

# KVH *journal*

## WAS IST LOS MIT DER KV?

*Warum die Selbstverwaltung zunehmend als starre Staatsbehörde wahrgenommen wird*



### **PROTEST**

*Anti-TSVG-Veranstaltung im Ärztehaus*

### **ARZNEIMITTEL**

*Neue Medikamente, neue Empfehlungen*

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 3/2019 (März 2019)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

wären Sie KV-Mitglied, wenn Sie es nicht sein müssten? Diese Frage mag merkwürdig klingen, sie ist aber unmittelbar verknüpft mit der Rolle, die der KV heute zukommt. Wie nehmen Sie die KV gegenwärtig wahr? Als Behörde zur Durchsetzung streng detaillierter Vorgaben? Oder als Interessenvertretung, die sich mit hoher Service-Orientierung für die Rechte ihrer Mitglieder einsetzt?

Wir widmen uns in diesem Jahr intensiv diesem Themenkomplex – der Bedeutung der KV in einem von kontinuierlich hochfrequentem Wandel vorangetriebenen Gesundheitssystem – und hoffen dabei auf Ihre Unterstützung. Denn so sehr die KV die Institution der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist, so sehr hängt es von Ihren Wünschen und Erwartungen ab, wie sich die KV in Zukunft ausrichtet, welche strategischen Schwerpunkte gesetzt werden.

Einen ersten Aufschlag machen wir in dieser Ausgabe mit einer Diskussion zwischen Walter Plassmann und dem Hamburger Vertragsarzt Dr. Wolfgang Wesiack (Mitglied der Vertreterversammlung und ehemaliger KV-Vorsitzender) darüber, wie sich die Rahmenbedingungen verändert haben, unter denen heute die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung stattfindet und welche Auswirkungen immer detailliertere gesetzliche Vorgaben auf das Verwaltungsverhalten der KV haben. Je restriktiver die Politik in die Angelegenheiten der Selbstverwaltung hineinregiert, kann man sagen, desto enger wird der Handlungsspielraum der KV. Doch muss das in Resignation münden? Wird nicht hingegen die Rolle der KV immer gewichtiger, je stärker die Tendenzen zu staatlicher Kontrolle sich ausprägen? Die geplante Entmachtung des G-BA durch ministerielle Rechtsverordnungen, die Beteiligung der Länder an Bedarfsplanung und Zulassung, die Forderungen der Krankenkassen nach mehr (unbezahlten) Sprechstunden, die Übernahme von ganzen Versorgungszweigen durch Finanzinvestoren: All das markiert die Aushöhlung einer selbständigen freiberuflichen ärztlichen Berufsausübung, die Erosion des Fundaments, auf dem unser hervorragendes Gesundheitssystem aufgebaut ist.

Diese Überlegungen dürfen sicher nicht unberücksichtigt bleiben, wenn man sich der Frage widmet, welche Bedeutung die Werte heute noch haben, für die die KV steht. Lassen sich hierfür auch zukünftig noch Mehrheiten finden? Immer mehr, fast ein Drittel unserer Mitglieder, arbeiten mittlerweile in einem Angestelltenverhältnis. Welche konkrete Bedeutung hat das System der Selbstverwaltung für sie? Auch hierauf möchten wir gemeinsam mit Ihnen Antworten geben.

Sagen Sie uns, warum Sie KV-Mitglied sind! In persönlichen Gesprächen, in den Gremien, auf Veranstaltungen – und mit Ihrer Teilnahme an einer umfassenden Mitgliederbefragung, mit der wir Sie demnächst um Ihre Meinung bitten. Gestalten Sie KV mit. Für eine starke Selbstverwaltung.

**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)**



**FORUM**

- 14\_** Protest: Anti-TSVG-Veranstaltung im Ärztehaus
- 16\_** Würdigung: Prof. Dr. Ulrich Kleeberg
- 17\_** Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten: Veranstaltung zum Arbeits- und Haftungsrecht  
Datenschutz: Kompaktkurs des HNO-Qualitätsförderungsnetzes
- 22\_** Recover: Neues Behandlungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen

**SCHWERPUNKT**

- 06\_** Nachgefragt: Worauf sollte die KV künftig mehr Wert legen?
- 08\_** Interview: Über die Janusköpfigkeit der KV als Interessenvertretung und Kontrollinstanz  
Warum Ärzte mit uralten DMP-Regressforderungen konfrontiert werden

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 18\_** Fragen und Antworten
- 20\_** Geändertes Formular für Krankenförderung  
Überarbeitete DMP-Teilnahmeformulare für Versicherte

**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.



## QUALITÄT

**21\_** Neue Strahlenschutzverordnung

## ARZNEI- UND HEILMITTEL

**23\_** Sprechstundenbedarf: Testmaterial für Glukose-Toleranztest / Screening auf Gestationsdiabetes

**24\_** Wirkstoffvereinbarung: Neue Medikamente, neue Empfehlungen

**26\_** AkdÄ-Fortbildungsveranstaltung in Hamburg

**27\_** Elektronisches Rezept: TK-Pilotprojekt in Wandsbek

## KV INTERN

**30\_** Steckbrief: Dr. Christiane Jüngling

## RUBRIKEN

**02\_** Impressum

**03\_** Editorial

## AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

**13\_** Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen in der fachärztlichen Versorgung

**26\_** Bekanntmachungen im Internet

## NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

**28\_** Warum Krebsregisterdaten nicht zum Nachweis der Wirksamkeit von Screening-Programmen taugen

## KOLUMNE

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

## TERMINKALENER

**34\_** Termine und geplante Veranstaltungen

## BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer  
Seite 3: Mauricio Bustamante; Seite 6, 8, 9, 10: Felix Faller/Alinea; Seite 14, 15: Michael Zapf; Seite 16: Melanie Dreyse; Seite 17: Ralf Niemi; Seite 19: Felix Faller/Alinea; Seite 27: Techniker Krankenkasse/Pauls; Seite 34: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

## Worauf sollte die KV künftig mehr Wert legen?



**Dr. Michael Reusch**

Dermatologe in Niendorf  
und Sprecher des Beratenden  
Fachausschusses Fachärzte

### Offenheit und Flexibilität

Im Beratenden Fachausschuss Fachärzte diskutierten wir kürzlich darüber, ob sich das Verhalten der KV gegenüber ihren Mitgliedern verändert hat. **Stimmt es, dass die KV weniger flexibel, weniger serviceorientiert und in zunehmendem Maße starr-behördlich auftritt?**

Es gibt natürlich immer jemandem, der sich über die KV beklagt. Doch die negativen Rückmeldungen häuften sich – vor allem in Bezug auf Genehmigungen und Regressforderungen. Deshalb vereinbarten wir einen Termin mit dem KV-Vorstand, um über dieses Problem zu sprechen. Der KV-Vorsitzende Walter Plassmann erläuterte uns im Gespräch die veränderten Rahmenbedingungen, unter denen die KV heute arbeiten muss (siehe Interview Seite 8), sicherte aber verstärkte Bemühungen zu, bürokratische Bedrängnisse von den Ärzten fernzuhalten.

Die KV Hamburg war im Vergleich mit anderen KVen offen und flexibel und versuchte, auf die Bedürfnisse der Ärzte im Sinne einer reibungslosen Versorgung einzugehen. Diese Kultur des Miteinanders wollen wir auch unter geänderten Rahmenbedingungen versuchen aufrechtzuerhalten. ■



**Dr. Mike Müller-Glamann**  
Allgemeinmediziner in Barmbek  
und Sprecher des Beratenden  
Fachausschusses Hausärzte

## Engagement und Transparenz

Ein Zuchtmeister, der mit Regressen droht, Honorare kürzt und Qualitäts-Kontrollen durchführt – so sehen viele die KV. Dies ist mitunter ein Wahrnehmungsproblem, so wird etwa die Gemeinsame Prüfungsstelle fälschlicherweise als „die KV“ angesehen, und nur wenigen Ärztinnen und Ärzten ist das enge juristische Korsett der KV bekannt.

Jedoch legt die KV innerhalb ihrer verbliebenen Spielräume bei einigen Themen zu wenig Engagement an den Tag. So brauchen Hamburgs Hausärzte mehr Geld, um die Differenz zu anderen Bundesländern oder Fachgebieten zu verkleinern, beispielsweise über extrabudgetäre Leistungen! Oder Aufschläge für eine übertarifliche Zahlung der MFA, die auf dem Stellenmarkt kaum mehr zu finden sind! Oder Zuschläge für Sonografien bei Hausärzten, denn bei den Fachärzten bekommt man diese kaum mehr! Oder eine Ziffer für Beratung von Angehörigen bei Demenz! Oder Aufschläge bei Wegegeldern!

Und vor allem sollten wir den Eindruck vermeiden, dass in der KV hinter verschlossenen Türen gekungelt wird.

**Die Zusammensetzung der KV-Mitglieder verändert sich. Die jüngere Ärzte- und Psychotherapeutenchaft hat den Anspruch, dass die KV offener kommuniziert und die Entscheidungswege transparenter macht. ■**



**Hanna Guskowski**  
psychologische Psychotherapeutin in  
Eimsbüttel und Sprecherin des Beratenden  
Fachausschusses Psychotherapeuten

## Einsatz und Unterstützung

Die KV arbeitet zwar im Rahmen engmaschiger Vorgaben, doch sie hat auch einige Gestaltungsspielräume, die sie in der Vergangenheit nicht immer im Sinne einer guten psychotherapeutischen Versorgung genutzt hat. Dieser Versorgungsbereich hat in der KV leider nicht immer die ihm angemessene Bedeutung. Ein Beispiel: Für Ärzte mag das TSVG sowohl Licht- als auch Schattenseiten haben. Für Psychotherapeuten ist die Sache eindeutig: Es drohen massive Eingriffe, die für uns nicht hinnehmbar sind. Hier wäre größere Unterstützung durch den Vorstand notwendig gewesen. **Ich würde mir von der KV als Interessenvertretung für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten wünschen, dass sie sich für die Interessen all ihrer Mitgliedergruppen gleichermaßen einsetzt. ■**

## INTERVIEW

# »Was ist los mit der KV?«

Es gibt Beschwerden, dass die KV zunehmend wie eine Behörde auftritt. Ein berechtigter Vorwurf? Der derzeitige KV-Chef **WALTER PLASSMANN** und der ehemalige KV-Chef **DR. WOLFGANG WESIACK** diskutieren über die Janusköpfigkeit der KV als Interessenvertretung und Kontrollinstanz.

**Herr Dr. Wesiack, Sie sind seit 35 Jahren im System und waren in den 1990er-Jahren selbst KV-Vorsitzender: Wie hat sich die KV verändert?**

**WESIACK:** Die KV hatte schon immer ein Doppelgesicht. Einerseits handelt es sich um eine Selbstorganisation der Vertragsärzte, andererseits um ein behördenähnliches Vollzugsorgan. Als ich mich 1983 niederließ, habe ich die KV vor allem als Interessenvertretung wahrgenommen, die für mich die wichtigen Dinge regelt. Heute ist das anders. Wenn man als Vertragsarzt Post von der KV bekommt, denkt man unwillkürlich: Ach du liebe Zeit, was

soll ich jetzt schon wieder falsch gemacht haben? Wofür muss ich mich jetzt schon wieder rechtfertigen?

**Woran liegt das?**

**WESIACK:** Die Spielräume der KV sind über die Jahrzehnte hinweg immer enger geworden. Früher hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung vorgegeben, und davon abgesehen hieß es: Wir lassen die Selbstverwaltung mal machen. Heute ist die Versorgung bis ins kleinste Detail hinein gesetzlich geregelt. Die KV muss diese Regeln umsetzen – und eventuell sogar Sanktionen gegen die eigenen Mitglieder verhängen.

**Herr Plassmann, bekommen Sie den Unmut über diesen Aspekt der KV-Arbeit zu spüren?**

**PLASSMANN:** Ja, selbstverständlich. Vor Kurzem hat sich der Beratende Fachausschuss Fachärzte genau über diesen Punkt beklagt: Was ist los mit der KV? Warum verhält sich die von uns bezahlte Selbstorganisation zunehmend wie eine Behörde? Warum kann die KV nicht besser auf die Wünsche und Bedürfnisse der Mitglieder eingehen?

