

KVH *journal*

»DAS IST DEIN JOB!«

*Welche Verantwortung haben angestellte
Ärzte und Psychotherapeuten?*



GRIPPE-IMPfstoffe

Bestellung für die Saison 2019/2020

DIGITALE MEDIZIN

Vorschlag für Evidenz-Standards

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern Einblick in dieses Heft.

IMPRESSUM

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

ISSN (Print) 2568-972X
ISSN (Online) 2568-9517

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Politik und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 4/2019 (April 2019)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Ankündigung klang spannend: „Selbstverwaltung in der Krise?“ Die CDU-Bürgerschaftsfraktion wollte sich dieses Themas im Rahmen einer Diskussionsveranstaltung annehmen. Es kommt nicht häufig vor, dass die Politik über die Selbstverwaltung diskutiert. Stutzig hätte allerdings machen können, dass die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg nicht auf das Podium geladen war, dafür aber die Hamburgische Krankenhausesellschaft, die gar nicht zur Selbstverwaltung zählt.

Vollends desillusionierend war dann der Abend selbst. Mehr Geld für Krankenhäuser war die einzige Forderung der gesundheitspolitischen Sprecherin der CDU-Bürgerschaftsfraktion, Birgit Stöver – das hat mit Selbstverwaltung nicht so wirklich zu tun. Die Kenntnisse über Selbstverwaltung waren sehr überschaubar, und die Themen mäanderten vom Risikostrukturausgleich über die Klagewelle gegen die Kliniken bis hin zur Online-Apotheke. Selbstverwaltung war weitgehend Fehlanzeige.

Der Abend war exemplarisch für die Stellung der Gesundheitspolitik in Hamburg. Sie wird dominiert von Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, die mit ihrer Fachkenntnis nicht nur in Hamburg alle Kolleginnen und Kollegen deutlich überragt. Im Übrigen fehlt es an profilierten Gesundheitspolitikern, seit der FDP-Bürgerschaftsabgeordnete Wieland Schinnenburg in den Bundestag gewechselt ist.

Das führt nicht nur zu abenteuerlichen Vorstellungen über die Arbeit der KV und zu absurden Klagen über vorgeblich unterversorgte Gebiete in Hamburg, sondern erschwert vor allem die politische Arbeit der KV. Während in anderen Bundesländern die KV viele Themen über Bundestagsabgeordnete nach Berlin transportieren kann, muss die KV Hamburg immer den direkten Weg wählen – der weitaus schwieriger ist, weil er von außen kommt.

Seit vielen Jahren versucht die KV, den politischen Akteuren in Hamburg die Bedeutung der Selbstverwaltung zu vermitteln. Es ist erschreckend, auf wie wenig fruchtbaren Boden unsere Bemühungen fallen. Aber wir werden nicht nachlassen.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- o6_ Nachgefragt: Was kann die KV für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten tun?
- o8_ Angestellte und Chefs: Im Spannungsfeld der Verantwortlichkeiten

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_ Fragen und Antworten
- 16_ Abrechnung von Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris
Ambulante Reha im DMP
Asthma/COPD jetzt unter neuer Flagge

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.



17_ Praxen gesucht zur Teilnahme an „Kid-Protekt“

Vergütung von Schutzimpfungen:
Einigung mit Primärkassen

**18_ Wirtschaftlichkeitsbonus:
Änderungen beim Ansetzen der
Kennnummern**

ARZNEI- UND HEILMITTEL

**20_ Wirtschaftliche Verordnung von
tetraivalentem Grippeimpfstoff für
die Saison 2019/20**

KV INTERN

28_ Steckbrief: Prof. Dr. Jörn Sandstede

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

**17_ Bekanntmachungen im
Internet**

NETZWERK EVIDENZ- BASIERTE MEDIZIN

**22_ Digitale Gesundheits-
interventionen: Wann
braucht es welche
Evidenz?**

KOLUMNE

26_ Hontschiks „Diagnose“

TERMINKALENER

**30_ Termine und geplante
Veranstaltungen**

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 6: Felix Faller/Alinea; Seite 9: Ralf Niernzig;
Seite 15: Michael Zapf; Seite 26: Barbara Klemm,
taz; Seite 29: Yuris Arcurs Photography/Fotolia;
Seite 30: Michael Zapf; zowal259Icons: iStockfoto

Was kann die KV für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten tun?



Dr. Simone Müller
angestellte Internistin in einer
Praxis in Bramfeld

Transparenz schaffen

Die angestellten Ärztinnen und Ärzte sind in den Austausch mit der KV nur mittelbar mit einbezogen. Alle Informationen bekommt der Arbeitgeber, er entscheidet, was an uns weitergegeben wird. Der Arbeitgeber hat die Abrechnungszahlen vorliegen und entwickelt daraus Vorgaben für die wirtschaftliche Entwicklung der Praxis. Der Arbeitgeber weiß, wo die Praxis bei der Erfüllung der Arzneimittelziele steht – und sagt den Angestellten, worauf sie achten müssen. **Ich würde es begrüßen, wenn wir näher an die komplizierten Regularien der vertragsärztlichen Versorgung herangeführt würden – beispielsweise, indem wir von der KV gleich zu Anfang ein Starterpaket bekämen, in dem alle wichtigen Informationen zusammengefasst sind.** Ich denke, alle Seiten würden profitieren, wenn das System für uns transparenter würde. ■



Simone Tiemann

angestellte Psychologische Psychotherapeutin in einem MVZ in Eimsbüttel

Infos anbieten

Dass man als Angestellte/r in der vertragsärztlichen Versorgung arbeiten kann, ist ja verhältnismäßig neu. Vieles ist noch ungeklärt, Routinen innerhalb des Systems müssen sich erst entwickeln. Die Psychotherapeutenkammer hat uns nach der Approbation eingeladen, um sich vorzustellen und ihre Stellung im Gesundheitswesen zu erläutern. **Es wäre hilfreich, wenn die KV ähnliche Einführungsveranstaltungen anbieten würde. Meinem Eindruck nach fühlen sich viele KollegInnen in Abrechnungsfragen, aber auch in Fragen der Haftung und der Rechte und Pflichten als Angestellte/r nicht sicher. Im Ausschuss (BFA) entstand der Eindruck, dass viele Angestellte nicht wissen: Was erwartet die KV von uns? Was können wir von der KV erwarten?** Solche Informationen zu erhalten, ist umso wichtiger, wenn man nicht für immer angestellt bleiben, sondern auch in eigener Praxis an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen möchte. ■



Tilman Dörken

Internist und Kardiologe,
ärztlicher Leiter eines MVZ in
Winterhude

Voneinander lernen

Wir Vertragsärzte leisten, ob selbstständig oder angestellt, alle nach dem gleichen ärztlichen Kodex unseren täglichen Beitrag für die ambulante Patientenversorgung. Dabei stehen angestellt arbeitende Haus- und Fachärzte zusätzlich in dem besonderen Spannungsfeld mit der Weisungsbefugnis ihres Arbeitgebers. Die Anzahl der zu behandelnden Patienten, die Dauer der Sprechzeiten, die Größe des Teams, der Umfang der angebotenen Leistungen in Diagnostik und Therapie sind nur einige der jeweils individuell auszuhandelnden Fragen im Praxisalltag. Dem ärztlichen Leiter obliegt dabei die vom Gesetzgeber übertragene Aufgabe des Schutzes freier ärztlicher Berufsausübung im Ausgleich zu den wirtschaftlichen Erwartungen eines Arbeitgebers. Noch fehlen jedoch Standards und Strukturen zur Regelung dieses manchmal schwierigen Binnenverhältnisses. Die KV und ihre angestellten Mitglieder können und müssen hier voneinander lernen. **Im Beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte haben wir die Wiedereinführung eines verpflichtenden Willkommensseminars für alle neu zugelassenen Vertragsärzte vorgeschlagen.** Denn wir brauchen eine auch von angestellten Ärzten verstandene und akzeptierte KV als starkes Organ ärztlicher Selbstverwaltung. ■

Im Spannungsfeld der Verantwortlichkeiten

Angestellte Ärzte sind frei in Diagnostik und Therapie. Doch in welchen Fällen müssen sie Weisungen befolgen? Und wer haftet, wenn etwas schiefgeht? Wir haben die wichtigsten Infos für Sie zusammengestellt.



