

# KVH *journal*

MIT  
BEILAGE ZUM  
**ARZTRUF  
HAMBURG**

## ANTI-SPY PROTECTION

*Datenschutz für Fortgeschrittene*



**DIGITALE VERNETZUNG**  
*Fragen und Antworten zur TI*

**HORMONTHERAPIE**  
*Doch wieder unbedenklich?*

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeitern 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 5 /2018 (Mai 2018)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Zum 1. Mai 2018 werden überall in der Stadt Plakate aufgehängt, mit denen wir unser neues Bereitschaftsdienstkonzept **Arztruf Hamburg** in der Bevölkerung bekannt machen: an Bushaltestellen, U-Bahnstationen, an den großen Ein- und Ausfallstraßen. Außerdem schalten wir Annoncen in Tages- und Wochenzeitungen. Es ist die größte Werbekampagne in der Geschichte der KV Hamburg.

Am Wichtigsten ist aber die Kommunikation über die Praxen. Deshalb haben Sie umfangreiche Informationsmaterialien zugeschickt bekommen, mit denen Sie Ihre Patienten über das neue Angebot informieren können.

Der **Arztruf Hamburg** ist die Visitenkarte des ambulanten Systems und zeigt eindrucksvoll die Leistungsfähigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung. Es ist dem außergewöhnlichen Engagement der Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten zu verdanken, dass wir den Menschen in dieser Stadt dieses komfortable Versorgungsangebot machen können.

Obwohl der Notfalldienst in Hamburg auf freiwilliger Basis organisiert wird, haben sich innerhalb kurzer Zeit zahlreiche KV-Mitglieder gefunden, um die neuen und erweiterten Dienste zu besetzen. Dafür bedanken wir uns ganz herzlich!

Alles Wissenswerte zum **Arztruf Hamburg** finden Sie in einem Supplement, das diesem Heft beiliegt.

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

---

### KONTAKT

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

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



**SCHWERPUNKT**

- 06\_ Nachgefragt: Wie gehen Sie mit den neuen Datenschutzregeln um?
- 08\_ Patientendaten: Was Praxen jetzt unternehmen müssen
- 12\_ Wie relevant sind die neuen Datenschutzregeln für psychotherapeutische Praxen?

**GESUNDHEITSPOLITIK**

- 16\_ Interview: KV-Hamburg-Chef Walter Plassmann über die Bereitschaftsdienstreform
- 19\_ Notfallpraxis Harburg: erste Bilanz
- 21\_ Bessere Honorierung der Dienste in den Notfallpraxen  
Höhe des Hamburger Punktwerts steht fest  
Psychotherapeuten rufen Bundesverfassungsgericht an

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 22\_ Fragen und Antworten
- 24\_ Soll man Patienten mit einer G1-Gesundheitskarte ablehnen?  
Aktualisierung DMP KHK  
Schutzimpfungsvereinbarungen mit Primärkassen: gekündigt, aber weiterhin gültig

**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. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



## QUALITÄT

- 25\_** Neue QS-Vereinbarung Spezial-Labor  
**26\_** Weiterbildung zur  
 VERAH/NäPa in Hamburg  
 Seminar: QEP-Personalmanagement

## TELEMATIK

- 27\_** Fragen und Antworten zur  
 Telematikinfrastuktur:  
 Was Sie jetzt wissen müssen

## ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 30\_** Wirkstoffvereinbarung: Warum  
 Tianeurax und Milnaneurax als nicht  
 wirtschaftlich gelten  
**31\_** Targin und DuoTrav: jetzt auch  
 generisch  
**33\_** Juristischer Streit um Neuro-  
 borreliose-Leitlinie entschieden

## FORUM

- 38\_** Tag der Weiterbildung Allgemein-  
 medizin  
**40\_** Studentische Poliklinik: Grund-  
 versorgung für obdachlose Patienten

## KV INTERN

- 41\_** Für Sie in der Vertreterversammlung:  
 Steckbrief Heike Peper

## RUBRIKEN

- 02\_** Impressum  
**03\_** Editorial

## AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 24\_** Bekanntmachungen im  
 Internet

## NETZWERK EVIDENZ- BASIERTE MEDIZIN

- 34\_** Hormontherapie:  
 Substitution oder Medi-  
 kalisierung gesunder  
 Frauen?

## KOLUMNE

- 37\_** Hontschiks „Diagnose“

## TERMINKALENER

- 42\_** Termine und geplante  
 Veranstaltungen

## BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer  
 Seite 3: Mauricio Bustamante; Seite 6 und 7:  
 Melanie Vollmert; Seite 16: Michael Zapf; Seite 19  
 und 23: Felix Faller/Alinea; Seite 25: Angellodeco/  
 Fotolia; Seite 30: Timurock/Alinea; Seite 37: Bar-  
 bara Klemm; Seite 38: Thomas Kloppe/UKE; Seite  
 42: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

## Wie gehen Sie mit den neuen Datenschutzregeln um?



**Dr. Matthias Glawe**

Facharzt für Nuklearmedizin,  
Gesundheitsökonom,  
Leiter IT des Cardiologicum  
Hamburg

**Dr. Stephan Kranz**

Facharzt für Nuklearmedizin,  
Leiter Qualitätsmanagement  
und Datenschutz des  
Cardiologicum Hamburg

## Nach außen delegieren

Die neuen Datenschutzziele weichen nur geringfügig von den bisherigen ab. Allerdings wird die Einführung eines geeigneten Dokumentationstools zum Nachweis der Einhaltung des Datenschutzes gefordert. **Dies wird insbesondere hinsichtlich der de facto bestehenden Beweislastumkehr im Falle eines vermuteten Verstoßes wichtig. Für uns als überörtliche Gemeinschaftspraxis mit mehreren Standorten in Hamburg und einem zentralen Rechenzentrum bedeutet dies die Notwendigkeit eines umfangreichen Datenschutzkonzeptes.** Bisher konnte mit einem intern benannten Datenschutzbeauftragten der Großteil des „praktischen“ Datenschutzes in den Praxisstandorten gut organisiert werden. Doch nun würde eine suffiziente Betreuung des Datenschutzes mit seinen Dokumentations- und Nachweispflichten einen erheblichen Fortbildungs- und Arbeitsaufwand bedeuteten. Deshalb haben wir uns entschieden, einen externen Datenschutzbeauftragten zu engagieren. So wollen wir sicherstellen, dass insbesondere der Umgang mit den sensiblen Patientendaten in der bestehenden IT-Struktur gewährleistet ist. Darüber hinaus erhoffen wir uns durch einen professionellen, externen Datenschutzbeauftragten im Falle von behördlichen Anfragen eine gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe. ■



**Dennis Davidson**

Praxismanager der Radiologie Hoheluft



**Bettina Hantke**

Psychologische Psychotherapeutin  
in Hamburg-Bergedorf und Mitglied des beratenden  
Fachausschusses Psychotherapie der KV Hamburg

## Kontrolle behalten

**Angesichts der dramatischen Strafandrohungen haben wir zunächst erwogen, die Umsetzung der neuen Datenschutzregelung an einen externen Experten zu delegieren.** Wir holten Angebote ein: Die Implementierung der geforderten Strukturen und die Erstellung der Unterlagen sollte einige tausend Euro kosten – und die laufende Pflege dann nochmals etwa 300 Euro pro Monat. Das schien uns etwas überzogen. Ein Fortbildungskurs, mit dem sich der eigene Datenschutzbeauftragte auf Stand bringen kann, würde einmalig etwa 1.500 Euro kosten. Um die Kontrolle zu behalten, müssen wir uns ohnehin in die Materie einarbeiten. Sollten wir feststellen, dass die Aufgaben zu komplex sind, um sie mit dem internen Datenschutzbeauftragten zu bewältigen, können wir immer noch auf einen externen Experten zurückgreifen. ■

## Schon in Gang gesetzt

Viele der Prozesse, von denen im neuen Datenschutzrecht die Rede ist, sind ja bereits durch das Qualitätsmanagement der Praxen in Gang gesetzt worden. Allerdings muss man diese Maßnahmen jetzt dokumentieren und nach außen nachweisen können. **Die Psychotherapeuten beschäftigen sich ohnehin intensiv mit Fragen des Datenschutzes und der Verschwiegenheit. Das zeigen auch die Gespräche im beratenden Fachausschuss, wo immer wieder darüber diskutiert wird, welche Daten beispielsweise an den MDK oder die Krankenkassen von uns weitergegeben werden dürfen.** Die Telematikinfrastruktur ist eigentlich auch ein Datenschutz-Thema. In vielen Praxen war der Praxiscomputer ja bisher vom Internet getrennt, um die Patientendaten zu schützen. Nun müssen wir den Praxiscomputer für die Telematikinfrastruktur öffnen. Sicherer als die bisherigen Stand-Alone-Lösungen kann das nicht sein. ■

VON DANIEL SCHAUPP

# Umgang mit hochsensiblen Daten

Das neue Datenschutzrecht betrifft jede Praxis. Bei Verstößen drohen drastische Bußgelder. Wir zeigen Ihnen Punkt für Punkt, was Sie beachten müssen.



**A**m Thema „Datenschutz“ kommt derzeit kein Praxisinhaber vorbei: Ab 25. Mai 2018 gilt die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO). Das bedeutet vor allem: Die Praxen müssen künftig nachweisen, dass sie die Datenschutz-Regeln einhalten. Und: Bei Verstößen können die Aufsichtsbehörden sehr viel höhere Bußgelder verhängen als bisher. Es ist also wichtig, sich mit den neuen Regeln auseinanderzusetzen.

Die EU hat lange verhandelt, um das Datenschutzrecht europaweit zu vereinheitlichen. Verabschiedet wur-

de die EU-DSGVO bereits 2016. Jetzt endet die Übergangsfrist. Gleichzeitig tritt das neue (gegenüber der EU-DSGVO nachrangige) deutsche Bundesdatenschutzgesetz in Kraft.

Worum geht es? Geschützt werden personenbezogene Daten - also Daten, die Rückschlüsse auf eine Person zulassen. Bei der Schutzwürdigkeit gibt es Abstufungen: Besonders sensibel und schutzwürdig sind Gesundheitsdaten, also beispielsweise alle Daten, die in Praxen oder MVZ im Rahmen der Anamnese oder in vertraulichen Gesprächen erhoben werden. Das können beispielsweise

Diagnosen, Röntgenbilder, Blutwerte oder Arztbriefe sein.

Schützenswert sind neben den Gesundheitsdaten auch die Personaldaten der Mitarbeiter. Dazu gehören etwa Adressdaten, Lohn- und Steuerangaben oder Bewerbungsunterlagen, die ja oft auch Lebensläufe enthalten.

Praxen und MVZ müssen künftig dokumentieren und erläutern, wie sie mit diesen personenbezogenen Daten umgehen und wie sie diese schützen. Wir beschreiben Punkt für Punkt, welche Maßnahmen Sie ergreifen und welche Dokumente Sie

erstellen müssen, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden.

### VERZEICHNIS VON VERARBEITUNGSTÄTIGKEITEN

Zunächst muss die Praxis ein Verzeichnis erstellen, in dem alle wesentlichen Vorgänge aufgelistet werden, bei denen personenbezogene Daten verarbeitet werden. Unter „Verarbeitung“ versteht man bereits das Erheben, Abfragen, Ordnen, Speichern, Anpassen, Ändern, Auslesen und Weiterleiten von Daten. Die Frage ist natürlich: Wie grenzt man die Verarbeitungsvorgänge voneinander ab? Wir raten zu einer eher globalen Betrachtungsweise. Das Einlesen der Stammdaten in den Computer ist kein eigenständiger Vorgang im Sinne der Vorschrift. Auch die Erhebung von Daten für die Anamnese für sich genommen ist noch kein Vorgang. Als Verarbeitungsvorgang könnte man aber die ärztliche Dokumentation im Praxisverwaltungssystem insgesamt betrachten.

Die KBV hat ein Muster für ein Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten erstellt, das von den Praxen als Arbeitsgrundlage genutzt werden kann. Dazu gibt es auch ein Ausfüllbeispiel mit zwei Verarbeitungsvorgängen (siehe Abbildung rechts).

Der erste beispielhafte Verarbeitungsvorgang im KBV-Muster lautet: „Einsatz und Nutzung des Praxisverwaltungssystems“. Dieser wichtige Aspekt sollte in jedem Fall in das Verarbeitungsverzeichnis aufgenommen werden. Weitere wesentliche Verarbeitungstätigkeiten kommen in Betracht – so zum Beispiel die Abrechnung mit der KV und der PVS

oder auch der Betrieb einer Website mit Online-Terminvergabe.

Hinzu kommt in jedem Fall der Verarbeitungsvorgang „Führung von Personalakten der Praxismitarbeiter“. Auch diesen Aspekt findet man bereits vorformuliert im KBV-Ausfüllbeispiel.

Das von der KBV erstellte Muster für das Verarbeitungsverzeichnis und das dazugehörige Ausfüllbeispiel sind aus unserer Sicht sehr zu empfehlen. **Sie finden die Vorlagen im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht und Verträge → Datenschutz**

#### VERZEICHNIS VON VERARBEITUNGSTÄTIGKEITEN

##### AUSFÜLLBEISPIEL

Das Muster ist beispielhaft ausgefüllt; aufgeführt sind zwei Verarbeitungstätigkeiten.

VERZEICHNIS VON VERARBEITUNGSTÄTIGKEITEN
Rechtliche Grundlage: Artikel 30 Absatz 1 Datenschutz-Grundverordnung
<b>Angaben zum Verantwortlichen</b>
Name: Praxis am Europaplatz Anschrift: Europaplatz 1a, 23456 Platzstadt Telefon: 0123 456789 E-Mail: praxis@europaplatz.de Internet-Adresse: www.europaplatzpraxis.de
<b>Angaben zur Person des Datenschutzbeauftragten</b>
Vorname und Name: Sabine Müller Anschrift: Europaplatz 1a, 23456 Platzstadt Telefon: 0123 456788 E-Mail: datenschutzbeauftragte@europaplatz.de
<b>Verarbeitungstätigkeit</b>
Datum der Anlegung: 20. März 2018 Datum der letzten Änderung: 21. März 2018
<b>Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit</b>
Einsatz und Nutzung des Praxisverwaltungssystems
<b>Zwecke der Verarbeitung</b>
Ärztliche Dokumentation, Abrechnung der ärztlichen Leistungen, Qualitätssicherung, Terminmanagement
<b>Beschreibung der Kategorien betroffener Personen</b>
Patienten
<b>Beschreibung der Datenkategorien</b>
Gesundheitsdaten, gegebenenfalls auch genetische Daten
<b>Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offen gelegt worden sind oder noch werden</b>
Intern: Praxispersonal Extern: andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen
Seite 1 von 2 / KBV / Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten: Ausfüllbeispiel / März 2018

Ausfüllhilfe der KBV für ein Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten

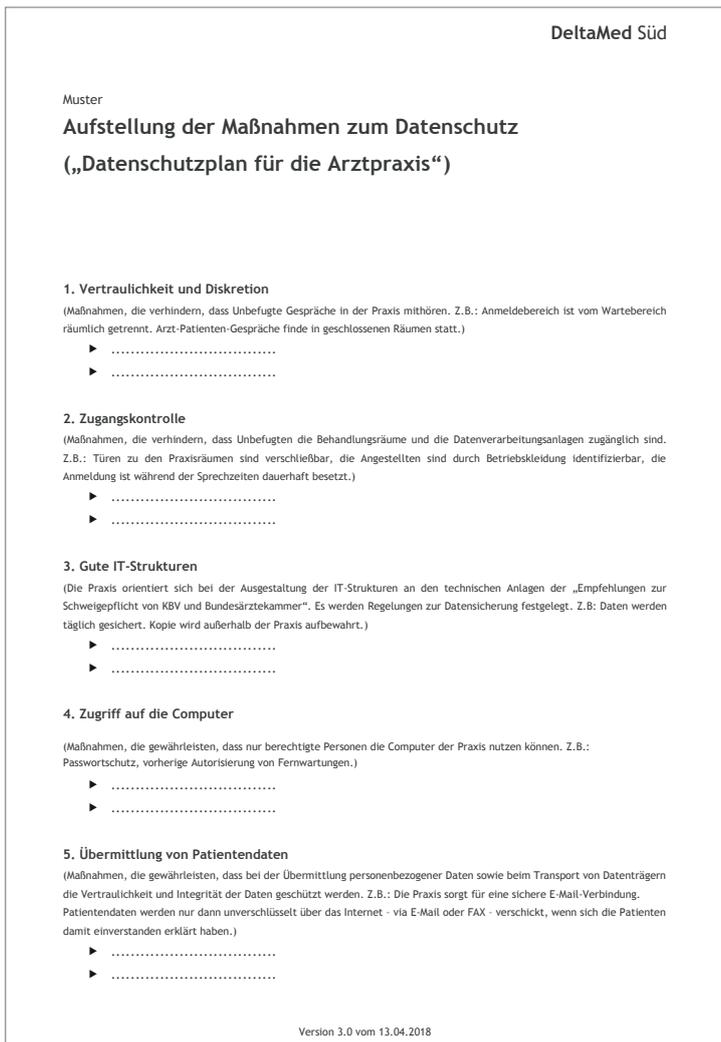
Sie finden die Vorlage im Internet:

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht und Verträge → Datenschutz

### AUFSTELLUNG DER MASSNAHMEN ZUM DATENSCHUTZ („DATENSCHUTZPLAN“)

Die Praxen müssen geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zum Datenschutz ergreifen und diese in einer Aufstellung dokumentieren.