**WESIACK:** Auslöser für solchen Unmut sind beispielsweise die Arzneimittel- und Heilmittelregresse. Es gehört zu den größten Ärgernissen, wenn man als Arzt 250 Euro nach-



Dr. Wolfgang Wesiack, niedergelassen seit 1983, KV-Hamburg-Vorsitzender von 1995 bis 1997, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg seit 1993

»Dann kommt ein Brief der KV – und man muss sich mit bürokratischem Unsinn auseinandersetzen.«



Walter Plassmann, KV-Hamburg-Vorsitzender seit 2013

»Wir müssen die Regresssumme einziehen, und der Arzt denkt: Es war die KV, die da geschlafen hat.«

zahlen soll, weil man im Jahr 2015 etwas verordnet hat, was man nicht hätte verordnen dürfen. Vor vier Jahren! Das ist doch absurd.

**PLASSMANN:** Ja, das ist wirklich absurd. Die Krankenkassen haben vier Jahre Zeit, solche Verordnungen zu beanstanden – und diesen Zeitrahmen nutzen sie aus. Wenn eine Kasse glaubt, dass der Arzt einen Regress verschuldet hat, tritt sie nicht an den Arzt heran, sondern an uns. Wir müssen die Regresssumme von unserem Vertragsarzt einziehen, und sei sie noch so klein. Und wir haben nicht mal das Recht, den Inhalt der Regresse zu prüfen. So steht es im Gesetz. Der Vertragsarzt

denkt aber natürlich: Es war die KV, die da vier Jahre geschlafen hat.

**WESIACK:** Die KV ist in vielen Fällen der Überbringer der schlechten Nachrichten. Man will als Arzt seine Patienten versorgen, dann kommt ein Brief der KV – und man muss sich mit bürokratischem Unsinn beschäftigen.

**PLASSMANN:** Selbst wenn der Regress unbegründet ist, kostet die Angelegenheit den Arzt sehr viel Arbeit. Um die Ereignisse nachzuvollziehen und die Dokumente zusammenzustellen, gehen schnell mal ein oder zwei Wochenenden drauf. Ein ähnliches Problem gibt es im DMP-Bereich bei den Hausärzten.

Ein Arzt kann nach vielen Jahren damit konfrontiert werden, dass ein Patient, den er im DMP behandelt hat, möglicherweise nicht eingeschrieben war. Dann soll der Arzt den Beweis antreten, dass es anders war. Nun haben wir mit den Kassen vereinbart, die Prüfung selbst durchzuführen. Diese Prüfung geht uns eigentlich gar nichts an. Wir tun das, damit der Arzt schneller erfährt, wenn etwas nicht stimmt – und es korrigieren kann, bevor er regressiert wird.

**WESIACK:** Ja, das nützt dem Arzt. Ich glaube allerdings nicht, dass die KV damit einen Blumentopf gewinnen kann. →



»Unsere arztfreundliche Verwaltungspraxis wurde vom Gericht kaputtgemacht.«



»Es gelingt der KV immer wieder, verbliebene Handlungsspielräume gut auszunutzen.«

→ **PLASSMANN:** Wir geraten immer stärker in eine undankbare Rolle. Kürzlich wurde uns eine arztfreundliche Verwaltungspraxis durch ein Gerichtsurteil kaputtgemacht. Es ging um die Frage: Ab welchem Zeitpunkt gilt eine Genehmigung, die ein Arzt beispielsweise zum Abrechnen einer bestimmten Leistung erhält? Ab dem Zeitpunkt, an dem die Genehmigung das Haus verlässt? Oder ab dem Zeitpunkt, zu dem der Arzt den vollständigen Antrag abgegeben hat – auch wenn dieser Zeitpunkt teilweise deutlich in der Vergangenheit lag?

**WESIACK:** Von dieser Frage sind fast alle Ärzte betroffen. Als Genehmigungsbeginn galt bisher jener Zeitpunkt, zu dem alle benötigten Unterlagen vollständig vorlagen. So ging keine Zeit durch den Verwaltungsprozess verloren.

**PLASSMANN:** Doch das Bundessozialgericht hat gesagt: Als Genehmigungsbeginn gilt der Zeitpunkt, zu dem die Genehmigung erteilt wurde. Die Umstellung der Verwaltungspraxis hat natürlich zu enormen Irritationen unter den Ärzten geführt. Es war schwer zu vermitteln, dass das Verfahren

nicht geändert wurde, weil der Vorstand mit dem linken Fuß zuerst aufgestanden ist – sondern weil wir uns ein Gerichtsurteil eingefangen hatten. Da kann man sich noch so sehr um eine zugewandte Verwaltungspraxis bemühen: Innerhalb kürzester Zeit fällt der Ruf als Service-KV, den man über Jahre hinweg aufgebaut hat, in sich zusammen.

**WESIACK:** Einer der Hauptberührungspunkte der Ärzte mit der KV ist ihre Quartalsabrechnung. Man bekommt sein ILB und weiß: Aha, das ist der Bereich, in dem ich mich

bewegen muss. Allerdings würde der Arzt schon gern wissen: Warum habe ich dieses ILB? Und warum verändert sich das bei mir?

**PLASSMANN:** Ich kann verstehen, dass man das gern nachrechnen würde. Dass dies nicht ohne Weiteres möglich ist, hat mit einem Wunsch der Ärzte zu tun: Die Selbstverwaltung wollte sicherstellen, dass eventuelle Verluste auf ein bestimmtes Maß begrenzt werden. Dieser Wunsch war nachvollziehbar, doch es hat das Rechenverfahren so komplex gemacht, dass man es nicht mehr darstellen kann.

#### **Herr Dr. Wesiack, hatten Sie als KV-Vorsitzender auch mal mit verärgerten Ärzten zu tun?**

**WESIACK:** Ja. Natürlich wurde man gelegentlich beschimpft, und auch damals schon ging es oftmals ums Honorar. Wer den Posten des KV-Vorsitzenden übernimmt, muss das aushalten können. Allerdings ist das juristische Risiko heute vermutlich größer als zu meiner Zeit.

#### **Wie kommt das?**

**PLASSMANN:** Früher waren Vorstand und Geschäftsführung getrennt. Die Haftung war auf mehrere Schultern verteilt. Seit 2005 führt der Vorstand auch die Geschäfte der KV. Seither ist die juristische Haftung auf den Vorstand konzentriert. Und es geht um wirklich angsterregend hohe Summen, für die man persönlich geradestehen muss.

#### **Hat das Einfluss auf Ihre Entscheidungen?**

**PLASSMANN:** Ja. Man tendiert dazu, sich so gut wie möglich abzusichern. Entscheidungen, die KV-Chefs frü-

her schnell und vielleicht eher aus dem Bauch heraus getroffen haben, werden heute sorgfältig geprüft. Das macht das Verwaltungshandeln formaler, langsamer – und nicht immer besser.

#### **Zum Beispiel?**

**PLASSMANN:** Es gibt Situationen, in denen ein Arzt ein nachvollziehbares Anliegen hat, dem die KV aber aus juristischen Gründen nicht stattgeben kann. Wenn beispielsweise eine Praxis, die für die Versorgung in einem prekären Stadtteil wichtig ist, in finanzielle Schieflage gerät,

## Warum Ärzte mit uralten DMP-Regressforderungen konfrontiert werden

Die Frage, wie lange die Krankenkassen Zeit haben, um Anträge für Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen zu stellen, war zwischen KV Hamburg und Krankenkassen umstritten.

Im Vertrag zur Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung von 2006 hatten sich KV und Kassen auf eine Frist von zwei Jahren nach Ablauf des zu überprüfenden Quartals geeinigt.

Kassen-Anträge, die nach Ablauf dieser Frist eingingen, wurden von der KV nicht mehr bearbeitet. Die Kassen vertraten die Auffassung, es gelte eine Frist von vier Jahren.

Im Jahr 2016 urteilte das Bundessozialgericht zu unserer großen Überraschung, dass die vertraglich vereinbarten Fristen nicht verbind-

lich, sondern eher als Orientierung anzusehen seien.

Mittlerweile hatte sich ein ganzer Berg von Kassen-Anträgen angehäuft. Hätte die KV diese Anträge bearbeitet, hätte sie entgegen des von ihr vertretenen juristischen Standpunktes gehandelt.

Nun muss die KV den Berg abarbeiten. Dabei geht es beispielsweise um die Frage, ob Patienten, für die Ärzte DMP-Leistungen abgerechnet haben, tatsächlich eingeschrieben waren.

Die betroffenen Ärzte sollen nun im zeitlichen Abstand von bis zu vier Jahren nachweisen, dass sie bei der medizinischen Versorgung ihrer Patienten alle Formalitäten eingehalten haben. Können sie dies nicht, droht ihnen ein Regress.

verspüre ich den Impuls zu sagen: Da muss ich eingreifen. Doch wenn ich das nicht formal begründen kann, sind mir die Hände gebunden. Ein anderes Beispiel: Wenn ein Arzt eine ganz spezielle Patientengruppe versorgt, konnten wir früher mit den Krankenkassen einen passenden Vertrag aushandeln. Das ist heute verboten. Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass der EBM das Maß aller Dinge ist. Honorarzuschläge für die Versorgung spezieller Patientengruppen darf ich nicht mehr gewähren – auch dann nicht, wenn die Kassen einverstanden →

→ sind. Das ist ein Dilemma: Ich sehe, dass geholfen werden muss, kann aber nichts tun.

**Haben sich auch die Spielräume bei der Bedarfsplanung verengt?**

**PLASSMANN:** Die KV hatte zu Zeiten von Herrn Dr. Wesiack eine größere Autonomie bei der Beurteilung, ob eine Sicherstellungsmaßnahme notwendig ist. Heute ist das ein unglaublicher Aufwand. Wenn wir eine Maßnahme auf den Weg bringen wollen, müssen wir Unmengen an Zahlen und Daten erheben, um die Versorgungssituation zu belegen. Trotzdem muss ich die Maßnahme dann noch mit den Krankenkassen und gegebenenfalls auch mit der Aufsicht abstimmen. Das ist furchtbar kompliziert geworden.

**WESIACK:** Die zunehmende Bürokratisierung betrifft auch die Praxisabgabe. Früher hat man sich umgesehen, wer als Nachfolger in Frage kommt, hat sich über den Kaufpreis geeinigt und ist dann zur KV gegangen. Viele Praxis-Übernahmen sind ohne die Beteiligung von Juristen über die Bühne gegangen.

**PLASSMANN:** Heute ist das ein Riesen-Akt. Wir müssen prüfen, ob die Praxis überhaupt für die Versorgung notwendig ist. Außerdem sind die Rechte der Beteiligten deutlich ausgeweitet worden. Die Verfahrenszeit hat sich verdreifacht. Wenn ein Arzt seine Praxis aufgeben will, sollte er bereits ein Jahr vorher mit den Vorbereitungen beginnen. Sonst wird's eng.

**WESIACK:** Man muss allerdings auch sagen: Es gelingt der KV immer wieder, die verbliebenen Handlungsspielräume gut auszunutzen. Dass vier neue Kinderarzt-Sitze und elf Rheumatologen-Sitze geschaffen wurden, ist ein Erfolg. Das interessiert die Ärzte – auch als Staatsbürger, die ja an einer guten Versorgung interessiert sind. Oder nehmen wir den Hamburger Punktwert: Dass wir einen Zuschlag bekommen, ist keineswegs selbstverständlich. Und: Die KV hat

"Der Arzt in eigener Praxis ist die effektivste Versorgungseinheit im ambulanten Gesundheitssystem."

ein unglaublich kluges System entwickelt, um Arzneimittel-Regresse jetzt zu verhindern. Das funktioniert aber nur, wenn der Arzt sehr genau auf sein Ordnungsverhalten achtet. Doch es ist ein großer Fortschritt gegenüber dem alten System, das rückwirkend strafte, wenn nichts mehr geändert werden konnte. Man kann die Aufzählung fortsetzen: Vor einigen Jahren noch stand das KV-System wegen einer angeblich unzureichenden Notfallversorgung am Pranger. Durch die Notfalldienstreform hat sich das Bild der KV und der Ärzte in der Öffentlichkeit grundlegend gewandelt. Da gab es einen echten Turnaround. Ich denke, dass die KV ihre Erfolge besser verkaufen sollte.

**Auf welche Aspekte sollte die KV künftig besonderen Wert legen?**

**PLASSMANN:** Die KV ist eine wichtige Institution – und sie wird umso wichtiger, je stärker die ärztliche Freiberuflichkeit unter Druck gerät. Wir müssen als Schutzschild fungieren und dafür sorgen, dass die Regularien nicht ungebremst auf die Ärzte durchschlagen. Wir müssen uns überlegen: Wo kann ich ansetzen, damit die Ärzte nicht unnötige Probleme bekommen?