Ist ein angestellter Arzt oder Psychotherapeut bei seinen fachlichen Entscheidungen weisungsgebunden?

Auch der angestellte Arzt übt einen freien Beruf aus. In der konkreten Behandlungssituation handelt er eigenständig und selbstverantwortlich. Weisungen, die sich auf den ärztlich-medizinischen Kernbereich beziehen, muss er nicht befolgen. Der kaufmännische Leiter eines MVZ darf sich also nicht in die medizini-

sche Versorgung eines bestimmten Patienten einmischen. Dasselbe gilt grundsätzlich auch für den ärztlichen Leiter. Er kann mit dem angestellten Arzt eine Fachdiskussion führen, kann diesem aber keine Weisung darüber erteilen, wie er einen bestimmten Patienten zu behandeln hat. Allerdings gibt es ein Weisungsrecht des Arbeitgebers in wirtschaftlichen Fragen. Der Chef entscheidet beispielsweise, wenn es um die

Gestaltung der Praxisabläufe und die Materialbeschaffung geht oder um die Frage, mit welchen Geräten gearbeitet wird. Damit nimmt der Arbeitgeber mittelbar auch Einfluss auf die Art und Weise, wie der angestellte Arzt seinen Patienten behandelt. Die Abgrenzung ist manchmal schwierig, beispielsweise wenn der angestellte Arzt gern anderes Material als das vom Chef ausgesuchte

→ Fortsetzung auf Seite 10

Es gibt noch viele Unsicherheiten

Die Zahl der angestellten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen. Im Jahr 2018 befand sich knapp ein Drittel aller an der kassenärztlichen Versorgung Hamburgs teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten in einem Anstellungsverhältnis. Das ist kein Hamburger Phänomen, sondern ein bundesweiter Trend.

Bis vor einigen Jahren gab es in den KVen drei gesetzlich vorgeschriebene beratende Fachausschüsse – den für die hausärztliche Versorgung, die fachärztliche Versorgung und für Psychotherapie. Im Zuge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes kam der Fachausschuss für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten hinzu. Dessen Hauptaufgabe ist es, den Vorstand und die Vertreterversammlung in allen Fragen und Entscheidungen zu unterstützen, welche die Belange von angestellten Ärzten und Psychotherapeuten betreffen. Dabei können die Mitglieder dieses Gremiums als Sprachrohr für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten wirken und Impulse setzen sowie Ideen einbringen.

Der Ausschuss hat sich in den bisherigen Sitzungen mit vielen verschiedenen Themen aus dem Bereich der Anstellung befasst, unter anderem mit Rechten und Pflichten der Angestellten gegenüber der KV und dem Arbeitgeber. Dabei zeigte sich in den Diskussionen, dass es an vielen Stellen Unsicherheiten gibt.

Um zu einer Klärung beizutragen, organisierte die KV am 30. Januar 2019 im Ärztehaus eine Informationsveranstaltung speziell für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, bei der die Rechtsanwälte Dr. Christoph Thies und Johannes Kalläne zu Arbeitsrecht und Haftungsrecht referierten und Nachfragen aus dem Auditorium beantworteten.

Auf Grundlage dieser Veranstaltung hat die KV das Thema für das *KVH-Journal* aufbereitet und die wichtigsten Fragen und Antworten für Sie zusammengestellt.

DR. MICHAEL A. RÖSCH,
Sprecher des Beratenden Fachausschusses
angestellte Ärzte und Psychotherapeuten



KV-Informationsveranstaltung: Dr. Michael A. Rösch (oben) und die Rechtsanwälte Johannes Kalläne und Dr. Christoph Thies

→ nutzen würde, um seinen Patienten zu behandeln. Da kann es Meinungsverschiedenheiten geben: Fällt die Materialauswahl in den Bereich der ärztlichen Behandlung? Oder geht es hier vornehmlich um eine wirtschaftliche Entscheidung? Im Bereich der Psychotherapie ist die Sachlage ähnlich: Ein angestellter Psychotherapeut ist nicht weisungsgebunden was die konkrete Behandlungssituation betrifft. In wirtschaftlichen Fragen hat der Arbeitgeber indessen durchaus ein Weisungsrecht.

Nehmen wir an, ein Praxischef oder MVZ-Leiter sagt: „Ich möchte grundsätzlich jede Laboruntersuchung zur Unterschrift vorgelegt bekommen.“ Ist das zulässig?

Der Arbeitgeber kann darauf bestehen, alle kostenrelevanten Vorgänge vorgelegt zu bekommen. Er kann mit dem angestellten Arzt darüber diskutieren, ob es sich um sinnvolle Behandlungen handelt, was ja immer auch eine Frage der Wirtschaftlichkeit ist. Ein Vetorecht hat der Chef nicht. Wenn der angestellte Arzt aufgrund seiner Untersuchung zu der Überzeugung gelangt, dass aus medizinischen Gründen eine bestimmte Laboruntersuchung durchgeführt werden muss, fällt das in den Kernbereich seiner ärztlichen Verantwortung – und das heißt: Die Entscheidung liegt bei ihm.

Nehmen wir an, der Chef gibt die Anweisung: „Wenn bei einem Patienten das HbA1c gemacht werden muss, schicken wir ihn gleich zum Diabetologen.“ Ist das zulässig?

Über die Frage, ob der Chef entscheiden kann, welche Patienten in der Praxis behandelt werden und welche direkt abgegeben werden, kann man streiten. Das könnte einerseits eine wirtschaftliche Entscheidung sein und damit in die Zuständigkeit des Chefs fallen. Andererseits: Wenn der angestellte Arzt einen Patienten behandelt und vor der Frage steht, ob dieser von ihm weiterbehandelt wird, geht es um eine genuin ärztliche Entscheidung – die vom Arzt getroffen wird.

In einem MVZ hat der ärztliche Leiter die Gesamtverantwortung für alle ärztlichen Leistungen. Wie

In der konkreten Behandlungssituation handelt der angestellte Arzt oder Psychotherapeut eigenständig und selbstverantwortlich.

kann er sich da aus den medizinischen Entscheidungen der angestellten Ärzte heraushalten?

Es stimmt: Der ärztliche Leiter trägt die Gesamtverantwortung für ärztliche Leistungen. Er ist beispielsweise dafür verantwortlich, dass seine Ärzte qualifiziert und geeignet sind, die von ihnen verlangte Tätigkeit auszuüben und dass die Arbeitsabläufe funktionieren. In der konkreten Behandlungssituation hat der ärztliche Leiter aber keine Weisungsbefugnis. Nehmen wir an, er möchte sich bei einem bestimmten Fall einschalten. Er hat die Untersuchung nicht selbst durchgeführt, kommt nun aber von außen hinzu und sagt: „Lieber

Herr Kollege, ich sehe das anders.“ Das ist in Ordnung, solange es eine Fachdiskussion bleibt. Ein Weisungsrecht im konkreten Fall hat der ärztliche Leiter nicht. Bei einem fachgebietsübergreifenden MVZ ist der ärztliche Leiter wohl auch bei der Fachdiskussion auf sein eigenes Fachgebiet beschränkt.

