-Management“) als erste Anwendung durchführen zu können.

Noch ist unklar, ob diese Frist eingehalten werden kann und wann die Telematikinfrastruktur einsatzbereit ist. Doch die Gesundheitsminister der Länder haben auf ihrer Konferenz am 29. Juni 2016 beschlossen, dass „bestehende Netze wie das SNK möglichst in ihrer Gesamtheit und mit allen enthaltenen Diensten in eine künftige Telematikinfrastruktur migrierbar sein sollen“. Der Anschluss an das SNK hat für Ärzte also auch eine politische Dimension: Wer den Einfluss der Ärzteschaft auf die Ausgestaltung des künftigen digitalen Gesundheitsnetzes in Deutschland stärken will, sollte sich KV-SafeNet anschaffen.

→ jedoch hochproblematisch und würde auf den berechtigten Widerstand der Ärzteschaft treffen. Doch sollte sie gegen unseren Willen durchgesetzt werden, müssen sich die Bürger einige wichtige Fragen stellen: Wem wird der Server gehören? Einer der modernen Datenkraken? Einem privaten Telekommunikationsunternehmen, das die entsprechende Ausschreibung gewinnt? Möchte man wirklich, dass Diagnosen wie Depression und Suizidalität auf einem privaten Server landen? Als Bürger und als Patient wäre es mir lieber, wenn ein zentraler Datenspeicher in der Hand öffentlich-rechtlicher Institutionen wäre. Das schützt nicht vor Angriffen von außen, aber immerhin vor einer Fehlverwendung. Denn die Gesundheitsdaten von über 70 Millionen Patienten dürften für kommerziell ausgerichtete Unternehmen eine nahezu unwiderstehliche Versuchung darstellen.

Um eines ganz deutlich zu sagen: Mit zentralen Datenspeichern hat KV-SafeNet nichts zu tun. Das sichere Netz der KVen ist dezentral, es ermöglicht eine direkte, sichere

Kommunikation zwischen zwei autorisierten Teilnehmern: Der Hausarzt schickt einen Befund als verschlüsselte E-Mail in einem elektronischen Tunnel an einen Krankenhausarzt. Der Krankenhausarzt bekommt das Röntgenbild. Er und sonst niemand.

Diese gesicherte Ende-zu-Ende-Kommunikation erfüllt die datenschutzrechtlichen Vorgaben. Auf diesem Weg kann man auch sensible medizinische Befunde von einem KV-SafeNet-Nutzer zum anderen schicken. Früher kam in der Praxis

Um eines deutlich zu sagen: Mit zentralen Datenspeichern hat KV-SafeNet nichts zu tun.

ein Fax an, das musste man einscannen und dann elektronisch archivieren. Heute erhält man das Dokument direkt elektronisch. Im Idealfall sortiert es sich sogar automatisch in die jeweilige Akte ein.

Voraussetzung für einen vollständigen Abschied von der Fax-Kommunikation ist aber die Etablierung eines digitalen Netzes, das

alle wichtigen Leistungserbringer des Gesundheitswesens umfasst. Die Gesundheitsbehörde in Hamburg unterstützt die Anstrengung der KV ausdrücklich, die Stadt auf vernünftige Weise zu vernetzen. Für das sichere Netz der KVen spricht: Es funktioniert bereits und ist im Einsatz. Auch die Krankenhäuser, denen ja daran gelegen ist, mit den Vertragsärzten zu kommunizieren, sind bereit, sich anzuschließen (siehe Nachgefragt-Statement auf Seite 7). Nicht wenige haben das bereits getan.

Solange sich die digitale Infrastruktur noch im Aufbau befindet, bleibt der Kreis derjenigen, mit denen man kommunizieren kann, natürlich noch eingeschränkt. Doch einen großen Vorteil hätte man als Vertrags-

arzt selbst dann, wenn man der einzige KV-SafeNet-Nutzer in ganz Deutschland wäre: einen standardisierten Schutz der eigenen Praxis vor Angriffen von außen.

Die immer wieder propagierte „Stand-Alone-Lösung“, bei der das Praxissystem vom Internet-Rechner vollständig getrennt bleibt, ist ja kaum noch praktikabel. Die Patien-

Die drei Komponenten der sicheren digitalen Kommunikation



SICHERES NETZ DER KVEN (SNK)

Das SNK ist sozusagen das Internet der Vertragsärzte: Es funktioniert wie das World Wide Web, ist aber vom „normalen“ Internet abgetrennt und nach außen geschützt. Mit dem SNK steht ein digitales Gesundheitsnetzwerk zur Verfügung, mit dem die Ärzte moderne Formen der Kommunikation nutzen können, ohne in Konflikt mit dem Datenschutz zu geraten.



KV-SAFENET

Mit KV-SafeNet erhält man Zugang zum SNK. Es handelt sich dabei, vereinfacht ausgedrückt, um den Router: Wer sich den KV-SafeNet-Router in seiner Praxis installieren lässt und auf diesem Weg das SNK nutzt, hat die Verantwortung für die Sicherheit dieser digitalen Kommunikation zum großen Teil delegiert.



KV-CONNECT

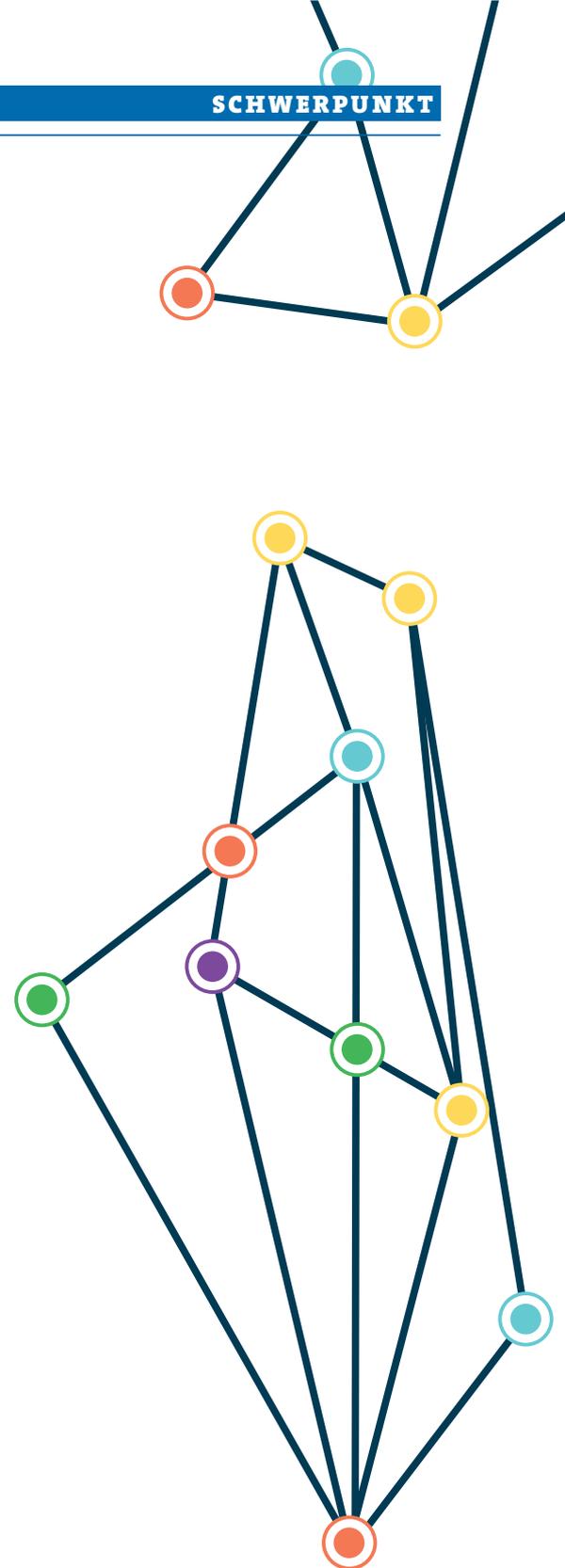
Was dann noch fehlt, ist das E-Mail-Programm: KV-Connect ermöglicht das Versenden von verschlüsselten Abrechnungen, Nachrichten, Dokumentationen und Arztbriefen direkt aus dem Praxisverwaltungssystem heraus. Der eArztbrief via KV-Connect wird bereits in vielen Arztnetzen genutzt und ist in 80 Prozent der Praxisverwaltungssoftware (nach Marktanteilen) umgesetzt. Der Nutzer erhält eine Adresse, über die er für andere Nutzer erreichbar ist. Mit KV-Connect wird jede Nachricht und jedes Dokument verschlüsselt und beim ausgewählten Empfänger wieder entschlüsselt. Zusätzlich sind die Daten beim Transport geschützt, denn KV-Connect wird nur im SNK bereitgestellt.

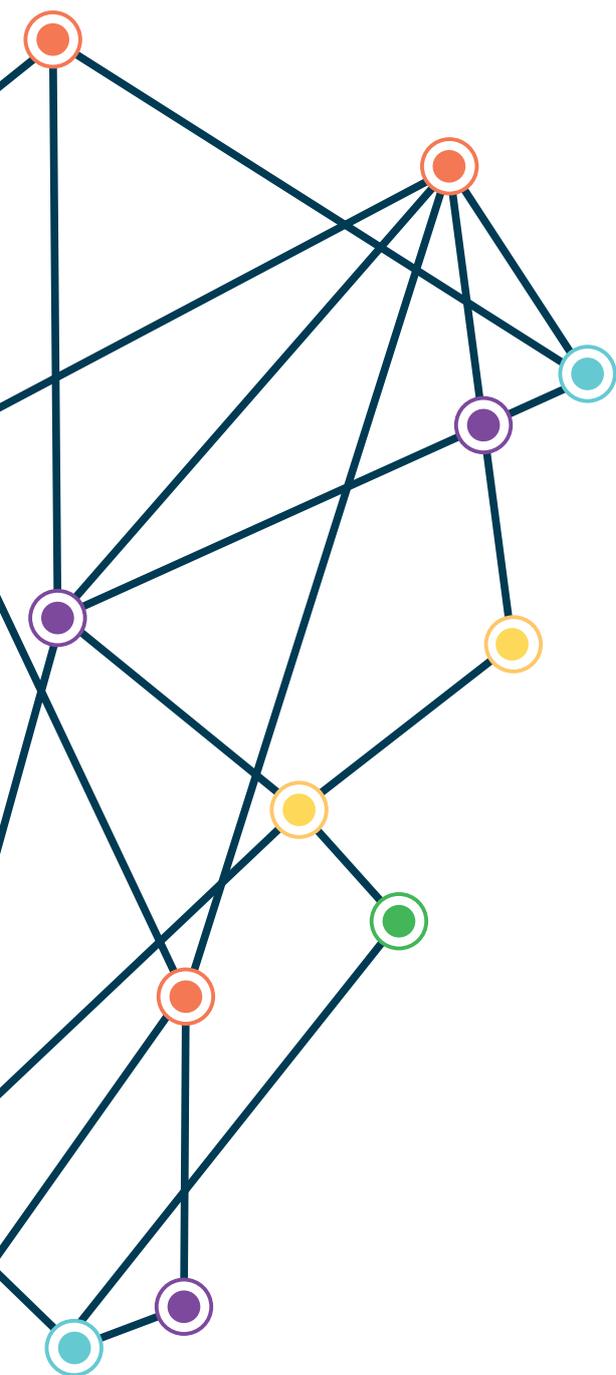
ten wollen E-Mail-Kontakt haben, über das Internet Termine vereinbaren. Sie erwarten einen elektronischen Rezeptservice. Eine moderne Praxis ist nicht mehr vorstellbar ohne Anschluss ans Internet. Doch wenn sich der Arzt zusammen mit seinem Provider selbst um die Sicherheit kümmern muss, ist das

nicht ganz einfach. Wann handelt man fahrlässig oder grob fahrlässig bei der Sicherung seiner IT? Was ist zu wenig? Was ist ausreichend? Was ist übertrieben?