Wie dieser „Datenschutzplan“ im Einzelnen ausgestaltet werden soll, ist im Gesetz nicht festgelegt. Doch den Ärzten und Psychotherapeuten sind solche Pläne aus dem Qualitätsmanagement bekannt. Daran kann man sich orientieren. →



Deltamed-Muster für die Aufstellung der Maßnahmen zum Datenschutz ("Datenschutzplan"). Sie finden die Vorlage im Internet: [www.kvvh.de](http://www.kvvh.de) → Recht und Verträge → Datenschutz

→ Folgende Aspekte sollten unserer Einschätzung nach berücksichtigt werden (siehe Abb. oben):

● **Vertraulichkeit und Diskretion:** Es wird im „Datenschutzplan“ vermerkt, dass der Anmeldungstresen vom Wartebereich räumlich getrennt ist. Die Arzt-Patienten-Gespräche finden in geschlossenen Räumen statt.

● **Zugangskontrolle:** Türen zu den Praxisräumen sind verschließbar. Die Angestellten tragen Betriebskleidung, womit sie für jeden identifizierbar sind. Hierzu gehört auch eine dauerhaft besetzte Anmeldung während der Sprechzeiten.

● **Gute IT-Strukturen:** Es wird festgelegt, dass sich die Praxis bei der Ausgestaltung der IT-Strukturen an den technischen Anlagen der „Empfehlungen zur Schweigepflicht von KBV und Bundesärztekammer“ orientiert. In den Qualitätsmanagement-Systemen sind Backup-Regelungen zur Datensicherung verankert – beispielsweise, dass regelmäßige Datensicherungen vorgenommen werden und eine Sicherung außerhalb der Praxis aufbewahrt wird. Diese Vorgaben sollten in den „Datenschutzplan“ übertragen werden.

● **Zugriff auf die Computer:** Nur berechtigte Personen können die Computer der Praxis nutzen. Um das zu gewährleisten, hat die Praxis einen Passwortschutz eingerichtet – oder die Praxismitarbeiter mit speziellen Chips ausgestattet, die einfach ans Terminal gehalten werden, um den Bildschirm zu öffnen. (Das dauert nicht länger, als die Enter-Taste zu drücken. Eine gute Zugriffskontrolle muss also nicht unbedingt mit einer zeitraubenden Prozedur verbunden sein.)

● **Übermittlung von Patientendaten:** Wenn Patientendaten unverschlüsselt über das Internet (also per E-Mail oder per Fax) versendet werden, wird empfohlen, dass die Patienten sich zuvor damit schriftlich einverstanden erklärt haben. Ansonsten werden die Unterlagen per Post geschickt oder dem Patienten mitgegeben. (Wenn die Kommunikation über die Telematikinfrastruktur dereinst wie vorgesehen funktioniert, werden die Ärzte und Psychotherapeuten von diesem Problem zu einem großen Teil entlastet und können dadurch vielen Risiken aus dem Weg gehen.)

● **Datenspeicherung:** Es müssen außerdem die gültigen Aufbewahrungsfristen eingehalten werden. Zudem sollte festgelegt werden, wie Patientendaten nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen wieder zuverlässig gelöscht werden.

● **Verhalten bei Datenpannen:** Die Mitarbeiter wissen, was zu tun ist, wenn eine Datenpanne auftritt. Laut EU-DSGVO müssen Daten Schutzpannen innerhalb von 72

Stunden an die Aufsichtsbehörde (also an den Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit) gemeldet werden. Im „Datenschutzplan“ ist festgelegt, wer für die Meldung zuständig ist.

Die Aufstellung der Maßnahmen zum Datenschutz („Datenschutzplan“) ist keine Formalie. Die Praxis kann sich zwar an Vorgaben aus dem Bereich des Qualitätsmanagement orientieren, muss die Aufstellung aber an die speziellen Gegebenheiten anpassen.

Unser Muster für eine Aufstellung der Maßnahmen zum Datenschutz finden Sie im Internet:

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht und Verträge → Datenschutz

### PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ IN DER PRAXIS

Die Praxis muss ihre Patienten darüber informieren, wie sie mit deren Gesundheitsdaten umgeht und was damit passiert. Dieser Informationspflicht kommt die Praxis am besten auf mehreren Wegen nach: indem sie beispielsweise einen Aushang im Wartezimmer macht, ein Informationsblatt oder einen Flyer an die Patienten ausgibt und einen entsprechenden Text auf die Website stellt.

Die KBV hat für die Praxisinformation ein gutes Muster erstellt, das die Praxen in dieser Form übernehmen können.

Die Patienteninformation geht auf folgende Punkte ein:

- Verantwortlichkeiten für die Datenerhebung

- Zweck der Datenverarbeitung
  - Weiterleitung der Daten
  - Speicherdauer der Daten
  - Patientenrechte: Auskunftsrecht, Recht auf Löschung, Recht auf Widerruf der Einwilligung, Beschwerderecht
  - rechtliche Grundlagen
- Das KBV-Muster für die Patienteninformation finden Sie im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht und Verträge → Datenschutz

Eine Anmerkung zum Auskunftsrecht der Patienten: Nach der EU-DSGVO haben die Patienten das

Recht, Auskunft über ihre eigenen gesundheitsbezogenen Daten zu erhalten. Zusätzlich gibt es aber noch das Auskunftsrecht nach dem Patientenrechtegesetz. Beide Auskunftsrechte bestehen nebeneinander, und beide sind gleich umfangreich. Die Praxen müssen also die gesamte Patientenakte herausgeben – auch die subjektiven, persönlichen Randnotizen des Arztes (z.B. „Patient ist ein Querulant!“).

Einzige Einschränkung: Wenn erhebliche therapeutische Gründe oder die Rechte von Dritten →

#### PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

##### MUSTER FÜR IHRE PRAXIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

##### 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Praxisname:

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):

Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail):

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name:

Anschrift:

Kontaktdaten:

##### 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

##### 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Seite 1 von 2 / KBV / Patienteninformation zum Datenschutz: Muster / März 2018

KBV-Muster für eine Patienteninformation

Sie finden die Vorlage im Internet:

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht und Verträge → Datenschutz

→ dem Auskunftsrecht entgegenstehen, können Teile der Akte zurückgehalten oder geschwärzt werden.

### ZUSAMMENARBEIT MIT EXTERNEN DIENSTLEISTERN

Wenn externe Dienstleister Daten im Auftrag der Praxis verarbeiten, muss eine vertragliche Vereinbarung geschlossen werden: der sogenannte Auftragsverarbeitungsvertrag. Betroffen ist davon beispielsweise die Zusammenarbeit mit folgenden Dienstleistern:

- IT-Dienstleister
- Softwareanbieter, die das System über Fernwartung betreuen
- Anbieter, die Speicherplatz in einer

Cloud zur Verfügung stellen

- gegebenenfalls der Anbieter eines Terminvergabe-Systems auf der Praxiswebsite

- Dienstleister für die Aktenvernichtung

Da im Fall einer Datenpanne Auftragsverarbeiter und Praxis gemeinsam verantwortlich sind, empfehlen wir dringend, entsprechende Verträge mit einschlägigen Dienstleistern abzuschließen.

Die großen Dienstleister haben häufig einen Entwurf des Auftragsverarbeitungsvertrages in der Schublade, den sie der Praxis zuschicken können. Schwieriger ist es bei kleineren Betrieben. In diesen Fällen kann man

auf Muster aus dem Internet zurückgreifen. Solche Muster gibt es mittlerweile in großer Zahl – übrigens auch solche, die speziell für das Gesundheitswesen angepasst wurden.

Unser Muster im Internet:

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Recht und Verträge → Datenschutz

### WER BRAUCHT EINEN DATENSCHUTZBEAUFTRAGTEN?

Dies ist einer der Punkte, bei denen die rechtliche Lage unübersichtlich ist. Aus dem Bundesdatenschutzgesetz geht hervor, dass Praxen oder MVZ einen Datenschutzbeauftragten benennen müssen, wenn sie mindestens 10 Mitarbeiter haben, die regelmäßig mit

## Wie relevant sind die neuen Datenschutzregelungen für psychotherapeutische Praxen?

**F**ür Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Schweigegebot und Datenschutz von jeher höchste Güter. Der gesicherte Raum ohne Sorge vor fremden Ohren, das Vertrauen von Patienten, sich ungeschützt öffnen zu dürfen, ist berufsexistenziell für Psychotherapeuten. Wohl kaum ein anderer Beruf berührt so tief die intime Sphäre von Menschen; nicht mancher Patientensachverhalt ist heikel, sondern alle. Daher haben Psychotherapeuten zunächst kein Problem damit, wenn Datenschutzvorschriften strenge Kriterien aufstellen. Zudem sind viele „neue“ Vorschriften für sie nicht neu, wie beispielsweise das Verbot „Kundendaten“ ungefragt für andere Zwecke zu nutzen.

Der Umgang mit sensiblen Daten in Erfüllung des Behandlungsvertrages ist gesetzlich geregelt. Daten von Patienten werden nach Patientenrechtegesetz pflichtgemäß dokumentiert und gemäß Sozialgesetzbuch an die KV weitergeleitet zur Abrechnung mit den Krankenkassen; eine Einwilligung der Patienten ist dafür nicht nötig. Es gibt mithin nicht so viele neue Pflichten wie für Berufe, die nicht auf solchen gesetzlichen Grundlagen arbeiten.

So begrüßenswert strenge Maßstäbe beim Geheimnisschutz von Patienten sind, ist doch zu kritisieren, dass Neuerungen regelhaft mit einem erweiterten, unbezahlten Bürokratieaufwand einhergehen. So ist unverständlich, warum kleine Praxen, wie es die weitaus meisten

der automatisierten (computergestützten) Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind.

Gleichzeitig gilt die EU-DSGVO. Demnach muss ein Datenschutzbeauftragter benannt werden, wenn „die Kerntätigkeit“ des Verantwortlichen in der „umfangreichen Verarbeitung“ von Gesundheitsdaten besteht. Die Kerntätigkeit von Ärzten liegt zwar zunächst in der Behandlung von Patienten, jedoch ist diese schon von Gesetzes wegen nur durch weitreichende Dokumentationspflichten – also Pflichten zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten – umzusetzen. Eine umfangreiche Verarbeitung dürfte in den meis-

ten Arztpraxen und MVZ gegeben sein, da hier über Jahrzehnte hinweg große Mengen an hochsensiblen Daten erhoben und gespeichert werden. In den Erwägungsgründen zur EU-DSGVO wird aber immerhin klargestellt, dass eine Einzelarzt-Praxis wohl regelmäßig keinen Datenschutzbeauftragten benötigt.

Doch was bedeutet das für Praxen, die zwar mehr als einen Arzt haben, aber nicht so groß sind, dass 10 Mitarbeiter regelmäßig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten zu tun haben? Die also größtmäßig dazwischen liegen? Es gibt ja viele Gemeinschaftspraxen mit beispielsweise drei

in Vollzeit arbeitenden Ärzten und fünf Mitarbeitern. Diesen Praxen empfehlen wir in jedem Fall, einen Datenschutzbeauftragten zu benennen, da hier, wie oben beschrieben, eine umfangreiche Verarbeitung von Gesundheitsdaten vorliegt. Es können außerdem weitere Gründe für die Benennung eines Datenschutzbeauftragten in Betracht kommen.

Auch wenn keine Pflicht zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten besteht, empfehlen wir ganz grundsätzlich eine Benennung auf freiwilliger Basis oder die Regelung einer entsprechenden Verantwortlichkeit. Denn: Unabhängig davon, ob ein Datenschutzbeauftragter →

Psychotherapiepraxen sind, ein Verzeichnis von Datenverarbeitungstätigkeiten anlegen sollen, die doch gesetzlich vorgegeben sind. Zudem ist wahrscheinlich, dass dies längst im Qualitätsmanagement geschieht, in dem Verfahrensregelungen erarbeitet wurden und dokumentiert ist, wie der Datenschutz der Praxis sichergestellt wird. Ein extra Verzeichnis für die Schublade interessiert Patienten nicht und dürfte ihnen wohl auch nicht offenbart werden, weil hier wiederum Datenschutzinteressen der Praxis tangiert sein könnten. So geht es anscheinend allein um Kontrollbehörden der staatlichen Aufsicht.

Neben der Aufklärungspflicht ist auch eine Informationspflicht bereits gesetzlich verankert. Danach ist auf Patientennachfrage über die Datenverarbeitung der Praxis zu informieren, zumal gemäß Datenschutzrecht Auskunftsrechte bestehen. Warum jetzt ungefragt Vorträge zu Verwendung und Schutz von Daten nötig sein sollen, erschließt sich nicht.

Wir begrüßen, dass die KBV Materialien wie die Vorlage für ein Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten

oder eine Patienteninformation zum Datenschutz zur Verfügung stellt, um die neuen bürokratischen Tätigkeiten zu erleichtern. Allerdings steht dort mehr als unserer Auffassung nach erforderlich ist, zum Beispiel der Hinweis auf ein Datenlöschungsrecht angesichts der doch bestehenden Dokumentations- und Datenübermittlungspflicht. Hier haben sich Psychotherapeuten mit widersprüchlichen Aussagen zurecht zu finden. Im Grundsatz galt bereits vor der neuen EU-Gesetzgebung in den bundesdeutschen psychotherapeutischen Praxen ein Gebot der Datensparsamkeit und der verschlüsselten, sicheren Verwahrung und Übertragung von Daten im Sinne des geltenden Patienten- und Datenschutzes.



**MOINA BEYER-JUPE** Rechtsanwältin,  
Referatsleitung Recht / Verträge der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)  
Kontakt: moinabeyerjupe@dptv.de

→ benannt werden muss oder nicht – alle übrigen Vorschriften des Datenschutzes sind trotzdem umzusetzen.

An den Datenschutzbeauftragten einer Praxis oder eines MVZ werden spezielle Anforderungen gestellt. Er muss unabhängig sein und den Datenschutz frei von anderen, möglicherweise widerstreitenden Interessen angehen können – deshalb kann der Praxisinhaber diese Aufgabe nicht selbst übernehmen. (Allerdings ist der Praxisinhaber letztlich für den Datenschutz verantwortlich und wird auch für eventuelle Verstöße haftbar gemacht.)

Des Weiteren muss sich der Datenschutzbeauftragte fundiertes Wissen zu Datenschutzrecht, zur IT und auch zur Berufsordnung (Stichwort: Schweigepflicht) aneignen. Je sensibler die Daten sind, desto höher werden die Ansprüche an die Fachkunde.