Nehmen wir an, der Arbeitgeber verlangt von seinen angestellten Ärzten, möglichst viele IGeL-Leistungen zu erbringen. Müssen die angestellten Ärzte eine solche Weisung befolgen?

Nein, eine solche Weisung müssen die angestellten Ärzte nicht befolgen. Sie müssen (und dürfen) keine medizinische Leistung erbringen, von deren Notwendigkeit und Nutzen sie nicht überzeugt sind.

Wie sind die Aufgaben des Geschäftsführers und des ärztlichen

Leiters im MVZ voneinander abgegrenzt?

Ein MVZ kann in verschiedenen Rechtsformen gegründet werden – in den meisten Fällen handelt es sich um eine GmbH. Eine GmbH braucht einen Geschäftsführer, das kann beispielsweise ein Arzt oder ein Kaufmann sein. Für die Zulassung als MVZ ist die Benennung eines ärztlichen Leiters notwendig. Dieser muss in dem MVZ mindestens mit einem halben Versorgungsauftrag tätig sein, um seine Funktion ausüben zu können. Zu den Aufgaben des ärztlichen Leiters gehört die Steuerung der ärztlichen Betriebsabläufe. Darü-

ber hinaus können im Arbeitsvertrag weitere Aufgaben festgelegt werden.

Muss der angestellte Arzt eine eigene Haftpflichtversicherung haben?

Der angestellte Arzt muss haftpflichtversichert sein – sonst kann er nicht arbeiten. Üblicherweise übernimmt der Arbeitgeber die Haftpflichtversicherung. Hat eine größere Praxis oder ein MVZ eine Gruppenversicherung abgeschlossen, wird bisweilen vergessen, einen neu angestellten Arzt nachzumelden. Das kann böse Folgen haben, denn der Arzt ist in diesem Fall nicht versichert. Der neu angestellte Arzt sollte sich deshalb vergewissern, dass sich der Arbeitgeber um die Haftpflichtversicherung kümmert. Und er sollte sich erkundigen, welchen Deckungsumfang die Versicherung des Arbeitgebers hat. Eventuell ist es nötig, zusätzlich eine eigene Haftpflichtversicherung abzuschließen.

Wer haftet, wenn ein angestellter Arzt einen Fehler macht?

Nehmen wir an, es kommt zu einem Behandlungsfehler. Eine Klage richtet sich zunächst gegen den Arbeitgeber, denn der Patient hat den Behandlungsvertrag mit der Praxis beziehungsweise dem MVZ abgeschlossen. Oftmals wird der behandelnde Arzt ebenfalls verklagt, weil er damit zur Prozesspartei und als Zeuge untauglich wird. Das steigert die Chancen des Klägers, Schadensersatz oder Schmerzensgeld zu erhalten.

In erster Linie ist immer die Praxis oder das MVZ in der Haftung. Doch dann stellt sich die Frage: Findet ein innerbetrieblicher

Schadensausgleich statt? Hat der ärztliche Leiter möglicherweise durch mangelnde Organisation den Fehler mitverursacht? Und: Kann der behandelnde Arzt in Haftung genommen werden? Ob das der Fall ist, hängt vom Verschuldensgrad ab: Hat der Arzt leicht fahrlässig gehandelt, haftet er nicht gegenüber seinem Arbeitgeber. Liegt eine mittlere Fahrlässigkeit vor, haftet er teilweise. Der Angestellte wird in diesem Fall eine bestimmte Quote des Schadens übernehmen müssen. Bei grober Fahrlässigkeit und Vorsatz haftet der Arzt in vollem Umfang, der Anspruch wird vom Arbeitgeber an den angestellten Arzt durchgereicht.

Ein Behandlungsfehler ist immer auch eine Körperverletzung. Deshalb kann grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz auch strafrechtliche, berufsrechtliche und vertragsarztrechtliche Konsequenzen für den angestellten Arzt haben.

Nehmen wir an, ein angestellter Arzt hat Kenntnis von technischen oder organisatorischen Mängeln, die zu einem Schaden für den Patienten führen könnten. Was soll er tun?

Für Vertragsärzte gilt der Facharztstandard: Sie müssen ihre Leistungen auf fachärztlichem Niveau erbringen. Wenn ein angestellter Vertragsarzt der Ansicht ist, dass er unter den gegebenen Umständen nicht auf diesem Niveau arbeiten kann, darf er die Leistung nicht erbringen. Kommt der Patient zu Schaden, haftet zunächst der Arbeitgeber. Doch wenn ein Patient wegen technischer und organisatorischer Mängel zu Schaden kommt, die dem

behandelnden Arzt bekannt sind, kann auch dieser in Haftung genommen werden.

Wer haftet bei Abrechnungsfehlern?

Ganz grundsätzlich gilt: Wenn die Tätigkeit eines Angestellten zu einem Schaden führt, muss dafür zunächst der Arbeitgeber geradestehen. Aus Sicht der KV ist die Honorareinheit der Ansprechpartner für die Abrechnung. Honorar-Rückforderungen werden mit dem zu zahlenden Honorar verrechnet.

Werden auch Regresse im Zusammenhang mit Arznei- und Heilmitteln mit dem Honorar verrechnet?

Ja. Bei Arznei- und Heilmittelregressen fordern Krankenkassen Geld zurück. Doch in allen Fällen wird die Forderung vom Honorar abgezogen, das die KV an die Honorareinheit auszahlt. Ob der Arbeitgeber sich Geld von einem Angestellten zurückholen kann, hängt vom Verschuldensgrad ab. Wenn der Arzt grob fahrlässig oder vorsätzlich gehandelt hat, kann er mithaften. Der ärztliche Leiter oder der Geschäftsführer kann unter Beachtung der Vorgaben des innerbetrieblichen Schadensausgleichs in Anspruch genommen werden, wenn arbeitsrechtlich vereinbart ist, dass er eine Verantwortung für die Abrechnung und die wirtschaftliche Verordnung trägt.

Würde in diesen Fällen die Haftpflichtversicherung greifen, die der Arbeitgeber abgeschlossen hat?

Nein, die Berufshaftpflicht betrifft nur die Behandlungsfälle. Aber es gibt Versicherungen für Geschäftsführer, die solche Risiken mit abdecken. →

→ **Welche Rolle spielt die persönliche Leistungserbringung für die Haftung?**

Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt – egal ob selbständig oder angestellt – ist dazu verpflichtet, die vertragsärztlichen Tätigkeiten unter Beachtung delegationsfähiger Anteile selbst auszuüben. Um die persönliche Leistungserbringung besser kontrollieren zu können, sind die lebenslangen Arztnummern (LANR) eingeführt worden. Im Krankenhaus sind Ärzte es gewohnt, ihre Leistungen an Kollegen zu delegieren. In einem MVZ oder einer Praxis ist das nicht möglich. Wenn ein angestellter Arzt oder ein Vertragsarzt Leistungen abrechnet, die er nicht erbracht hat, kann das auch strafrechtliche Konsequenzen haben. Das ist Betrug.

Muss ich als angestellter Arzt die Abrechnung meines Arbeitgebers daraufhin kontrollieren, ob die von mir erbrachten Leistungen korrekt gebucht sind?

Der angestellte Arzt muss darauf achten, dass seine LANR im EDV-System angeklickt ist, wenn er eine Behandlung dokumentiert – und dass die richtigen Abrechnungsziffern eingegeben werden. Wenn im weiteren Verlauf LANR oder Abrechnungsziffern verändert werden, fällt das nicht mehr in seinen Verantwortungsbereich. Niemand wird verlangen können, dass ein angestellter Arzt die Gesamtabrechnung eines MVZ oder einer Gemeinschaftspraxis überprüft.