Nun sagt das KV-System: Wir haben eine Struktur geschaffen, die Normen vorgibt und einen Anschluss der Praxis an ein sicheres

Netz gewährleistet und auch die Praxis schützt. Der Arzt kann die Verantwortung also delegieren, indem er KV-SafeNet und das SNK nutzt. Natürlich kann niemand garantieren, dass es nicht doch einem kriminellen Hacker oder einem Geheimdienstmitarbeiter gelingt, in die Praxis vorzudringen. Doch der →





Darum ist das sichere Netz so sicher

ZERTIFIZIERTE PROVIDER

Nur von der KBV zugelassene Anbieter (sogenannte KV-SafeNet-Provider) dürfen Vertragsärzten und -psychotherapeuten einen KV-SafeNet-Zugang zum sicheren Netz der KVen (SNK) bereitstellen. Im Rahmen einer Zertifizierung müssen die Anbieter nachweisen, dass ihre technischen und organisatorischen Konzepte den Anforderungen und Sicherheitsstandards der KV-SafeNet-Richtlinie entsprechen und die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz erfüllen. KV-SafeNet-Provider müssen sich zudem alle drei Jahre einer umfangreichen Prüfung unterziehen, um eine Rezertifizierung zu erhalten. Dabei richtet sich die KBV unter anderem nach den Vorgaben des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI).

SCHUTZ DER PRAXIS-EDV

Der Zugang zum SNK erfolgt über einen nicht manipulierbaren KV-SafeNet-Router. Er blockiert mithilfe einer integrierten Firewall den Zugriff von außen auf die angeschlossenen Praxis-PCs und die dortigen Daten. Damit ist die gesamte Praxis-EDV geschützt.

SICHERER DATENAUSTAUSCH

Der SafeNet-Router baut ein sogenanntes virtuelles privates Netzwerk (VPN) auf. Der Datenaustausch erfolgt in einem Tunnel, der vom normalen Internet abgeschottet ist. Der Tunnel wird erst aufgebaut, wenn die beiden Endpunkte sich gegenseitig authentifiziert haben. Zusätzlich werden die Nachrichten und Dokumente beim Sender verschlüsselt und beim Empfänger wieder entschlüsselt.

STÄNDIGE PRÜFUNG UND VERBESSERUNG DER SICHERHEIT

Bei allen KV-SafeNet-Providern wird einmal pro Laufzeit der Zertifizierung ein sogenannter Hacker-Test durchgeführt. Dabei werden Angriffe auf den KV-SafeNet-Router simuliert. Zusätzlich setzt die KBV ein Informationssicherheitsmanagementsystem ein, das vom TÜV-Nord nach der Norm ISO 27001 zertifiziert ist. Es sieht unter anderem eine jährliche Überprüfung vor, um das Sicherheitsniveau kontinuierlich zu verbessern.

NIKO HILGENFELDT

Informationssicherheitsbeauftragter der KBV

→ Arzt hat den von seiner öffentlich-rechtlichen Organisation empfohlenen Standard erfüllt.

Früher oder später werden sich die Praxen ohnehin an ein digitales Gesundheitsnetz anschließen müssen. Laut E-Health-Gesetz sollen die Praxen spätestens ab Mitte 2018 die Versichertendaten auf der eGK aktu-

alisieren. Damit würden zugleich flächendeckende Strukturen für andere Online-Anwendungen im Gesundheitswesen geschaffen. Die Bundesgesundheitsministerkonferenz hat nun klargestellt, dass bestehende Netze wie das sichere Netz der KVen dabei nicht ersetzt, sondern in die kommende Telematikinfrastruktur

integriert werden sollen (siehe Kas- ten Seite 11). Je größer das sichere Netz der KVen bis dahin geworden ist, desto mehr Einfluss behalten die Ärzte auf die Ausgestaltung einer künftigen digitalen Infrastruktur im Gesundheitswesen.

Wenn die Gesundheitspolitik tatsächlich das hehre Ziel verfolgt,

die Kommunikation zum Wohl des Patienten zu verbessern, können wir guten Gewissens sagen: Das bieten wir an. Sichere E-Nachricht, elektronischer Arztbrief, Labordaten, Abrechnung, elektronische Terminvergabe. Was wollt Ihr noch? Will die Politik doch primär eine Sicherung von Daten auf zentralen Servern? Falls das so ist, sollte man offen darüber diskutieren.

Die Ärzte brauchen keine großen E-Health-Projekte mit zentraler Datenspeicherung. Die Ärzte brauchen ganz alltagspraktische

Anwendungen, die der medizinischen Versorgung zuträglich sind. Wenn sich ein Ärztenetz ein verbessertes Terminvergabesystem wünscht oder ein effektiveres E-Mail-Adressbuch, das Chancen hat, sich im Praxisalltag zu bewähren, werden die Angebote im SNK dies möglich machen. Das sichere Netz der KVen gehört ja den Ärzten. Sie können dafür sorgen, dass es ihren Bedürfnissen gemäß weiterentwickelt wird. Die technischen und strukturellen Grundvoraussetzungen hierfür sind vorhanden.

Je mehr KV-SafeNet-Nutzer es gibt, desto eher lohnt sich die Programmierung und Weiterentwicklung von Tools – und desto attraktiver wird deren Anwendung, weil das Netz immer größer wird. Derzeit gilt es, in Hamburg den Anfangswiderstand zu überwinden, indem wir sagen: Lasst uns jetzt alle mitmachen! KV-SafeNet ist eine gute Sache, die wir voranbringen sollten.

DR. STEPHAN HOFMEISTER
stellv. Vorsitzender der
KV Hamburg

** Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Meine Praxis im Netz!

Wir zeigen Ihnen wie!

23.11.2016
12 - 19 Uhr

Mit Partnern aus
Politik, Wirtschaft
und dem
Gesundheitssektor

Vortrags- und
Netzwerk-
veranstaltung

Hamburger
Forum für sichere
Kommunikation im
Gesundheitswesen

Hotel Atlantic
Kempinski
Hamburg

Informations-
und
Teststände



www.hamburger-forum.net

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

MINDERJÄHRIGE UNBEGLEITETE FLÜCHTLINGE

Ist eine Ausstellung von Überweisungsscheinen für minderjährige unbegleitete Flüchtlinge möglich?

Eine Ausstellung von Überweisungsscheinen ist möglich. Geben Sie in diesen Fällen in das Feld „Krankenkassen bzw. Kostenträger“

die Kennung „02803“ (FHH LEB Kinder/Jugendnotdienst) und den Kostenträgerabrechnungsbe- reich „06“ (Sozialhilfeträger) ein. Bitte beachten Sie, dass einer Überweisung immer auch eine Kopie des Originalbehandlungsscheines mitgegeben werden muss.

Die alleinige Vorlage des Überweisungsscheines reicht nicht aus. Diese Regelung gilt seit dem 1. Januar 2016.

Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.

www.kvhh.de → Beratung und Information → Fragen und Antworten

REHA-ANTRAG

Kann für das Ausfüllen des Reha-Antrags (Muster 61) eine EBM-Leistung in Ansatz gebracht werden?

Beim Ausfüllen der Teile B-D kann die GOP 01611 EBM abgerechnet werden. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Für das Ausfüllen des Teil A kann keine GOP in Ansatz gebracht werden, da damit nicht der vollständige Leistungsinhalt der GOP 01611 EBM erbracht wurde.

HPV-IMPfung

In welchem Alter dürfen Patientinnen zu Lasten der Kasse gegen HPV geimpft werden?

Laut der Schutzimpfungs-Richtlinie können Mädchen und weibliche Jugendliche im Alter zwischen 9 und 14 Jahren gegen HPV geimpft werden. In diesem Alter sollte vorrangig geimpft werden, da der vollständige Impfschutz dann mit zwei statt drei Impfungen erreicht werden kann. Laut Schutzimpfungs-Richtlinie besteht aber ein Leistungsanspruch auf die Nachholung der Impfung beziehungsweise auf Vervollständigung des Impfzyklus bis zum 18. Geburtstag. Darüber hinaus bietet die Pronova BKK im Rahmen der Ergänzungsvereinbarungen eine HPV-Impfung im Alter zwischen 18 und 26 Jahren an.

BETREUUNGSSTRUKTURVERTRÄGE

Zum 1. Juli 2016 wurden mit der DAK, der Techniker Krankenkasse und der AOK Rheinland/Hamburg Betreuungsstrukturverträge vereinbart. Werden die Sondernummern von der KV Hamburg zugesetzt?

Ja, die Sondernummern werden automatisch von der KV Hamburg in Ansatz gebracht. Zur weiteren Information finden Sie die Verträge auf der Homepage www.kvhh.de unter:

Recht & Verträge → Verträge → B → Betreuungsstrukturverträge.



HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

Wir haben bei einer Patientin eine Erstverordnung für die häusliche Krankenpflege ausgestellt. Während des Ablaufs der Verordnung befinden wir uns im Urlaub. Ist es möglich, eine Folgeverordnung für die häusliche Krankenpflege rückwirkend auszustellen?