**WESIACK:** Ich sehe zwei Aspekte: Erstens ist die KV ein Bollwerk gegen Para-Medizin und Scharlatanerie. Es ist gut, dass medizinische Verfahren geprüft werden und dass es eine Qualitätssicherung gibt. Zweitens: Unsere Freiberuflichkeit hängt direkt mit der ärztlichen Selbstverwaltung zusammen. Wenn

es die KV nicht gäbe, würden wir früher oder später zu Angestellten der Gesundheitsbehörde oder eines Unternehmens. Das wäre ein großer Verlust – für uns, aber auch für die Patienten.

**Weshalb für die Patienten?**

**WESIACK:** Der Arzt in eigener Praxis ist die effektivste Versorgungseinheit im ambulanten Gesundheitssystem. Selbständige Ärzte identifizieren sich sehr stark mit ihrem Beruf. Sie haben eine große intrinsische Motivation. Und sie arbeiten mehr als Angestellte. Ein so großes Engagement und eine so starke Zugewandtheit gegenüber den Patienten findet man nur in einem System, das von freiberuflichen Ärzten und einer ärztlichen Selbstverwaltung geprägt ist. Es lohnt sich, diese Vorteile zu bewahren. ■

# Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)

Als Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfs der patienten-nahen ambulanten fachärztlichen Versorgung wird die fachärztliche Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und zugelassener MVZ unter definierten Voraussetzungen gefördert (vgl. § 75 a SGB V i.V.m. § 1 Abs. 2 „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ sowie „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung der Weiterbildung [ausgenommen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin]“).

Vor diesem Hintergrund fördert die KV Hamburg gemeinsam mit den Krankenkassen die Weiterbildung in den Facharztgruppen Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die Anzahl der zu fördernden fachärztlichen Weiterbildungsstellen in Hamburg beträgt insgesamt 22,11 Stellen (verteilt auf 5,62 augenärztliche Weiterbildungsstellen, 5,38 pädiatrische Weiterbildungsstellen und 11,12 gynäkologische Weiterbildungsstellen).

## FREIE FÖRDERFÄHIGE WEITERBILDUNGSSTELLEN

Nach Ausschreibung und teilweiser Vergabe der o. g. Stellen können nunmehr noch folgende freie Weiterbildungsstellen vergeben werden:

- Augenärztliche Weiterbildungsstellen: 1,58
- Pädiatrische Weiterbildungsstellen: 1,43
- Gynäkologische Weiterbildungsstellen: 1,76

## BEWERBUNGSFRIST

Ein Antrag auf Förderung kann bei der KV Hamburg im Zeitraum

### 4. bis 29.3.2019

gestellt werden. Anträge, die außerhalb der Frist oder innerhalb der Frist, aber unvollständig, bei der KVH eingehen, werden abgelehnt.

## Antragsformular

Das zu verwendende Antragsformular finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter „A“: Assistenten → „Förderung der Weiterbildung“

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag vollständig vorliegen muss, um berücksichtigt werden zu können. Kann die sog. formale Zeitenbestätigung der Ärztekammer nicht zeitgleich mit dem Antrag auf Förderung vorgelegt werden, kann der Antrag dennoch als vollständig gewertet werden, wobei die sog. formale Zeitenbestätigung in diesem Falle nachzureichen wäre. Zudem weisen wir darauf hin, dass aufgrund der Begrenztheit der förderfähigen Weiterbildungsstellen ggf. nicht alle eingehenden Anträge auf Förderung positiv beschieden werden können.

Weitere Informationen zum Vergabeverfahren finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg:

## Richtlinie

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht & Verträge → Rechtsquellen → Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung Fachärzte

## Weiterführende Hinweise

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich unter „A“: Assistenten → Förderung der Weiterbildung → „Hinweise zur Förderung der Weiterbildung für grundversorgende Fachärzte“

**Ansprechpartner: Abteilung Arztregister, Katrin Benedickt, Tel: 22802-661, Lubomira Papke, Tel: 22802-841**



den haben, bevorzugt gegenüber alten, chronisch kranken Menschen oder Patienten mit Migrationshintergrund.“ Sie warnte davor, ausgerechnet im Gesundheitswesen den Datenschutz zu lockern: „Rückschritte beim Datenschutz sind eine Gefahr für unsere Demokratie!“ Für Lüder war der Aktionstag nur der Auftakt für weiteren Protest: Die Allgemeinmedizinerin will ihre Kollegen nun regelmäßig zu Protestveranstaltungen zusammenschließen, um politisch-strategisch gegen die Politik von Gesundheitsminister Spahn vorzugehen.

Diesem Schritt sind die Psychotherapeuten bereits gegangen, die auch beim Aktionstag in Hamburg zahlenmäßig besonders stark vertreten waren.

Hanna Guskowski, Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hamburg, berichtete von einer Petition gegen den einschlägigen Passus im Gesetzestext, die bereits über 200.000 Unter-

eine Psychotherapie benötigen. „Das ist eine unerträgliche und demütigende Bevormundung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“, schimpfte Guskowski. „Außerdem strotzt der Passus nur so vor Misstrauen gegenüber uns Ärzten und Psychotherapeuten, das diskreditiert unsere gesamte Berufsgruppe!“

Auch der Bundestagsabgeordnete Dr. Wieland Schinnenburg, Zahnarzt, Jurist und ehemaliger Landesvorsitzender der FDP, wunderte sich über das zunehmende Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft: „Wir investieren so viel Geld in die Ausbildung von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten – und dann trauen wir ihnen nicht zu, ihren Job gut zu machen?“ Schinnenburg hatte eine Woche zuvor der Anhörung zum TSVG in Berlin beigewohnt und berichtete: „Das war spannend. Die Abgeordneten haben ihre Fragen an die ihnen genehmen Experten gestellt, und drei

und immer mehr Termine über die Terminservicestelle (TSS) vergeben müsse, könne man weder die eigene Arbeitszeit noch die Personalplanung flexibel gestalten.

Auch sein Kollege Dr. Stefan Renz von den Hamburger Kinder- und Jugendärzten ärgerte sich über die geplante Ausweitung der TSS: „Schon jetzt wird viel Arztzeit verpulvert, weil Patienten Termine nicht wahrnehmen und auch nicht absagen.“

Der Hausarzt Dr. Frank Stüven hatte andere Ideen, wie man die Ressource Arztzeit sinnvoller nutzen könnte. Erstens könne man Arztpraxen entlasten, indem man Arbeitnehmern gestattet, sich für eine Woche ohne ärztliche AU-Bescheinigung selbst krankzuschreiben.

Zum zweiten brauche man eine bessere Steuerung der Patienten: „Nur in Deutschland kann man nach zwei Tagen mit Kopfschmerzen direkt zum Neurochirurgen gehen.“ Und drittens plädierte Stüven für mehr



Kampfeslustige Redner: Dr. Dirk Heinrich, Dr. Silke Lüder, Hanna Guskowski, Dr. Wieland Schinnenburg, Dr. Jan Ter-Nedden, Dr. Stefan Renz und Dr. Frank Stüven

schriften erzielt habe. Sie richte sich gegen die Pläne Spahns, den Zugang zur Psychotherapie zu selektionieren. Dem Gesetzentwurf zufolge müssten sich Betroffene vor dem Start einer Psychotherapie von einer noch nicht näher definierten Stelle bescheinigen lassen, ob und in welcher Form sie

Viertel der Antworten lauteten: ‚Das Gesetz ist Mist!‘ Das macht doch Hoffnung!“

Der Hamburger Dermatologe Dr. Jan Ter-Nedden warnte vor den Auswirkungen des TSVG auf die Praxisorganisation: Wenn man die eigenen Sprechzeiten penibel dokumentieren

Eigenbeteiligung der Patienten – aber eher in Form eines Selbstbehalts anstelle einer „Praxis-Maut am Empfangstresen“.

Fazit: Mit seinem Gesetzentwurf hat sich Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bei der ärztlichen Zunft keine Freunde gemacht. ■



# Ein Visionär zieht sich zurück

Der ehemalige KV-Vorsitzende **Prof. Dr. Ulrich Kleeberg** hat sich in den Ruhestand verabschiedet

**B**egleitet von seinen Mitstreitern und Weggefährten hat sich Prof. Dr. Ulrich Kleeberg in den Ruhestand verabschiedet. Zahlreiche Gratulanten und Redner würdigten in einer Feier, die in den Räumlichkeiten der „Hämato-Onkologischen Praxis Altona“ (HOPA) stattfand, den Internisten, der in diesem Jahr seinen 80. Geburtstag feierte.

Der Internist hat Zeit seines Lebens für Neuerungen gekämpft. Kleeberg gilt als Vater der Hämato-Onkologie als eigenständiges internistisches Fach und als Pionier, der die Behandlung von Krebskranken in die ambulante Versorgung überführte und damit ermöglichte, dass die Patienten ihr häusliches Umfeld nicht verlassen mussten. Er gründete mit der HOPA eine der ersten fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen, später erweitert um einen Laborarzt.

Mit diesem Schritt schlug er die Bresche für eine breite, hämato-onkologische Versorgung in der niedergelassenen Praxis.

So erfolgreich er in der Medizin war, so sehr kämpfte er in seiner Zeit als KV-Vorsitzender von 1993 bis 1995 mit Widerständen. Kleebergs gesundheitspolitische Vorstellungen waren aus damaliger Sicht revolutionär und rückblickend visionär. Eine Auswahl seiner Forderungen, die allesamt damals nicht verwirklicht werden konnten:

- Er forderte eine Trennung der Honorare in einen haus- und einen fachärztlichen Teil, weil er die Befürchtung hatte, daß technikunterstützte Leistungen die Hausarthonorare zurückdrängten. Die Trennung ist seit vielen Jahren fester Bestandteil der Honorarverteilung.

- Er forderte die Erweiterung der hausärztlichen Tätigkeit in den „sozialorgerischen Bereich“.
- Er forderte einen eigenen Honorarbereich für „Basis-Fachärzte“. Diesen gibt es zwar nicht explizit, aber über Maßnahmen der Honorarverteilung wurde dieses Ziel auf anderem Weg erreicht.
- Er forderte eine „Neubewertung medizintechnischer Leistungen unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Kriterien“. Daran arbeitet die KBV aktuell.
- Er forderte einen „gemeinsamen Honorarbereich“ für spezialisierte Fachärzte und Krankenhäuser. Dies wurde mit der „Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung“ (ASV) umgesetzt.
- Er forderte eine Reform des Notdienstes unter Einbezug der Kliniken. Das Thema ist bis heute umkämpft.
- Er verwirklichte das Projekt „Ambulantes Gerontologisches Team“ (PAGT), in dem Hausärzte gemeinsam mit anderen Disziplinen arbeiten sollten. Dies ist heute in den „Geriatrischen Institutsambulanzen“ (GIA) umgesetzt.

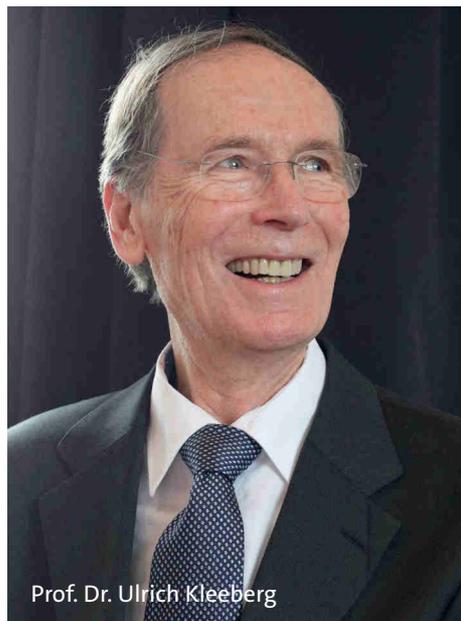
- Er forderte die „Weiterentwicklung der terminalen Hauspflege in die Regelversorgung“. Dies ist heute in der „Speziellen ambulanten Palliativversorgung“ (SAPV) realisiert.

Diese Liste zeigt zweierlei: Kleebergs Diagnosen waren zutreffend und viele Therapie-Empfehlungen auch. Hätte die KV sie damals aufgegriffen, wären Bereiche wie GIA, ASV und SAPV innerhalb der KV organisiert worden und würden nicht – wie jetzt – außerhalb des Sicherstellungsauftrages organisiert.

Allerdings überdehnte Kleeberg mit seinen vielen Initiativen die Reformmöglichkeiten einer KV. Es gelang ihm nicht, politische Mehrheiten zu organisieren. Die unterschiedlichen Standpunkte schaukelten sich hoch. Einem angedrohten Misstrauensvotum der Vertreterversammlung kam Kleeberg am 3. März 1995 durch seinen Rücktritt zuvor.