Die neue Datenschutzgrundverordnung droht mit drastischen Bußgeldern. Kann das auch angestellte Ärzte treffen?

Auch angestellte Ärzte müssen sorgfältig mit personenbezogenen Daten umgehen und den Datenschutz beachten. Verstöße gegen die Datenschutzgrundverordnung können als Ordnungswidrigkeit geahndet werden – und das kann theoretisch auch Angestellte treffen. Wenn ein Patient auf Schadensersatz klagt, muss er allerdings darstellen, dass

Wenn die Tätigkeit eines Angestellten zu einem Schaden führt, muss dafür zunächst der Arbeitgeber geradestehen.

er durch das Handeln des Arztes einen Schaden erlitten hat. Das nachvollziehbar darzulegen, ist nicht einfach.

Nehmen wir an, der Arbeitgeber hat versäumt, Patienteninformationen oder Einverständniserklärungen für die Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. Kann ein angestellter Arzt für daraus resultierende Datenschutzverstöße haftbar gemacht werden?

In erster Linie ist der Arbeitgeber dafür verantwortlich, den Datenschutz in der Praxis oder im MVZ zu organisieren. Der angestellte Arzt sollte seinen Arbeitgeber auf Datenschutzmängel hinweisen. Wenn der Hamburgische Datenschutzbeauftragte auf eine Anzeige oder Beschwerde eines Patienten reagiert, wird er sich an den Arbeit-

geber wenden – nicht an den Angestellten.

Muss der Arbeitgeber zusätzlich unterschreiben, wenn ein angestellter Arzt einen Brief schreibt?

Nein, die Unterschrift des angestellten Arztes genügt. Der Arbeitgeber muss aber auf dem Briefkopf stehen. Das ist wichtig, denn für den Patienten muss transparent sein, mit wem er den Behandlungsvertrag schließt – nämlich mit der Praxis beziehungsweise dem MVZ. Und: Es muss transparent sein, dass es sich bei dem angestellten Arzt um einen Angestellten handelt.

Nehmen wir an, ein angestellter Psychotherapeut verlässt das MVZ und eröffnet eine eigene Praxis. Darf er

seinen Patienten mitnehmen oder bleibt dieser im MVZ?

Der Behandlungsvertrag wird mit dem MVZ geschlossen. Doch Psychotherapien sind personengebunden. Das heißt: Eine Psychotherapie kann nicht von einem Therapeuten beantragt und von einem anderen Therapeuten durchgeführt werden. Im konkreten Fall entscheidet der Patient, ob er mit dem Psychotherapeuten gehen oder im MVZ bleiben will. Will der Patient bleiben, muss bei der Krankenkasse ein Therapeutenwechsel beantragt werden. ■

WIR BEDANKEN UNS bei den Rechtsanwälten Dr. Christoph Thies und Johannes Kalläne. Die Struktur ihrer Vorträge auf der KV-Informationsveranstaltung war Grundlage für diesen Text.



wir
regulieren
ihren

[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

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

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

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ich bin Hausarzt. Ein Vertragszahnarzt hat einen gemeinsamen Patienten an mich verwiesen, um eine Arbeitsunfähigkeit für ein zahnärztliches Krankheitsbild zu bescheinigen. Dürfen Vertragszahnärzte keine Arbeitsunfähigkeiten bescheinigen?

Doch, nach dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte (BMV-Z) sind auch Vertragszahnärzte dazu berechtigt, das Muster 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) zu verwenden. Stellt der Vertragszahnarzt bei seinem Patienten die Arbeitsunfähigkeit fest, hat er diese auch zu bescheinigen. Entsprechende Details hierzu regelt ebenfalls der BMV-Z.

Übrigens dürfen Vertragszahnärzte auch die Muster 2 (Verordnung von Krankenhausbehandlung), 4 (Verordnung einer Krankenbeförderung), 16 (Kassenrezept) und 21 (Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes) ausstellen.

ERNÄHRUNGSTHERAPEUTIKA

Wann darf ich enterale Ernährung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen?

Ernährungstherapeutika sind in enteraler Form bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden Ernährung verordnungsfähig, wenn die Verbesserung der Ernährungssituation durch ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen nicht zu erreichen ist. Ein geringer Body Mass Index als alleinige Indikation stellt keine ausreichende Begründung dar.

Vor der Verordnung zu Lasten der GKV ist daher zu prüfen, ob eine Unter- oder Fehlernährung ursächlich behandelt werden kann. Hierzu nennt die Arzneimittel-Richtlinie folgende Punkte und Maßnahmen:

- Restriktive Diäten überprüfen
- Medikamente überprüfen
- Kalorische Anreicherung der Nahrung
- Lagerung, Logopädie, Ergotherapie bei Schluckstörungen
- Geeignetes Besteck, Ergotherapie bei motorischen Problemen
- Mundpflege, Zahnbehandlung, Gebiss bei Kaustörungen
- Ausreichende Trinkmenge
- Zuwendung und geduldiges Anreichen der Nahrung
- Soziale Maßnahmen (Beratung der Angehörigen, Organisieren von Besuchsdiensten, etc.)

Bei vorliegender Indikation ist enterale Ernährung auf Muster 16 (Kassenrezept) ohne Angabe der Diagnose verordnungsfähig. Eine gute Dokumentation der Ordnungsgründe und eine ebenfalls dokumentierte Verlaufskon-



trolle inklusive der notwendigen Kalorien pro Tag sind sinnvoll, um die Verordnung rechtfertigen zu können. Die Verordnungen für enterale Ernährung sind nicht Bestandteil der Wirkstoffvereinbarung. Einzelfallprüfungen zur Verordnungsindikation sind nach wie vor möglich.

REHABILITATION

Ich bin psychologische Psychotherapeutin und möchte für eine Patientin eine medizinische Rehabilitation verordnen. Was muss ich beachten? Welche Gebührenordnungsposition (GOP) kann ich hierfür abrechnen?

Als psychologische Psychotherapeutin können Sie psychosomatische Rehabilitation oder Rehabilitation für psychisch Kranke verordnen. Sie dürfen Reha-Leistungen ohne gesonderte Abstimmung mit dem Arzt verordnen, wenn eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie vorliegt. Die Indikationen sind in § 26 der Psychotherapie-Richtlinie aufgeführt. Zum Ausfüllen des Formulars zur Verordnung von medizinischer oder psychotherapeutischer Rehabilitation müssen Sie bestimmte ärztliche Informationen heranziehen. So ist beispielsweise abzuklären, ob weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen vorliegen. Auch Angaben zur Arznei- und Heilmitteltherapie sowie zu rehabilitationsrelevanten Hilfsmitteln werden abgefragt. Die Angaben sind erforderlich für die Entscheidung der Krankenkasse zur Genehmigung der Leistung zur medizinischen Reha. Zudem helfen sie, Rückfragen zu vermeiden. Sofern die Informationen (noch) nicht vorliegen, müssen Sie die entsprechenden Befunde einholen und auf dem Verordnungsformular angeben.

Für das Ausstellen der Reha-Verordnung ist die GOP 01611 EBM extrabudgetär berechnungsfähig.

MIT- ODER WEITERBEHANDLUNG

Ich bin Hausarzt. Es kommt häufig vor, dass fachärztliche Kollegen gemeinsame Patienten, die ich zur Mit- oder Weiterbehandlung überwiesen habe, mit einer Therapieempfehlung an mich zurückschicken, damit ich die entsprechende Verordnung vornehme. Ist dieses Vorgehen überhaupt zulässig?