Nein, es ist nicht zulässig, eine vorzeitige oder rückwirkende Folgeverordnung für die häusliche Krankenpflege auszustellen. Laut Richtlinie wird diese Verordnung drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums ausgestellt. Sollte es aus organisatorischen Gründen (z. B. Krankheit, Urlaub) nicht möglich sein, innerhalb dieser drei Tage die Folgeverordnung auszustellen, muss der Vertreter die Folgeverordnung ausstellen.

PARAGRAPH 116B

Auf dem Überweisungsschein gibt es ein Feld „Behandlung gemäß § 116b SGB V“, das man ankreuzen kann. Was verbirgt sich dahinter?

Auf Basis dieses Paragraphen sind Krankenhäuser nach Genehmigung der Behörde zur ambulanten Behandlung von Patienten mit bestimmten Erkrankungen beziehungsweise zur Erbringung bestimmter hochspezialisierter Leistungen berechtigt. Besteht die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung nach § 116b SGB V, wird eine Überweisung von einem niedergelassenen Arzt an den entsprechenden Leistungserbringer ausgestellt. Auf dem Überweisungsschein wird dann das Feld „Behandlung gemäß § 116b SGB V“ angekreuzt.

**Psychotherapie:
Durchschlag „b“
des Musters PTV 7
entfällt**

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, den Durchschlag PTV 7b abzuschaffen. Das Formular PTV 7 unterrichtet den Therapeuten über die Anerkennung der Leistungspflicht der Krankenkasse und wird bisher in drei Ausführungen ausgestellt. Der Durchschlag PTV 7a verbleibt beim behandelnden Therapeuten. Den Durchschlag PTV 7b mussten Vertragspsychotherapeuten bislang an die KV versenden. Die Durchschrift PTV 7c verbleibt als Kopie bei der Krankenkasse. Da die KV die Angaben zu den genehmigten Therapiestunden auch durch die Abrechnungsdaten des Psychotherapeuten erhält, kann auf den Durchschlag PTV 7b verzichtet werden.

Die entsprechende Änderung der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) tritt zum 1. Oktober 2016 in Kraft. Vorhandene Vordrucke dürfen aufgebraucht werden.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Anna Yankyera, Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Stefanie Schmidt

Neue „Chronikerbescheinigung“ Muster 55

Zum 1. Oktober 2016 wurde das Muster 55 geändert. Mit dieser sogenannten „Chronikerbescheinigung“ können Versicherte die Absenkung der Belastungsgrenze für Zuzahlungen von zwei auf ein Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen beantragen (Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V).

DIE WICHTIGSTEN NEUERUNGEN SIND:

- Die Zahl der Ausfüllfelder wurde auf das Nötigste reduziert. Dadurch konnte die Größe des Musters von DIN-A4 auf DIN-A6 verkleinert werden.
- Auf dem neuen Muster gibt es keinen Ausfüllbereich mehr für die Krankenkasse.
- Anstelle der bisher kassenindividuellen Bescheinigungen gibt es einen einheitlichen Vordruck, den die Praxen künftig vorhalten

müssen. Dieser kann elektronisch mit der Praxisverwaltungssoftware ausgefüllt oder alternativ per Blankoformularbedruckung erzeugt werden. Das handschriftliche Ausfüllen der durch die Krankenkassen oft vielfältig gestalteten Bescheinigungen entfällt damit künftig.

- Die behandlungsbedürftigen Dauerdiagnosen werden als ICD-10-Code angegeben.
- Auf der Rückseite des Formulars gibt es einen Ausfüllbereich für den Patienten. Dort muss der Patient Angaben zum Antragsteller machen, wenn er den Antrag nicht selbst stellt. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Ehepartner den gemeinsamen Antrag bei der Krankenkasse einreicht. Die Kasse benötigt die Angaben, um die Chronikerbescheinigung dem Antrag zuzuordnen zu können.

Sie können das Muster 55 über den Bestellschein des Paul-Albrechts-Verlags beziehen. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900

Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen

Vertragsärzte dürfen mobile Karten-Lesegeräte nicht an Hilfsmittellieferanten weitergeben

Immer wieder wird darüber diskutiert, ob man die Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen vereinfachen könnte, indem die Ärzte den Hilfsmittellieferanten mobile Karten-Lesegeräte zur Verfügung stellen. Die Rechtsabteilung der KV Hamburg stellt hierzu fest: Das ist nicht zulässig. Zu den vertragsärztlichen Pflichten gehört auch das Einlesen der Gesundheitskarte. Diese Tätigkeit darf nicht an Hilfsmittellieferanten delegiert werden.

Wenn der Hilfsmittellieferant das Pflegeheim beispielsweise mit Dauerkathetern versorgt,

kann es vorkommen, dass die Gesundheitskarte eines belieferten Patienten noch nicht eingeleesen wurde. Hätte der Hilfsmittellieferant Zugriff auf die mobilen Lesegeräte von Vertragsärzten, könnte er dies sofort nachholen und sich anschließend von der Praxis die Verordnung für die bereits gelieferten Hilfsmittel ausstellen lassen. Praktikabel ist dieses Verfahren nicht, denn die Vertragsärzte dürfen ihre Lesegeräte nicht an den Hilfsmittellieferanten weitergeben. Tun sie es dennoch, kann dies disziplinarische Maßnahmen nach sich ziehen. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900



Das MZEB heißt jetzt Simi

Bessere Versorgung für Menschen mit komplexen Behinderungen

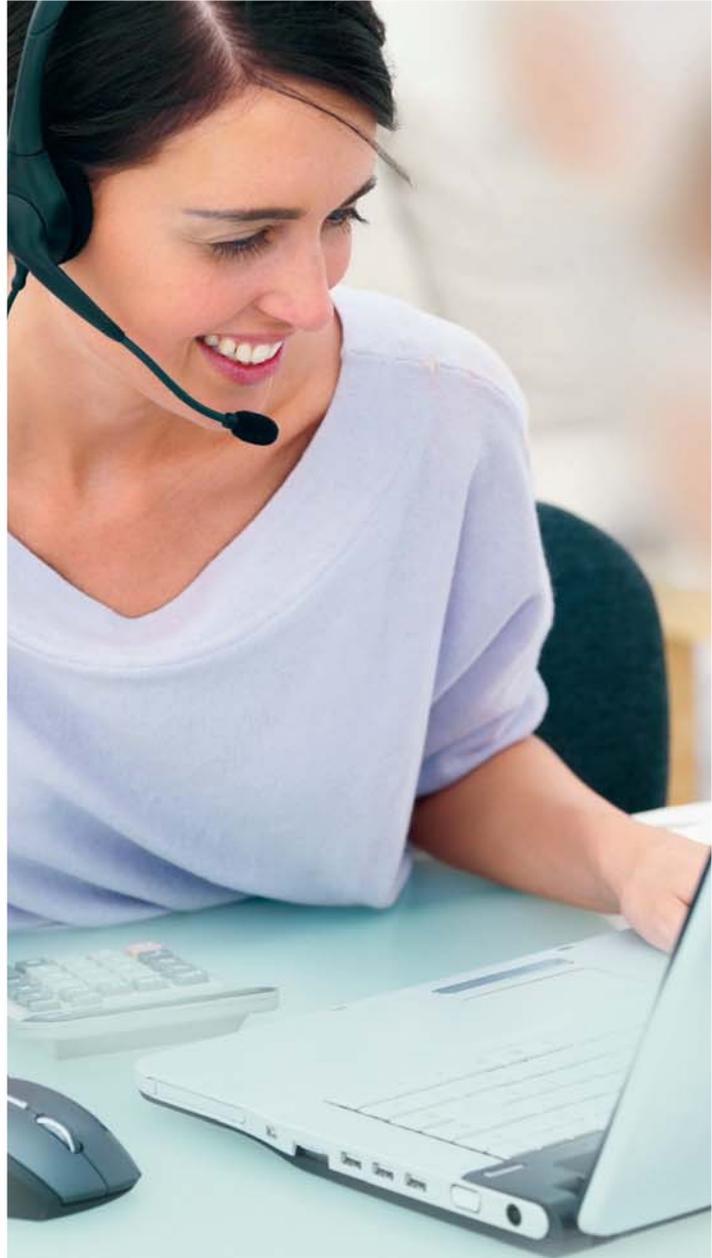
Pünktlich zum ersten Geburtstag hat das Medizinische Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) in Hamburg einen neuen Namen bekommen: Es heißt jetzt Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (simi). Das Zentrum wurde auf Initiative der Ev. Stiftung Alsterdorf und Leben mit Behinderung Hamburg entwickelt, unterstützt von Krankenkassen und der KV.

Voraussetzung für einen Termin ist eine Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt. Das Simi steht Menschen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 70 zur Verfügung, die zusätzlich eine Intelligenzmindering, Autismusspektrumstörung, Zerebralparese oder eine angeborene Fehlbildung haben. Folgende fachärztliche Disziplinen sind zur Zeit am Institut vertreten: Innere Medizin, Neurologie, (Neuro-)Orthopädie, Psychiatrie und Psychologie. Außerdem Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten.

Das Simi versteht sich als Ergänzung zur Versorgung durch niedergelassene Ärzte. Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Diagnostik. Im interdisziplinären Team wird eine Therapieempfehlung ausgesprochen, die mit den niedergelassenen Ärzten abgestimmt und von ihnen umgesetzt werden soll. ■

Kontakt:

**Simi – Sengelmann Institut
für Medizin und Inklusion
am Ev. Krankenhaus Alsterdorf
Chefarzt Dr. Georg Poppele
Elisabeth-Flügge-Str. 1
22337 Hamburg
Tel. 5077 3456
info@simi-alsterdorf.de
www.simi-alsterdorf.de**



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

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



In welchen Fällen ist kurative Mammographie gerechtfertigt?

Immer wieder werden die beratenden Ärzte der KV gefragt, in welchen Fällen es zulässig ist, eine kurative Mammographie zu Lasten der GKV zu veranlassen. Eine gute Entscheidungshilfe für diese Frage bietet eine Tabelle, die von den Ärztlichen Stellen veröffentlicht wurde.

Die in der Spalte "rechtfertigende Indikation" mit „ja“ gekennzeichneten Indikationen werden (ergänzt durch die patientenspezifischen Angaben) von den Ärztlichen Stellen akzeptiert. Bei den mit „nein“ gekennzeichneten Indikationen sehen die Ärztlichen Stellen keine Recht-

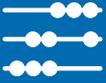
fertigung für die Veranlassung einer kurativen Mammographie. Die Liste berücksichtigt Patienten im Alter unter 70 Jahren.