So bleibt er im KV-Gedächtnis als Visionär, der weit vor der Truppe ritt. Hätten beide Seiten damals zusammengefunden, wäre es den KVen vielleicht erspart geblieben, an den Rändern „auszufransen“. ■

*Walter Plassmann, Vorsitzender der KV Hamburg*



Prof. Dr. Ulrich Kleeberg



# Info-Veranstaltung für angestellte KV-Mitglieder: Arbeits- und Haftungsrecht

**Z**u einer Veranstaltung speziell für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten kamen am 30. Januar 2019 etwa 200 Teilnehmer ins Ärztehaus. Die Rechtsanwälte Dr. Christoph T. Thies und Johannes Kalläne referierten zu Arbeitsrecht und Haftungsrecht. Diskutiert wurde beispielsweise die Frage, ob angestellte Ärzte fachliche Weisungen von ihren nicht-ärztlichen Vorgesetzten befolgen müssen. Auf großes Interesse stießen auch die Diskussionen zur Haftung: In welchen Fällen haftet die Einrichtung, in welchen Fällen der angestellte Arzt?

Die Veranstaltung fand statt auf Initiative von Dr. Michael Rösch (Foto), Sprecher des Beratenden Fachausschusses Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten. Auf Grundlage der Vorträge wird das Thema in der April-Ausgabe des *KVH-Journals* nochmals aufgegriffen und ausführlicher dargelegt. ■



Dr. Michael Rösch, Sprecher des Beratenden Fachausschusses Angestellte Ärzte und Psychotherapeuten

## Datenschutz-Kompaktkurs

Das HNO-Qualitätsförderungsnetz Hamburg bietet einen **Kompaktkurs** zum Datenschutz an. Der Kurs steht allen Fachrichtungen offen und richtet sich sowohl an praxisinterne, betriebliche Datenschutzbeauftragte als auch an Verantwortliche für den Datenschutz in der Arztpraxis.

Die Teilnehmer bekommen die Grundlage zum rechtskonformen Umgang mit Patientendaten in der Praxis und zur Erlangung der angemessenen, erforderlichen Fachkunde gemäß § 38 BDSGneu & Art. 37/38 DGSVO für den Datenschutzbeauftragten vermittelt.

### Kursinhalte:

- 1. Internes Datenschutzmanagement**
- 2. Verhältnis zu Patienten / Angestellten**
- 3. Verhältnis zu externen Dienstleistern**
- 4. Aufsichtsbehörden**
- 5. Androhung von Sanktionen**

Der Kurs ist praxisnah, die Referenten sind in ihrer täglichen Arbeit mit dem Thema vertraut. Zwei niedergelassene Ärzte, ein Rechtsanwalt und ein IT-Experte decken die verschiedenen Themenaspekte ab. Zu alltäglich auftretenden Fragestellungen werden praktikable Lösungen aufgezeigt und gemeinsam erarbeitet. Die Teilnehmer erhalten am Ende des Kurses ein Zertifikat des HNO-Qualitätsförderungsnetzes Hamburg. ■

Termin: **Fr. 22.3.2019 (9 – 15.30 Uhr)**

Teilnahmegebühr: **150 €**

Ort: **Ärztehaus Hamburg  
Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg**

**FORTBILDUNGSPUNKTE SIND BEANTRAGT**

Anmeldung bitte per Email an:  
[info@hno-netz-hamburg.de](mailto:info@hno-netz-hamburg.de)  
Nähere Programminformationen:  
[www.hno-netz-hamburg.de](http://www.hno-netz-hamburg.de) →  
[News/neue Kurse](#)



# 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**

## BLANKOFORMULARBEDRUCKUNG

### **Wir haben Interesse an der Blankoformularbedruckung (BFB). Was sind die Voraussetzungen?**

Mit einem zertifizierten Praxisverwaltungssystem und einem Laserdrucker erfüllen Sie bereits die Voraussetzungen, Vertragsarztformulare auf einem Blanko-Sicherheitspapier selbst auszudrucken. Das für die Herstellung der Blankoformulare konzipierte Sicherheitspapier mit Wasserzeichen können Sie kostenfrei über den Paul-Albrechts-Verlag bestellen.

Ein Hinweis: Kassenrezepte (Muster 16) und BTM-Rezepte (Betäubungsmittelrezept) lassen sich aus Sicherheitsgründen nicht im Blankoformularverfahren erstellen. Bei allen übrigen bundesweit einheitlichen vertragsärztlichen Formularen und Psychotherapieformularen ist das Verfahren der Blankoformularbedruckung grundsätzlich möglich. Es kann jedoch Unterschiede je Softwareanbieter geben. Welche Formulare mit Ihrer Praxissoftware über die BFB bedruckbar sind, können Sie bei Ihrem Softwareanbieter in Erfahrung bringen.

## HAUSÄRZTLICH-GERIATRISCHER BETREUUNGSKOMPLEX

### **Ich bin Hausarzt und möchte gern die GOP 03362 EBM (hausärztlich-geriatriischer Betreuungskomplex) abrechnen. Was muss ich tun, um die Ziffer abrechnen zu können?**

Zum einen müssen Sie den obligaten Leistungsinhalt vollständig erfüllt haben. Eine weitere Abrechnungsvoraussetzung für die Ziffer ist das Vorliegen des Ergebnisses eines geriatriischen Basisassessments entsprechend der GOP 03360 EBM, deren Durchführung nicht länger als vier Quartale zurückliegen darf.

Das hausärztlich-geriatriische Basisassessment muss somit mindestens einmal jährlich durchgeführt werden, damit man den hausärztlich-geriatriischen Betreuungskomplex abrechnen kann.

## ANTRAG AUF PSYCHOTHERAPIE

### **Ich bin Kinder- und Jugendpsychotherapeutin und möchte gern in Erfahrung bringen, ob gesetzlich krankenversicherte Patienten unter 18 Jahren einen Antrag auf Psychotherapie selbst unterschreiben dürfen.**

Ja. Im sozialrechtlichen Bereich gibt es eine Besonderheit: Jugendliche können ab ihrem 15. Geburtstag selbstständig alle Sozialleistungen und damit nach herrschender Ansicht auch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Einwilligung oder Genehmigung der gesetzlichen Vertreter beantragen und in Anspruch nehmen. (§ 36 Abs. 1 S. 1 SGB I).

#### ARBEITSUNFÄHIGKEIT

### Wann verwende ich das Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) und wann das Muster 52 (Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit)?

Mit dem Muster 1 bescheinigen Sie einem Patienten eine bestehende Arbeitsunfähigkeit. Es ist auch in den Fällen zu verwenden, in denen die Arbeitsunfähigkeit bereits seit sechs Wochen und länger besteht (Krankengeldfall).

Das Muster 52 ist ausschließlich auf Anforderung der Krankenkasse auszufüllen. Die Krankenkasse muss Ihnen hierfür einen Freiumschlag zur Verfügung stellen.

Die Krankenkasse darf die Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit frühestens nach einer Zeitdauer der Arbeitsunfähigkeit von 21 Tagen versenden.

#### AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

### Welche Aufbewahrungsvorschriften gelten für ärztliche Aufzeichnungen und Patientenunterlagen?

Ärztliche Aufzeichnungen sind mindestens 10 Jahre lang nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z. B. Strahlenschutzverordnung) eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

Ein Merkblatt zu den wichtigsten Aufbewahrungsfristen finden Sie auf unserer Homepage: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht & Verträge → Datenschutz → Aufbewahrungsfristen ärztliche Aufzeichnungen

#### CT-GESTEUERTE PRT

### Wir haben gehört, dass die CT-gesteuerte PRT nach der GOP 34504 EBM nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden kann. Stimmt das?

Nein. Die Erbringung und Abrechnung der CT-gesteuerten PRT nach GOP 34504 EBM ist nach wie vor zu Lasten der GKV möglich.

Voraussetzung ist jedoch, dass der Arzt eine entsprechende CT-Genehmigung der Qualitätssicherungs-Abteilung der KV hat.

Darüber hinaus muss er

- entweder selbst über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie oder über die Zusatzweiterbildung „(Spezielle) Schmerztherapie“ verfügen
- oder auf Überweisung eines Arztes tätig werden, der über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie oder über die Zusatzweiterbildung „(Spezielle) Schmerztherapie“ verfügt.

Zudem ist diese CT-gestützte schmerztherapeutische Intervention nur im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

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

## Ab 1. April: Neues Formular für Krankenförderung

**D**as Verordnungsformular für die Krankenförderung (Muster 4) wurde neu gestaltet. Der überarbeitete Vordruck ist mit Stichtagsregelung zwingend ab dem 1. April 2019 zu verwenden.

Die Überarbeitung des Formulars ist aus mehreren Gründen notwendig geworden. Dazu gehören Anpassungen in der Krankentransport-Richtlinie und gesetzliche Änderungen. So nimmt das neu gestaltete Formular Bezug auf die neuen Pflegegrade und nicht mehr auf die alten Pflegestufen. Auch Aufbau und Format wurden angepasst.

Bestellungen für das neue Muster 4 können beim Paul Albrechts Verlag (PAV) seit dem 25. Februar 2019 aufgegeben werden. Das neue Muster darf jedoch erst ab dem 1. April 2019 verwendet werden.

Sollten Sie bis zum 31. März 2019 noch die alten Exemplare benötigen, vermerken Sie dies bitte ausdrücklich auf dem Bestellformular. Sonst werden automatisch die neuen Vordrucke durch den PAV versendet. ■

## DMP-Teilnahmeformular für Versicherte

**Ab dem 1. April 2019** gibt es für das DMP Asthma bronchiale neue Teilnahmeformulare für Versicherte. Auch das Formular der indikationsübergreifenden Teilnahmeerklärung wurde überarbeitet. Die neuen Formularechlüssel lauten:

- **ASTHMA BRONCHIALE 050D**
- **INDIKATIONSÜBERGREIFEND 070D**

Aufgrund der Aktualisierung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum DMP Asthma bronchiale waren asthmaspezifische Anpassungen der Patienteninformation erforderlich.

Die Formulare können auf dem bekannten Weg beim Paul Albrechts Verlag (PAV) bestellt werden. Bitte beachten Sie bei Ihren Bestellungen, dass innerhalb einer Übergangsfrist bis zum 31. März 2019 sowohl die neuen als auch die alten Teilnahmeformulare verwendet werden können. Ab dem 1. April 2019 dürfen nur noch die neuen Formulare verwendet werden. ■

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

wir  
regulieren  
ihren

[ p u l s • s c h l a g ]

/praxisberatung

so vielfältig ihr praxisalltag, so vielschichtig die vorgaben, die es dabei zu beachten gilt. wie also patientenorientiert praktizieren, ohne dabei dinge wie das wirtschaftlichkeitsgebot aus dem blick zu verlieren? in der praxisberatung der kvh finden sie gemeinsam mit erfahrenen ärzten und apothekern lösungen. fragen sie uns einfach!



# Neue Strahlenschutzverordnung

Wichtige Änderungen im Überblick

**A**m 31. Dezember 2018 hat die neue Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) die bisherigen Verordnungen (Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung) abgelöst. Die neue Strahlenschutzverordnung vereint die Bestimmungen im Strahlenschutzrecht zu einem Regelwerk und konkretisiert die gesetzlichen Regelungen.

Neben Vorgaben zum beruflichen und medizinischen Strahlenschutz und zum Schutz vor Radon in Wohn- und Arbeitsräumen enthält sie unter anderem auch Regelungen zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen beim Betrieb von Anlagen zu medizinischen und nichtmedizinischen Zwecken.

Einige Änderungen im Vergleich zu den vorherigen Verordnungen sind:

- Die Aufbewahrungsfrist für Aufzeichnungen über die Konstanzprüfungen beträgt nun zehn Jahre nach Abschluss der Prüfung (§ 116 StrlSchV).
- Aufzeichnungen über Abnahme- und Teilabnahmeprüfungen sind für die Dauer des Betriebes bzw. mindestens drei Jahre nach Abschluss der nächsten vollständigen Abnahmeprüfung aufzubewahren (§ 117 StrlSchV).
- Es sind schriftliche Arbeitsanweisungen für alle Untersuchungen und Behandlungen mit ionisierender Strahlung oder radioaktiven Stoffen zu erstellen - nicht nur für die häufigsten Verfahren (§ 121 StrlSchV).
- Bei dosisintensiven Interventionen oder computertomographischen Untersuchungen ist die Mitwirkung eines Medizinphysik-Experten (MPE) erforderlich (§ 131 StrlSchV).
- Der Strahlenschutzverantwortliche hat die Aufnahme seiner Tätigkeit im Zusammenhang mit der Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe am Menschen, eine wesentlichen Änderung und die Beendigung seiner Tätigkeit unverzüglich der Ärztlichen

Stelle sowie der Aufsichtsbehörde mitzuteilen (§ 129 StrlSchV).