Nein. Im BMV-Ä ist geregelt, dass bei einer Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung die gebietsbezogene Erbringung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Tätigkeiten an den weiterbehandelnden Arzt übertragen wird. Bei Mitbehandlung eines Patienten durch einen fachärztlichen Kollegen ist dieser also zur Verordnung der erforderlichen Medikamente seines Fachgebietes verpflichtet.

Infocenter Tel: 22802-900



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

Abrechnung von Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris

Wenn GKV-Leistung möglich ist, darf nicht privat liquidiert werden

Seit dem 1. Januar 2019 kann die Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris als vertragsärztliche Leistung über den EBM abgerechnet werden.

Die neue GOP 30440 EBM wird mit 247 Punkten bewertet und extrabudgetär vergütet. Die Leistung kann im Krankheitsfall für jeden betroffenen Fuß bis zu dreimal abgerechnet werden – in maximal zwei aufeinanderfolgenden Quartalen. Sie kann ausschließlich von Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Unfallchirurgie und von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin abgerechnet werden.

Voraussetzung zur Behandlung mittels Stoßwelle ist jedoch, dass die Patienten bereits mindestens sechs Monate unter Fersenschmerzen leiden und dadurch in ihrer gewohnten körperlichen Aktivität eingeschränkt sind. Bis dahin müssen unterschiedliche Therapieansätze angewandt worden sein, die keine relevante Beschwerdeverbesserung gebracht haben.

Für die Abrechnung der Gebührenordnungsposition zu Lasten der Krankenkasse ist die gesicherte Diagnose Fasciitis plantaris mit dem ICD-10-GM-Code M72.2 und dem Zusatz „G“ erforderlich.

Die oben genannten Fachrichtungen können bei vorliegender Indikation die Leistung ausschließlich als Leistungen der GKV abrechnen. Eine Rechnungslegung nach GOÄ bei GKV-Patienten wäre in diesen Fällen nicht zulässig.

Informationen zur Abrechnung der Stoßwellentherapie finden Sie in unserem *KVH-Abrechnungsnewsletter* 1/2019 auf unserer Website unter:

www.kvhh.net → Abrechnung → Newsletter

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900

Ambulante Reha im DMP Asthma/COPD jetzt unter neuer Flagge

SEIT BEGINN DES JAHRES

2018 steht in Hamburg als bundesweit erster Region Patienten in den DMP Asthma und COPD nicht nur eine stationäre Rehabilitation, sondern auch eine ambulante pneumologische Rehabilitationsmaßnahme zur Verfügung. Zum 1. Januar 2019 ist die zu diesem Zweck in die beiden DMP eingebundene Einrichtung der Atem-Reha GmbH nun in das RehaCentrum Hamburg übergegangen, welches die geschlossenen DMP-Verträge nahtlos weiterführt.

Das erfahrene ärztliche und therapeutische Personal konnte ebenfalls mit übernommen werden und bietet nun seit dem Jahreswechsel in den Räumlichkeiten des Standortes am Berliner Tor ambulante pneumologische Rehabilitation an. Bei Fragen zum Thema „Reha im DMP“ wenden Sie sich bitte an die jeweilige Krankenkasse des Patienten. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900



Praxen gesucht zur Teilnahme an „Kid-Protekt“

Die Stiftung SeeYou des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift sucht Frauen- und Kinderarztpraxen, die als Modellpraxen am Projekt „Kid-Protekt“ teilnehmen möchten. Im Rahmen des vom Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekts werden die Modellpraxen für die Früherkennung psychosozialer Belastungen geschult. Ziel ist es, Familien mit intensivem Unterstützungsbedarf frühzeitig zu erkennen und aus dem Gesundheitssystem in bestehende Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen und andere soziale Sicherungs-



systeme weiterzuleiten. In einigen Praxen kann zusätzlich eine Sprechstunde einer sozialpädagogischen Fachkraft (Babylotsin) eingerichtet werden, die komplexe Fälle direkt vor Ort übernimmt. Die Teilnahme an „Kid-Protekt“ wird vergütet. ■

Ansprechpartnerinnen:

Nikola Nitzschke
Projektleitung „Kid-Protekt“
n.nitzschke@seeyou-hamburg.de
Tel: 605 662 022
Mobil: 0162 / 289 82 34

Dr. Renate Maria Hagenberg
Ärztliche Leitung „Kid-Protekt“
r.hagenberg@seeyou-hamburg.de
Tel: 673 777 30 (Zentrale)

Vergütung von Impfungen nach der Schutzimpfungsrichtlinie

Einigung mit Primärkassen

Rückwirkend zum 1. Juli 2018 konnte sich die KV Hamburg mit allen Primärkassen auf eine neue Impfvereinbarung einigen. Die Vergütungshöhe richtet sich nach der Vereinbarung mit den Ersatzkassen, die von der Schiedsperson festgesetzt wurde. Die Vereinbarung können Sie auf der Internetseite der KV Hamburg einsehen. www.kvhh.de → Recht und Verträge → Amtliche Bekanntmachungen - Schutzimpfungsvereinbarung ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge

- Honorarvereinbarung für das Jahr 2019 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).
- Vereinbarung nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Vereinbarung) mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic und der KNAPPSCHAFT (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

- 2. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zu Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen bei der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) nach § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V

Beschlüsse der Vertreterversammlung

- 17. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab gem. § 87b SGB V ab dem 01.10.2013
- Änderung des Gebührenverzeichnisses vom 18.11.2010 in der Fassung vom 28.09.2017
- 3. Nachtrag zur Entschädigungsordnung

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

Wirtschaftlichkeitsbonus: Änderungen beim Ansetzen der Kennnummern

DIE ANALYSE DES WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS für das Quartal 2/2018 hat gezeigt, dass einige Fachgruppen ein schlechteres Ergebnis des Wirtschaftlichkeitsbonus erreicht haben als im Vorjahresquartal – und dass dies teilweise mit den Veränderungen im Bereich der Kennnummern zu tun hat. Aus diesem Grund fassen wir an dieser Stelle nochmal die wichtigsten Änderungen zusammen.

IM GEGENSATZ ZUR vorherigen Regelung sind die Kennnummern ab dem Quartal 2/2018 an definierte Laboruntersuchungen gekoppelt. So werden bei Ansatz einer Kennziffer nicht mehr alle Laborleistungen auf dem Schein eines Patienten von der Berechnung des arztpraxisspezifischen Fallwertes ausgenommen, sondern nur noch spezifische. Aus diesem Grund ist es zukünftig auch möglich und notwendig, mehrere Kennnummern je Behandlungsfall anzugeben, sofern mehrere Untersuchungsindikationen vorliegen. Zudem müssen die Kennnummern seitdem ausschließlich in der eigenen Praxissoftware dokumentiert werden. Auf dem Laborschein ausgewiesene Kennnummern können nicht berücksichtigt werden. In Kapitel 32 EBM sind alle Laboruntersuchungen aufgeführt, die bei Vorliegen einer bestimmten Untersuchungsindikation bezogen, überwiesen oder eigenerbracht werden können, ohne in die Berechnung des arztpraxisspezifischen Fallwertes einbezogen zu werden. Da der EBM lediglich die ausgenommenen Leistungen ohne konkrete Beschreibung abbildet, haben wir Ihnen auf der Homepage der KV Hamburg eine Auflistung zur Verfügung gestellt, in denen die einzelnen Leistungen näher erläutert werden. **Siehe: www.kvhh.de → Abrechnung → Labor → Laborwirtschaftlichkeitsbonus (ganz nach unten scrollen) → Erläuterung der Kennnummern**

DIE KENNNUMMERN MÜSSEN JE PATIENT nur einmal im Quartal in der Praxissoftware angegeben werden, auch wenn im Laufe des Quartals weitere Laboruntersuchungen erbracht oder veranlasst werden.