Es gibt fünftägige Kurse, in denen sich speziell Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen zum Datenschutzbeauftragten ausbilden lassen können. Bei erfolgreicher Teilnahme erhält man ein Zertifikat – gegebenenfalls auch abgenommen durch namenhafte Prüfgesellschaften wie DEKRA oder TÜV –, das auch eine Nachweisfunktion für die Aufsichtsbehörde hat. Die Fachkunde sollte im Folgenden kontinuierlich aufgefrischt werden.

Praxen, die sich die Qualifizierung eines eigenen Mitarbeiters ersparen wollen, können auch einen externen Dienstleister als Datenschutzbeauftragten benennen.

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten müssen betriebsintern und auch betriebsextern bekannt gemacht und in dem Verzeichnis der Verarbeitungstätigkeiten vermerkt werden (siehe KBV-Muster Seite 9).

Die Patienten müssen ebenfalls informiert werden – deshalb sind Name und Kontaktdaten des Datenschutz-

## Die Praxen müssen künftig nachweisen, dass sie die Datenschutzregeln einhalten.

beauftragten auch ein wichtiger Teil der Patienteninformation (siehe KBV-Muster Seite 11). Und: Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten müssen der Aufsichtsbehörde – also dem Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit – mitgeteilt werden. Denn der Datenschutzbeauftragte der Praxis ist für die Behörde in Datenschutzfragen der erste Ansprechpartner.

### **PRAXISWEBSITE**

Wenn eine Praxis über ihrer Website personenbezogene Daten erhebt, speichert oder weiterverarbeitet, müssen die Nutzer darüber informiert werden. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn das Zugriffs- und Nutzerverhalten zum Beispiel durch Google Analytics, ausgewertet wird oder wenn man Cookies verwendet. Es empfiehlt sich, den für die Homepage zuständigen IT-Dienstleister zu fragen, auf welche Art und Weise

Daten verarbeitet werden – und die Datenschutzerklärung entsprechend anzupassen. Unter Umständen sollte auf die Erhebung von Daten durch einen Hinweis auf der Startseite der Website hingewiesen werden.

Hat die Praxis ein Kontaktformular, über das die Nutzer eine Nachricht versenden können, gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder sorgt man dafür, dass die Verbindung gesichert und die E-Mail verschlüsselt wird. Oder man weist darauf hin, dass die Übermittlung ungeschützt vonstatten geht. Das Einverständnis des Nutzers, den Kommunikationsweg dennoch zu nutzen, holt man ein, indem man ihn ein Häkchen setzen lässt, bevor er die Nachricht losschicken kann.

Die schon mehrfach erwähnte Patienteninformation (siehe KBV-Muster Seite 11) sollte auch auf der Website eingestellt werden, um möglichst viele Patienten zu erreichen.

Die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten können zusätzlich nochmals ins Impressum gesetzt werden. Ein kurzer Satz genügt: „Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: [datschutz@beispielpraxis.de](mailto:datschutz@beispielpraxis.de)“

### **KONTAKT MIT DER AUFSICHTSBEHÖRDE**

Die EU-DSGVO schreibt vor, dass eine Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten, die „zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen führt“, innerhalb von 72 Stunden an die Aufsichtsbehörde gemeldet wird. Doch in

welchen Fällen ist eine Datenschutzrechtsverletzung als meldepflichtig einzuschätzen?

Wenn ein Rezept verschwindet, ist das sicherlich eine Datenschutzpanne. Eine Meldung an die Behörde kann aber im Einzelfall entbehrlich sein, wenn die Panne voraussichtlich zu keinem Risiko für den Betroffenen führen wird.

Am gegenüberliegenden Ende der Risiko-Skala wäre folgender Fall anzusiedeln: Es stellt sich heraus, dass es über Wochen hinweg für jedermann möglich war, via Internet auf die Patientenakten zuzugreifen. Das wäre für eine Praxis der Datenschutz-GAU.

Wir empfehlen, ernste Datenschutzpannen möglichst rasch zu melden und mit der Behörde vollständig zu kooperieren. Dadurch kann in

vielen Fällen Schlimmeres verhindert werden – und Kooperationsbereitschaft wird der Praxis positiv angerechnet.

Mit der EU-DSGVO erhalten die Aufsichtsbehörden zusätzliche Kompetenzen. Darauf haben sie sich vorbereitet – beispielsweise durch eine massive Aufstockung des Personals. Es wird voraussichtlich stichprobenartige Kontrollen in Praxen und MVZ geben. Bewegten sich Bußgelder für Datenschutzverletzungen früher im Bereich von maximal 300.000 Euro, sieht die EU-DSGVO wesentlich drastischere Sanktionen vor. So wurden die Höchstgrenzen auf bis zu 20 Millionen Euro oder vier Prozent des weltweiten Jahresumsatzes angehoben.

Ob der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (Kontakt: [\[hamburg.de\]\(http://www.datenschutz-hamburg.de\)\) bei Verstößen eher auf Beratung oder auf Strafe setzen wird, bleibt abzuwarten. Doch man sollte die neuen Datenschutz-Regeln ernst nehmen und den Behörden keinen Anlass geben, über den Einsatz ihrer Sanktionsmöglichkeiten nachzudenken. ■](http://www.datenschutz-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)



**DANIEL SCHAUPP**, Prokurist der DeltaMed Süd – Unternehmensberatung im Gesundheitswesen [www.deltamedsued.de](http://www.deltamedsued.de)

wir  
regulieren  
ihren

[puls • schlag]

/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!



## INTERVIEW

# „Wir können die Menschen ja nicht umerziehen“

In keiner anderen KV-Region ist die Bereitschaftsdienst-Reform so weitgehend wie in Hamburg. **KV-Chef Walter Plassmann** über neue Versorgungsangebote, überzogene Patientenwünsche und die Einflüsterungen von „Dr. Google“.



Will die Patienten durch gute Angebote auf die richtige Behandlungsebene lenken: KV-Hamburg-Chef Walter Plassmann

**Herr Plassmann, warum erfolgt diese große Reform des Bereitschaftsdienstes in Hamburg? Welche Probleme gibt es mit der aktuellen Struktur?**

**PLASSMANN:** Der Bereitschaftsdienst, wie wir ihn aktuell durchführen, ist viele Jahrzehnte alt. Und er funktioniert hervorragend. Wir erhalten nur wenige Beschwerden von Patienten, und ernsthafte Zwischenfälle sind extrem selten. Von daher wäre keine Änderung notwendig gewesen.

**Warum dann trotzdem dieser tiefe Einschnitt?**

**PLASSMANN:** Weil sich die Rahmenbedingungen geändert haben, vor allem die Erwartungshaltung der Patienten. Den Patienten, wie wir ihn von früher kennen, gibt es kaum noch. Der hatte einen festen Arzt, den er immer zunächst einmal konsultierte – und konnte recht gut einschätzen, in welchen Fällen er außerhalb der Praxisöffnungszeiten den Notdienst rufen musste. Dieser Patiententyp ist nicht mehr

die Regel. Die von uns in Auftrag gegebenen Untersuchungen haben unseren Verdacht bestätigt, dass heutzutage eine dauerhafte Arzt-Patienten-Beziehung seltener geworden ist, und die Menschen sehr spontan entscheiden, ärztlichen Rat einzuholen – völlig losgelöst von der Schwere des Problems und dem Zeitpunkt, zu dem man den Rat haben möchte. Da viele sich zudem in den ambulanten Angeboten nicht auskennen, bleibt als einzige Alternative die Notaufnahme im Krankenhaus. Nicht zuletzt deshalb gehen dort viele Menschen hin.

#### Und wie ist Ihre Antwort hierauf?

**PLASSMANN:** Wir wollen den Patienten dort abholen, wo er die Entscheidung trifft, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das ist meistens zu Hause. Wir wollen ihm die Möglichkeit geben, quasi auf dem Sofa die für ihn richtige Behandlungsstufe zu wählen – über eine Kontaktaufnahme zu uns über die Telefonnummer 116117 oder das Internet oder künftig unsere App. Dann klären wir mit dem Patienten den für ihn besten Weg und organisieren die Umsetzung.

#### Ist das nicht sehr aufwändig?

**PLASSMANN:** Ja, aber wenn der Patient sich erst einmal auf den Weg ins Krankenhaus begeben hat, kann ich ihn davon nicht mehr abbringen. Die Untersuchungen haben gezeigt, dass viele an geöffneten Arztpraxen vorbeilaufen, wenn sie in die Notfallaufnahme der Klinik gehen. Wir müssen also vorher mit ihnen

klären, wie wir ihnen am besten helfen können.

#### Was bieten Sie ihm denn alles an?

**PLASSMANN:** Zunächst einmal landet er in unserer Notdienst-Telefonzentrale. Dort sitzen geschulte Mitarbeiterinnen, die in einem für unsere Zwecke maßgeschneiderten Abfragedialog klären, welches Problem der Patient hat und wie dringend es ist. Dann wird ihm – je nach Ergebnis des Dialogs – angeboten, dass er mit einem Arzt telefonisch sprechen kann, dass er eine unserer Notfallpraxen aufsuchen kann oder dass wir ihm den fahrenden Bereitschaftsdienst nach Hause schicken. Wenn das Telefongespräch mit dem Arzt gewählt wurde, kann dieser anschließend auch einen Termin in einer Praxis vermitteln.

**"Wenn der Patient erst mal auf dem Weg ins Krankenhaus ist, kann ich ihn nicht mehr davon abbringen."**

#### Das ist ein breites Angebot. Können Sie sicherstellen, dass es auch wirklich vorgehalten werden kann?

**PLASSMANN:** Wir werden alle Dienste besetzen können. Was wir nicht wissen ist, wie stark welcher Dienst in Anspruch genommen wird. Ein solches Angebot gibt es in keiner anderen KV, so dass wir nicht auf Erfahrungswerte zurückgreifen können. Deshalb werden wir das System wohl auch immer wieder anpassen müssen.

#### Wie wollen Sie denn verhindern, dass dieses Angebot missbraucht wird, beispielsweise um einen schnellen Arzttermin zu bekommen?

**PLASSMANN:** Missbrauch können wir niemals verhindern. Das ist heute schon so. Wir könnten am Abend eine Liste mit Menschen erstellen, die nachts in der Notfallzentrale anrufen werden – und würden dabei eine hohe Trefferquote erzielen. Aber wir werden uns die Entwicklung genau ansehen und, wenn nötig, gegensteuern.

#### Was heißt genau ansehen?

**PLASSMANN:** Die Reform wird von Anfang an wissenschaftlich evaluiert. Wir haben dazu ein komplexes Design entwickelt, das uns so genau wie möglich Auskunft darüber geben wird, wann welche Dienste mit welchen Gründen und welchen Ergebnissen in Anspruch genommen werden. Auf dieser Basis werden wir das System Stück für Stück stabilisieren.

#### Kritiker werfen Ihnen vor, Sie würden damit die klassische Behandlung in der Arztpraxis unterhöheln und auch eine Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärzten aufbauen.

**PLASSMANN:** Die veränderte Erwartungshaltung der Patienten finde ich auch nicht schön. Dass die „Zalando-Mentalität“, wie Dr. Dirk Heinrich es genannt hat, mittlerweile auch im Gesundheitswesen angekommen ist, kann man aber nicht leugnen. Die Menschen haben einen „Sofort-Anspruch“, →

→ selbst wenn das zu lösende Gesundheitsproblem schon länger besteht und die Zeit bis zu einem Arzttermin noch locker zu überbrücken wäre. Aber wir können die Menschen ja nicht umerziehen. Wir müssen versuchen, sie in ihrer Welt zu erreichen und durch gute Angebote auf die richtige Behandlungsebene zu lenken. Ich denke auch nicht, dass dies eine Konkurrenz zur Praxis werden wird. Ganz im Gegenteil – wenn wir nicht reagieren, wird der Run in die Notfallambulanzen der Kliniken noch stärker.

**Wenn die Menschen schon in die Kliniken laufen – warum setzen Sie nicht auf eine Kette von Portalpraxen, wie es die Politik gerne sähe?**

**PLASSMANN:** Portalpraxen sind eine sehr teure Angelegenheit. Unsere Notfallpraxen müssen jeweils jährlich mit rund einer Million Euro subventioniert werden. Würden wir diese rund um die Uhr betreiben – wie es einer Portalpraxis entspricht –, würde sich dieser Fehlbetrag mehr als verdoppeln. Auch hätten wir weder das medizinische noch das pflegerische Personal, um mehr als vier oder fünf Portalpraxen an Kliniken zu betreiben. Letztlich halte ich Portalpraxen auch für überschätzt. Sie lösen das Problem nicht. Wir haben doch jede Menge Behandlungskapazität in den Praxen unserer Ärztinnen und Ärzte. Was wir darüber hinaus brauchen, ist lediglich eine Struktur für die Zeit, in denen diese Kapazität nicht zur Verfügung steht - und eine generelle Patientensteuerung. Mit immer mehr Portalpraxen würde man die Fehlsteuerung nur noch größer machen.

**Aber der Patient fände das sicher besser.**

**PLASSMANN:** Da bin ich mir gar nicht sicher. Der Patient will schnell eine Antwort auf die Fragen zu seiner Gesundheit. Wenn wir ihm anbieten, dass wir dies auch ohne lange Wartezeiten in überfüllten Notfallambulanzen bewerkstelligen können, ist das schon attraktiv. Erfahrungen in der Schweiz und in den Niederlanden haben gezeigt, dass der bloße telefonische Kontakt jeden dritten Patienten so sehr beruhigt hat, dass er keine weitere Hilfe in Anspruch nehmen musste.

**Heißt das, dass der Patient seine Probleme häufig überschätzt?**

**PLASSMANN:** Ja, das scheint so zu sein. Dr. Stephan Hofmeister hat mal gesagt, der Mensch habe „seinen Körper verlernt“. Die Signale, die uns der Körper sendet, werden in der Tat von immer weniger Menschen verstanden. Das beruht auf schlichter Unwissenheit, aber auch auf den elektronischen Medien, die eine Tendenz zur Skandalisierung haben. Da wird dann aus jedem Kopfschmerz ein Verdacht auf Hirntumor.

**Das kann der Arztruf Hamburg aber nicht lösen ...**

**PLASSMANN:** Lösen kann er es natürlich nicht. Aber wenn wir es schaffen, dass der Rat eines erfahrenen Arztes den Einflüsterungen von „Dr. Google“ vorgezogen wird, haben wir schon viel erreicht.

**Wenn der Patient solche Schwierigkeiten damit hat, die Schwere seiner Erkrankung einzuschätzen, wäre es dann nicht besser, mit dem Notruf 112 zusammenzuarbeiten?**

**PLASSMANN:** Diese Forderung nach einer „integrierten Leitstelle“ mit der Feuerwehr, die die Nummer 112 betreibt, wird häufig von den Krankenkassen erhoben. Sie geht aber an der Realität vorbei. Natürlich kommt es vor, dass bei uns Menschen anrufen, die lebensbedrohlich erkrankt sind. Das bemerken wir aber dank unseres Abfragedialoges und der Erfahrung unserer Aufnahmekräfte sehr schnell, und dann wird sofort zur 112 durchgestellt. Da geht so gut wie keine Zeit verloren. Umgekehrt: Wenn die Feuerwehr bemerkt, dass der Anrufer besser von uns versorgt wird, leitet sie den Ruf an uns weiter. Im Großen und Ganzen kann der Patient aber schon ganz gut unterscheiden, ob es sich um ein lebensbedrohliches Problem handelt oder „nur“ um ein akutes. Und dann ist es schneller und effizienter, die dafür passende Leitstelle mit dem dafür passenden Abfragedialog zu haben. Würde man das alles zusammenwerfen, dann würde alles deutlich länger dauern.