- Die verpflichtende Ausgabe eines Röntgenpasses ist ersatzlos entfallen. Da der Röntgenpass jedoch helfen kann, unnötige Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden und gegebenenfalls Vergleichsmöglichkeiten mit Voraufnahmen zu schaffen, wird die Weiterverwendung vom Bundesamt für Strahlenschutz empfohlen.
- Die Organ-Äquivalentdosis für die Augenlinse ist von 150 mSv/a auf 20 mSv/a für beruflich exponierte Personen gesenkt worden; alle anderen Organdosen sind gleich geblieben.
- Das teilweise bereits im Oktober 2017 in Kraft getretene neue Strahlenschutzgesetz schreibt außerdem Folgendes vor: Der Betrieb einer Röntgeneinrichtung ist der zuständigen Aufsichtsbehörde spätestens vier Wochen vor dem beabsichtigten Termin schriftlich anzuzeigen, sofern der Betrieb nicht genehmigungspflichtig ist (§ 19 StrlSchG).

**Sowohl die neue Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) als auch das Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) finden Sie auf der Internetseite der Ärztlichen Stelle:**

**[www.kvh.de](http://www.kvh.de) → Qualität → Ärztliche Stelle → Beurteilungskriterien → Richt- und Leitlinien**

**Ansprechpartner:**  
**Abteilung Qualitätssicherung /**  
**Ärztliche Stelle**  
**Sophie Behnke, Tel. 22802-469**  
**Heike Malzfeldt, Tel. 22802-434**  
**Thomas Müller, Tel. 22802-552**  
**Mirja Poggenberg, Tel. 22802-548**

# Neues Behandlungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen

UKE bittet Hausärzte, geeignete Patienten in eine Studie zu vermitteln

**D**as am UKE entwickelte Behandlungsmodell RECOVER soll Menschen mit psychischen Erkrankungen eine schweregradgestufte und koordinierte Versorgung ermöglichen. Wissenschaftler prüfen derzeit anhand einer Studie, ob das Modell der Regelversorgung überlegen ist.

Das UKE bittet Hausärzte, geeignete Patienten in die Studie zu vermitteln.

Eine Anmeldung ist möglich für Patienten mit allen (auch sehr leichten) Schweregraden einer psychischen Erkrankung. Daneben gibt es folgende Einschlusskriterien:

- wohnhaft im etwa 8-km-Umkreis des UKE,
- versichert bei BARMER, DAK Gesundheit, AOK Rheinland Hamburg oder HEK,
- keine akute Suchtstörung, Demenz oder organische psychische Störung,
- Alter mindestens 16 Jahre.

Nach Überprüfung der Einschlusskriterien kann der Hausarzt den Patienten anmelden oder diesen bitten, sich selbst anzumelden.

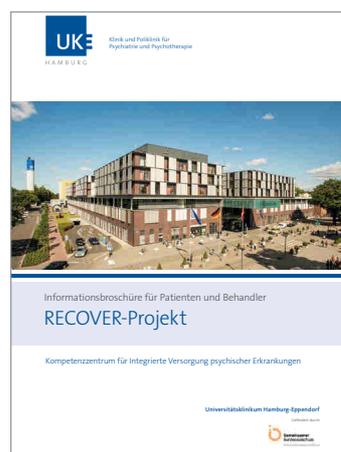
Die Patienten erhalten innerhalb von sieben Tagen einen Termin am UKE, bei dem eine psychosoziale Diagnostik durchgeführt wird. Nehmen die Patienten an der Studie teil, entscheidet der Zufall, ob sie im Modell RECOVER behandelt werden oder in der Regelversorgung.

Die Hausärzte werden in die weitere Versorgung der Patienten mit einbezogen. Teilnehmende der RECOVER-Gruppe erhalten eine differenzierte Behandlung – bei Bedarf beispielsweise eine Psychotherapie innerhalb von zwei Wochen. Ein Kriseninterventionsteam kann Teilnehmende rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr bei Krisen unterstützen.

In Zukunft wird es darüber hinaus auch für die ambulanten Behandler Zugriff auf eine E-Mental-Health-Plattform für eDiagnostik und eTherapie geben.

Für Teilnehmende der Regelversorgung erhalten Hausärzte einen Bericht zu Ergebnissen der psychosozialen Diagnostik (Einwilligung des Patienten vorausgesetzt).

Durch Vermittlung und Teilnahme von Patienten in der jetzigen Studienphase erhöht sich die Chance, dass das Projekt verstetigt, erweitert und für alle Interessierten zugänglich wird. ■



## **Ansprechpartner:**

**Sekretariat RECOVER  
UKE**

**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

**Gebäude W37, Neubau, EG Raum 00.46.1**

**Hotline: 040 / 7410 - 24010**

**E-Mail: [recover@uke.de](mailto:recover@uke.de)**

**[www.recover-hamburg.de](http://www.recover-hamburg.de)**

**Eine Vermittlung kann auch über die  
RECOVER-Erstsprechstunde des ambulanten  
Konsortialpartners Verhaltenstherapie  
Falkenried erfolgen:**

**Tel: 040 / 688 930 931**

**[www.vt-falkenried.de/recover](http://www.vt-falkenried.de/recover)**



## Sprechstundenbedarf: Testmaterial für Glukose-Toleranztest / Screening auf Gestationsdiabetes

Die wirtschaftlichste Variante ist der Bezug abgewogener Glukose über die Apotheke

**Es gab zahlreiche Nachfragen** zur Veröffentlichung im *KVH-Journal* 1/2019 über die (wirtschaftliche) Anforderung von Testmaterial für Glukose-Toleranztests / Screening auf Gestationsdiabetes. Deshalb stellen wir den Sachverhalt hier noch einmal umfassend dar.

Der Bezug des Testmaterials für den oralen Glukose-Toleranztest (oGTT) oder das Screening auf Gestationsdiabetes („Glukose-Challenge-Test“, GCT) erfolgt über Sprechstundenbedarf. Der Begriff in der SSB-Verordnung lautet „Glukosetoleranztest“. Außer im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit werden keine Vorgaben gemacht. Wir haben daher die verschiedenen Varianten mit den Krankenkassen diskutiert.

Die in jedem Fall wirtschaftlichste Variante ist der Bezug der abgewogenen Glukose über die Apotheke.

Dabei wiegt die Apotheke die benötigte Menge Glukose ab (50 bzw. 75 g Glukose-wasserfrei oder Umrechnung in die benötigten Menge bei Glukose-Monohydrat: 50/75 g Glukose wasserfrei entsprechen 55/82,5 g Glukose-Monohydrat).

Anders als im *KVH-Journal* 1/2019 dargestellt, handelt es sich dabei nicht um eine Defektur, sondern um die Abgabe (das Abfüllen) von Rezeptursub-

stanzen in ungemischter Form. Dieser Unterschied ist wichtig für die Preisberechnung der Apotheke.

In der Praxis wird mit Trinkwasser unmittelbar vor Einnahme aufgefüllt.

**Beispiel für eine Verordnung:**  
**12 x 82,5 g Glukose-Monohydrat (für den oGTT)**

**12 x 55 g Glukose-Monohydrat (für den GCT)**

Beim Screening auf Gestationsdiabetes (GCT) erfolgt die Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration eine Stunde nach oraler Gabe von 50 g Glukoselösung (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit, nicht nüchtern). Schwangere mit Blutzuckerwerten größer oder gleich  $>7,5$  mmol/l ( $>135$  mg/dl) und kleiner oder gleich  $<11,1$  mmol/l ( $<200$  mg/dl) erhalten zeitnah einen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) mit 75 g Glukoselösung nach Einhaltung von mindestens 8 Stunden Nahrungskarenz. Für den oGTT werden 82,5 g Glukose-Monohydrat in Wasser gelöst und auf 250 bis 300 ml aufgefüllt, für das Screening auf Gestationsdiabetes werden 55 g in ca. 200 ml Glukose-Monohydrat gelöst.

Sehr gebräuchlich ist in diesem Zusammenhang die Verwendung einer gebrauchsfertigen Glukoselö-

sung (75 g) als Fertigprodukt (ACCU CHEK Dextrose O.G.T.Saft® 300 ml). Der Bezug der fertigen Glukoselösung ist nur aus medizinischen Gründen, wie im Rahmen der EBM-GOP 01 777 „Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes“, wirtschaftlich. Der Einsatz der fertigen Glukoselösung für den 50g-Vortest (EBM-GOP 01 776 „Vortest auf Gestationsdiabetes“ GCT) ist in jedem Fall unwirtschaftlich, da hier unnötigerweise Lösung verworfen werden muss.

Darüberhinaus gelten folgende Varianten grundsätzlich als unwirtschaftlich:

- Bezug fertig abgepackter Glukose-Tütchen von Drittanbietern (z.B. Glucose 50 g/75 g mit Geschmack der Fa. Medicalfox)
- Bezug von Rezepturen über gebrauchsfertige Glukoselösungen über die Apotheke, ggfs. mit weiteren Bestandteilen, z.B. Aromen, Säuerungsmitteln

Zu Ihrer Unterstützung und Information Ihrer Mitarbeiter finden Sie ein (mit den Krankenkassen abgestimmtes) aktuelles Merkblatt „Wirtschaftlicher Bezug des Testmaterials für den Glukosetoleranztest/Screening auf Gestationsdiabetes“ auf unserer Homepage: [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → **Verordnungen** → **Sprechstundenbedarf**. ■

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



# WSV-Ziele: Neue Medikamente, neue Empfehlungen

Es gibt fachliche Neuerungen, die für die Umsetzung der Wirkstoffvereinbarung wichtig sind. Hier ein Überblick.

## ZIEL 1: ANALGETIKA (AUSSER BTM-PFLICHTIGE OPIOIDE) UND MIGRÄNEMITTEL

Seit November 2018 ist das neue Migränemittel Erenumab (Aimovig®) auf dem Markt. Erenumab (ATC-Code: N02CX07) fällt als patentgeschütztes Original in diese Wirkstoffgruppe und dient nicht der Zielerreichung (Ausnahme Rabattvertrag).

Der monoklonale Antikörper Erenumab ist zur Migräneprophylaxe bei Erwachsenen mit mindestens vier Migränetagen im Monat zugelassen. Als verschreibungspflichtiges Arzneimittel ist es bei entsprechender Indikation unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsprinzips zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig. Das Nutzenbewertungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird noch bis Anfang Mai andauern.

Aufgrund der derzeitigen Datenlage sollte das Präparat nur verordnet werden, wenn andere Arzneimittel zur Migräneprophylaxe versagen oder bei einem Patienten unverträglich sind.

Erenumab ist der erste monoklonale Antikörper, der sich spezifisch gegen das migräneauslösende Neuropeptid Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) richtet. In klinischen Studien verringert die übliche empfohlene Dosis von 70 mg Erenumab die Zahl der durchschnittlichen Migränetage bei episodischer Migräne von eingangs 8 Tagen um etwa 1 Tag mehr als Placebo. Bei chronischer Migräne beträgt die Differenz zum Scheinmedikament 2,5 Tage (bei eingangs 18 Tagen). Eine mindestens 50-prozentige Reduktion der monatlichen Migränetage wird bei 40 Prozent der Anwender beobachtet gegenüber 23 bis 30 Prozent unter Placebo. Der Effekt von Erenumab entspricht im indirekten Vergleich im Wesentlichen dem anderer bei Migräne empfohlener Prophylaktika. (1)

Zur Migräneprophylaxe zugelassen und in der Leitlinie empfohlen sind hierzulande die Betablocker Metoprolol (Beloc-Zok®, Generika) und Propranolol (Dociton®, Generika), das Antidepressivum Amitriptylin (Saroten®, Generika), der Kalziumantagonist Flunarizin (Natil®-N, Generika) und das Antiepileptikum Topiramate (Topamax®, Generika). Die Risiken einer langfristigen Blockade von CGRP mit Erenumab – insbesondere hinsichtlich kardiovaskulärer Nebenwirkungen – können zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend beurteilt werden, da Langzeitdaten zur Anwendung von Erenumab fehlen (2).