Im Folgenden möchten wir spezifisch auf die Veränderungen der Kennnummern im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge eingehen, da uns insbesondere hierzu viele Nachfragen erreichten und auch die Auswertung des Wirt-

schaftlichkeitsbonus in der Fachgruppe der Frauenärzte in diesem Zusammenhang Veränderungen aufzeigte.

IN DER REGEL WERDEN Laborleistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge vom Labor nach Kapitel 1.7.4 EBM (Mutterschaftsvorsorge) erbracht und abgerechnet. Hierzu zählen unter anderem der TPHA/TPPA-Antikörper-Test, die Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay und die Blutgruppen- und Rhesusfaktor-Bestimmung. In diesen Fällen würden die dadurch entstandenen Laborkosten den Wirtschaftlichkeitsbonus nicht belasten, da für diesen ausschließlich Leistungen nach Kapitel 32 EBM herangezogen werden. Bei Veranlassung von Laboruntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaft ist es daher besonders wichtig, dem Labor kenntlich zu machen, dass es sich um Vorsorgeuntersuchungen handelt. In solchen Fällen muss daher unbedingt das Feld „präventiv“ auf der Laborüberweisung angekreuzt werden. Gleiches gilt für Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung.

EINE WEITERE WICHTIGE inhaltliche Änderung betrifft die Kennnummer 32007. Während diese ehemals bei Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien oder bei prä- bzw. perinatalen Infektionen angesetzt werden konnte, gilt die 32007 zukünftig ausschließlich für Leistungen der Mutterschaftsvorsorge bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- beziehungsweise Weiterbehandlung. Werden in solchen Fällen Laborleistungen veranlasst, ist auf dem Überweisungsschein das Feld „kurativ“ anzukreuzen. Daraus resultiert, dass das Ansetzen der GOP 01770 neben der Kennnummer 32007 ausgeschlossen ist. In diesem Zusammenhang wurde stattdessen die Kennnummer 32024 für die Untersuchungsindikation „Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen“ zum Quartal 2/2018 in den EBM aufgenommen, da diese zuvor Bestandteil der Kennnummer 32007 war. ■

Weiterführende Informationen und Beispiele finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg: www.kvhh.de → Abrechnung → Labor → Laborwirtschaftlichkeitsbonus

Ansprechpartner: Abteilung Abrechnungsorganisation / Jasmin Hartmann, Tel: 22802-381

Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,
liebe Kollegen.*

initiativkreis@www.bitte-substituieren-sie.de

www.bitte-substituieren-sie.de



Mit Unterstützung von: Bundesärztekammer, Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Gesundheitspolitikern der Fraktionen von CDU/CSU, SPD, FDP, B'90/Grüne, LINKE





Wirtschaftliche Verordnung von tetraivalentem Grippeimpfstoff für die Saison 2019/20

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten in Hamburg auch für die nächste Saison die Möglichkeit der Bestellung von Grippeimpfstoffen in Zusammenarbeit mit dem Hamburger Apothekerverein an. Damit Sie tetraivalente Grippeimpfstoffe kostengünstig und in der bedarfsgerechten Menge beziehen können, haben uns die gesetzlichen Krankenkassen über folgende Verfahrensweise, die sie mit dem Apothekerverein abgestimmt haben, informiert.

Wir empfehlen, dieser Verfahrensweise zu folgen und jetzt Grippeimpfstoffe für die nächste Saison zu bestellen, da nur dann eine sichere Belieferung mit diesen Impfstoffen gewährleistet sein kann. In der letzten Saison hatten in Hamburg nur ca. 50 Prozent der Praxen „vorbestellt“. Ihre jetzigen Bestellungen sind Grundlage für die Impfstoffmengen, die die Apotheken ihrerseits bei Großhandel/Hersteller bestellen.

- Sie können bis zum 15. April 2019 Grippeimpfstoffe in Höhe von bis zu 90 Prozent des Saisonbedarfs Ihrer Praxis bei einer Apotheke Ihrer Wahl in Hamburg bestellen. Als Basis zur Abschätzung Ihres Saisonbedarfs können Sie die verbrauchte Menge an Grippeimpfstoffen plus der unerfüllten Nachfrage an Impfungen der laufenden Saison verwenden.
- Auf einem Rezept sollte nicht mehr als 70 Impfstoffdosen verordnet werden.
- Größere Bestellungen sollten auf mehreren Rezepten erfolgen, um später eine zeitnahe und mengengerechte Belieferung zu ermöglichen. (beispielsweise sollen 200 Impfstoffdosen auf zwei Rezepten à 70 und einem Rezept à 60 Dosen verordnet werden).

KOSTENÜBERSICHT GRIPPEIMPFFSTOFFE

Information der Krankenkassen gem. § 73 Abs. 8 SGB V nach Mitteilung der Hersteller

Hersteller	Grippeimpfstoff 10er 2019/2020	GKV-Erstattungspreis pro Dosis	Hinweise zur Wirtschaftlichkeit
Mylan	Influvac tetra mit / ohne Kanüle	11,59 €	Wirtschaftlicher Erstattungspreis
Sanofi	Vaxigrip tetra mit / ohne Kanüle	11,72 €	Wirtschaftlicher Erstattungspreis
GSK	Influsplit tetra FER	12,35 €	Wirtschaftlicher Erstattungspreis
Seqirus	Flucelvax tetra	14,63 €	Erstattungspreis teurer – patientenindividuelle medizinische Begründung dokumentieren
AstraZeneca	Fluenz tetra NSP	24,74 €	Erstattungspreis teurer – patientenindividuelle medizinische Begründung dokumentieren

Stand: 06.02.2019

● Wenn diese Lieferung(en) verbraucht ist/sind, können Nachbestellungen auf dem gleichen Weg erfolgen.

Wir empfehlen, die Grippeimpfstoffe produktneutral anzufordern. Ist der Grippeimpfstoff für Kinder gedacht, kann dies entweder auf der Bestellung mit angegeben werden - oder der entsprechende Impfstoff wird namentlich bestellt:

Zur Erstbestellung für die Saison 2019/20

„Bestellung Grippeimpfstoffe 2019/20 (falls erforderlich: für Kinder ab 2 Jahren)

Menge x 10er (90% d. erwarteten Saisonbedarfs)“

Zur späteren Folgebestellung je nach Bedarf

“Nachbestellung Grippeimpfstoffe 2019/20“

Detaillierte Ausfüllanleitungen zur Impfstoffanforderung finden Sie im Internet:

www.kvhh.de → Verordnung → Schutzimpfung

WELCHE GRIPPEIMPFFSTOFFE SIND WIRTSCHAFTLICH?

Die Krankenkassen definieren tetravalente Grippeimpfstoffe für die nächste Saison als wirtschaftlich, wenn der Erstattungspreis je Dosis bei maximal 12,50 Euro liegt (in 10er oder 20er Packungen). Beachten Sie bitte hierzu die nebenstehende Kostenübersicht, die uns die Kassen zur Verfügung gestellt haben. Sie können Grippeimpfstoffe auch namentlich anfordern. Wählen Sie kostenintensivere Impfstoffe, die je Dosis über 12,50 Euro liegen, so sollten Sie die medizinische Begründung patientenindividuell dokumentieren. Bestellungen von Packungen, die weniger als 10 Impfstoffdosen enthalten, sind grundsätzlich unwirtschaftlich. Gründe für etwaige Ausnahmen sollten auch hier dokumentiert werden.

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!