**Wann ist der Arztruf Hamburg für Sie ein Erfolg?**

**PLASSMANN:** Das hat viele Facetten. Objektiv auf der Ebene der Zahlen wollen wir jeden dritten Patienten aus den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser fern halten und im ambulanten System versorgen. Daneben streben wir aber natürlich auch an, die teilweise aus dem Ruder gelaufene Diskussion um die Notfallversorgung wieder zu versachlichen. Und es wäre natürlich schön, wenn im Laufe der Zeit der Patient auch ein wenig sicherer werden würde, was die Signale seines Körpers angeht. ■

## „Ein Segen für die Patienten“

Die Eröffnung der Notfallpraxis Harburg war der erste Schritt zur Umsetzung der Bereitschaftsdienst-Reform. Wie wird das neue Versorgungsangebot von den Patienten angenommen? Hier eine erste Bilanz.

**S**chon auf den ersten Blick sieht man den Unterschied. Die KV-Notfallpraxis auf dem Gelände der Asklepios-Klinik Harburg wirkt wie die Praxis niedergelassener Ärzte: Geräumiges Wartezimmer mit Zeitschriften, helle Wände, eine freundliche Arzthelferin am modernen Annahmetresen fragt die Patienten nach dem Grund des Besuches. Die Zentrale Notfallambulanz (ZNA) der Klinik liegt direkt gegenüber - und bietet doch eine ganz andere Atmosphäre.

„Das ist auch Teil des Konzeptes. Die Hektik der ZNA gibt es bei uns nicht“, sagt Dr. Horst Boulanger, einer der Bereitschaftsärzte, der sich den Dienst in der Notfallpraxis mit etwa 15 Kollegen teilt.

„Bei uns geht es nicht um Leben und Tod, aber unsere Patienten brauchen trotzdem dringend medizinische Versorgung“, sagt der Facharzt für Allgemeinmedizin, der seit Jahren seine Praxis in Hamburg Harburg betreibt.

„Die Einführung der Notfallpraxis ist ein Segen für die Patienten“, sagt Boulanger. Bevor sie im vergangenen Oktober eröffnet wurde, seien viele Patienten aus dem Süderelbe-Raum in die KV-Notfallpraxen nach Farmsen oder Altona gefahren. „Das war besonders für ältere Menschen, Famili-

en und Menschen ohne Auto eine weite Anreise“, so Boulanger.

Die KV-Notfallpraxis Harburg ist immer dann geöffnet, wenn die umliegenden Arztpraxen geschlossen sind: Montag, Dienstag und Donnerstag von 18-24 Uhr, Mittwoch von 13-24 Uhr und

Freitag von 17-24 Uhr, Samstag, Sonntag und an Feiertagen von 8-24 Uhr.

Die niedergelassenen Ärzte der Region teilen sich die Dienste in der Notfallpraxis. Das Pflegepersonal wird von der Asklepios-Klinik gestellt. →



„Es geht nicht um Leben und Tod, aber unsere Patienten brauchen trotzdem dringend medizinische Versorgung“, sagt Bereitschaftsarzt Dr. Horst Boulanger.

→ „Es kommen Menschen mit einfachen Rezeptwünschen bis hin zu Magen-Darm-Erkrankungen, Fieber oder Erkältungserkrankungen. Mittlerweile haben wir schon richtige ‚Stammkunden‘, die wissen, dass wir Zeit für sie haben“, sagt Boulanger lächelnd.

Die meisten Patienten werden am Anmelde-resen der Klinik-ZNA eingeteilt und direkt in die Portalpraxis verwiesen. Immer mehr Patienten steuern die Notfallpraxis aber auch direkt an. Für sie ist das neue Angebot eine große zeitliche Entlastung. „Patienten mit leichteren Erkrankungen müssen in der ZNA oft lange warten, weil lebensbedrohliche Fälle natürlich vorgezogen werden“, sagt Carmen Rehbock, verantwortliche Koordinatorin der KV für die Notfallpraxis Harburg. „In der KV-Notfallpraxis Harburg liegen die Wartezeiten maximal bei etwa 30 Minuten.“

Carmen Rehbock freut sich, dass das Konzept von den Patienten gut angenommen wird. Dass in dem weiträumigen Einzugsgebiet der ZNA mit den Bezirken Harburg, Wilhelmsburg und Altes Land eine zusätzliche Notfallversorgung dringend nötig war, sieht man auch an den stetig steigenden Patientenzahlen.

Mittlerweile kommen durchschnittlich 45 bis 50 Patienten

pro Tag. „Und die Tendenz ist steigend“, sagt Carmen Rehbock. „Die Patienten kommen sogar aus Winsen und Buchholz zu uns“, fügt Dr. Horst Boulanger hinzu. Für ihn ist das ein Zeichen dafür, dass sich die Vorzüge der KV-Notfallpraxis Harburg langsam in der Region herumsprechen. Das war bei der Einführung im Herbst noch anders. Es brauchte

### Die Vorzüge der KV-Notfallpraxis Harburg sprechen sich langsam in der Region herum.

ein paar Monate, bis die Patientenzahlen sich zufriedenstellend entwickelten. „Die Information, dass es neben der ZNA jetzt eine KV-Notfallpraxis auf dem Krankenhausgelände gibt, musste auch bei den Kollegen der Asklepios-Klinik erst einmal ankommen“, sagt Boulanger. Jetzt funktioniert die Zusammenarbeit mit den Kollegen in der Klinik reibungslos. Da in der Notfallpraxis keine Röntgenuntersuchungen, Sonographie oder MRT angeboten werden, müssen die Patienten für diese speziellen Untersuchungen die entsprechenden Fachabteilungen in der Klinik aufsuchen.

„Natürlich gibt es in solchen Fällen längere Wartezeiten, weil wir die Patienten wieder in den

zeitlichen Ablauf der Klinik eingliedern müssen“, sagt Boulanger. „Aber wenn eine solche Untersuchung medizinisch notwendig ist, verstehen die Patienten das auch.“

Der Direktor der Asklepios-Klinik Hamburg Harburg, Philipp Noack, ist auch vom Konzept der Notfallpraxis im eigenen Haus überzeugt und freut sich, dass die Zusammenarbeit der Kollegen innerhalb des Krankenhauses gut klappt. „Die Notfallpraxis ist eine Entlastung für unsere ZNA“, so Noack. „Unsere Ärzte und Pflegekräfte können sich so auf die Versorgung schwer- und schwerstkranker

Patienten konzentrieren. Wir freuen uns, dass die Zusammenarbeit mit den Ärzten der KV-Notfallpraxis gut angelaufen ist und sind für die Zukunft gut aufgestellt. Bei Rückfragen oder Verbesserungen im Ablauf nutzen wir den kurzen Dienstweg, das hat sich bislang bewährt und darauf werden wir auch in Zukunft setzen.“

Für die kommenden Monate rechnet das Ärzte- und Pflegeteam noch mit einem weiteren Anstieg der Patientenzahlen. „Wir haben noch Kapazitäten frei“, sagt Dr. Horst Boulanger. „Wir freuen uns, wenn die Harburger und alle Menschen in der Region die Notfallpraxis nutzen und weiter empfehlen.“ ■

*Frauke Vorbeck*



## Bessere Vergütung für Dienste in den Notfallpraxen

Die Vertreterversammlung hat am 5. April 2018 beschlossen, die Honorare für die in den Notfall- oder Portalpraxen tätigen Ärzte um 40 Euro pro Stunde anzuheben. Den Antrag hatte Dr. Frank Stüven gestellt. Die Mitglieder des Finanzausschusses hatten zuvor vergeblich versucht, über die Höhe der Honorarzuwächse eine Einigung zu erzielen. Auch in der Vertreterversammlung argumentierten die fachärztlichen Vertreter gegen eine Erhöhung in dieser Größenordnung. Am Ende setzten sich die Befürworter des Antrages in geheimer Abstimmung mit 16 zu 13 Stimmen durch.

Damit gilt folgende Honorarregelung:

Dienstzeiten	Vergütung pro angefangener Stunde
an Werktagen (Montag bis Freitag)	100 Euro (früher: 60 Euro)
an Wochenenden (Samstag und Sonntag)	115 Euro (früher: 75 Euro)
an gesetzlichen Feiertagen (inkl. 24.12. und 31.12.) sowie Samstag zwischen Karfreitag und Ostersonntag und am Samstag vor Pfingstsonntag	140 Euro (früher: 100 Euro)

Die Mehrkosten bedingen eine Erhöhung des Verwaltungskostensatzes für den Notdienst um 0,05 Prozent. ■

## Psychotherapeuten rufen Bundesverfassungsgericht an

Die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) und der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) ziehen vor das Bundesverfassungsgericht. Sie legen Beschwerde gegen ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) ein, das einen Strukturzuschlag für rechtens erklärt hatte, der nur überdurchschnittlich ausgelasteten Praxen zugutekommt.

Die psychotherapeutischen Verbände hatten gegen einen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom September 2015 geklagt. Sie kritisierten, dass die Einkommensunterschiede zwischen Psychotherapeuten und anderen Fachgruppen zementiert würden. Ein Psychotherapeut könne bei gleichem Arbeitseinsatz nur gut die Hälfte des Honorars eines Facharztes verdienen. „Diese Ungleichbehandlung wollen wir nun verfassungsrechtlich klären lassen. Wir gehen diesen Schritt gemeinsam als DPtV und bvvp und haben die Begründung gemeinsam vorbereitet“, erklären die Verbände. „Gesprächsleistungen, technische und somatische Leistungen sind als gleichwertig zu betrachten und auch gleichwertig zu vergüten.“ ■

### Höhe des Hamburger Punktwerts steht fest

Der Wert für den „Hamburg-Zuschlag“ für das Jahr 2018 steht jetzt fest: Der bundesweit gültige Orientierungspunktswert (10,6543 Cent) wird um einen Zuschlag von 0,2041 Cent erhöht. Der regionale Punktwert 2018 beträgt somit 10,8584 Cent.

In den Honorarverhandlungen war vereinbart worden, aus dem Schiedsamtsspruch von 2013 eine Formel für den „Hamburg-Zuschlag“ abzuleiten. Damit soll die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt höhere Kostenbelastung in der Hansestadt ausgeglichen werden. Bei Abschluss der Verhandlungen konnte die Höhe des Zuschlages für 2018 allerdings noch nicht ermittelt werden, weil die statistischen Daten noch nicht vorlagen.

**Ansprechpartner**  
**Infocenter: Tel: 22802 – 900**

# 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**

## MEDIKATIONSPLAN

### **In welchen Fällen hat ein Patient Anspruch auf die Erstellung eines Medikationsplans?**

Patienten haben seit dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen bundeseinheitlichen Medikationsplan, wenn sie mindestens drei zulasten der GKV verordnete, systemisch wirkende Medikamente gleichzeitig einnehmen oder anwenden. Die Anwendung muss dauerhaft – über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen – vorgesehen sein.

## MEDIKATIONSPLAN

### **Welche Fachgruppe ist zur Ausstellung des Medikationsplans verpflichtet?**

In der Regel ist der Hausarzt des Patienten in der Pflicht, den Medikationsplan zu erstellen, wenn die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen beim Patienten erfüllt sind. Haben Patienten keinen Hausarzt, sind auch Fachärzte in der Pflicht. Dann sollte diese Aufgabe möglichst jener Arzt übernehmen, der anstelle des Hausarztes die Arzneimitteltherapie überwiegend koordiniert, beispielsweise bei nierenkranken Patienten der behandelnde Nephrologe. Zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit sollte der Medikationsplan stets aktuell und vollständig sein. Der Arzt, der den Medikationsplan erstellt hat, ist zur Aktualisierung verpflichtet. Aber auch andere Ärzte des Patienten sowie Krankenhäuser können diese Aufgabe übernehmen.

## PSYCHOTHERAPEUTISCHE PROBATORIK

### **Ich bin psychologische Psychotherapeutin und habe bei einem erwachsenen Patienten bereits zwei Stunden Probatorik durchgeführt. Nach der zweiten Stunde habe ich den Antrag auf Richtlinientherapie an die Krankenkasse verschickt. Darf ich nach Antragsstellung noch die restlichen zwei Stunden Probatorik erbringen und abrechnen?**

Ja, nach Psychotherapie-Richtlinie stehen Ihnen bei einem erwachsenen Patienten bis zu 4 x 50 min Probatorik zur Verfügung. Die restlichen zwei Stunden können Sie auch nach Versendung des Antrages erbringen und abrechnen.

## EBM-ABRECHNUNG

### **Ich bin Hausarzt und habe von einem hausärztlichen Kollegen einen Patienten für eine Ultraschalluntersuchung überwiesen bekommen. Kann ich neben der Gebührenordnungsposition (GOP) für den Ultraschall auch zusätzlich die Versichertenpauschale abrechnen?**

Bei Behandlungen, die im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) stattfinden, ist die Versichertenpauschale (GOP 03000 EBM) nicht berechnungsfähig. Sie können in diesem speziellen Fall jedoch statt der Versichertenpauschale die GOP 01436 EBM (Konsultationspauschale) neben der GOP für die Ultraschalluntersuchung abrechnen.



**ÜBERWEISUNGSVORDRUCK F2900 („ÜBERWEISUNG D-ARZT / HNO-, AUGEN-, HAUTARZT“) ENTFÄLLT**

Der **Überweisungsvordruck F2900**, mit dem bisher eine Überweisung an einen D-Arzt, HNO-, Augen- oder Hautarzt veranlasst werden konnte, **entfällt ab sofort**. Die Nachbestellung des Vordrucks über den Paul-Albrechts-Verlag ist nicht mehr möglich. Die Gebühr für die Überweisung wird aber auch ohne diesen Vordruck weiterhin nach der GOP 145 UV-GOÄ gezahlt.

**TERMINSERVICESTELLE**

**Ich bin Hausarzt und möchte für meinen Patienten eine Magenspiegelung veranlassen. Kann die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg diese Untersuchung zeitnah vermitteln?**

Nein, die Terminservicestelle kann lediglich allgemeine Vorstellungstermine bei einem Facharzt vermitteln, keine direkten Untersuchungstermine. Nach jeder Terminbuchung wird der Patient daher gebeten, den Termin im Nachgang in der Praxis telefonisch zu bestätigen und mitzuteilen, wie der Auftrag und die Diagnose auf dem Überweisungsschein lautet. Auch nach telefonischer Bestätigung ist die Facharztpraxis nicht dazu verpflichtet, den vermittelten Termin zur Auftragsuntersuchung bereitzustellen. Der Patient erhält in dem oben genannten Beispiel daher unter Umständen an dem Vermittlungstag lediglich ein Vorgespräch und terminiert die Magenspiegelung bei vorliegender Indikation direkt mit der gastroenterologischen Praxis im Anschluss.

**ORGANSPENDE**

**Unsere Patientin stellt sich nach einer Nierenspende in der Praxis vor. Das Krankenhaus hat der Patientin bereits im Rahmen des Entlassmanagement eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von sieben Tagen ausgestellt. Ist es nach Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie überhaupt zulässig, dass ich diese Krankschreibung verlängere? Muss das Krankenhaus die Folgeverordnung vornehmen?**

Nach Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie ist die Krankschreibung eines Organspenders zulässig. Sie können demnach die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ausstellen. Die Krankenhäuser sind seit dem 1. Oktober 2017 verpflichtet, für Patienten, die sie stationär, teilstationär oder mit stationsäquivalenten Leistungen behandeln, ein standardisiertes Entlassmanagement sicherzustellen. Krankenhausärzte können im Rahmen des Entlassmanagement Arzneimittel, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen. Auch die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist nur für einen Zeitraum bis zu sieben Tagen zulässig. Folgeverordnungen fallen demnach wieder in den Zuständigkeitsbereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Infocenter Tel: 22802-900



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

## Soll man Patienten mit einer G1-Gesundheitskarte ablehnen?

Elektronische Gesundheitskarten der ersten Generation „G1“ können seit dem 1. Oktober 2017 nicht mehr in das Praxisverwaltungssystem eingelesen werden. Dennoch sollten Praxen die Karten nicht aufgrund äußerlicher Merkmale ablehnen. Die Generationsnummer ist auf der eGK rechts oben aufgedruckt. Dabei steht bei Karten der Generation 1 und bei Karten der Generation 1+ jeweils „G1“, bei Karten der zweiten Generation „G2“. Bei Karten mit der Aufschrift „G1“ ist damit äußerlich nicht erkennbar, ob es sich um eine G1-Karte oder eine G1+-Karte handelt. Deshalb sollten Praxen diese Karten immer erst einlesen und auf keinen Fall automatisch ablehnen.