Quellen: 1. „Neue Arzneimittel“ Information der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft - [www.akdae.de](http://www.akdae.de)  
2. a-t 2018; 49: 91-3

### ZIEL 15: MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN

In der Publikationsreihe *Wirkstoff aktuell* 6/2018 sind aktuelle Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnung von Denosumab erschienen. *Wirkstoff aktuell* wird von der KBV in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft erstellt, um dem Arzt unabhängige, neutrale Informationen über Arzneimittel zur Verfügung zu stellen.

Wir raten zur Lektüre der Empfehlungen und fassen hier einige wichtige Aussagen zusammen:

- Für Frauen in der Postmenopause sind auch weiterhin orale Bisphosphonate (Alendronat, Risedronat) die Mittel der ersten Wahl zur Behandlung der postmenopausalen Osteoporose (zur Risikoreduktion von Wirbel- und Hüftfrakturen sowie Nichtwirbelfrakturen). Denosumab kann eine Alternative sein für Patientinnen mit hohem Frakturrisiko oder mit Problemen bei der Einnahme der oralen Bisphosphonate sowie für Patientinnen mit Nierenfunktionsstörungen (CRCL < 30 ml/min). Auch bei Unverträglichkeit oder fehlendem Ansprechen auf andere Osteoporotika (einschließlich intravenöser Bisphosphonate) kann Denosumab eine Behandlungsoption sein.

- Auch die glukokortikoidinduzierte Osteoporose sollte initial mit oralen Bisphosphonaten behandelt werden (für Männer: Alendronat). Denosumab sollte in dieser Indikation erst nach einem Therapieversuch mit intravenösem Zoledronat oder mit Teriparatid eingesetzt werden.

- Zur Prophylaxe der Osteoporose wird Denosumab als nicht geeignet angesehen, da die notwendigen Langzeitsicherheitsdaten fehlen.

- Es wird die Prüfung von Kalziumkonzentrationen im Blutserum vor und während der Therapie mit Denosumab empfohlen (seltene Nebenwirkung: schwerwiegende symptomatische Hypokalziämien mit tödlichem Ausgang).

- Patienten sollten auf das höhere Risiko von Infektionen und Hautreaktionen unter der Therapie mit Denosumab hingewiesen werden.

Quelle: *Wirkstoff aktuell* 6/2018. [www.akdae.de](http://www.akdae.de)  
→ Arzneimitteltherapie → *Wirkstoff aktuell* → Aktuelle Ausgaben

### ZIEL 26: GN-RH-ANALOGA

Mit Leuprolin ratiopharm® ist jetzt ein zusätzliches kostengünstiges Leuprorelin-Implantat verfügbar.

Beim Ziel 26 geht es um die vorrangige Verordnung kostengünstiger Gn-RH-Analoga. Hierzu zählen Leuprone Hexal®, Leupro Sandoz® - und nunmehr auch Leuprorelin ratiopharm®. Das neue Präparat wirbt unter anderem mit der „schmerzfreien Injektion durch die vollständige Silikonisierung der Nadel“. Da das Argument der schmerzhaften Injektion häufig angeführt wird, um am Original Trenantone® festzuhalten, eröffnet sich nun vielleicht auch für diese Fälle eine wirtschaftliche Alternative.

Das ebenfalls neue Leuprorelin-Implantat Leugon® zählt aufgrund des höheren Preises nicht zu den festgelegten Leitsubstanzen und trägt nicht zur Zielerreichung bei.

### ZIEL 27: KOLONIESTIMULIERENDE FAKTOREN

Neue Pegfilgrastim-Biosimilars: Auch für Pegfilgrastim (Neulasta®) stehen nun Biosimilars (Pelgraz®, Pelmeg® und Ziextenzo®) zur Verfügung und dienen in diesem Leitsubstanzziel der Zielerreichung. ■

**Ansprechpartner:**  
**Abt. Praxisberatung,**  
**Tel. 22 802-571 / -572**



## AkdÄ- Fortbildungsveranstaltung



Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bietet Ende April wieder eine Fortbildungsveranstaltung in Hamburg an. Der Psychiater Prof. Dr. Tom Bschor referiert über „Arzneimittel mit Suchtpotenzial“.

Der Internist Dr. Thomas Stammschulte stellt „Fallbeispiele zu Nebenwirkungen und Medikationsfehlern aus dem Spontanmeldesystem“ vor. Und der Facharzt für Pharmakologie Prof. Dr. Walter E. Haefeli spricht über „Besondere Risiken medikamentöser Therapie bei alten Menschen“. ■

Termin: **Sa. 27.4.2019 (10 – 13 Uhr)**

Ort: **Ärztekammer Hamburg (Ebene 13)**

**Raum 1 & 2**

**Weidestraße 122b, 22083 Hamburg**

Teilnahme ist kostenlos

**3 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Eine Anmeldung ist erforderlich und erfolgt über die Homepage der Ärztekammer Hamburg:**

**[www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html)**

**Stichwort 19V0024**

**Ansprechpartnerin:**

**Karoline Luzar, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft**

**Tel: 030 / 400456-500**

**E-Mail: [karoline.luzar@akdae.de](mailto:karoline.luzar@akdae.de)**

### 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:

#### Hinweis: Austausch von Anlagen in Verträgen

Anlage 1 zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 29. Januar 2019:

- Fusion zum 1. Januar 2019: mhplus BKK mit der BKK Metzinger BKK (Neu: mhplus BKK)

#### Hinweis: Beitritt zu Verträgen

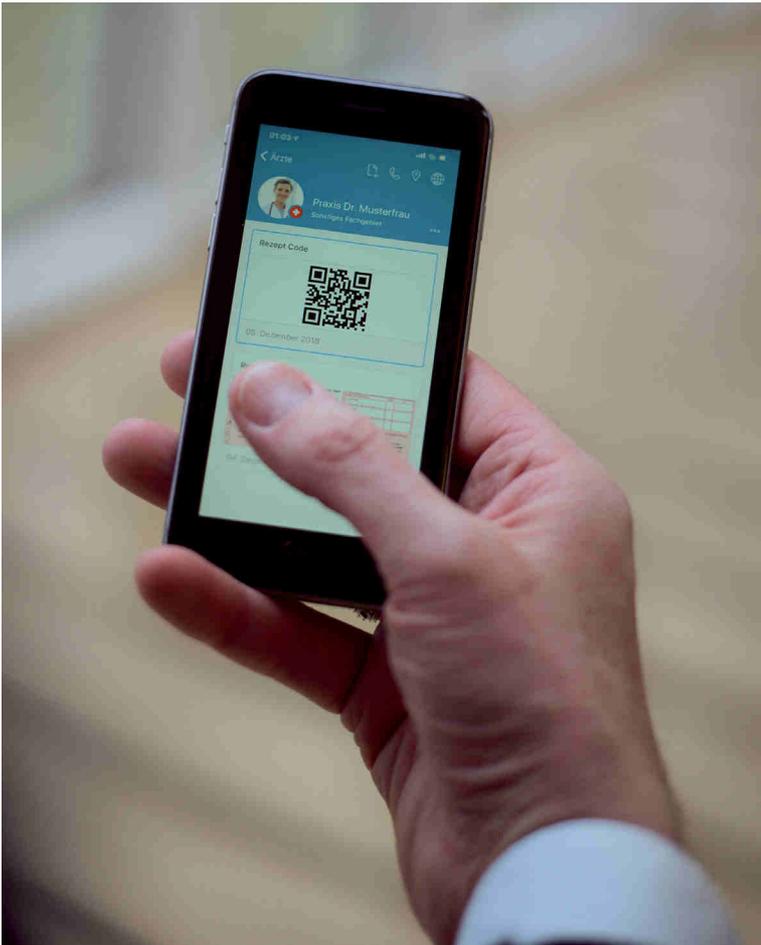
Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten „Gesund schwanger“ mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL), dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI), der GWQ ServicePlus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse mit der AG Vertragskoordinierung: Die folgenden Krankenkassen treten der Vereinbarung bei:

- BKK B. Braun Melsungen AG (ab 1. Januar 2019)
- BKK Linde (ab 1. Januar 2019)
- BKK firmus (ab 1. April 2019)

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

**Infocenter, Tel: 22 802 - 900**

## Elektronisches Rezept: TK-Pilotprojekt in Wandsbek



Eine 18-monatige Testphase soll zeigen, ob sich das E-Rezept im Alltagsbetrieb bewährt.

**D**ie Techniker Krankenkasse (TK) hat in Wandsbek ein Projekt zum elektronischen Rezept gestartet. TK-Versicherte können sich im Diabetes-Zentrum Wandsbek ein E-Rezept ausstellen lassen und die Verordnungen über eine App in der Priv. Adler Apotheke einlösen. Welche Vorteile das E-Rezept für Patienten, Ärzte und Apotheker hat, ob es sich bewährt und ob es technisch umsetzbar ist, soll eine 18-monatige Pilotphase zeigen.

Alois Schießl, Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie und Suchtmedizin im Diabetes-Zentrum Wandsbek, sieht vor allem bei Folgeverordnungen einen Vorteil. „Das E-Rezept wird uns und auch den Patienten den Praxisalltag erleichtern. Besonders bei Folgeverordnungen und Medikamentenwünschen ist es nicht mehr notwendig, allein deshalb die Arztpraxis zu besuchen. Vieles wird dadurch einfacher und schneller werden“, sagt Schießl. Das Arzt-Patienten-Verhältnis solle das E-Rezept aber nicht ersetzen.

Konkret soll das Prozedere nach Angaben der TK folgendermaßen aussehen: Wenn ein Versicherter am Pilotprojekt teilnimmt, erstellt und signiert der Arzt die Verordnung über eine eingerichtete Software-Erweiterung. Versicherte erhalten anschließend die Verordnung sowie einen dazugehörigen QR-Code auf eine App ihres Smartphones. Dieser Code wird in der Apotheke eingescannt und das Rezept daraufhin einmalig abgegeben. Der Übertragungsweg ist Ende-zu-Ende verschlüsselt, und die Rezeptdaten liegen, bis zu deren Abruf in der Apotheke, dezentral in der Arztpraxis.

Nach Abschluss der Pilotphase soll das E-Rezept mittelfristig Teil der elektronischen Gesundheitsakte "TK-Safe" werden und bundesweit zur Verfügung stehen.

Die KV Hamburg wird die Auswirkungen des Projektes auf die Versorgung und die vertraglichen Beziehungen zu den Krankenkassen prüfen. Aktuell liegen allerdings noch keine umfassenden Informationen vor. ■




---

AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

---

## (Healthy) participation bias – Teilnehmer-Bias

Warum Krebsregisterdaten nicht zum Nachweis  
der Wirksamkeit von Screening-Programmen taugen

---

VON INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.  
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)

# D

Die beiden an der aktuellen S3-Leitlinie Mammakarzinom beteiligten Autorinnen Albert und Schreer erläutern in einer Begleitpublikation ihre Bewertung von Nutzen und Schaden von Mammographie-Screening (Albert & Schreer 2018). Sie postulieren eine 40%ige Senkung des Sterberisikos für Brustkrebs und eine relative Risikozunahme von Überdiagnostik und Übertherapie zwischen 1% und 10%.

Das ist erheblich optimistischer als die Daten, die das IQWiG nutzt ([gesundheitsinformation.de](http://gesundheitsinformation.de)). Die Informationsbroschüre des IQWiG ist die offizielle Entscheidungshilfe für Frauen in Deutschland, die im Alter zwischen 50 und 69 alle 2 Jahre zum Screening auf Brustkrebs eingeladen werden. Das IQWiG beziffert den Nutzen mit einer 20%igen relativen Reduzierung der Brustkrebssterblichkeit und den Schaden durch Überdiagnostik mit 19% bis 24%. Diesen

Schätzwerten liegt als Grundannahme eine regelmäßige Teilnahme der Frauen über den Zeitraum von 20 Jahren zugrunde. Die Daten sind Hochrechnungen, die auf den verfügbaren randomisiert-kontrollierten Studien zum Mammographie-Screening beruhen und zusätzlich Analysen britischer sog. unabhängiger Wissenschaftler nutzen (UK Independent Review 2012). Der Nachweis eines Effekts des Screenings auf die Gesamt-Krebssterblichkeit und die Gesamtsterblichkeit der Frauen ist bisher nicht gelungen.