@markoagentur.de

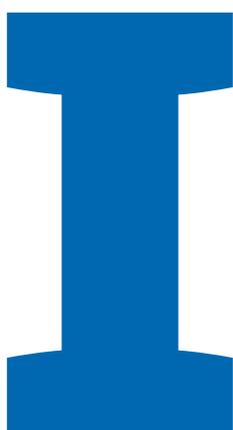




AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Digitale Gesundheitsinterventionen

Wann braucht es welche Evidenz?

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

In allen Bereichen der Medizin wird derzeit die digitale Revolution ausgerufen oder zumindest angekündigt. Die deutsche Gesundheitspolitik treibt die digitale Medizin stark voran, insbesondere bei der elektronischen Patientenakte, beim virtuellen Arztbesuch, beim e-Rezept, bei diagnostischen Apps oder in der telemedizinischen Betreuung chronisch Kranker [1].

Die Fachverbände der industriellen Gesundheitswirtschaft drängen auf noch mehr Tempo, fordern eine nationale e-Health-Strategie und warnen davor, den Anschluss an die technologische Entwicklung zu verpassen. Und auch unter Patienten und Ärzten gibt es (neben einzelnen Skeptikern) vor allem große Hoffnungen und Erwartungen in e-Health.

Immer dann jedoch, wenn ein neuer Trend scheinbar alternativlos und unanfechtbar positiv dargestellt wird, lohnt sich ein genauerer Blick. Im Sinne der evidenzbasierten Medizin (EbM) stellt sich vor allem die Frage, welche Evidenz zu fordern ist, bevor den Patienten

aufwändige oder gar riskante e-Health-Interventionen angeboten werden oder kostspielige e-Health-Innovationen im Gesundheitssystem implementiert werden. Auch wichtig, aus EbM-Sicht aber weniger relevant dagegen ist die Frage, wie es um die Datensicherheit im e-Health-Bereich bestellt ist.

Bei näherem Hinsehen wird (auch dem technischen Laien) sofort deutlich, dass das Spektrum von e-Health riesig ist. Es reicht von sehr einfachen Anwendungen im Bereich von Datenspeicherung und Patienteninformation bis hin zu komplexen und potenziell riskanten Interventionen in der telemedizinischen Therapiesteuerung und der computer-assistierte Chirurgie. Manche e-Health-Anwendungen beziehen sich auf einzelne Personen oder Patienten, andere Neuerungen können nur auf Systemebene eingeführt werden. Hierbei muss man unterscheiden zwischen digitalisierter und digitaler Medizin: Während Digitalisierung sich nur darauf bezieht, dass ein analoger Vorgang nun digital erfolgt, verändert die Digitalisation die Vorgänge im Sinne einer digitalen Medizin. So ist beispielsweise eine Hörtest-App auf den ersten Blick nur einfach eine digitalisierte Variante eines diagnostischen Tests. Die eigentliche Veränderung besteht darin, dass der digitale Test sehr viel breiter, häufiger und ohne ärztliche Kontrolle eingesetzt werden kann.

Die Evidenzanforderungen für e-Health-Interventionen müssen dem postulierten Nutzen, dem potenziellen Schaden, aber auch den Kosten gegenüber angemessen sein. Auch wenn eine solche Angemessenheit weithin als Konsens gelten kann, gehen die Meinungen darüber weit auseinander, wie diese Angemessenheit

konkret auszulegen und anzuwenden ist. Ende 2018 hat das britische NICE (National Institute for Clinical Excellence) hierzu einen Vorschlag gemacht [2], der aus Sicht des DNEbM eine sehr gute Grundlage für die Diskussion auch in Deutschland darstellt.

Da e-Health-Interventionen gemeinsam mit allen anderen Interventionen um dieselben limitierten Ressourcen im Gesundheitswesen konkurrieren, müssen sie sich grundsätzlich auch denselben Evidenzanforderungen stellen. Eine Bevorzugung oder ein Sonderstatus von e-Health wäre laut NICE ungerechtfertigt. Für die Klassifizierung von e-Health-Anwendungen orientiert sich das NICE an WHO-Empfehlungen von 2018 [3] und schlägt vor, anhand der Anwendungsfunktionen vier Gruppen zu bilden:

● **Gruppe 1:** Anwendungen, die keine messbaren Effekte auf die Gesundheit haben, sondern organisatorische Zwecke im Gesundheitswesen erfüllen – zum Beispiel elektronische Gesundheitskarten oder Krankenhaus-Management-Software.

● **Gruppe 2:** Anwendungen, die

- a) allgemeine Gesundheitsinformationen bereitstellen (zum Beispiel Apps mit Ratschlägen für eine gesunde Ernährung),
- b) einfache Gesundheitsdaten monitorieren (zum Beispiel elektronische Symptomtagebücher) oder
- c) der Kommunikation dienen (zum Beispiel Video-Sprechstunden).

Nicht in die Gruppe 2 fallen alle Anwendungen, die eine Krankheitsbehandlung beinhalten.

● **Gruppe 3a:** Anwendungen mit möglichen positiven Gesundheitseffekten, weil sie

a) präventive Verhaltensänderungen unterstützen (zum Beispiel Apps zur Unterstützung von Nikotinverzicht oder Gewichtsverlust) oder

b) dem Selbstmanagement von Erkrankten dienen. Selbstmanagement darf hierbei nicht in die medizinische Behandlung eingreifen oder eine automatische Datenweiterleitung umfassen.

● **Gruppe 3b:** Anwendungen, die

- a) ein aktives Monitoring bedeuten (zum Beispiel telekardiologische Implantate) oder
- b) eine Behandlungsmethode sind oder unterstützen (zum Beispiel Diagnostik-Apps oder Apps zur spezifischen Steuerung einer Medikamentendosierung, egal ob an Patient oder Arzt gewandt).