Die Liste wurde im "Zentralen Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen" (ZÄS) als Orientierungshilfe für Überprüfungen nach § 17 a RöV zusammengestellt. Die Geschäftsführung des ZÄS haben Bundesärztekammer und KBV gemeinsam inne. ■

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

Klinische Angaben	rechtfertigende Indikation	Bemerkungen
<50 Jahre, asymptomatisch	nein	(analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J1)
≥50J <70J asymptomatisch	nein	dem Screening zuführen (analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J2)
Z.n. Mamma-OP (gutartig)	nein	ggf. einmalige Kontrolle
zyklusabhängige beidseitige Beschwerden	nein	
Hormonersatztherapie (HRT)	nein	
Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv)	ja	(analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J11 und J12)
familiäre oder persönlich erhöhte Disposition	ja	nur wenn: a) ein Mammatumour bei Verwandten 1. oder 2. Grades b) zwei Mammatumore bei Verwandten 3. & 4. Grades c) Ovarialkarzinom selbst oder bei Verwandten 1. Grades d) sonstiges (z.B. nach Radiatio) (analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J3)
Hochrisikopatienten	ja	(analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J4)
tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund	ja	(analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J5 & J6 & J9)
Mastodynie einseitig	ja	(analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J6)
gesichert gutartige Histologien	nein	benigne histologische Diagnosen wie z.B. zystische Mastopathie, sklerosierende Adenose, fibröse Mastopathie, gewöhnliche duktale Hyperplasie, einfache Papillome und Fibroadenome ohne Atypien
histologisch bestätigte Läsionen	ja	histologische Diagnosen (laut S3-Leitlinie „Benigne Läsionen mit unsicherem biologischem Potential“ oder als B3-Läsionen zusammengefasst) wie z.B. flache epitheliale Neoplasie, atypische duktale Hyperplasie (ADH), intraduktale papilläre Läsionen und lobuläre Neoplasien wie z.B. Carcinoma lobulare in situ (analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J6)
Sekretion aus Mamille	ja	(analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J8)
entzündliche Veränderungen (Mastitis / Abszess)	ja	(analog zur SSK-Orientierungshilfe*, Abschnitt J7 & J8)
Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und / oder Haut	ja	z.B. Mamillenretraktion, Apfelsinenhaut, Plateaubildung, etc.

* Strahlenschutzkommission (SSK): „Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen“, 2010;
Online-Version: www.kvhh.de → Qualität → Ärztliche Stelle → Bekanntmachung → Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen (Empfehlungen der SSK)



„F“-Kennzeichnung: Aktualisierte Diagnoseliste für Kinderärzte

Seit dem 1. Januar 2016 müssen Kinderärzte, die auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und die Zusatzpauschale für fachärztliche Tätigkeit abrechnen wollen, die Versichertenpauschale mit einem „F“ kennzeichnen.

Dieser „F“-Kennzeichnung muss eine entsprechende Diagnose zugrunde liegen, damit die „F“-Kennzeichnung nicht im Rahmen der Plausibilitätsprüfung gestrichen wird. Die Listen der anerkannten Diagnosen sind in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband entwickelt und überarbeitet worden.

Die aktuelle Version finden Sie auf der Internetseite der KV Hamburg: www.kvhh.de → Abrechnung

Eine Kennzeichnung ist dann entbehrlich, wenn Leistungen aus den Kapiteln 4.4 und 4.5 des EBM abgerechnet wurden oder eine Überweisung vorlag. ■

Ansprechpartner Infocenter,
Tel: 22802 – 900

Weiterentwicklung der human- genetischen Abrechnungsziffern

Der Bereich Humangenetik im Kapitel 11 des EBM wurde grundlegend überarbeitet. Neu ist außerdem, dass zwei Leistungen extrabudgetär vergütet werden (GOP 32865 und GOP 32911). Darauf haben sich KBV und Krankenkassen im Bewertungsausschuss geeinigt.

Zu den EBM-Änderungen gehört, dass die human-genetischen Leistungen künftig in konstitutionelle genetische Untersuchungen und in tumorgenetische Untersuchungen gegliedert sind. Im Kapitel 11 verbleiben die konstitutionellen genetischen Untersuchungen als neugefasster Abschnitt 11.4. Die tumorgenetischen Leistungen stehen als neuer Abschnitt 19.4 im Kapitel 19.

Alle Änderungen sind zum dritten Quartal 2016 in Kraft getreten. ■

<http://institut-ba.de> → Bewertungsausschuss → Beschlüsse
→ 372. BA Beschluss zur Änderung des EBM mit Wirkung
zum 1. Juli 2016

Abgabe der Abrechnung für das 3. Quartal 2016

Abgabefrist: 4. Oktober bis
17. Oktober 2016

Die Abrechnung muss grundsätzlich online übermittelt werden. Die Abrechnungsdatei kann innerhalb der Abgabefrist zu jeder Tageszeit an die KV geschickt werden.

Abgabezeiten in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch wie bisher auf einem Datenträger in die KV bringen und dort in einem bereitgestellten Computer einlesen. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!

Ort: Heidenkampsweg 99,
20097 Hamburg

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist
Mo.- Fr. nur nach Vereinbarung
mit Ihrem Sachbearbeiter

Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet. ■

Ansprechpartner Infocenter,
Tel: 22802 – 900

Röntgen bei Verdacht auf Sinusitis?

Im Rahmen der Stichprobenprüfungen von radiologischen Untersuchungen stellt die Radiologie-Kommission häufiger fest, dass bei Verdacht auf Sinusitis konventionelle Röntgenuntersuchungen durchgeführt werden.

Die Kommission weist darauf hin, dass die Empfehlungen der Strahlenschutzkommission „Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen“ zur Indikationsstellung heranzuziehen sind. Danach wird im Kapitel A Kopf (einschließlich HNO-Probleme) unter A15 für Nasennebenhöhlenerkrankungen ausschließlich die Schnittbildgebung (CT bzw.

MRT) als Primäruntersuchung vorgegeben. Auch nach der Leitlinie „Rhinosinusitis“ der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. wird die konventionelle Röntgenaufnahme der Nasennebenhöhlen nicht mehr empfohlen.

Für nicht indizierte Röntgenuntersuchungen der Nasennebenhöhlen wird die Radiologie-Kommission zukünftig bei den Qualitätsprüfungen einen Punktabzug vornehmen.

Seitens des Zentralen Erfahrungsaustausches der Ärztlichen Stellen ist ebenfalls geplant, eine entspre-

chende Bewertung in das Einheitliche Bewertungssystem mit aufzunehmen. ■

Die Empfehlungen der Strahlenschutzkommission finden Sie unter anderem auf unserer Internetseite:

www.kvhh.de → Qualität →

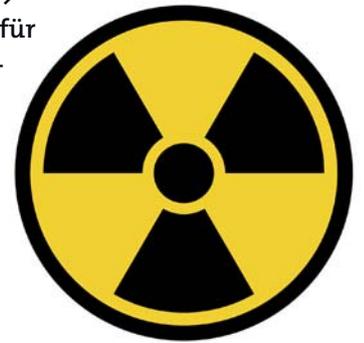
Ärztliche Stelle →

Bekanntmachung →

Orientierungshilfe für

bildgebende Untersuchungen

(Empfehlungen der SSK)



Ansprechpartner:

Abteilung

Qualitätssicherung /

Ärztliche Stelle

Heike Malzfeldt, Tel. 22802 - 434

Thomas Müller, Tel. 22802 - 552

Screening auf Mukoviszidose für Neugeborene

Versorgung kann starten, sobald der EBM angepasst ist

Jedes Neugeborene kann zukünftig auf Mukoviszidose, auch zystische Fibrose genannt, untersucht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, die Kinder-Richtlinie zum 1. September 2016 entsprechend zu ergänzen. Ziel des neuen Screening-Angebotes ist es, für betroffene Kinder einen möglichst frühen Behandlungsbeginn zu ermöglichen.

Das Screening auf Mukoviszidose erfolgt in der Regel zum selben Zeitpunkt (zwischen der 36. und 72. Lebensstunde) und aus derselben Blutprobe wie das erweiterte Neugeborenen-Screening. Das Screening auf Mukoviszidose unterliegt den Regelungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG). Der Start der Versorgung erfolgt nach der

Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und der damit verbundenen Überarbeitung des Kinder-Untersuchungshefts zur Dokumentation („Gelbes Heft“) als Anlage der Kinder-Richtlinie. Für die Anpassung des EBM hat der Bewertungsausschuss bis zu sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie Zeit (§ 87 Abs. 5b SGB V). Sobald der EBM angepasst worden ist, werden wir Sie informieren. ■

<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/585/>

Ansprechpartnerin:

Abteilung Qualitätssicherung

Svenja Mindermann, Tel. 22802 - 684

svenja.mindermann@kvhh.de



Seminar zum Konfliktmanagement: Tatort Praxis

Von verbalen Attacken über Aggressionen bis zur Gewalt – Ärzte und Praxismitarbeiter gehören zu den gefährdeten Berufsgruppen. Psychische Belastungen werden nur selten aufgearbeitet, prophylaktische Maßnahmen zur Konfliktprävention bisher zu wenig ergriffen. Das Seminar vermittelt Grundlagenwissen: Was könnte passieren? Welche vorbeugenden Maßnahmen sollte man in der Praxis ergreifen? Wie sollte man im Aggressionsmoment reagieren, um zu deeskalieren? ■

Termin: **Mi, 30.11.2016 (14 bis 18 Uhr)**
 Teilnahmegebühr: **€ 98 inkl. Getränke und Imbiss**
 Ort: **Satellite-Office im Gutruf-Haus,
 Neuer Wall 10 (Ecke Jungfernstieg)**

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Personalmanagement-Seminar

Ein zeiteffizientes, ergebnisorientiertes Personalmanagement unter Beachtung der weichen Faktoren ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für eine Arztpraxis. Im Rahmen dieses Seminars werden Grundsätze und Regeln der Führung vorgestellt und

praxistypische Situationen diskutiert. Durch gezielte Übungen werden Verhaltensweisen, das eigene Auftreten und die Überzeugungskraft geschult und verbessert. Das Seminar ist für Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsaufgaben konzipiert. ■

Termin: **Mi, 2.11.2016
 (9.30 bis 17 Uhr)**
 Teilnahmegebühr:
**€ 149 inkl. Getränke und
 Imbiss**
 Ort: **KV Hamburg,
 Heidenkampsweg 99,
 20097 Hamburg**