Wird die Karte vom Praxisverwaltungssystem abgelehnt, empfiehlt es sich, zunächst den Patienten zu fragen, ob er von seiner Krankenkasse eine neue Karte erhalten und vielleicht nur aus Versehen die alte Karte vorgelegt hat. Anderenfalls sollte sich der Patient schnellstens an seine Kasse wenden. Praxen wenden in solchen Fällen das Ersatzverfahren an. ■

## AKTUALISIERUNG DMP-VERTRAG KHK

Zum 1. April 2018 ist der DMP-Vertrag KHK an die aktuellen Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-ARRL) angepasst worden. Das Modul Herzinsuffizienz wurde gestrichen. Die Patienten müssen nicht neu eingeschrieben werden. Die Ärzte müssen nichts weiter veranlassen. ■

## SCHUTZIMPFUNGSVEREINBARUNGEN MIT DEN PRIMÄRKASSEN: GEKÜNDIGT, ABER WEITERHIN GÜLTIG

Die KV Hamburg hat die Schutzimpfungsvereinbarungen mit den Primärkassen zwecks Anpassung der Vergütungen gekündigt. Laut Gesetz gelten diese jedoch bis zum Abschluss von neuen Vereinbarungen weiter. Sobald dies der Fall ist, werden wir Sie informieren. ■

**Ansprechpartner**  
**Infocenter: Tel: 22802 – 900**

### Amtliche Veröffentlichung

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

#### Verträge:

- 45. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit der AOK Rheinland/Hamburg: Sachkosten (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 der IKK classic: Sachkosten (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 12. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 25. November 2011 mit der KNAPPSCHAFT: Sachkosten (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- Neufassung des DMP-Vertrages Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 1. April 2018
- 51. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 mit dem vdek: Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes gem. §§ 63, 73b, 140a SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme für das Jahr 2018 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140 SGB V i. V. m. §§ 87a Abs. 3, S. 2, Abs. 5 S. 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit ab dem Jahr 2018 mit dem vdek (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- Vereinbarung mit der Techniker Krankenkasse als Anlage 1 zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes gem. §§ 63, 73b, 140a SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme für das Jahr 2018 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

#### Kündigung von Verträgen:

- Die Verträge nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic und der Knappschaft wurden zum 30. Juni 2018 gekündigt. Hinweis: Laut Gesetz gelten diese jedoch bis zum Abschluss von neuen Vereinbarungen weiter.

**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**



# Neue QS-Vereinbarung Spezial-Labor



**Z**um 1. April 2018 ist die neue Qualitätssicherungsvereinbarung zum Spezial-Labor in Kraft getreten. Die Vereinbarung gilt für alle Leistungen des Abschnitts 32.3 EBM und für die entsprechenden laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 1.7 EBM. Die Vereinbarung ist dreistufig aufgebaut.

## Stufe I: Nachweis der fachlichen Befähigung

Die Anforderungen an die fachliche Befähigung orientieren sich eng an den bisherigen Vorgaben. Ärzte, die Spezial-

Labor-Leistungen erbringen wollen, müssen an einem Kolloquium teilnehmen. Von der Kolloquiumsteilnahme befreit sind Laboratoriumsmediziner und – für ausgewählte Leistungen - Mikrobiologen, Transfusionsmediziner sowie entsprechend EBM weitere Facharztgruppen.

## Stufe II: Genehmigung mit Auflage (Nachweis weiterer Anforderungen)

(Neu-)Genehmigungen werden mit der Auflage erteilt, dass Ärzte innerhalb von zwölf Monaten bestimmte Nachweise zum internen Qualitätsmanagement erbringen. Werden die Nachweise erbracht, wird die Genehmigung unbefristet erteilt. Ansonsten läuft die Genehmigung aus.

## Stufe III: Stichprobenprüfungen zur internen und externen Qualitätssicherung

Um zu überprüfen, ob die Anforderungen der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ (Rili-BÄK) an die interne und externe Qualitätssicherung erfüllt werden, sind Stichprobenprüfungen bei 15 Prozent der abrechnenden Ärzte vorgesehen.

Die einzureichenden Dokumentationen müssen Aussagen über das interne Qualitätsmanagement-System (z.B. Qualitätsmanagement-Handbuch, Gerätenachweise, Mitarbeiterqualifikation, Fehlermanagement) und die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung (Ringversuche) enthalten.

Die neue QS-Vereinbarung Spezial-Labor ersetzt die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Versorgung vom 8. Dezember 1990 in der Fassung vom 1. Januar 2015. ■

**Weitere Informationen:** [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → (rechte Navigationsleiste) Genehmigungen → Labor → Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin

**Ansprechpartner:**  
Abteilung Qualitätssicherung  
Michael Bauer, Tel: 22802 - 388  
James Oteng, Tel: 22802 - 601



## Seminar: QEP-Personal- management

Ein zeiteffizientes, ergebnisorientiertes Personalmanagement ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für eine Praxis. Im Seminar werden Grundsätze und Regeln der Führung vorgestellt und praxistypische Situationen diskutiert. Stichpunkte dazu sind: delegieren, motivieren, fördern, kontrollieren, kritisieren, sanktionieren. Außerdem werden im Seminar das eigene Auftreten und die Überzeugungskraft geschult. Die Veranstaltung ist als Workshop für Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsaufgaben konzipiert. ■

### 13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Teilnahmegebühr:

€ 149 inkl. Imbiss/Getränke

Termin: Mi. 30.5.2018

(9.30 - 17 Uhr)

Ort: Ärztehaus

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

#### **Ansprechpartner:**

**Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858**

**Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889**

**Ursula Gonsch, Tel: 22802-633**

## Weiterbildung zur VERAH/NäPa in Hamburg

Seit 2015 können medizinische Fachangestellte in Abstimmung mit dem Arzt selbstständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen durchführen. Voraussetzung ist eine Teilnahme an der Delegations-Vereinbarung („Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen oder in hausärztlichen Praxen“).

Hierfür muss der Arzt der KV nachweisen, dass seine medizinische Fachangestellte die Zusatzqualifikation NäPa (nichtärztliche Praxisassistentin) erworben hat, oder für diese Weiterbildung angemeldet ist.

Die Weiterbildung besteht aus mehreren Teilen. Über die Ärztekammern können die einzelnen Module in fast allen Bundesländern (nicht allerdings in Hamburg) einzeln und flexibel gebucht werden. Je nach Regelung des Bundeslandes bekommt man nach Abschluss der Weiterbildung ein Zertifikat ausgestellt.

Alternativ dazu können medizinische Fachangestellte auch eine Weiterbildung über das Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IhF) machen.

Die Zusatzqualifikation liegt vor, wenn die medizinische Fachangestellte eine Ausbildung zur VERAH und die Aufbaumodule VERAH-Plus absolviert und eine Ergänzungsprüfung (Lernerfolgskontrolle) bei der Landesärztekammer erfolgreich abgeschlossen hat.

Der nächste Termin für eine VERAH-Ausbildung in Hamburg ist Anfang September. Das IhF würde auch frühere Termine anbieten, wenn genug Nachfrage besteht. Bitte lassen Sie sich bei Bedarf mit einer Fax-Anmeldung beim IhF registrieren. ■

**Die Anmelde- und Vormerkungs-Formulare finden Sie im Internet: [www.verah.de](http://www.verah.de) → Termine → VERAH-Fortbildung → (rechte Navigationsleiste) Formulare**

### VERAH-Weiterbildung in Hamburg

3.9.18 - 6.9.18

24.9.18 - 26.9.18

15.10.18 - 18.10.18

**Weitere Informationen:**

[www.verah.de](http://www.verah.de)

**Ansprechpartner für die Teilnahme an der Fortbildung: VERAH-Team (Mo. bis Fr. 10 – 12 Uhr, zusätzlich Mi. 14-16 Uhr)**

**Tel: 02203 / 5756-3333**

### Termine für die Lernerfolgskontrolle in der Ärztekammer Hamburg

Do. 17.5.2018 (14 Uhr)

Di. 21.8.2018 (14 Uhr)

Di. 23.10.2018 (14 Uhr)

**Ansprechpartner für die Lernerfolgskontrolle: Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg,**

**Tel: 202299-300**

**E-Mail: [akademie@aekhh.de](mailto:akademie@aekhh.de)**

### Genehmigung Delegations-Vereinbarung

**Ansprechpartnerinnen: KV Hamburg / Abt. Qualitätssicherung,**

**Inga Beitz, Tel: 22802-451**

**Sarah Dreyer, Tel: 22802-781**

# Telematikinfrastruktur: Was Sie jetzt wissen müssen

Die KV Hamburg bietet Informationsveranstaltungen zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur an. Einige Fragen, die dabei immer wieder gestellt werden, haben wir hier für Sie zusammengestellt.

**Die Vertreterversammlung hat im vergangenen Jahr beschlossen, dass die Praxen ab Juli 2018 dazu in der Lage sein müssen, online über das Sichere Netz der KVen (SNK) mit der KV abzurechnen. Ist dieser Beschluss jetzt vom Tisch?**

Da das SNK inzwischen zuverlässig und nachhaltig über die Konnektoren der Telematikinfrastruktur (TI) erreichbar ist, ist ein separater KV-SafeNet-Anschluss nicht mehr notwendig. Allerdings gibt es Engpässe beim Anschluss an die TI. Solange nicht alle Praxen die Möglichkeit haben, sich an die TI anzubinden, wird es keine neue Frist zur verpflichtenden Onlineabrechnung über das SNK geben. Damit können die Praxen Ihre Abrechnung noch auf allen bisher verfügbaren Wegen einreichen. Die Förderung der jetzt nicht mehr benötigten KV-SafeNet-Router ist längstens noch bis zum 30. Juni 2018 durch Rechnungsvorlage bei der KV Hamburg möglich.

**Kann ich mit einem KV-SafeNet-Anschluss (also ohne TI-Anschluss) das Versichertenstammdatenmanagement durchführen?**

Mit dem KV-SafeNet-Anschluss können Sie zwar die Online-Abrechnung, nicht aber das gesetzlich geforderte Versichertenstammdatenmanagement (VDSM) durchführen. Mit dem TI-Zugang ist beides möglich.

**Kann man sich dem Anschluss an die TI verweigern?**

Die Durchführung des Versichertenstammdatenmanagements ist ab 1. Januar 2019 gesetzliche Pflicht. Praxen, die bis dahin nicht an die TI angeschlossen sind, müssen eine Kürzung des Honorars um ein Prozent in Kauf nehmen.

**Könnte es möglicherweise eine Fristverlängerung für den Anschluss an die TI geben?**

Aktuell fordert die KBV eine weitere Fristverlängerung bis mindestens Mitte des Jahres 2019. Ob auf die Forderung eingegangen wird, ist noch offen.

**Wie gehe ich konkret vor, wenn ich mich an die TI anschließen lassen will?**

## 1. ANGEBOT EINHOLEN

Holen Sie sich ein Angebot von Ihrem Softwarehaus ein. Beachten Sie, dass sich die Höhe der Pauschale danach richtet, wann Sie das erste Versichertenstammdatenmanagement durchgeführt haben und nicht danach, wann Sie den Kaufvertrag unterschrieben haben. Lassen Sie sich deshalb schon im Vertrag zusichern, in welchem Quartal die Geräte installiert werden, möglichst noch im 2. Quartal 2018. →

## → 2. TERMIN FÜR INSTALLATION VEREINBAREN

Vereinbaren Sie einen Termin für die Installation. Halten Sie für die Installation die Administrator-Passwörter für die Praxis-IT, die Passwörter für Internet und Internet-Router sowie die PIN für den Praxisausweis bereit.

## 3. PRAXISAUSWEIS BESTELLEN

Für die Anbindung an die TI benötigen Sie einen Praxisausweis (SMC-B-Karte). Bestellen Sie den Ausweis mindestens 14 Tage vor Installationstermin bei einem zertifizierten Kartenhersteller, damit er zur Installation des TI-Anschlusses vorliegt.

## 4. NACH DER INSTALLATION

Nach einer erfolgreichen Installation führen Sie das Versichertenstammdatenmanagement durch, indem Sie einige eGK in das neue Kartenterminal einlesen. Prüfen Sie, ob Sie das Sichere Netz der KVen (SNK) erreichen können. Rufen Sie dazu folgende Adresse auf: <https://portal.kvhh.kv-safenet.de>. Das Online-Portal der KV Hamburg sollte sich öffnen. Nehmen Sie unverzüglich Kontakt mit Ihrem Techniker auf, sollte einer dieser zwei Vorgänge nicht funktionieren.

### Woher kommt das Geld, mit dem der Anschluss gefördert wird? Ist das nicht sowieso unser Geld?

Ärzte und Psychotherapeuten müssen nicht selbst für die Anbindung ihrer Praxen an die TI aufkommen. Nach den gesetzlichen Vorgaben sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für die Erstausrüstung der Praxen und den laufenden Betrieb in voller Höhe zu übernehmen. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich dazu unter Moderation des Bundesschiedsamtes auf eine Vereinbarung zur Finanzierung der TI geeinigt.

### Ist die Förderung noch kostendeckend, wenn ich mich erst ab dem 3. oder 4. Quartal anschließen lasse?

Die Frage ist mit „nein“ zu beantworten, wenn man die heutigen Preise der PVS-Hersteller zugrunde legt und die heute gültige Finanzierungsvereinbarung berücksichtigt. Deshalb hat die KBV die Verhandlungen mit dem Spitzenverband der Krankenkassen wieder aufgenommen. Verhandlungsziel ist es, eine kostendeckende Finanzierung zu erreichen. Zur Fristwahrung und für den Fall, dass es zu keiner entsprechenden Einigung kommt, hat die KBV das Schiedsamt angerufen.

### An wen muss ich mich wenden, um das Geld für die TI erstattet zu bekommen?

Die KV Hamburg prüft auf Basis der Abrechnungsdaten den Finanzierungsanspruch von Amts wegen und berechnet die Erstausrüstungs- und Betriebskostenpauschale. Eine Antragstellung ist dafür nicht erforderlich. Die Auszahlung erfolgt dann spätestens zwei Monate nach Übermittlung der Abrechnung an die KV über das Honorarkonto. Hierüber werden Sie von der KV einen Bescheid erhalten, gegen den Sie bei Finanzierungslücken unter Bezugnahme auf die „Vereinbarung zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur“ der KBV und des GKV-Spitzenverbandes Widerspruch einlegen und so Ihre Rechtsansprüche sichern können.

### Ist der Tag des ersten Stammdatenabgleichs der Stichtag für die Förderung? Oder der Quartalsbeginn?

Für die Finanzierung der Erstausrüstung gilt das Quartal, in dem die Praxis den ersten Online-Abgleich der Versichertenstammdaten vorgenommen hat. Für die laufenden Betriebskosten gilt: Die Finanzierung wird im ersten Quartal der Nutzung ab dem Monat anteilig übernommen, in dem die Praxis an die TI ange-

geschlossen ist. Für die folgenden Quartale wird die volle Betriebskostenpauschale übernommen. Wer sich zum Beispiel im Mai 2018 anschließt, bekommt zwei Drittel der laufenden Kosten für das zweite Quartal 2018 erstattet. Wer sich im Juni 2018 anschließt, bekommt ein Drittel der laufenden Kosten für das zweite Quartal 2018 erstattet.

### Welche Beteiligten im Gesundheitswesen werden durch die TI miteinander vernetzt?

In der ersten Ausbaustufe werden Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte und Krankenhäuser an die TI angebunden. Die Apotheken sollen kurzfristig folgen. Der Anschluss der Krankenkassen erfolgt lediglich als „Server“, so dass von dort Daten abgerufen werden können. Hintergrund ist die notwendige Bereitstellung von aktuellen Versichertenstammdaten (gemeint sind hier die Verwaltungsdaten wie Name, Anschrift, Versichertenstatus) für das Versichertenstammdatenmanagement.