Als natürliche Häufigkeiten ausgedrückt, gibt die IQWiG-Broschüre folgende Informationen:

Von 1000 Frauen, die zwischen 50 und 69 regelmäßig am Screening teilnehmen, das sind 10 Screeningrunden, erhalten 59 eine Brustkrebsdiagnose. Von diesen versterben 13 bis 17 an der Erkrankung, 2 bis 6 weniger als ohne Screening, aber zwischen 9 und 12 würden eine Überdiagnose und Übertherapie erhalten. Ohne Screening würden in dieser Zeit nur zwischen 47 und 50 von 1000 Frauen eine Brustkrebsdiagnose erhalten, aber 19 daran versterben, und an der Gesamtmortalität ändert sich durch das Screening nichts.

Die Autorinnen der S3-Leitlinie nutzen hingegen nicht die Daten aus den randomisiert-kontrollierten Studien, sondern aus Fall-Kontroll- und Kohorten-Studien. Sie erachten gut kontrollierte Beobachtungsstudien als aussagekräftiger für aktuell laufende Screening-Programme. Aus den Beobachtungsstudien leiten sie folgende Zahlen zu Nutzen und Schaden ab:

„Für regelmäßig Teilnehmende ist gegenüber Nichtteilnehmenden eine brustkrebsspezifische Mortalitätsreduktion von etwa 40% zu erwarten. Das bedeutet, dass in Europa durch das Screening von Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr über 10 Runden bei 1000 gesunden Teilnehmerinnen etwa 8 Leben gerettet werden können. Wenn 67 von 1000 Frauen erkranken, versterben 19 Frauen. Mit dem Screening können 40%, also 8 Todesfälle vermieden werden. ...“ Und zu Überdiagnosen: „... eine Rate von 6,5% (1–10%) ... Das bedeutet, dass unter 1000 regelmäßig über 20 Jahre gescreenten Frauen 71 statt 67 Frauen ... behandelt werden.“

Die Autorinnen der S3-Leitlinie beziffern den Nutzen also mit 8 von 1000 Frauen, die weniger an Brustkrebs

sterben, im Vergleich zu 4 von 1000 in der offiziellen Broschüre des IQWiG. Den Schaden durch Überdiagnosen beziffern sie mit 4 pro 1000 Frauen im Vergleich zu 9 bis 12 in der offiziellen IQWiG-Entscheidungshilfe (siehe Kasten).

Für das Abweichen der S3-Leitliniengruppe von der Evidenz-basierten Aufbereitung der Zahlen durch das IQWiG müssten die Autorinnen sehr gute wissenschaftliche Argumente haben. Tatsächlich unterliegen sie jedoch einem bedeutsamen Trugschluss.

Das Problem der irreführenden Aussagen aus Beobachtungsstudien zu Mammographie-Screening beleuchtet eine aktuelle Publikation einer Autorengruppe, die für das Deutsche Mammographie-Screening-Programm die wissenschaftliche Begleitforschung durch-

## PRÄSENTATION VON STUDIENDATEN ZU NUTZEN UND SCHADEN VON MAMMOGRAPHIE-SCREENING

in der offiziellen IQWiG-Broschüre ([gesundheitsinformation.de](http://gesundheitsinformation.de)) und von Autorinnen der S3-Leitlinie zu Brustkrebs (Albert & Schreer 2018).

	IQWiG	S3-Leitlinie
<b>Basisdaten ohne Screening (Beobachtungszeitraum 20 Jahre)</b>		
Anzahl Frauen, die an Brustkrebs sterben	19 von 1000	19 von 1000
Anzahl Frauen mit einer Brustkrebsdiagnose	47-50 von 1000	67 von 1000
<b>Nutzen von Screening</b>		
Abnahme der Brustkrebssterblichkeit (relative Risikoreduktion)	20%	40%
Anzahl Frauen, die weniger an Brustkrebs versterben	4 (2-6) von 1000	8 von 1000
<b>Schaden durch Überdiagnosen und Übertherapien (Beobachtungszeitraum 20 Jahre)</b>		
Überdiagnosen relative Risikozunahme durch Screening	18-24%	6,5% (1-10%)
Anzahl an Überdiagnosen durch Screening	9-12 von 1000	4 von 1000
<b>Krebssterblichkeit insgesamt und Gesamtsterblichkeit</b>	Kein Unterschied durch Screening	Kein Unterschied durch Screening



führt (Czwikla et al. 2018). In ihrer Studie vergleichen die Wissenschaftler die Gruppe der Frauen, die am deutschen Mammographie-Screening-Programm teilnehmen mit jener, die zwar eingeladen wurden, aber nicht teilnehmen. Sie analysieren die Gesamtsterblichkeit im Zeitraum von 4 Jahren nach der ersten Screeningrunde. In dieser kurzen Zeitspanne kann nicht davon ausgegangen werden, dass durch Früherkennung von Brustkrebs bereits ein Effekt auf die Sterblichkeit nachweisbar wäre. Vorrangig geht es in der Studie um die Frage, ob ein fairer Vergleich von Nicht-Teilnehmerinnen und Teilnehmerinnen in Bezug auf Brustkrebssterblichkeit möglich wäre. Zwar ist bekannt, dass sich Screening-Teilnehmerinnen von Nicht-Teilnehmerinnen in relevanten Gesundheitsparametern unterscheiden, es könnte jedoch gelingen durch Berücksichtigung von Variablen, die Begleiterkrankungen abzubilden und statistisch die Verzerrungen zu berücksichtigen, sie sozusagen herauszurechnen. Die Autoren prüfen daher in der Studie, ob anhand von 4 verschiedenen Erhebungsinstrumenten die Begleiterkrankungen angemessen in den statistischen Analysen erfasst werden können.

Die Ausgangsthesen sind:

- 1) Es gibt einen Unterschied in der Gesamtsterblichkeit zwischen den beiden Gruppen.
- 2) Der Unterschied lässt sich jedoch durch statistische Verfahren, in diesem Fall einem sog. Propensity Scoring, ausschalten.

Die Ergebnisse sind erstaunlich. Wie erwartet gibt es tatsächlich einen erheblichen Unterschied in den Mortalitätsraten zwischen den Gruppen. Das relative Sterberisiko beträgt für die Screening-Teilnehmerinnen nur etwa 40% im Vergleich zu den Nicht-Teilnehmerinnen. Unerwartet ist jedoch, dass die statistischen Anpassungsverfahren die massive Verzerrung durch die Ungleichheit von Gesundheit zwischen den Gruppen nicht oder nur zu einem geringen Anteil erfassen konnten. Das statistische Adjustierungsverfahren mit Propensity

### BIAS (WIKIPEDIA)

Übersetzt aus dem Englischen bedeutet "Bias" "Die Neigung, der Hang, die Zuneigung, Vorliebe, das Vorurteil". In der Epidemiologie bedeutet Bias, dass dem Resultat einer Studie nicht die Intervention (oder allenfalls der Zufall) zugrunde liegt, sondern dass es durch einen systematischen Fehler im Design oder in der Auswertung entstanden ist. Im Gegensatz zum zufälligen Fehler heben sich systematische Fehler bei einer genügenden (im Idealfall unendlichen) Anzahl Messungen nicht auf.

Scores führte zu einem relativen Mortalitätsrisiko von etwa 50%. Wäre das Verfahren erfolgreich gewesen, hätte es keinen oder nur mehr einen sehr geringen Unterschied in den Sterberaten geben dürfen.

Tatsächlich unterscheiden sich Screening-Teilnehmerinnen von Nicht-Teilnehmerinnen in zahlreichen Begleiterkrankungen, Gesundheitsverhalten, Sozialstatus u.a.m. erheblich. Frauen, die nicht am Screening teilnehmen, haben daher ein erhöhtes Risiko, auch an anderen Erkrankungen zu versterben als an Brustkrebs, beispielsweise an Blutkrebs, anderen Krebserkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Frauen, die am Screening teilnehmen, sind gesünder und haben eine längere Lebenserwartung. Das gilt auch für das Risiko, an Brustkrebs zu versterben. Die Prognose für Brustkrebs hängt eben nicht nur von der medizinischen Behandlung ab, sondern auch von vielen anderen Faktoren, die die Lebenserwartung bei chronischen Erkrankungen bestimmen, wie soziale Unterstützung, finanzielle Lage (z.B. kann ich mir private Unterstützung für die tägliche Entlastung leisten oder nicht), Bildungsstand, Gesundheitskompetenz, u.a.m.

Dieser Teilnehmer-Bias ist seit Jahrzehnten bekannt. Tatsächlich waren vergleichbare Beobachtungen wesentliche Gründe für die Planung und Durchführung von randomisiert-kontrollierten Studien zum Mammo-

graphie-Screening. Der *healthy participant bias* ist eine Form des sog. *selection bias*. Diese Art von Verzerrung ist auch für viele andere Beobachtungsstudien und alle Registerdatenauswertungen von Bedeutung, die das Ziel haben, Effekte von Krebsfrüherkennung nachzuweisen.

Die Annahme einer Risikoreduktion von 40% für die Brustkrebssterblichkeit, wie sie weiterhin von den Mammographie-Screening-Befürworterinnen propagiert wird, ist mehrfach widerlegt. Die Leitlinie sollte daher umgehend den wissenschaftlichen Fakten angepasst werden.

Die Publikation von Czwikla et al. (2018) sollte auch für andere Interpreten von Beobachtungsstudien eine Lehre sein. Beispielsweise werden in einer nicht vertretbaren Art und Weise Beobachtungsdaten in irreführenden News-Meldungen als kausale Zusammenhänge kommuniziert. In einer eigenen systematischen Analyse der News-Meldungen im Deutschen Ärzteblatt haben wir gezeigt, dass Assoziationsstudien auch hier häufig kausal fehlinterpretiert werden (Buhse et al. 2017). ■



**Univ.-Prof. Dr. med.  
Ingrid Mühlhauser**  
Universität Hamburg  
MIN Fakultät  
Gesundheitswissenschaften  
E-Mail: [Ingrid\\_Muehlhauser@uni-hamburg.de](mailto:Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de)  
Tel: 040 42838 3988

#### Literatur:

Albert US, Schreer I. Arbeitsgruppe der Stufe-3-Leitlinie Mammarkarzinom. S3-Leitlinie Mammarkarzinom: Aktuelles zur Früherkennung und zum Mammographie-Screening. Der Radiologe online 22. November 2018. doi.org/10.1007/s00117-018-0473-6

Buhse S, Rahn AC, Bock M, Mühlhauser I. Causal interpretation of correlational studies – Analysis of medical news on the website of the official journal for German physicians. PLoS ONE 13(5): e0196833.

Czwikla J, Giersiepen K, Langner I, Enders D, Heinze F, Rothgang H, Haug U, Zeeb H, Hense HW.

A cohort study of mammography screening finds that comorbidity measures are insufficient for controlling selection bias. Journal of Clinical Epidemiology 104 (2018) 1e7

Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Lancet 2012; 380: 1778–86

Mammographie-Screening. Eine Entscheidungshilfe. Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. IQWiG, [Gesundheitsinformation.de](http://Gesundheitsinformation.de)



# Plädoyer für den Schutz des Lebens durch Werbungsverbot

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

**K**ompromiss-Entscheidungen in der Politik sind nicht immer der große Wurf. Eine wichtige Ausnahme von dieser Regel scheint mir die Reform des § 218 StGB zu sein. Junge Leute können sich oft gar nicht mehr vorstellen, welches Ausmaß an Unfreiheit, Demütigung und Leid das rigide Abtreibungsverbot in der Zeit davor bewirkte. Leider können sich wiederum andere kaum vorstellen, welche barbarischen Implikationen die von ihnen geforderte völlige Freigabe der Abtreibung bis zum Zeitpunkt der

Es war also wichtig, diesen Paragraphen wenn nicht abzuschaffen, so doch zu reformieren. Mit dem jetzt avisierten Kompromiss lässt sich vermutlich leben. Aber eine politische Großtat wie die Reform des § 218 ist die zum § 219a nicht. Die Regelung "Information ja, Werbung nein" lässt Raum für gewolltes Missverständnis. Und vor allem: Wer will überhaupt für Abtreibung werben?