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Seminar zum Risiko- management

In diesem Seminar werden die neuen Vorgaben zum Aufbau eines Risikomanagement- und Fehlermeldesystems erörtert, mit denen die Forderungen des 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetzes umgesetzt wurden. Die Teilnehmer bekommen Tipps zur Umsetzung in den jeweiligen QM-Systemen (QEP, DIN ISO, EPA). Außerdem wird erläutert, welche Aufklärungs- und Informationspflichten die Ärzte nach dem Patientenrechtegesetz haben und wie Patientenunterlagen rechts- und revisions sicher archiviert werden. ■

Termin: **Mi, 9.11.2016
 (14 bis 18 Uhr)**
 Teilnahmegebühr:
€ 98 inkl. Getränke und Imbiss
 Ort: **Satellite-Office
 im Gutruf-Haus,
 Neuer Wall 10
 (Ecke Jungfernstieg)**

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

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



Fluorchinolone: FDA warnt vor schwerwiegenden Nebenwirkungen

Die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA hat Warnhinweise für systemisch (oral oder per Injektion) verabreichte Fluorchinolone aktualisiert: Die Behörde warnt vor dem Auftreten schwerwiegender Nebenwirkungen mit potenziell bleibenden Schäden, unter anderem am Bewegungsapparat sowie am peripheren und zentralen Nervensystem. Hierzu zählen Sehnenentzündung und -ruptur, periphere Neuropathie, Psychose, Depression, Halluzinationen, Suizidgedanken und Verwirrtheit. Weitere potenzielle Nebenwirkungen von Fluorchinolonen sind unter anderem Exazerbation einer Myasthenia gravis, QT-Verlängerung, anaphylaktische Reaktionen, Störungen des Blutzuckerspiegels und Clostridium-difficile-assoziierte Diarrhö. Es ist auch möglich, dass mehrere Nebenwirkungen gleichzeitig bei einem Patienten auftreten.

Nach Empfehlung der FDA sollen Ärzte Fluorchinolone bei Patienten mit akuter bakterieller Sinusitis, akuter bakterieller Exazerbation einer chronischen Bronchitis oder unkomplizierten Harnwegsinfektionen nur dann verschreiben, wenn keine anderen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Nach Auffassung der FDA überwiegt in diesen Indikationen das Risiko schwerer Nebenwirkungen den Nutzen von Fluorchinolonen.

Für einige schwere Infektionen durch Fluorchinolone-sensible Bakterien, wie Pneumonien oder intraabdominelle Infektionen, wird das Nutzen-Risiko-Verhältnis aber weiterhin positiv eingeschätzt. Die Behandlung mit Fluorchinolonen ist sofort abzubrechen, wenn erste Anzeichen oder Symptome einer schwerwiegenden Nebenwirkung auftreten. Die Behandlung sollte dann mit einem Antibiotikum aus einer anderen Gruppe fortgeführt werden. Patienten, die bereits eine schwerwiegende Nebenwirkung unter Fluorchinolonen erlitten haben, sollten keine Fluorchinolone mehr erhalten. ■

Quelle: Akdae Drug Safety Mail 2016 – 26 www.akdae.de

IN DEUTSCHLAND VERFÜGBARE FLUORCHINOLONE

Wirkstoff	Beispiele
Ciprofloxacin	Ciprobay®; Ciprofloxacin generisch
Levofloxacin	Tavanic®; Levofloxacin generisch
Moxifloxacin	Avalox®; Moxifloxacin generisch
Norfloxacin	Barazan®, Norfloxacin generisch
Ofloxacin	Oflox®; Ofloxacin generisch

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

Vorsicht, Regressgefahr!

Comfeel plus Wundverband enthält Calciumalginat und ist somit nicht über Sprechstundenbedarf zu beziehen.

Bezugsfähig sind nur Hydrokolloidverbände ohne Zusätze.

pH-Indikatorstäbchen finden bei Frauenärzten auch zur pH-Bestimmung im Vaginalsekret Verwendung. Laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung sind lediglich Testmaterialien für den Nachweis von Eiweiß

und/oder Glukose im Harn zulässig.

Die Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) hat angekündigt, für diese Artikel zukünftig Prüfanträge zu stellen. ■

Arzneimittel mit fiktiver Zulassung dürfen nicht verordnet werden

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat eine aktualisierte Übersicht der fiktiv zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel erstellt (siehe Kasten).

Arzneimittel mit fiktiver Zulassung können nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Ignoriert ein Arzt diese Regelung, ist eine Regresszahlung nicht abzuwenden.

Erst nach rechtmäßiger Zulassung ist eine Verordnung dieser Präparate wieder möglich.

Für **Pentalong® 50mg** wurde die Nachzulassung mit Wirkung zum 29. Juli 2016 erteilt für folgende Indikation: *Zur symptomatischen Behandlung der chronisch stabilen Angina Pectoris bei Erwachsenen mit gesicherter koronarer Herzkrankheit und eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit, bei denen Beta-Blocker unverträglich oder kontraindiziert sind oder keine ausreichende antianginöse Wirkung haben.*

Seit Ende 2015 ist Vagantin® Riemser für die Indikation bei persistenter exzessiver idiopathischer primärer Hyperhydrosis axillaris zugelassen. ■

FIKTIV ZUGELASSENE VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL

AHP 200 Filmtabletten
Alvalin Tropfen
Contractubex gel
Diamox Tabletten
Diamox parenteral
Hylase Dessau 1500E
Nirason N Drg.
Pentalong-50-mg (siehe Erläuterung links)
Peritrast 300 Injektionslg.
Peritrast 300-comp Injektionslg.
Tenuate retard Retartdtabl.Tepilta Suspension in Beuteln
Tepilta Suspension in Flaschen

Quelle: Liste vom BfArM Stand 19.07.2016 / kein Anspruch auf Vollständigkeit

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

Was ist eine fiktive Zulassung?

Bei fiktiv zugelassenen Arzneimitteln handelt es sich um Arzneimittel, die bereits vor Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes (AMG) von 1976 auf dem Markt waren und deren Nutzen vom BfArM im Rahmen einer „Nachzulassung“ überprüft wurde.

Bis zum Abschluss des Prüfverfahrens galten sie als „fiktiv zugelassen“ und waren weiter verkehrsfähig. In einigen Fällen, in denen das BfArM die Nach-

zulassung ablehnte, reichten die Hersteller Klage ein. Wegen der aufschiebenden Wirkung dieser Klage besteht in diesen Fällen die fiktive Zulassung des Arzneimittels bis zu einer rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung fort.

Die Arzneimittel dürfen deswegen weiterhin in Verkehr gebracht werden und sind damit für Patientinnen und Patienten grundsätzlich verfügbar.



Masernkampagne in Hamburg

Infomaterial zur Auslage in den Praxen

Im Rahmen der Hamburger Masernkampagne hat die KV an impfende Ärzte einen Umschlag mit Patientenerinformationen verschickt. Neben 50 deutschsprachigen Flyern liegen der Sendung auch Flyer in sechs anderen Sprachen sowie eine Info-Karte und eine Broschüre in leichter Sprache bei. Wir bitten Sie, die Kampagne zu unterstützen und das Informationsmaterial in Ihrem Wartezimmer auszulegen.

Kostenlose (Nach-)Bestellung des Infomaterials per Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de

Pflichtleistung für Kinder und Jugendliche

Grundsätzlich empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) die Gabe des Dreifachimpfstoffs MMR mit dem Ziel, sowohl Masern- als auch Rötelerkrankungen in Deutschland zu eliminieren. Die von der STIKO empfohlenen MMR-Impfungen sind Pflichtleistung der

gesetzlichen Krankenkassen (Schutzimpfungs-Richtlinie).

Demnach sollen alle Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag zwei MMR-Impfungen erhalten. Bei Erwachsenen, die nach 1970 geboren sind und die keine zwei (dokumentierten) MMR-Impfungen erhalten haben, empfiehlt die STIKO eine einmalige MMR-Impfung.

Die Regelung gilt auch für Asylbewerber, die über die AOK Bremen/Bremerhaven versichert sind – sowie für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge.

Keine Pflichtleistung für 1970 oder früher Geborene

Bei Personen, die 1970 oder früher geboren wurden, ist die MMR-Impfung keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen und muss – soweit keine Vereinbarung der einzelnen Kasse mit der KV Hamburg vorliegt – von den Patienten selbst bezahlt werden. Diese können gegebenenfalls bei ihren Kassen nachfragen, ob die Kosten rückerstattet werden.

Die AOK Rheinland Hamburg, die Knappschaft und der Verband der Ersatzkassen haben sich in einer Vereinbarung mit der KV Hamburg dazu verpflichtet, die Impfkosten für 1970 und früher Geborene zu übernehmen. ■

Weitere Informationen: Fachliche Informationen finden Sie auf den Seiten des Robert-Koch-Instituts: www.rki.de → RKI Ratgeber für Ärzte → Masern. Einzelheiten zur Abrechnung und zu den Zusatzvereinbarungen: www.kvhh.de → Verordnung → Schutzimpfung

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

Was Sie noch wissen sollten

Wann können Sie sich impfen lassen? Leichte Infekte mit Fieber unter 38,5 °C sprechen nicht grundsätzlich gegen eine Impfung. Ebenso wenig wie chronische Erkrankungen oder die Behandlung mit Antibiotika. In einigen Situationen sollten Sie die Impfung jedoch auf einen späteren Zeitpunkt verschieben, wie z. B. bei akut behandelungsbedürftigen Erkrankungen oder während der Schwangerschaft. Sprechen Sie hierzu Ihre Ärztin oder Ihren Arzt an und holen sich dort Rat.

Für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene, die nach 1970 geboren sind, ist die Impfung grundsätzlich kostenfrei. In Hamburg übernehmen daneben die meisten Krankenkassen die Kosten der Masernimpfung für alle ihre Versicherten. Informieren Sie sich am besten vorher bei Ihrer Krankenkasse.

Nicht alle Pünktchen bringen Glück



Bei weiteren Fragen

Sollten Sie weitere Fragen haben, können Sie sich an Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt wenden. Ebenso stehen Ihnen die örtlichen Gesundheitsämter der Bezirke für weitere Beratungen zur Verfügung. Die Maserninfektionen gemeldet werden müssen, liegen dort Informationen zur aktuellen Situation und große Erleichterung im Umgang mit der Erkrankung vor. Hinweise zu den Impfangeboten in den Gesundheitsämtern finden Sie unter www.hamburg.de/masern.