### Können Befunde der Patienten über die TI abgerufen werden?

Ein Zugriff „von außen“ auf die Dokumentation einer Arztpraxis (beispielsweise auf Befunde) wird durch die hohe Sicherheitstechnik verhindert. Bei der Nutzung künftiger Anwendungen kann sich der Arzt in Abstimmung mit dem Patienten allerdings dazu entscheiden, bestimmte Informationen wie beispielsweise Vorbefunde zur Verfügung zu stellen, so dass ein weiterbehandelnder Arzt diese berücksichtigen kann. Bei der ersten Anwendung, dem Versichertenstammdatenmanagement, ist dies nicht möglich. Bei späteren Anwendungen wie dem Notfalldatenmanagement (NFDm) und dem elektronischen Medikationsplan (eMP) soll eine sichere Übermittlung solcher Informationen möglich sein.

### Was muss ich sonst noch tun, um eine hohe Datensicherheit zu gewährleisten?

Die TI kann Ihre Praxis nicht vollständig schützen. Um die Sicherheit in der Arztpraxis zu erhöhen, ist es ratsam, regelmäßige Updates durchzuführen und eine Firewall zu installieren, sowie das Internet kontrolliert zu nutzen. Bei eingehenden E-Mails sollte außerdem immer auf den Absender geachtet werden. Des Weiteren ist ein Back-up-Konzept sinnvoll, um im Ernstfall verlorene Daten wiederherstellen zu können.

### Wie ist der Datenschutz der Patienten geregelt?

Die erste Anwendung der TI, das Versichertenstammdatenmanagement, ist eine reine Verwaltungsanwendung. Hier geht es um die (Verwaltungs-)Daten, mit denen der Versicherte den Ärzten gegenüber nachweist, dass er versichert ist. Diese Daten unterscheiden sich nicht von den Daten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu finden sind. Dieser Verwaltungsanwendung kann der Patient nicht widersprechen. Näheres zum Thema Versichertenstammdatenmanagement finden Sie hier in Form einer Praxisinformation der KBV für die Praxen: [www.kbv.de/html/vsdm.php](http://www.kbv.de/html/vsdm.php). Für die Zukunft sind auch medizinische Anwendungen in der TI vorgesehen – also beispielsweise die Weitergabe von Befunden. Diese Anwendungen können aber nur genutzt werden, wenn der Patient zuvor zustimmt. Eine Pflicht für die Patienten, diese zu nutzen, besteht nicht.

**Die KV plant, bis zum Jahresende weitere Veranstaltungen zum Anschluss an die TI durchzuführen. Informationen zu den Veranstaltungen und Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Startseite**

**Weitere ausführliche Informationen finden Sie unter: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Praxis-IT & Telematik**

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



# Wirkstoffvereinbarung: Warum Tianeurax und Milnaneurax als nicht wirtschaftlich gelten

Im Generikaziel „Psychoanaleptika (seit 1.1.2018 ohne die Mittel zur Behandlung der ADHS)“ sind die Präparate Tianeurax® (Tianeptin) und Milnaneurax® (Milnacipran) nicht als wirtschaftlich im Sinne der Wirkstoffvereinbarung eingestuft. Sie dienen damit nicht der Zielerreichung.

Das vergleichsweise kostenintensive Antidepressivum **Tianeptin (Tianeurax®)** ist seit November 2012 in Deutschland erstmalig zugelassen. Laut *Arzneiverordnungs-Report* hat Tianeptin eine fast identische Wirksamkeit im Vergleich zu anderen NSMRI (nichtselektive Monamin-Rückaufnahme-Inhibitoren) mit etwas weniger anticholinergen Effekten und

möglicherweise weniger kardiovaskulären und sexuellen Störwirkungen (1). Es wird zur Vorsicht gemahnt aufgrund der Berichte über Missbrauch und Abhängigkeitsentwicklung insbesondere bei Depressionen von Frauen (2).

Die Autoren des *Arzneitelegramms* halten die vergleichbare Wirksamkeit des Präparates gegenüber anderen NSMRI nicht für ausreichend belegt und verweisen ebenfalls auf das Risiko der Abhängigkeitsentwicklung (1 zu 1000). Seit September 2012 ist in Frankreich die Verordnung des Tianeptin-haltigen Stablon® (seit 1988 dort zugelassen) wegen Missbrauchsrisikos eingeschränkt worden. In Frankreich darf das Präparat

deshalb nur noch für 28 Tage und wie ein Betäubungsmittel nur auf speziellen Rezepten verschrieben werden (3).

Das in Deutschland 2016 erstmalig zugelassene **Milnacipran (Milnaneurax®)** gehört wie Venlafaxin oder Duloxetine zu den Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren (SNRI). Es ist zur Behandlung von Episoden der Major Depression zugelassen. Das vom Arzneiverordnungsreport 2017 als Analogpräparat eingestufte Arzneimittel zeigt nach einem Cochrane-Review keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu anderen SNRI – Antidepressiva, hat aber erheblich höhere Therapiekosten (4). ■



#### Quellen

- (1) A.J.Wagstaff et. al. (2001), Tianeptine: a review of its use in depressive disorders, *CNS Drugs*. 2001;15(3):231-59.
- U.Schwabe,D.Paffrath,W.-D.Ludwig,J.Klauber(Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2017*  
DOI 10.1007/978-3-662-54630-7\_41
- (2) Schwabe,D.Paffrath,W.-D.Ludwig,J.Klauber(Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2017*  
DOI 10.1007/978-3-662-54630-7\_41
- (3) atd arznei-telegramm Arzneimittel-datenbank 2018
- (4) U.Schwabe,D.Paffrath,W.-D.Ludwig,J.Klauber(Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2017* DOI 10.1007/978-3-662-54630-7\_3

# Jetzt auch generisch:

## Targin

**D**ie Kombination aus Oxycodon und Naloxon (Original: Targin®) gibt es nun auch generisch. Die Arzneimittel fallen in das WSV-Ziel Nummer 8 „BTM-pflichtige Opioide“.

Die Kombination aus Oxycodon und Naloxon wird eingesetzt bei starken Schmerzen, die nur mit Opioid-Analgetika ausreichend behandelt werden können. Der Opioidantagonist Naloxon soll dabei einer opioid-induzierten Obstipation entgegenwirken, indem er die Wirkung des Oxycodons an den Opioidrezeptoren lokal im Darm blockiert.

Laut Verordnungsreport 2017 fällt die Besserung der Darmfunktion durch das Kombinationspräparat nur marginal aus. Die meisten Patienten (45 bis 70 Prozent) benötigen weiterhin Laxantien.

Es stehen keine prospektiv direkt vergleichenden Studien mit einer optimierten Laxantiengabe zur Verfügung. Vorrangig sollten generisch verfügbare Monopräparate verordnet werden (z.B. Morphin, Oxycodon, Fentanyl, Buprenorphin, Hydromorphon). Die optimierte Laxantiengabe begleitend zu jeder Opioidtherapie sollte die Basis der Behandlung der opioid-induzierten Obstipation bilden und Kombinationen mit Naloxon nur als Mittel der Reserve eingesetzt werden.

Bei ungefähr einem Viertel der Oxycodon-Verordnungen in Hamburg handelt es sich um Kombinationen mit Naloxon. ■

## DuoTrav

**S**eit Herbst vergangenen Jahres gibt es auch eine generische Alternative zu DuoTrav®.

Die Kombination des Prostaglandinanalogs Travoprost mit dem Betablocker Timolol wird eingesetzt zur Senkung des Augeninnendruckes bei erwachsenen Patienten mit Offenwinkelglaukom oder bei okulärer Hypertension, die mit topischen Betablockern oder Prostaglandin-Analoga nicht ausreichend eingestellt sind.

Die Kombination aus Latanoprost und Timolol (Original: Xalacom®) gibt es schon seit geraumer Zeit generisch. Nur das noch patentgeschützte Ganfort® (Kombination aus Bimatoprost und Timolol) liegt noch nicht generisch vor, wohl aber Bimatoprost als Monopräparat. ■

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



wir  
schärfen  
ihren

[ v i • s u s ]

/pharmakotherapieberatung

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



# Neuroborreliose: Juristischer Streit um Leitlinie entschieden

Das Landgericht Berlin hat eine einstweilige Verfügung gegen eine neue Leitlinie zur Neuroborreliose aufgehoben. Die Deutsche Borreliose-Gesellschaft und der Borreliose- und FSME-Bund hatten vergeblich versucht, eine Änderung der Leitlinie durchzusetzen.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) darf ihre medizinische Leitlinie Neuroborreliose in der vorgesehenen Form veröffentlichen. Dies hat das Landgericht Berlin am 12. März 2018 in seinem schriftlichen Urteil bestätigt.

Über drei Jahre lang hatten wissenschaftliche Fachgesellschaften unter Federführung der DGN an der Leitlinie gearbeitet. Die mit einbezogenen Organisationen Deutsche Borreliose-Gesellschaft und Borreliose- und FSME-Bund wollten sich dem Mehrheitsvotum der Fachgesellschaften nicht anschließen.

Der Leitlinientext enthalte Fehler und Defizite, so Dr. Walter Berghoff als Vertreter der Deutschen Borreliose-Gesellschaft. Die von den beiden Organisationen verfassten Sondervoten sollten als Dissensberichte im Leitlinienreport veröffentlicht werden. Diese Platzierung war den Organisationen nicht prominent genug, sie wollten eine Publikation in der Leitlinie selbst erreichen. Deshalb hatten sie das Landgericht Berlin angerufen, das im Dezember 2017 mit einer einstweiligen Verfügung die Publikation der Leitlinie vorerst untersagte.

„Dieser Versuch, nach wissenschaftlichen Kriterien nicht haltbare Ansichten und damit für Patienten mitunter gefährliche Therapieformen per Jurisdiktion durchzusetzen, ist unserer Kenntnis nach ein einmaliger Vorgang“, sagt Prof. Dr. Sebastian Rauer, einer der beiden Koordinatoren der Leitlinie. „Zum Glück ist das nicht gelungen.“

Mit dem aktuellen Urteil wird nicht nur die einstweilige Verfügung aufgehoben, sondern auch der Antrag der beiden Organisationen zurückgewiesen, die Sondervoten in den Leitlinientext aufzunehmen. Nun wird die Leitlinie in ihrer ursprünglichen Version veröffentlicht.

Lyme-Borreliose ist die am häufigsten durch Zecken übertragene Krankheit in Europa. Die Borrelien befallen vorwiegend die Haut, können sich aber auch im übrigen Körper ausbreiten. In 3 bis 15 Prozent der Fälle ist das Nervensystem betroffen. Hinsichtlich der Diagnostik und Therapie der akuten Neuroborreliose besteht weitgehende Einigkeit zwischen den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den beiden Organisationen. Bei der späten Neuroborre-

liose und vermeintlich latenten Langzeitinfektionen gehen die Meinungen jedoch so weit auseinander, dass keine inhaltliche Annäherung möglich war.

Den so genannten Lymphozyten-Transformationstest, der bei diffusen Beschwerden, wie chronischer Müdigkeit, muskuloskelettalen Schmerzen, Abgeschlagenheit oder Konzentrationsstörungen, eine chronische Borreliose nachweisen soll, halten die wissenschaftlichen Fachgesellschaften für nicht aussagekräftig, da er nicht in zuverlässigen Studien evaluiert ist.

„Für eine Langzeitbehandlung der Neuroborreliose mit Antibiotika über mehr als drei Wochen, wie sie von manchen Ärzten durchgeführt wird, gibt es keine wissenschaftliche Grundlage“, sagt Rauer. „Diese Behandlung birgt aber ein großes Risiko für Nebenwirkungen. Als Ärzte stehen wir in der Verantwortung, unsere Patienten vor Heilversuchen zu schützen, deren Nutzen nicht wissenschaftlich belegt ist, die aber schaden können und für die sie mitunter große Summen aus eigener Tasche aufbringen müssen.“ ■



---

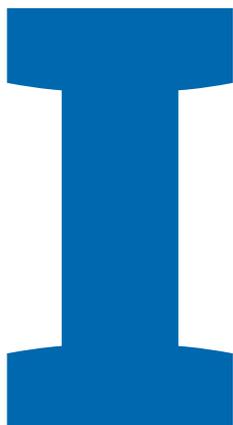
**AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

---

# Substitution oder Medikalisierung gesunder Frauen?

## Wieviel Evidenz braucht die Hormontherapie in der Menopause?

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



Im Jahr 2002 wurde die große amerikanische Frauengesundheitsstudie WHI zur präventiven Behandlung mit Sexualhormonen nach fünf Jahren vorzeitig abgebrochen (1). Die randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) sollte endgültig den Nutzen der Hormontherapie belegen. Primäres Ziel war es Herz-Kreislaufkomplikationen um mindestens 25 % zu reduzieren. Statt der erhofften Abnahme gab es jedoch mehr Herzinfarkte und Schlaganfälle und die Brustkrebsrate hatte mit einer Zunahme um etwa 25 % die prädefinierte Sicherheitsschranke überschritten. David Sackett, einer der Begründer der Evidenzbasierten Medizin (EbM), sprach in einem Leitartikel von der „Arroganz der präventiven Medizin“ (2). Zu diesem Zeitpunkt waren nämlich bereits weltweit millionenfach Frauen in der Post-/Menopause mit Östrogenen und Gestagenen behandelt worden mit dem falschen Versprechen, Krankheiten zu verhüten und das

Leben zu verlängern. Zudem sollte die Anti-Age Therapie so gut wie alle Beschwerden des Alterns mildern und sogar von den Bürden des Alltags befreien.

Der wissenschaftliche Beleg aus RCTs mit klinisch relevanten Endpunkten fehlte jedoch. Die Frauenärzte propagierten trotzdem die Hormontherapie. Sie bemühten pathophysiologische Konstrukte, die Frauen zu Hormonmangelwesen definierten. Sie verglichen die Menopause mit dem Insulinmangel bei Typ-1-Diabetes – ein weiterhin bemühter, aber völlig unzulässiger Vergleich, da Menschen mit Typ-1-Diabetes ohne Insulinsubstitution innerhalb kurzer Zeit versterben. Die Substitution mit Insulin gilt als Beispiel für einen dramatischen Behandlungseffekt. Er erfordert keine weitere Beweisführung durch experimentelle Studien. Der kausale Zusammenhang ist augenscheinlich. Insulin ist lebensrettend, ebenso wie der Fallschirm beim Absprung aus dem Flugzeug.

Ob eine medizinische Behandlung altersassoziierte Veränderungen und Beschwerden verhindern oder mildern kann, lässt sich hingegen nur mit qualitativ hochwertigen prospektiv geplanten RCTs belegen. Nichtexperimentelle Beobachtungsstudien sind hierfür ungeeignet. Im Gegenteil, bei der post-/menopausalen Hormontherapie haben sie durch Vortäuschung von positiven Effekten in die Irre geführt. Bis zu 50 % weniger Herz-Kreislaufkomplikationen wurden fälschlicherweise aufgrund der Korrelationsanalysen einer Behandlung mit Östrogenen/Gestagenen zugeschrieben. Nicht messbare beziehungsweise nicht gemessene oder nicht berichtete

sogenannte confounder (Störvariablen) haben einen Nutzen der Hormontherapie in den Kohortenstudien vorge-täuscht, der sich in den späteren RCTs nicht bestätigen ließ. Die Verzerrung entstand unter anderem durch den sogenannten healthy survivor effect – Frauen nehmen Hormone nur, solange sie gesund sind und keine kardio-vaskulären Risikofaktoren haben. Auch nehmen gesundheitsbewusste Frauen und solche aus höheren sozialen Schichten eher Hormone als andere Frauen. Aus ähnlichen Gründen kam es auch zur Verzerrung durch ärztliche Verordnung der Hormone an eher gesunde Frauen,

man spricht von einem prescription bias. Der Trugschluss war reproduzierbar. Eine Unmenge an Kohortenstudien hatten vergleichbar irreführende Resultate produziert.