Man findet auf den Websites der betroffenen Kollegen keine Hinweise darauf, wie schön das Leben ohne Kind sein kann – auch nicht auf den

der Raucher startet die Suchtkarriere vor der Volljährigkeit. Der Werbetrick besteht darin, die jeweilige Zigarettenmarke mit einer bestimmten Charaktereigenschaft zu verbinden, die die Jugendlichen auf ihrer Suche nach Identität beeindruckend und erstrebenswert finden: Lebenslust, Freiheit, Entscheidungsstärke, Herzlichkeit, und immer wieder irgendwelche Ausprägungen von Individualität, die erstaunlicherweise alle genauso für sich kopieren wollen. Man kann zwar argumentieren, jeder solle selbst entscheiden, ob er rauchen möchte oder nicht. Das kann er zwar, aber nur die ersten paar Schachteln, dann wird die Freiheit abgegeben an die Sucht. Jährlich sterben 121.000 Menschen in Deutschland an den Folgen des Tabakkonsums. Dagegen vorzugehen, lieber Herr Spahn, wäre doch ein wirklich lohnenswertes Beschäftigungsfeld für alle Lebensschützer. Wie wäre es mit einem Werbeverbot für Tabakprodukte, das sich am § 219a orientiert: Werbung wird verboten, auch für die jetzt so profitablen E-Zigaretten. Die Händler können aber darüber informieren, wo es die Glimmstängel gibt, aber nicht welche Marke. Informationen gibt es im Internet auf den Websites der Händler und der Gesundheitsämter. Lieber Herr Spahn, wenn Sie sich das trauen, wären die meisten Ärzte einmal auf Ihrer Seite. ■

## Die Regelung "Information ja, Werbung nein" lässt Raum für gewolltes Missverständnis.

Geburt hätte, nicht nur für Mutter und Kind, sondern auch für die Ärzte und Pflegekräfte, die die Eingriffe durchführen müssen. Deshalb war der damalige Kompromiss zum Abtreibungsverbot – auch und gerade in der Rückschau gesehen – eine große politische Leistung.

Um so unverständlicher, dass selbst ernannte Lebensschützer diese vernünftige Regelung dadurch aushebeln wollten, dass sie unter Berufung auf den § 219a Ärzte attackierten, die auf ihrer Website darüber informieren, dass sie in ihrer Praxis Abtreibungen durchführen.

„Geschmack von Freiheit und Abenteuer“. Es gibt keine Slogans, die zur Abtreibung animieren, indem sie auf die abstrakte Freiheit hinweisen, sich selbst zu entscheiden („You decide“). Oder keine halben Sachen zu machen wie „Sei kein Maybe“. Es gibt auch keine Bilder von sexy gekleideten jungen Frauen oder Männern, die das Leben genießen. Diese Werbung gibt es zwar, aber natürlich nicht für Abtreibungen, sondern für Zigaretten.

Diese Werbung kostet viele Leben, und Ärzte fordern schon lange, sie zu verbieten. Denn sie richtet sich vor allem an Jugendliche. Die Mehrheit

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



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Christiane Jüngling**  
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Christiane Jüngling**

Geburtsdatum: **2.10.1960**

Familienstand: **verheiratet, ein erwachsener Sohn**

Fachrichtung: **Psychologische Psychotherapie**

Weitere Ämter: **Mitglied Beratender Fachausschuss Psychotherapie,  
Stellvertreterin Zulassungsausschuss Psychotherapie**

Hobbys: **Chor, Konzerte, Lesen, Radfahren, Schwimmen, Skifahren,  
Aktivitäten mit unserem Hund**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?** Der intensive Patientenkontakt in der Psychotherapiepraxis macht mir seit 25 Jahren viel Freude. Die Möglichkeit zum Engagement in weiteren, auch gesundheitspolitischen Arbeitsfeldern (Fortbildung und Supervision, Selbstverwaltung, Gremienarbeit) macht die Arbeit vielfältig. Hier haben sich meine Wünsche erfüllt. Die zunehmende Formalisierung und Reglementierung sehe ich mit Sorge.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Meine berufspolitischen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Besonderheiten und Bedarfe der psychotherapeutischen Versorgung dauerhaft immer wieder neu erläutert und vertreten werden müssen. Nur durch aktives Engagement in der Selbstverwaltung können die Interessen der Psychotherapeut\*innen gewahrt werden.

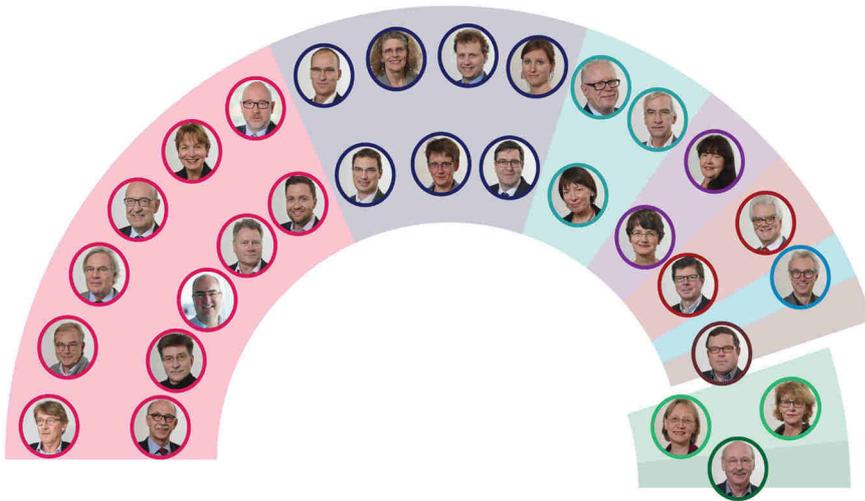
**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Eine bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung von psychotherapeutischen Patient\*innen, mehr Psychotherapeutenplätze. Flexiblere, niedrighschwellige Angebote. Vernetzung und Kooperation mit Kolleg\*innen verschiedener Fachgruppen (z.B. in Qualitätszirkeln). Mehr fachliche Anerkennung, Gleichstellung und bessere finanzielle Absicherung für Psychotherapeut\*innen.

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Die anerkannten Angebote der Vertragspsychotherapie stehen zunehmend unter Kritik und Legitimationsdruck. Individuelle Therapien sollen verkürzt und „effektiviert“ werden. Seit Langem besteht eine hohe Nachfrage nach Psychotherapie, die meisten wollen sofort einen Psychotherapieplatz. Hier muss man dauernd Erwartungen enttäuschen und hat bei längeren Wartezeiten wenig Alternativen anzubieten.

**Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen?** Island (auch) auf dem Rücken eines Islandpferdes zu entdecken, überhaupt längere Reisen. Muße, mein Englisch zu verbessern und Klavier zu spielen. ■

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

Do. 23.5.2019 (ab 19.30 Uhr)  
 Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

**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)

**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**

**Intensivkurs Qualitäts- und Praxismanager**

Neben medizinischem und verwaltungsorganisatorischem Fachwissen werden von MFAs immer öfter auch Führungs- und Managementkompetenzen verlangt. Mit der erfolgreichen Teilnahme an diesem Intensivkurs, der mit einer Prüfung abschließt, können sich engagierte MFAs beruflich weiterqualifizieren.

**Mo. 25.3. bis Fr. 29.3.2019**

Gebühr: € 650 inkl. Verpflegung

**QEP-Einführungsseminar**

„QEP-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ist ein speziell auf Arztpraxen zugeschnittenes Qualitätsmanagementsystem, welches für alle Fachrichtungen und Praxisgrößen geeignet ist. Ideal ist die gemeinsame Teilnahme von Praxisinhaber und -mitarbeitern.

**21 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 5.4.2019 (15 - 21 Uhr) und Sa. 6.4.2019 (8.30 - 16.30 Uhr)**

Gebühr: € 220 (1. Person), € 160 (jede weitere Person der Praxis), inkl. aller Unterlagen, Imbiss + Getränke

**Patientenrechte im Alltag**

Welche Anforderungen ergeben sich aus dem Patientenrechtegesetz und wie lassen diese sich in die Praxisabläufe und ins QM integrieren? Sie lernen, worauf bei der Dokumentation in der Patientenakte zu achten ist und wie mit Einsichtsrechten, Einwilligungen und Einverständniserklärungen umzugehen ist.

**13 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 10.4.2019 (9.30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

**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

**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)

**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 PATIENTEN-  
SCHULUNGEN**

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

**Zi-DMP Diabetesschulung für nicht-insulinpflichtige Patienten (Kursnr. 19Ao337)**

**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. 19Ao338)**

**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

Gern 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

**QUALITÄTSZIRKEL**

**Winterhuder Qualitätszirkel**

**Das zweite Gehirn**

Wie der Darm unser Wohlbefinden beeinflusst

Reizdarmsyndrom - M. Crohn - Colitis ulcerosa

Referentin: Dr. Rita Trettin

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 3.4.2019 (18 Uhr)**

**Angst- und Zwangsstörungen**

Ursachen - Differentialdiagnosen - Therapieoptionen

Referentin: Dr. Rita Trettin

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

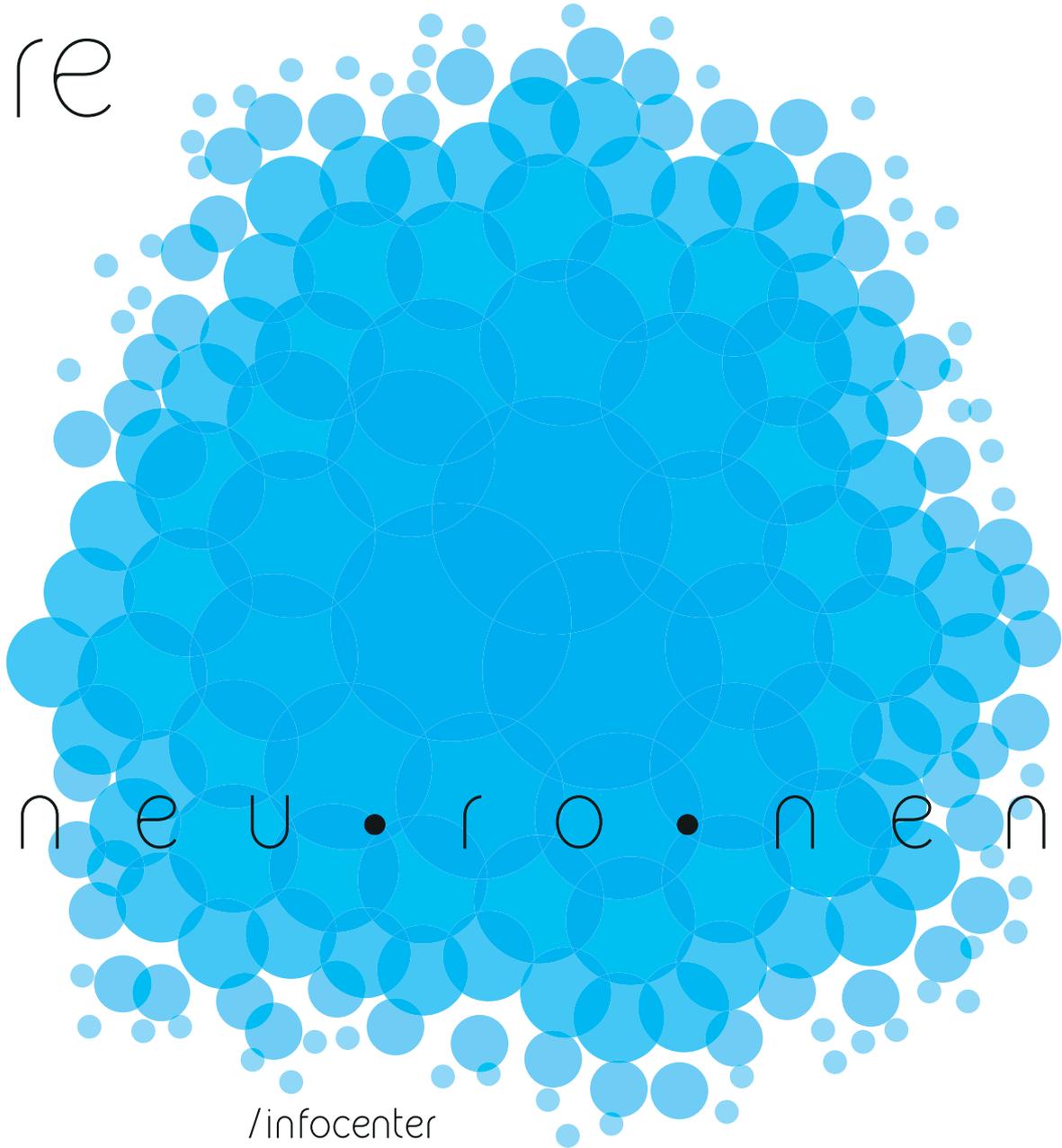
**Mi. 19.6.2019 (18 Uhr)**

**Ort: Ärztehaus Winterhude,  
1. OG, Hudtwalckerstr. 2-8,  
22299 Hamburg**

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Rita Trettin  
praxis@neurologiewinterhude.de  
[www.neurologiewinterhude.de](http://www.neurologiewinterhude.de)

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!