Weitere Informationen oder Beratung erhalten Sie auch über:

- Zentrum für Impfmedizin des Instituts für Hygiene und Umwelt, Beltrags Garten 2, 20537 Hamburg, Tel. 040-42654420, impfzentrum@ihu.hamburg.de
- Das Impfzentrum informiert auch zu Reiseimpfungen.
- Robert Koch-Institut: www.rki.de/masern
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.impfen-info.de
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg: www.hamburg.de/masern

Impressum

Herausgeber:
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Abteilung Öffentlicher Gesundheitsdienst
BilstraÙe 80, 20539 Hamburg
www.hamburg.de/masern
Bezug: publikationen@bvg.hamburg.de
Gestaltung: kvh-design
Fotos: Monkey Business/istock, Grafik: rustamank/istock
Druck: VIG Druck & Media GmbH
Stand August 2015

Beim Virenschutz nur digital gedacht?



Masernimpfung – jetzt!

Das Virenschutzprogramm für Dich.
www.hamburg.de/masern




Bitte melden Sie Medikationsfehler!

Arzneimittelkommission wertet Fallberichte im Rahmen eines Pilotprojekts aus

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) führt ein Projekt zur Erfassung von Medikationsfehlern durch und bittet die Ärzte, entsprechende Fallberichte einzureichen. Im Rahmen des Projekts werden Medikationsfehler erfasst, die zu einem Schaden beim Patienten geführt haben oder hätten führen können.

Die Erfassung von Medikationsfehlern soll in einer offenen und angstfreien Atmosphäre des Austauschs und der Diskussion erfolgen. Nur so wird es möglich sein, eine konstruktive Fehlerkultur zu etablieren und mit den gewonnenen Erkenntnissen die Arzneimitteltherapiesicherheit zu verbessern.

Die von den Ärzten eingereichten Fallberichte werden vertraulich behandelt und pseudonymisiert an das nationale Pharmakovigilanzsystem weitergeleitet. Durch die Analyse der Medikationsfehler sollen Interventionsmöglichkeiten zur Fehlervermeidung abgeleitet werden.

In Deutschland existiert bislang kein System für die zentrale Erfassung von Medikationsfehlern. Aufgrund geänderter europäischer Regularien wird nun geprüft, ob sich aus der systematischen Auswertung von Medikations-

Bericht über Medikationsfehler

Eingangsvermerk

(auch Verdachtsfälle)
an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gemäß der Berufsordnung für Ärzte
Postfach 120864 • 10598 Berlin
Fax: 030 / 400456-555 • Tel.: 030 / 400456-500 • www.akdae.de



Per E-Mail senden

Drucken

Patient / in

Initialen Geburtsdatum

Geschlecht Schwangerschaft

w m _____ Monat

Gewicht Größe

_____ kg _____ cm

Beschreibung des Medikationsfehlers (Ursache) und der Nebenwirkung (Folge)
(z. B. falscher Applikationsweg (i.v. statt i.m.), anschließende Atemnot)

Fehler aufgetreten am _____ Dauer der Nebenwirkung _____

Betroffene(s) Arzneimittel (genaue Bezeichnung/Darreichungsform/PZN/Ch.-B.)	Applikation	Dosierung	Dauer der Anwendung von	Dauer der Anwendung bis	Indikation
1					

fehlern Risikokonstellationen und Interventionsstrategien ableiten lassen. Das Projekt wird vom Bundesgesundheitsministerium gefördert.

Etwa drei Prozent der nichtelektiven, internistischen Aufnahmen in Deutschland sind durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen bedingt. Davon sind etwa ein Fünftel auf vermeidbare Medikationsfehler zurückzuführen.

Ein Berichtsbogen steht auf der Homepage der AkdÄ zur Verfügung. Dieser kann genutzt werden, um Fallberichte per Post, per E-Mail oder per Fax zu melden. Eine anonyme Meldung ist möglich. ■

Weitere Informationen im Internet: www.akdae.de → Arzneimittel-sicherheit → Medikationsfehler

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



 AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Dicke leben länger

Forschungsergebnisse legen den Schluss nahe: Übergewicht bringt für viele Menschen keinen großen Schaden, eventuell sogar eher Nutzen. Was ist davon zu halten?

VON INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
(DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Die Frage, welche Bedeutung das Körpergewicht für das Auftreten von Krankheiten und die Lebenserwartung hat, wurde in zahlreichen Kohortenstudien untersucht. Solche Beobachtungsstudien können Zusammenhänge zwischen Variablen beschreiben, sie lassen jedoch keine Schlüsse zu auf Ursache und Wirkung. Sie dienen der Hypothesenbildung für kontrollierte Interventionsstudien.

Seit mehr als zehn Jahren berichten Autoren aus den US Centers for Disease Control and Prevention, dass bei Erwachsenen ein Body Mass Index (BMI) um die 27 kg/m² mit der besten Lebenserwartung assoziiert ist (Flegal et al. 2013). Das liegt im Bereich des Übergewichts. Selbst ein BMI im Adipositas-Bereich Grad 1 ist nicht risikoreicher als ein BMI im Normalbereich. Insbesondere ältere Menschen haben eine bessere Lebenserwartung, wenn sie übergewichtig oder adipös sind. Nur bei einem BMI unter 20 kg/m² und bei massiver Fettsucht steigt die Mortalität.

Auch Auswertungen, die Daten aus Deutschland berücksichtigen, kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Lenz et al. 2009). Das *Deutsche Ärzteblatt* titelte dazu 2009: „Das überschätzte Übergewicht“

Inzwischen gibt es eine leidenschaftliche Kontroverse um die prognostische Bedeutung des Körpergewichts. Beobachtungsstudien sind anfällig für Verzerrung durch Störvariablen, auch "confounder" genannt. So kann ein niedriger BMI bei Krebsleiden die Folge der Erkrankung sein. Ein früher Tod wäre dann nicht ursächlich durch ein niedriges Körpergewicht, sondern durch die zugrundeliegende Krebserkrankung zu erklären. Raucher sind insgesamt schlanker als Nichtraucher, zeichnen sich gleichzeitig aber auch durch ein höheres Krankheits- und Sterberisiko aus.

Andererseits gibt es zunehmend Untersuchungen, die zeigen, dass gerade Raucher und Personen mit schweren akuten oder chronischen Erkrankungen eine bessere Lebenserwartung haben, wenn sie übergewichtig oder sogar adipös sind. Dazu zählen Patienten mit koronarer Herzkrankheit (Sharma et al. 2014), akutem Herzinfarkt (Buchholz et al. 2016), Herzinsuffizienz, chronischem Nierenversagen, Diabetes, Hypertonie, manchen Krebserkrankungen oder Krisensituationen wie große Operationen, Unfälle oder schwere Infektionskrankheiten mit Behandlung auf Intensivstationen.

Da einerseits Adipositas das Risiko für Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen erhöht, andererseits bei bereits erkrankten Populationen Übergewichtige und Adipöse eine bessere Prognose haben als Normalge-

wichtige, spricht man hier von einem "obesity paradox". Die Ursachen für dieses Phänomen sind nicht völlig aufgeklärt. Verschiedene Faktoren dürften, je nach Krankheitsbild, unterschiedliche Bedeutung haben. Einerseits werden immunologische Einflüsse mit einer besseren Abwehrfunktion durch Fettreserven vermutet. Bei metabolischen und kardiovaskulären Erkrankungen dürfte auch die Diversität in Ätiologie und Pathogenese die Prognosen bestimmen. So scheinen Diabetes und Hypertonie bei Schlanken schwerwiegender zu sein als entsprechende Diagnosen bei Übergewichtigen und Adipösen. Ähnliches wird auch für Menschen mit koronarer Herzkrankheit diskutiert. Genetische Dispositionen dürften hier ausschlaggebend sein. Diese könnten auch über die konstitutionell bestimmte Muskelmasse und Fettverteilung einer Person ihren Einfluss ausüben. Der Anteil der Muskelmasse allein kann jedoch die bessere Prognose von akut oder chronisch erkrankten Menschen mit höherem BMI nicht erklären. Auch hoher Fettanteil bei niedriger Muskelmasse scheint noch günstiger zu sein als niedrige Fettreserven (Srikanthan et al. 2016). Schließlich wird vermutet, dass bei dicken Menschen eher nach kardiovaskulären Risiken gesucht und diese intensiver behandelt werden. Man spricht hier von einem diagnostischen Bias beziehungsweise einem Behandlungsbias.

Die Frage ist, wie das "obesity paradox" beziehungsweise die "confounder" in Beobachtungsstudien berücksichtigt werden sollen. Besondere Aufmerksamkeit hat eine aktuelle Meta-Analyse erfahren (The Global BMI Mortality Collaboration 2016), einerseits wegen der großen Anzahl der eingeschlossenen Studien und andererseits, weil die Arbeit in einer der führenden wissenschaftlichen Zeitschriften, dem *Lancet*, publiziert wurde. In dieser Meta-Analyse wollte man möglichst alle Störvariablen ausklammern, um den alleinigen prognostischen Einfluss des BMI auf verschiedene Sterberisiken zu klären. Zu diesem Zweck wurden in die Hauptanalyse nur mehr augenscheinlich gesunde Personen eingeschlossen. Die Mehrheit, nämlich 60 Prozent der ursprünglich in die Beobachtungsstudien einbezoge-

nen Personen, wurden ausgeschlossen. Zu den nicht berücksichtigten Gruppen zählten alle Personen, die jemals geraucht hatten, Personen mit Krebsdiagnosen, kardiovaskulären oder Lungenerkrankungen, und alle Menschen, die in den ersten fünf Jahren nach Beginn der Beobachtungsstudien verstorben waren. Für die restlichen 40 Prozent der gesunden Studienteilnehmer wurde dann auch ein BMI im Normalgewichtsbereich zwischen etwa 22 und 24 kg/m² für die beste Lebenserwartung identifiziert.

Bei Betrachtung der ursprünglichen Gesamtpopulationen kommt aber auch diese Meta-Analyse zum Ergebnis, dass die beste Lebenserwartung für Erwachsene im Bereich des Übergewichts liegt. Wenn für die 40 Prozent der eher gesunden Menschen ein BMI im sogenannten Normalbereich das Gewicht mit der besten Lebenserwartung ist, für die Gesamtpopulation hingegen im sogenannten Übergewichtsbereich, dann muss für die Mehrheit der Menschen, nämlich 60 Prozent der eingeschlossenen Bevölkerungsgruppen, ein noch höherer BMI das Gewicht mit der besten Lebenserwartung sein.