Inzwischen liegen mehrere RCTs zur präventiven Wirkung von Östrogenen und Gestagenen bei Frauen in und nach der Menopause vor. Aktuelle Meta-Analysen haben die Daten aus den RCTs zusammengefasst (3,4). Die Ergebnisse sind eindeutig. Der Schaden überwiegt. Die US Preventive Services Task Force hat soeben neuerlich ausdrücklich von einer präventiven Behandlung abgeraten – unabhängig vom Alter der Frauen (4). →

### GESCHÄTZTE EREIGNISRATE FÜR ZUNAHME (SCHADEN) ODER ABNAHME (NUTZEN) PRO 10.000 FRAUENJAHRE UNTER EINER BEHANDLUNG VON ÖSTROGEN PLUS GESTAGEN BZW. ÖSTROGEN ALLEIN

(nach Tabelle 3 aus Gartlehner et al. JAMA 2017)

Ereignis	Differenz der Ereignisse pro 10.000 Frauenjahre (95% KI)*	
	Östrogen plus Gestagen	Östrogen alleine**
Invasiver Brustkrebs	9 (1 bis 19)	-7 (-14 bis 0,4)
Koronare Herzerkrankung	8 (0 bis 18)	-3 (-12 bis 8)
Schlaganfall	9 (2 bis 19)	11 (2 bis 23)
Venöse Thromboembolie (einschließlich Lungenembolie)	21 (12 bis 33)	11 (3 bis 22)
Demenz (wahrscheinlich)	22 (4 bis 53)	12 (-4 bis 41)
Gallenblasenerkrankung	21 (10 bis 34)	30 (16 bis 48)
Harninkontinenz	876 (606 bis 1168)	1261 (880 bis 1689)
Darmkrebs	-6 (-9 bis -1)	2 (-3 bis 10)
Eierstockkrebs	2 (-1 bis 6)	Keine Daten
Lungenkrebs	1 (-4 bis 7)	1 (-4 bis 8)
Knochenbrüche (Osteoporose)	-44 (-71 bis -13)	-53 (-69 bis -39)
Diabetes	-14 (-24 bis -3)	-19 (-34 bis -3)
Gesamtsterblichkeit	1 (-9 bis 12)	1 (-10 bis 14)

\*Wenn das Konfidenzintervall 0 einschließt, ist das Ergebnis nicht statistisch signifikant.

\*\* Östrogen alleine nur nach Hysterektomie indiziert



Angesichts der ernüchternden Ergebnisse erstauen verschiedene Initiativen, die Hormonbehandlung von Frauen in der Menopause wieder zu forcieren. Die Protagonisten postulieren, dass viele Frauen unnötig an Wechseljahresbeschwerden leiden müssten, weil ihnen eine Hormonbehandlung vorenthalten würde. So forderte die deutsche Gesellschaft für Endokrinologie kürzlich medienwirksam einen großzügigeren Einsatz von Sexualhormonen bei Frauen in der Menopause (5).

Das überrascht umso mehr, als es keine neuen Erkenntnisse gibt. Es werden lediglich bereits abgeschlossene Studien in retrospektiven Datenanalysen neu interpretiert. Es wird argumentiert, dass eine Hormonsubstitution mehr nutzen als schaden könnte, sofern die Behandlung nur früh genug, also mit den ersten Wechseljahresbeschwerden, eingesetzt würde. Es gebe dann kein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen oder Brustkrebs, ja vielleicht sogar eher eine Reduzierung.

Für keine dieser Hypothesen liegt Evidenz aus prospektiv geplanten RCTs vor. Die retrospektiven Datenauswertungen sind mit einem hohen Verzerrungsrisiko behaftet. Die Ereignisraten sind typischerweise zu klein, und die Ergebnisse somit mit großer Unsicherheit verbunden. Sowohl die Autoren des aktuellen Cochrane- (3) als auch des USPSTF-Reviews (4) sehen keine Belege für die sogenannte Timing-Hypothese.

So wie schon bisher gilt weiterhin: Eine Hormonbehandlung kann bei ausgeprägten Hitzewallungen und Schweißausbrüchen – den klassischen Wechseljahresbeschwerden – indiziert sein. Dann jedoch nur in möglichst niedriger Dosierung und für möglichst kurze Zeit. Selbst die Prävention einer Osteoporose stellt keine Indikation dar. In jedem Fall sind die Frauen vor der Entscheidung für eine Hormontherapie umfänglich über alle Vor- und

Nachteile in verständlicher Form aufzuklären. Ebenso wie über den natürlichen Verlauf der Beschwerden. Bei den meisten Frauen gibt es eine deutliche Besserung schon innerhalb von ein bis zwei Jahren, auch ohne Behandlung. Die subjektiv wahrgenommene Verbesserung der Symptome wird daher nicht selten irrtümlich den Behandlungen zugeschrieben. Auch ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerden oft nach Absetzen der Hormone wieder auftreten.

Für eine Reihe von Fragen ist die Evidenzlage weiterhin unbefriedigend. Das betrifft zum Beispiel die Applikationsform oder Unterschiede in den Wirkstoffen. In Kürze soll es eine aktualisierte S3-Leitlinie zur Menopause geben. Es ist zu hoffen, dass die neue Leitlinie umfassend nicht nur den möglichen Nutzen sondern auch alle unerwünschten Nebenwirkungen einer Behandlung mit Östrogenen/Gestagenen in verständlicher Form zur Kommunikation mit den Frauen, zum Beispiel in Faktenboxen zur Verfügung stellt. Erstaunlicherweise fehlen bisher die überaus häufigen und höchst unangenehmen Beschwerden durch Harninkontinenz oder Gallenblasenleiden in den meisten Patientenbroschüren (siehe Tabelle Seite 35).

Es ist fraglich, ob Frauen eine medikamentöse Behandlung wollen, die ihnen zwar kurzfristig die Beschwerden durch Hitzewallungen lindert, gleichzeitig aber in erheblichem Ausmaß zu unfreiwilligem Harnverlust führt. ■

**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

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-333.

Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ* 2002; 167: 363-364.

Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J.

Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; CD004143.

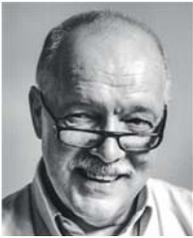
Gartlehner G, Patel SV, Feltner C et al. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2017; 318: 2234-2249.

Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie. Trendwende in der Behandlung von Wechseljahresbeschwerden -

Neubewertung älterer Studien spricht jetzt für Hormontherapie. Pressemeldung 24.08.2017;

<http://www.endokrinologie.net/pressemitteilung/trendwende-behandlung-von-wechseljahresbeschwerden.php>





# Wie im Krämerladen

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

**S**ie starten Ihr Auto, wie jeden Morgen. Sie wollen zur Arbeit fahren. Eine rote Warnlampe blinkt am Armaturenbrett. Sie rufen bei einer Autowerkstatt an. Eine freundliche Stimme am Telefon, man hört sich Ihre Mängelbeschreibung an. Dann sagt man zu Ihnen, dass man eigentlich gar keine Termine mehr frei habe. Aber wenn Sie eine neue Batterie und neue Wischerblätter bei ihnen kaufen würden, dann könnten Sie morgen am Nachmittag um vier in die Werkstatt kommen. Wie nennt man das? Nötigung? Unverschämtheit? Erpressung? Würden Sie so eine Werkstatt aufsuchen? Würden Sie diese Werkstatt weiterempfehlen?

Sie stehen morgens auf und gehen in die Küche, wie jeden Tag. An der Kaffeemaschine fällt Ihnen auf, dass Sie ein Flimmern vor den Augen haben. Das Flimmern wird zwar nicht stärker, aber es geht auch nicht weg. Fast hätten Sie den Kaffee neben die Tasse geschüttet. Sie rufen in einer Augenarzt-Praxis an. Eine freundliche Stimme am anderen Ende, man hört sich Ihre Beschwerden an. Dann stellt man Ihnen eine verblüffende Frage: Wie sind Sie versichert, privat oder gesetzlich? Gesetzlich, sagen Sie. Da bietet man Ihnen einen Termin in vier Wochen an. Ja, wenn Sie privat versichert wären, dann hätten Sie heute noch kommen können. Dann stellt man Ihnen aber noch

eine weitere, genauso verblüffende Frage: Ob Sie mit einer Augeninnendruckmessung einverstanden sind? Ihre Krankenkasse würde das nicht bezahlen, die 45 Euro müssten Sie in bar mitbringen. Dann wäre doch noch ein zeitnaher Termin möglich. Wie nennt man das? Nötigung? Unverschämtheit? Erpressung? Würden Sie eine solche Arztpraxis aufsuchen? Würden Sie eine solche Arztpraxis weiterempfehlen?

Die Augeninnendruckmessung soll die Früherkennung des Glaukoms ermöglichen, des Grünen Stars, der unbehandelt zu Schäden am Sehnerv und zu Erblindung führen kann. Die alleinige Augeninnendruckmessung ist aber ohne gleichzeitige genaue Untersuchung des Sehnervs

nutzlos, wird von der Krankenkasse daher als Früherkennungs-Untersuchung nicht bezahlt. Außerdem hat der Augeninnendruck erhebliche Schwankungen im Tagesverlauf, sodass ein einzelner Messwert keine Aussagekraft hat. Diesem Statement stimmt sogar der Bundesverband der Augenärzte zu. Dennoch bekommt man die Augeninnendruckmessung

aber bei manchem Augenarztbesuch zwecks Abkassierens aufgeschwatzt, gelegentlich auch aufgenötigt. Man spricht in solchen Fällen von IGeL, den Individuellen Gesundheitsleistungen. Das sind entweder überflüssige und nutzlose Leistungen wie eben die Augeninnendruckmessung, oder es sind ärztliche Konsultationen wegen Fernreisen oder speziellen sportlichen Anforderungen, für die die Krankenkassen nicht zuständig sind. Es gibt sogar IGeL-Seminare, wo Ärztinnen und Ärzte tatsächlich im Verkaufen dieser Leistungen geschult werden.

Peinlich, wenn Arztpraxen wie Krämerläden funktionieren. Solchen Ärztinnen und Ärzten würde ich die Kassenzulassung entziehen. Aber es

**Es gibt sogar IGeL-Seminare, wo Ärzte tatsächlich im Verkaufen dieser Leistungen geschult werden.**

gibt ja immer noch die freie Arztwahl. Man muss so eine Abzocker-Praxis nicht aufsuchen. Man kann bei anderen Augenarztpraxen anrufen. Wenn man dann eine gefunden haben, wo einem zeitnah geholfen wird, sollte man das Ganze nicht auf sich beruhen lassen, sondern den Vorfall unbedingt der Krankenkasse mitteilen. ■

[chirurg@hontschik.de](mailto:chirurg@hontschik.de), [www.medizinHuman.de](http://www.medizinHuman.de)

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

VON ANTJE THIEL

# Startschuss für Mentoring-Gruppen

Angehende Allgemeinmediziner nutzten den „2. Tag der Weiterbildung“, um ihren fachlichen Horizont zu erweitern und ihre künftigen Mentoren kennenzulernen.



Austauschen, vernetzen, kooperieren: Das Kompetenzzentrum will den allgemeinmedizinischen Nachwuchs unterstützen.

Das „Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin“ nimmt Fahrt auf: Nachdem Anfang des Jahres der Startschuss gefallen war und kurz darauf „1. Tag der Weiterbildung“ stattgefunden hatte, versammelten sich zur Fortsetzungsveranstaltung Mitte März 2018 über 70 Interessierte im Hörsaal des Campus Lehre am UKE.

Ziel des nun anlaufenden Mentoringprogramms ist es, den allgemeinmedizinischen Nachwuchs bei seinem beruflichen Werdegang zu unterstützen. Hierfür werden Gruppen gebildet, die von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen aus der Allgemeinmedizin zusammen mit Experten des IPA geleitet werden und in denen sich die jungen Ärztinnen und Ärzte über einen längeren Zeitraum austauschen, vernetzen und miteinander kooperieren können.

Dr. Marion Eisele, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für

Allgemeinmedizin des UKE, stellte das Programm vor. Es gehe nicht um Fallarbeit, sondern um die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit: Wie bereite ich mich auf die Facharztprüfung vor? Welche Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen sind für mich sinnvoll? Welche Möglichkeiten und Hindernisse birgt die Gestaltung der Weiterbildung? Welche Berufsperspektiven erwarten mich nach der Facharztprüfung in der Niederlassung? Wie führt man eine Praxis mit all ihren Facetten von der Praxisplanung über Praxisbegehung, Führungs- und Teamkultur und Praxisabrechnung bis hin zur Fehlerkultur?

„Wenn Bedarf für ein Einzelmentoring besteht, dann lässt sich das einrichten“, so Eisele. „Doch insgesamt überwiegen die Vorzüge des Gruppenmentorings, weil jeder auch von den Fragen der anderen Teilnehmenden profitieren kann.“ Sie

betonte, dass sämtliche Gespräche im Rahmen der Mentorings vertraulich behandelt werden. „Dennoch hat sich gezeigt, dass es schwierig ist, wenn der eigene Weiterbilder gleichzeitig auch Mentor ist oder wenn der Mentor gut mit dem eigenen Weiterbilder befreundet ist.“

Eisele bat die Teilnehmenden, dies bei der Wahl ihrer Mentoren zu berücksichtigen. Sechs Mentoringgruppen standen zur Wahl, deren Leiterinnen und Leiter sich im Anschluss kurz vorstellten:

**Dr. Ulrike Börgerding**, seit 2000 in Osdorf niedergelassen,

**Dr. Tilman Drobik**, seit 1993 in Rothenburgsort niedergelassen,

**Malte Harder**, seit 2006 in Hohenfelde niedergelassen,

**Dr. Apama Haskan**, seit 2006 in Poppenbüttel niedergelassen,

**Carl-Otto Stolzenbach**, seit 1981 in Osdorf niedergelassen und mittlerweile im (Un-)Ruhestand und

**Dr. Lars Wolfram**, seit 2012 in Schnelsen niedergelassen.

So sehr sich die sechs Mentorinnen und Mentoren in ihrem Alter, dem Zeitraum ihrer Niederlassung und ihrer Praxisform auch unterscheiden – sie eint der Wunsch, positive Erfahrungen weiterzugeben, die sie im Laufe ihrer Karriere sammeln konnten, und auf diese Weise junge Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen.

Das Kompetenzzentrum steht unter der gemeinsamen Regie der Ärztekammer, des UKE und der KV

Hamburg und bietet ein wissenschaftlich fundiertes Programm als Ergänzung der praktischen Weiterbildung an. Für den Rest des Tages hatten die Teilnehmenden noch Gelegenheit, in zwei aufeinanderfolgenden Workshops ihr fachliches Wissen zu vertiefen. Es fanden jeweils acht Workshops parallel statt; das Spektrum reichte von praktischen Ultraschall-Übungen über den Risikofaktor arterielle Hypertonie, den Umgang mit schwierigen Patienten, Formularwesen in der Praxis, manuelle Untersuchungstechniken,

pädiatrische Notfälle im Kindesalter, Schilddrüsenerkrankungen, Therapieentscheidungen zwischen Werbung und Evidenz, neurologische Untersuchungstechniken bis hin zu praktischen Tipps für die Praxisorganisation. ■

#### Weitere Termine:

**3. Tag der Weiterbildung:**

**Sa. 23.6.2018 (10 - 16 Uhr)**

**4. Tag der Weiterbildung:**

**Mi. 26.9.2018 (15 - 20 Uhr)**

**Ort: Campus Lehre (N55) des UKE.**

**Weitere Infos: [www.uke.de/kwhh](http://www.uke.de/kwhh)**

## Workshops direkt aus dem Erfahrungsschatz der klinischen Praxis

### Pädiatrische Notfälle – Prof. Rolf Peter Willig

„Ich hatte während meiner Weiterbildung einen Mentor, der mich für die Pädiatrie begeistern konnte, indem er sagte ‚Mach das, sonst hast du dein ganzes Leben lang Angst vor der Versorgung von Kindern!‘“ Mit diesen Worten eröffnete der Pädiater Prof. Rolf Peter Willig seinen Workshop über pädiatrische Notfälle. Tatsächlich gebe es bei Kindern etliche Besonderheiten zu beachten, die für die Behandlung eine große Rolle spielen: „Wir haben es bei pädiatrischen Notfällen immer mit einer Fremdanamnese durch die Eltern zu tun, die häufig alles Mögliche vermuten und projizieren – es ist daher nie eins zu eins so, wie sie es uns erzählen.“ Auch die ständig wechselnden Normdaten erschweren die pädiatrische Diagnostik und Therapie: „Kinder wachsen, deshalb sind Pädiater ständig am rechnen“,

sagte Willig. Kinder haben weniger Kompensation als Erwachsene: Notfälle können schneller bedrohliche Dimensionen annehmen – umso wichtiger also, dass auch Allgemeinmediziner über die wichtigsten Notfälle und die erforderlichen Maßnahmen im Bilde sind.