Auffallend ist, dass in dieser Meta-Analyse, wie auch oft in anderen Analysen zum Körpergewicht, der sozioökonomische Status als möglicher confounder nicht berücksichtigt wird. Personen aus unteren sozialen beziehungsweise bildungsfernen, einkommensschwachen Schichten sind sehr viel häufiger übergewichtig oder adipös und haben gleichzeitig ein deutlich höheres Risiko, chronisch zu erkranken und früher zu sterben als Menschen aus hohen sozialen Schichten. Nach Erhebungen der deutschen Gesundheitsstudie haben Frauen mit niedrigem Einkommen eine um acht Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen mit hohem Einkommen; bei Männern beträgt der Unterschied elf Jahre (Saß et al. 2015). Ursache für den früheren Tod ist jedoch nicht (alleine) das Übergewicht, sondern das Zusammenspiel diverser individueller und lebensweltlicher Faktoren, die einem gesunden und langen



Leben entgegenstehen. Verhältnisprävention scheint daher erfolversprechender zu sein als Maßnahmen zur individuellen Verhaltensprävention mit dem Ziel, das Gewicht zu reduzieren. Auf diesen Sachverhalt hat das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin erst kürzlich wieder hingewiesen (DNEbM 2015).

Trotz der Unsicherheiten zur prognostischen Bedeutung des Gewichts bleibt die Frage, ob das Körpergewicht im Falle von chronischen Krankheiten durch Diäten manipuliert werden sollte. Dazu braucht es in jedem Fall aussagekräftige randomisiert-kontrollierte Studien für das jeweilige Krankheitsbild. Für adipöse Patienten mit frühem Diabetes Typ 2 liegt mit der Look AHEAD Studie eine solche Untersuchung vor (Look AHEAD Research Group 2013). Sie wollte den Einfluss einer intensiven Lebensstilintervention auf kardiovaskuläre Komplikationen und Mortalität nachweisen. Die Studie wurde jedoch nach etwa neun Jahren vorzeitig abgebrochen wegen Aussichtslosigkeit, einen Erfolg jemals dokumentieren zu können. Die erzielten Ergebnisse in Bezug auf Gewichtsabnahme

und Intensivierung von körperlicher Aktivität waren durchaus eindrucksvoll, hatten jedoch keinen Effekt auf Herz-Kreislauferkrankungen oder die Mortalität.

Insgesamt wird das Körpergewicht als Risikofaktor für die Lebenserwartung der Menschen erheblich überbewertet. Für viele Menschen scheint Übergewicht oder Adipositas keinen großen Schaden, eventuell sogar eher Nutzen zu bringen. Sollten uns hingegen die massiven Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen den sozialen Schichten in unserer Gesellschaft wirklich bekümmern, wäre es lohnenswert, sich für die gesundheitlichen Risikofaktoren Bildung, Einkommen und Lebensbedingungen mit ähnlichem Interesse und Nachdruck zu engagieren wie bisher für das Körpergewicht. ■



**Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mühlhauser**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 42838-3988

Buchholz EM, Beckman AL, Krumholz HA et al. Excess weight and life expectancy after acute myocardial infarction: The obesity paradox re-examined. *Am Heart J* 2016; 172: 173-181

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. 10. Februar 2015.
<http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/stellungnahmen/stellungnahme-praeventionsgesetz.pdf>

Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013; 309: 71-82

Lenz M, Richter T, Mühlhauser I. The morbidity and mortality associated with overweight and obesity in adulthood: a systematic review. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(40): 641-8. doi: 10.3238/arztebl.2009.0641

Look AHEAD Research Group Wing RR, Bolin P, Brancati FL et al. Cardiovascular effects of intensive life style intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2013; 369: 145-154

Saß AC, Lampert T, Prütz F et al. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?
In: Robert Koch-Institut (Hrsg) *Gesundheit in Deutschland 2015*; 149-238

Sharma A, Vallakati A, Einstein AJ et al. Relationship of body mass index with total mortality, cardiovascular mortality, and myocardial infarction after coronary revascularization: evidence from a meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2014; 89(8): 1080-1100

Srikanthan P, Horwich TP, Tseng CH. Relation of muscle mass and fat mass to cardiovascular disease mortality. *Am J Cardiol* 2016; 117: 1355e1360

The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet* 2016; ' [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30175-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30175-1)



Amtliche Veröffentlichungen

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

Verträge:

- Vereinbarung des „Umsetzungskonzeptes der Einrichtung von Schwerpunktpraxen zur medizinischen Versorgung wohnungsloser Menschen (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 40. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit dem BKK-Landesverband NORD-WEST über die Zahlung der Gesamtvergütung (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- 41. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit dem BKK-Landesverband NORD-WEST: Vertrag zur Sicherung und Verbesserung der

vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGBV mit der DAK-Gesundheit (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt).

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten:

- Im Telegramm Nr. 36 vom 29. Juni 2016 wurde der Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Hamburg zwischen der KV Hamburg und der Techniker Krankenkasse unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

- Im Telegramm Nr. 36 vom 29. Juni 2016 wurde der 7. Nachtrag zum Ver-

trag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V vom 1. Juni 2008 in der Fassung des 6. Nachtrags vom 1. Januar 2015 zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

Hinweis: Kündigung von Verträgen:

- (Pflegeheim) Strukturvertrag nach § 73a SGB V zwischen der KV Hamburg und der BARMER GEK und dem BKK-Landesverband NORDWEST und der Knappschaft

Der o. g. Vertrag wurde von

- der BARMER GEK und
- dem BKK-Landesverband NORDWEST

zum 31. Dezember 2016 gekündigt.

- Die Techniker Krankenkasse hat ihren Beitritt zum 31. Dezember 2016 widerrufen.

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

6. Tag der Allgemeinmedizin

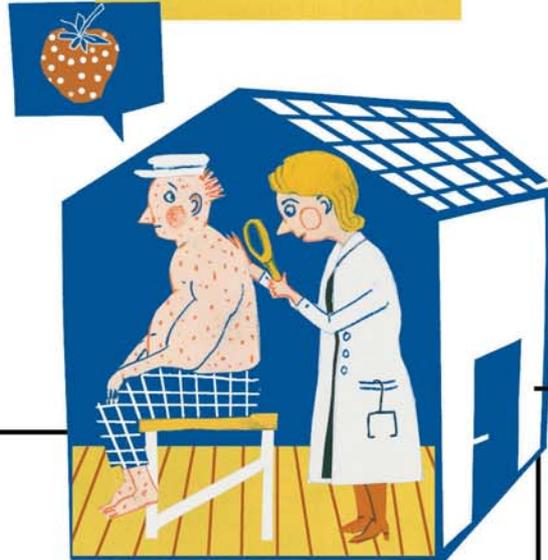
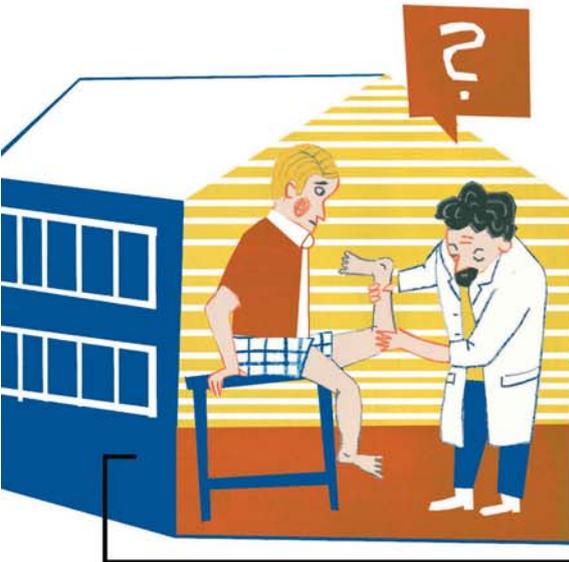
Spezialisiert auf den ganzen Menschen

5.11.2016
UKE Hamburg

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

Anmeldung verlängert
bis zum 20.10.2016
www.uke.de/tda

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



für das
gesamte
Praxisteam

unabhängige Fortbildungen für
das gesamte Praxisteam in über
45 Workshops

Plenums-Highlight

Dr. med. Matthias Janneck

Ärztliches Denken

→ ärztliche Denkfehler

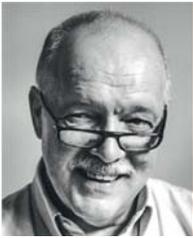
Wir laden Sie herzlich ein.

UKE

Institut für
Allgemeinmedizin



Deutscher Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin



Arme Viren

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

Wer hat schon von der Chagas-Krankheit gehört? Fast 20 Millionen Südamerikaner sind damit infiziert. Es handelt sich um eine Infektionskrankheit, hervorgerufen durch einen Parasiten namens *Trypanosoma cruzi*. Jeder Zehnte stirbt daran, qualvoll, langsam, oft erst Jahre nach der Infektion. Es gibt kein Medikament gegen die Chagas-Krankheit und auch keine Impfung.

Wer kennt das Dengue-Fieber? Dieses Flavi-Virus wird durch einen Mückenstich übertragen. Jedes Jahr dürften 50 bis 100 Millionen Menschen neu erkranken, etwa jeder Zehnte erleidet einen schweren Krankheitsverlauf, es kommt zu über 20 000 Todesfällen, überwiegend betroffen sind Kinder. Es gibt kein Medikament und keine erfolgversprechende Behandlung des Dengue-Fiebers, eine (unbezahlbare) Impfung gibt es erst seit wenigen Monaten.

Die Chikungunya-Krankheit ist nur Eingeweihten bekannt. Sie ist ebenfalls eine tropische Infektionskrankheit, sie ist seit über 60 Jahren bekannt, das Virus wird auch durch Mückenstiche

übertragen. Man geht von einigen Millionen Infizierten aus. Schwere Entzündungen von Leber, Herz, Nieren oder Gelenken bei eher niedriger Sterblichkeit kennzeichnen die Chikungunya-Krankheit. Es gibt weder eine spezifische Behandlung noch eine Impfung.

Das Ebola-Virus hingegen, das kennt man, denn es hatte vor Kurzem die Schlagzeilen einer globalen Hysterie für sich. Bei diesem Virus braucht es keine Mücke, sondern direkten Kontakt, um sich zu infizieren. Die ganze Welt ängstigte sich, obwohl die Ebola-Epidemie vor zwei Jahren im Wesentlichen auf die ärmsten der armen Länder in Westafrika beschränkt blieb. Die Todesrate stieg dort zeitweise auf bis zu 90 Prozent. Man versuchte, diese Länder vom Rest der Welt zu isolieren, weil der Welt-Flugverkehr in Gefahr geriet. Es gibt keine Behandlung dieser Krankheit, und es gibt keinen Impfstoff.

Zur Zeit ist Zika in aller Munde. Nicht die vier bis sechs Millionen durch Mückenstiche Infizierten in Südamerika sind von Interesse,

es ist auch nicht wichtig, dass diese Erkrankung eher milde verläuft und fast immer von selbst ausheilt. Wären da nicht die Bilder der sehr seltenen Komplikation von Kindern mit winzigen Köpfen, der sogenannten Mikrozephalie. Die Folgen der Infektion mit dem Zika-Virus während einer Schwangerschaft sind mit der Traumwelt von Olympischen Spielen nicht vereinbar. Hysterie sells. Und wieder gilt, dass es gegen das Zika-Fieber keine Behandlung gibt und keine Impfung.

Merke: Für Erkrankungen armer Menschen in armen Ländern hat die Medizin nichts zu bieten. Es gibt keine Behandlung, es gibt keine Impfung, es wird gar nicht erst geforscht, wenn keine Profite am Horizont winken.

Gäbe es keine Slums, gäbe es keine katastrophalen sanitären Verhältnisse, gäbe es kein verseuchtes Trinkwasser und gäbe es anständige Wohnverhältnisse, dann wären alle diese Krankheiten kein wirkliches Problem.

Wenn es für Armut eine Behandlung gäbe, dann gäbe es solche Epidemien auch nicht mehr. ■



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Christoph Bäumer**, Leiter eines Qualitätszirkels mit der Bezeichnung „Spezielle Schmerztherapie, Osteologie und Osteopathie“

Name: **Dr. Christoph Bäumer, DO (EROP/DAAO), MSc paed ost**

Geburtsdatum: **9.4.1962**

Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder, ein Hund**

Fachrichtung: **Orthopädie, Spezielle Schmerztherapie, Manuelle Medizin**

Weitere Ämter: **Mitarbeit Ärztliche Stelle**

Hobbys: **Segeln, Motorradfahren, Karate, Rennradfahren, Fotografie**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Absolut! Wir haben doch den schönsten Beruf der Welt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Ich habe viele hochgradig engagierte Kolleg/inn/en getroffen, die Arbeit in Qualitätszirkeln erbringen, für Patienten und Kollegen wertvolle Beiträge leisten in Sachen Behandlungsqualität und auch durch Vermittlung von medizinischen Spezialkenntnissen. Das hat mich motiviert, es auch zu tun. Da der mir wichtige oben genannte fachliche Mix in keinem für mich erreichbaren Qualitätszirkel angeboten wurde, habe ich einen eigenen gegründet.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Der Schwerpunkt liegt in der Klärung von problematischen medizinischen Sachverhalten aus dem Bereich des schmerzhaften Erlebens, unter besonderer Berücksichtigung von haltungsmedizinischen, osteologischen und osteopathischen Fragestellungen. Die psychosomatische Medizin und komplementäre medizinische Disziplinen werden hier bei gegebener Indikation ganz bewusst mit eingebunden. Als Ergebnis der durchgeführten Patientenvorstellung bzw. Fallbeschreibung soll ein multimodales Therapiekonzept erstellbar sein, das dem Patienten dann auch vermittelt wird. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auch in der durch Kurzvorträge vermittelten fachübergreifenden medizinischen Sachkenntnis.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Das *eine* berufspolitische Ziel für uns Ärzte (nicht nur in Niederlassung) muss doch heißen: Durchsetzung der Absicherung der Existenz des freien Berufes Arzt mit politisch ungestörter Durchführung unserer Tätigkeit mit Abschaffung der planwirtschaftlichen Grundlagen und Abgabe des Versorgungsauftrages durch die KVen, damit diese wieder zu potenten Vertretungen der Ärzte werden können. Und wenn das nicht geht, trotzdem versuchen, verlorenes Terrain wieder zurückzugewinnen ... Aber: Das andere zuvor noch umzusetzende und noch schwierigere Ziel heißt: Kollegen aller Fachdisziplinen, Haus-, Fach-, Krankenhaus- oder Praxisarzt: Fangt an, als *Ärzte* an einem Strang zu ziehen. Sonst wird das mit Ziel 1 nix.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mit einem Segelboot und einem *Team* um die Welt schippern – soweit das Wasser und die Knochen tragen. Und in der Zeit mein Buch schreiben ... ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 1.12.2016 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Personalmanagement Für Ärzte und Praxispersonal mit Führungsaufgaben: Grundsätze und Regeln eines zeiteffizienten Personalmanagements 10 FORTBILDUNGSPUNKTE	Risikomanagement in der Arztpraxis Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermanagementsystemen nach den seit 2014 geltenden Mindeststandards 4 FORTBILDUNGSPUNKTE	Konfliktmanagement: Tatort Praxis Vom Umgang mit aggressiven Patienten: Konfliktprävention, Deeskalation im Aggressionsmoment 4 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 2.11.2016 (9.30-17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss	Mi. 9.11.2016 (14-18 Uhr) € 98 inkl. Getränke und Imbiss	Mi. 30.11.2016 (14-18 Uhr) € 98 inkl. Getränke und Imbiss
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg	Ort: Satellite-Office im Gutruf-Haus, Neuer Wall 10 (Ecke Jungfernstieg)	Ort: Satellite-Office im Gutruf-Haus, Neuer Wall 10 (Ecke Jungfernstieg)

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

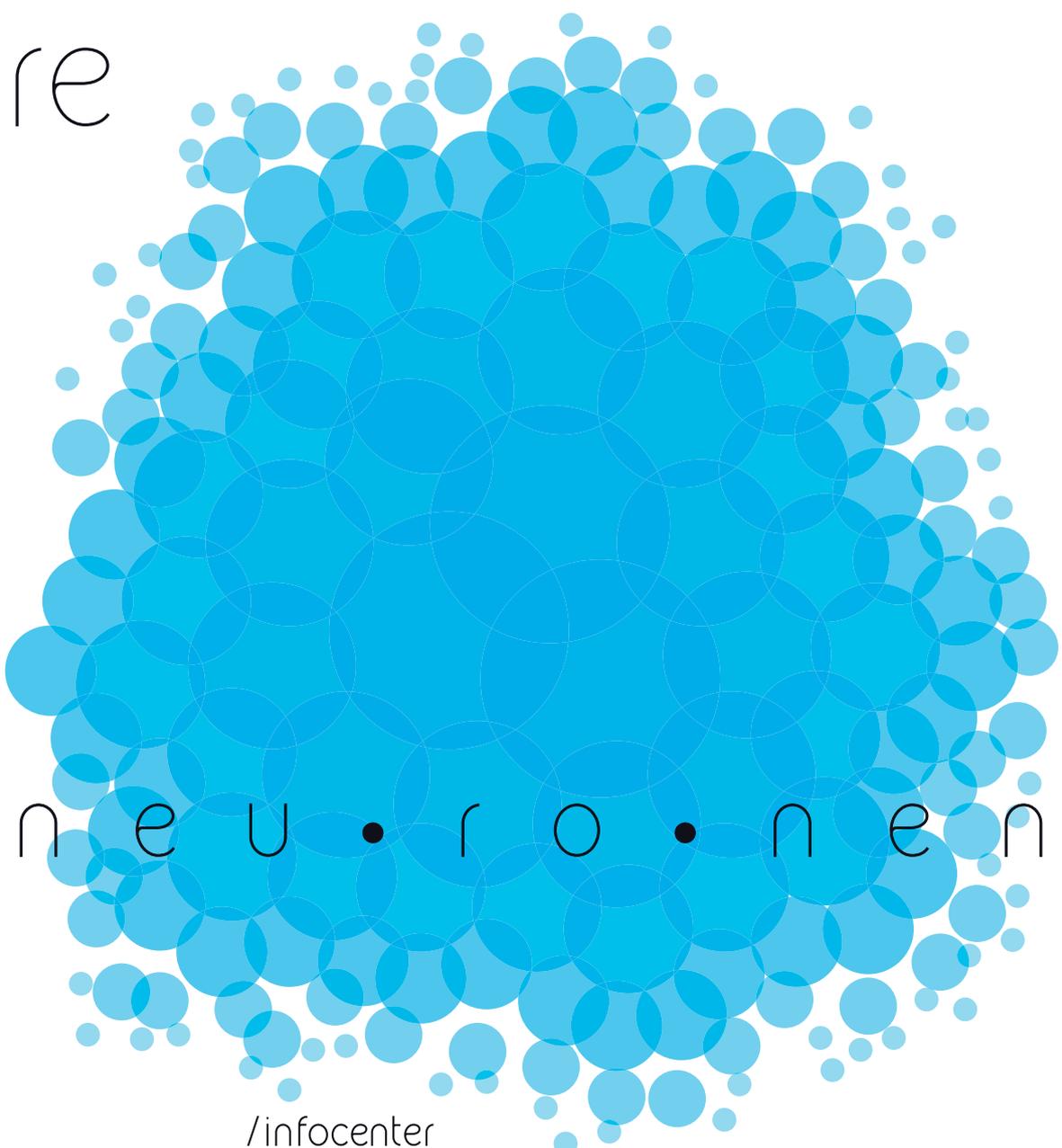
Grundschulung für Unternehmer Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen. BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE	Fortbildung für Mitarbeiterinnen: „Gefährdungsbeurteilung I“ Zur Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften
Mi. 5.10.2016 (15-20 Uhr) Weitere Termine: Fr. 7.10.2016, Mi. 30.11.2016, Fr. 2.12.2016 € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)	Mi. 12.10.2016 (15-18 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 14.12.2016 (15-18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldeformulare bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Fax: 2780 63 48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de	

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen Für Ärzte und Praxispersonal: Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen Termine und weitere Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „Zi-DMP“ eingeben	Hörgeräteversorgung bei Kindern und Erwachsenen Für Ärzte: Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungen Mi. 30.11.2016 (14-19 Uhr) € 90	Sprechstundenbedarf Für Praxispersonal: Vertiefung der Kenntnisse zum Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen Mi. 12.10.2016 (15-17 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 14.12.2016 (15-17 Uhr) € 25
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b; Anmeldung: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekhh.de; Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html		

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 3. QUARTAL 2016 VOM 4. BIS 17. OKTOBER 2016

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!