### Freude an Formularen – Ruben Bernau und Dr. Jan Oltrogge

KV, VV, G-BA, GOP, MDK – weder mit diesen Abkürzungen, noch mit den dahinterstehenden Institutionen haben Ärztinnen und Ärzte vor Abschluss ihres Studiums ernstlich zu tun. Doch für die Arbeit in der Niederlassung muss man wissen, wer welche Angelegenheiten regelt, wer zu welchen Nachfragen befugt ist und welches Formular hierfür vorgeschrieben ist. Ruben Bernau und Dr. Jan Oltrogge gaben in ihrem

Workshop einen Crashkurs im Umgang mit typischen Formularen, mit denen man in der allgemeinmedizinischen Praxis konfrontiert wird. Da ging es zum einen um die Bedeutung des Umschlagverfahrens bei Anfragen von Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst: „Bei manchen Sozialversicherungsfachangestellten in den Krankenkassen gibt es so eine Attitüde, dass sie genau wissen wollen, was ihr Versicherter hat, bevor sie ihm Krankengeld zahlen“, meinte Bernau, „und hier sind wir die Hüter der Daten unserer Patienten.“ Eine der wichtigsten Erkenntnisse der Teilnehmenden des Workshops: „Ärztinnen und Ärzte in den Praxen müssen nur Musteranfragen der Krankenkassen beantworten, alles andere wäre ein Bruch unserer Schweigepflicht“, so Bernau: „Nur der Medizinische Dienst darf uns auch jenseits von Musteranfragen befragen.“

# Grundversorgung für obdachlose Patienten

Die Initiative Studentische Poliklinik Hamburg („StuPoli“) sucht supervidierende Ärzte

**R**und 20 Studierende des Asklepios Campus Hamburg bieten seit Februar kostenfrei eine ambulante medizinische Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung im CaFée mit Herz an. Die spendenfinanzierte Einrichtung befindet sich in den Räumlichkeiten des alten Hafenkrankehauses und bietet den rund 200 bis 300 Besuchern täglich einen Aufenthaltsort, eine warme Mahlzeit und Bekleidung an. Jeden Freitag zwischen 14 und 16 Uhr sind drei Studierende vor Ort, um die Patienten zu untersuchen und auch zu behandeln – immer unter Supervision und in Absprache eines erfahrenen Arztes.

Die Inspiration für das Projekt lieferte die im Jahre 2014 eröffnete Studentische Poliklinik der Goethe Universität Frankfurt, an deren Konzept und Erfahrungsberichten sich

die Hamburger Medizinstudenten orientierten. So wurde die StuPoli Hamburg in der Universität auch als Wahlfach im Curriculum verankert. Die Studierenden absolvieren drei Module, bei denen sie anfangs ausgewählte Vorbereitungsseminare über die häufigsten Krankheitsbilder des Patientenklintels besuchen. Anschließend hospitieren sie regelmäßig in der StuPoli.

Erfreulicherweise boten die supervidierenden Ärzte dem „Gründerteam“ der StuPoli vorab Hospitationsplätze in ihren Praxen an. In der StuPoli-Sprechstunde arbeiten dann drei Studenten (ein „Senior“ aus dem 9. oder 10. Semester, sowie zwei „Junioren“ aus dem 5. bis 8. Semester) unter Supervision eines Arztes zusammen. Die Aufgabe des Arztes ist es, die Studenten bei ihrer Anamnese

und körperlichen Untersuchung zu unterstützen, aufkommende Fragen zu beantworten und mit den Studenten gemeinsam ein Therapievorhaben zu erarbeiten.

Das Mobiliar für das Behandlungszimmer sowie medizinische Geräte, Medikamente und Verbandsmaterial werden unter anderem von Hamburger Asklepios Kliniken gespendet. Falls Laboruntersuchungen nötig werden, unterstützt die Laborgesellschaft Amedes das Projekt.

Das Patientenspektrum umfasst neben Obdachlosen und Flüchtlingen auch Menschen, die aus unterschiedlichsten Gründen keine Krankenversicherung haben. Die bisherigen Sprechstunden ergaben, dass die Diversität der Patientenanliegen denen einer hausärztlichen Versorgung weitestgehend entsprechen. Die Versorgung grippaler Infekte, akuter und chronischer Wunden, Nahtentfernung, die Versorgung von Hauterkrankungen wie zum Beispiel Skabies, die Versorgung von Hypertonus und Diabetes, die Nachbehandlung von Herzinfarktpatienten, und die Versorgung perianaler Fissuren zählen zu den häufigsten Tätigkeiten. ■



Gründerteam StuPoli Hamburg

Die **STUDENTISCHE POLIKLINIK HAMBURG** sucht noch weitere supervidierende Ärzte für die Sprechstunde (freitags ein- oder mehrmalig 14-16 Uhr).

Als Aufwandsentschädigung wird ein Dozentenonorar angeboten.

Bei Interesse oder Fragen melden Sie sich jederzeit gerne bei uns.

Wir freuen uns auf Sie!

**Ansprechpartnerin: Lara Wolbert**  
**Email: [info@stupoli-hamburg.de](mailto:info@stupoli-hamburg.de)**  
**Website: [www.stupoli-hamburg.de](http://www.stupoli-hamburg.de)**



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Heike Peper**  
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Heike Peper**

Geburtsdatum: **1960**

Fachrichtung: **Psychologische Psychotherapeutin**

Weitere Ämter: **stellv. Mitglied im BFA Psychotherapie der KV, Mitglied im Finanzausschuss der KV, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hamburg**

Hobbys: **Ich gehe gerne ins Theater, in Konzerte und in Ausstellungen. Außerdem freue ich mich, wenn ich in der Natur unterwegs sein kann. Ehrenamtlich bin ich in einer Stiftung engagiert**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?** Ja, ich arbeite gerne als Psychotherapeutin. Dass für eine erfolgreiche psychotherapeutische Arbeit genügend Zeit und ein geschützter Raum unabdingbar sind, muss aber leider angesichts des zunehmenden gesundheitsökonomischen Drucks immer wieder verteidigt werden.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Mir ist es ein Anliegen, die besonderen Belange der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeut\*innen und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen in die KV-Gremien zu tragen und am Erhalt beziehungsweise am weiteren Ausbau einer qualitativ guten psychotherapeutischen Versorgung mitzuwirken.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?** Es sollte eine den tatsächlichen Bedarfen angemessene Versorgungsplanung entwickelt werden, die auch den spezifischen Anforderungen in Hamburg Rechnung trägt. Da Psychotherapeut\*innen für ihre Arbeit immer noch nicht angemessen bezahlt werden, sollten bei der anstehenden EBM-Reform die psychotherapeutischen Leistungen höher bewertet werden.

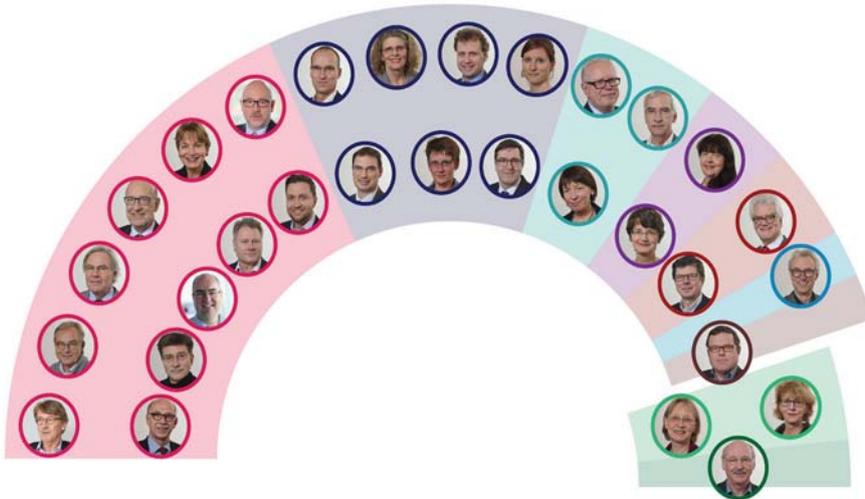
Die Reform der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung sollte zügig umgesetzt werden, um unseren Nachwuchs in einem Approbationsstudium und in der anschließenden Weiterbildung angemessen zu qualifizieren und ihm in dieser Zeit ein existenzsicherndes Einkommen zu ermöglichen.

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Nach Inkrafttreten der neuen Psychotherapierichtlinie habe ich durch die fachlich unsinnige Teilung der Kurzzeittherapie mehr bürokratischen Aufwand. Dass sich die Anzahl der zu schreibenden Berichte verringert hat, empfinde ich allerdings als entlastend. Der Implementierung der Telematik-Infrastruktur im laufenden Praxisbetrieb sehe ich mit Sorge entgegen.

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Angesichts der politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen wünsche ich mir, dass sich weiterhin viele Menschen für ein Zusammenleben einsetzen, das von Respekt, Toleranz und Solidarität getragen wird. ■

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

Do. 28.6.2018 (ab 19.30 Uhr) – Ärztehaus (Julius-Adam-Saal),  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



**ARBEITS- UND  
GESUNDHEITSSCHUTZ**

**Grundschulung für Unternehmer**

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

BGW-zertifiziertes Seminar  
**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 30.5.2018 (15 - 20 Uhr)**

**Fr. 29.6.2018 (15 - 20 Uhr)**

**Fr. 12.10.2018 (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

**ABGABE DER ABRECHNUNG**

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

**DAS ONLINE-ARCHIV**



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

**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**

**QEP - Personalmanagement**

Ein zeiteffizientes, ergebnisorientiertes Personalmanagement ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für eine Praxis. Im Seminar werden Grundsätze und Regeln der Führung vorgestellt und praxistypische Situationen diskutiert. Gezielt werden Verhaltensweisen, das eigene Auftreten und die Überzeugungskraft geschult. Für Ärzte und Praxismitarbeiter mit Führungsaufgaben.

**13 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 30.5.2018 (9.30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss/Getränke

**Tatort Praxis**

Dass Praxismitarbeiter beschimpft und aggressiv angegangen werden, kommt immer wieder vor. Das Seminar bietet Grundlagenwissen zum Thema Konfliktprävention, Tipps zur Vorbeugung und ein Konzept zum richtigen Umgang mit schwierigen Patienten. Für Ärzte und Praxismitarbeiter aller Fachrichtungen.

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 30.05.2018 (14 - 18 Uhr)**

Gebühr: € 85 inkl. Imbiss/Getränke

**QEP-Hygiene**

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

**13 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 13.6.2018 (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) → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung: Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858; Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889; Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

**FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER**

**Aufbaukurs Hypnose**

Dieser Kurs baut auf den Einführungskursen Hypnose auf, die im Januar stattgefunden haben. Die Teilnahme am Einführungskurs und an diesem Aufbaukurs ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung mit der KV.

**19 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Zweitägig:**

**Fr. 14.9.2018 (16 - 21.15 Uhr) und**

**Sa. 15.9.2018 (9 - 18.45 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 240 (inkl. Verpflegung)

**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](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html) → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „DMP“ eingeben

**Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b**

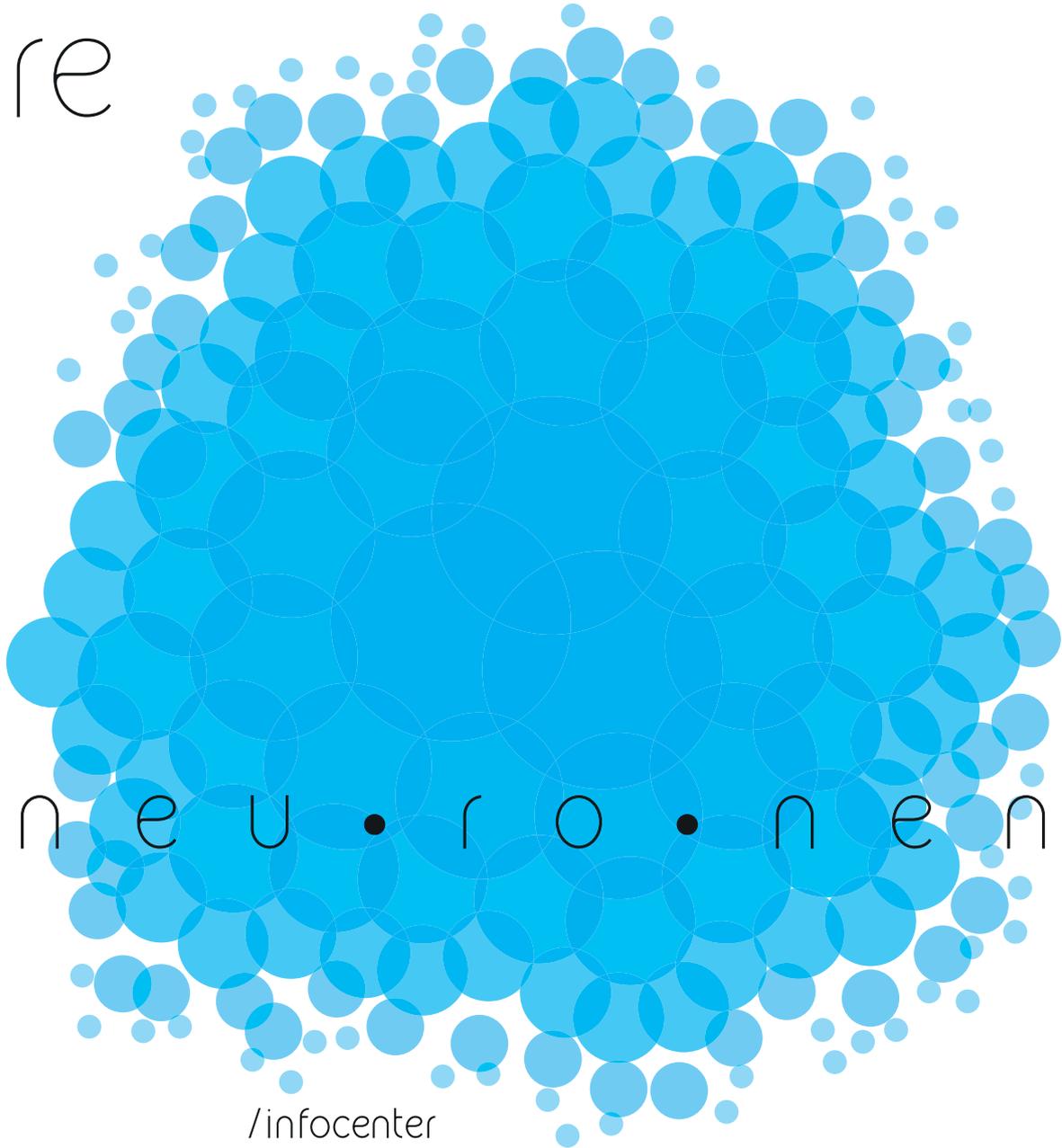
Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300

E-Mail: [akademie@aekhh.de](mailto:akademie@aekhh.de)

Online-Anmeldung:

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

wir  
verbinden  
ihre



[ n e u • r o • n e n ]

/infocenter

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