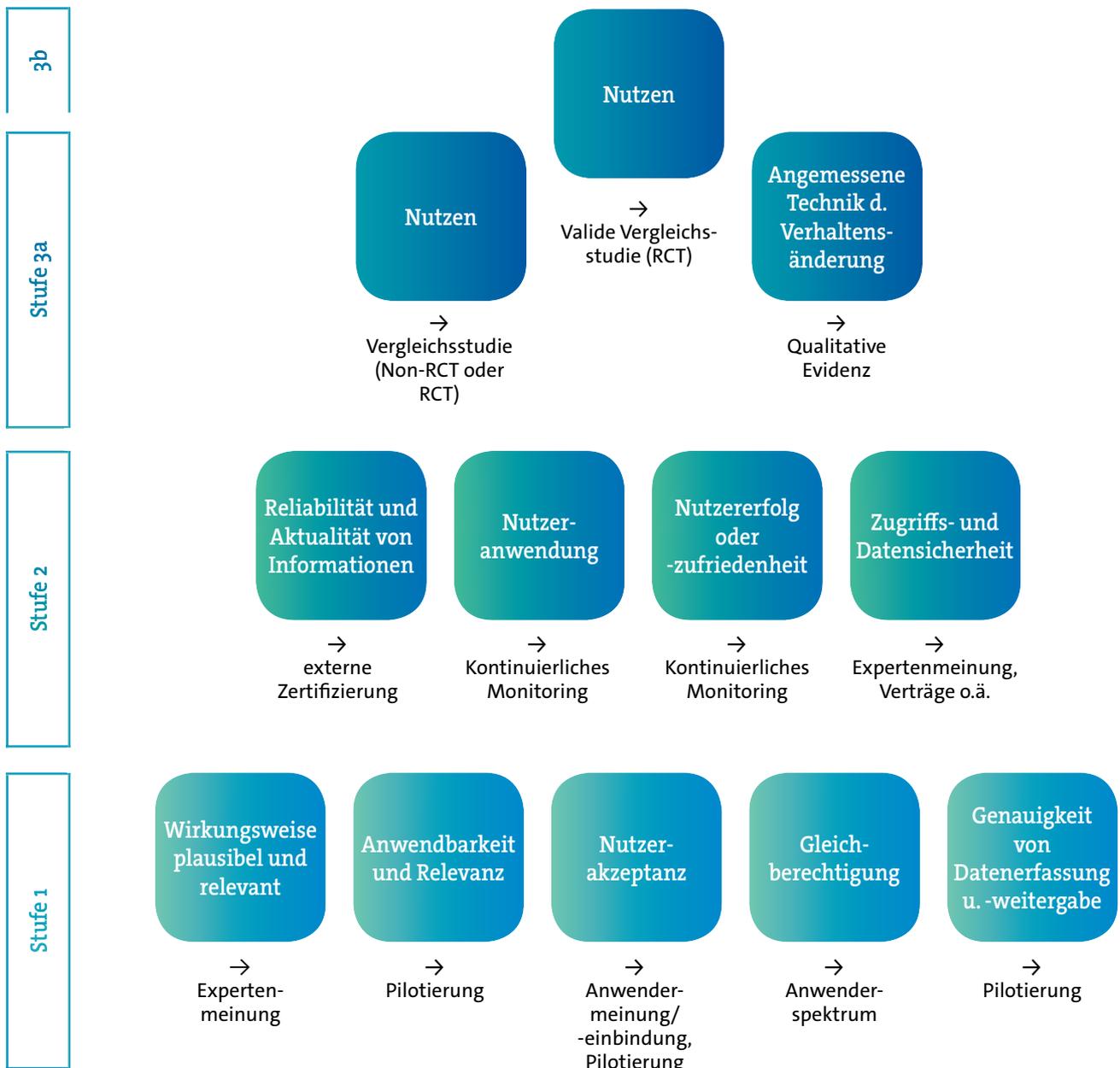
Für Gruppe-1-Anwendungen gelten die Anforderungen der Stufe 1, die primär auf Praktikabilität und Nutzenfreundlichkeit abzielen (siehe Grafik Seite 24). Für Gruppe-2-Anwendungen sind in Stufe 2 zusätzliche Kriterien zu erfüllen, die aber wiederum vor allem auf die Nutzer fokussiert sind. Hinzu kommt, dass Gesundheitsinformationen qualitätsgesichert sein müssen, zum Beispiel durch externe Zertifizierung bei HONcode (Health on the Net). Überraschend ist, dass Zugriffsrechte und Datensicherheit nicht schon in Stufe 1 ins Spiel kommen.

In der Gruppe 3 erwartet NICE zum einen, dass Monitoring und Behandlungssteuerung den gängigen Theorien von Verhaltensänderung entsprechen. So wäre beispielsweise eine App zur Raucherentwöhnung, die allein auf Furchtappelle setzt („Rauchen ist tödlich“), inadäquat. Zweitens fordert NICE, dass für Gruppe-3-An-



ANFORDERUNGEN DES BRITISCHEN NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE) AN NEUE DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN

Hinter den Pfeilen sind jeweils die erwarteten Nachweismethoden genannt. (RCT = Randomisierte kontrollierte Studie)



wendungen ein positives Nutzen-Schaden-Verhältnis in Vergleichsstudien nachgewiesen wird. In der Gruppe 3b muss der Nutzen der Gesundheitsanwendung in der Regel durch mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) geprüft worden sein.

Interessant ist auch, dass das NICE die rasche und fortlaufende Weiterentwicklung von e-Health nicht als Argument dafür akzeptiert, die Anforderungen abzusenken. Anwendungen, die künstliche Intelligenz mit selbstlernenden Algorithmen beinhalten, kommen laut NICE für die allgemeine medizinische Versorgung gar nicht in Betracht, weil sie gar kein stabiles, bewertbares Objekt darstellen. NICE knüpft die e-Health-Bewertung nicht an die CE-Zertifizierung. Apps, Software oder Programme werden je nach Einsatzgebiet derzeit nur zum Teil als Medizinprodukte zertifiziert. Nur dort, wo diagnostische oder therapeutische Ziele verfolgt werden (Gruppe 3b), ist davon auszugehen, dass alle digitalen Gesundheitsanwendungen auch für medizinische Zwecke zertifiziert wurden. Daher darf zukünftig davon ausgegangen werden, dass gewisse klinische Evidenz vorhanden ist.

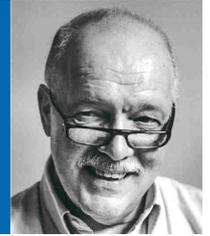
Für Deutschland können die NICE-Vorschläge eine gute Orientierung sein. Wie auch in anderen Bereichen zeigt sich, dass bei Weitem nicht alles voll geprüft werden muss, sondern die Anforderungen den Risiken angemessen sein müssen. Für die Mehrzahl der digitalen Gesundheitsanwendungen ist also keine klinische Evidenz erforderlich. Wenn e-Health jedoch der Prävention, dem Selbstmanagement, dem aktiven Monitoring, der Diagnostik oder der Therapie von Krankheiten dient, ist klinische Evidenz notwendig, um Nutzen und Schaden bewerten zu können. Hierfür braucht es auch in Deutschland entsprechend klare Regelungen, jedoch keine Sonderwege, auf denen e-Health die Patienten erreicht. ■

Prof. Dr. med. Stefan Sauerland
 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im
 Gesundheitswesen (IQWiG)
 Im Mediapark 8
 D-50670 Köln
 Tel: 0221 / 356 85 - 359
 E-Mail: stefan.sauerland@iqwig.de

Literatur:

1. BMG (Bundesministerium für Gesundheit). 2016. Big-Data-Anwendungen müssen Patienten echten Nutzen bringen - Datenschutz steht dabei an erster Stelle (Pressemitteilung 57/2016).
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2016/2016_4/161108-57_PM_Studie_Big_Data.pdf
2. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). 2018. Evidence standards framework for digital technologies.
<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/evidence-standards-framework-for-digital-health-technologies>
3. WHO (World Health Organization). 2018. Classification of digital health interventions v1.0 - a shared language to describe the uses of digital technology for health.
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/classification-digital-health-interventions/en/>





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

Frei nach der Kinderbibel

Wie die kleine taz den großen Bayer-Konzern in die Knie zwang

Als David, der kleine Wirtschaftsredakteur der *taz*, in der Redaktionskonferenz eintraf, saßen schon alle beisammen und waren sehr niedergeschlagen. „Was ist denn los?“ fragte David. „Wir müssen zum Gericht. Der Bayer-Konzern hat uns verklagt. Das wird hart“, sagte Saul, der Chef vom Dienst, „ich sehe schwarz!“

Und das kam so: Die *taz* hatte im vergangenen Oktober nicht einfach nur über das Unkrautvernichtungsmittel Glyphosat von Bayer berichtet, das für die Entstehung von Lymphdrüsenkrebs verantwortlich gemacht wird. Die *taz* hatte außerdem mit einer Aufsehen erregenden Karika-

tur auf ihrer Titelseite das „Krebsmachende“ Glyphosat von Bayer mit dem Krebsmedikament Aliqopa von Bayer kombiniert. Das hatte der Pharmakonzern speziell zur Behandlung von Lymphdrüsenkrebs entwickelt. Bayer verursacht Krebs und Bayer behandelt Krebs? Das Krebs-Rundum-Sorglos-Paket, was für ein lukratives Geschäftsmodell!

Die Konzernleitung tobte. Sie verklagte die *taz*. Die *taz* müsse sich verpflichten, diese Behauptung zu unterlassen. Saul, der Chef vom Dienst, öffnete den Wikipedia-Eintrag des Bayer-Konzerns und projizierte ihn auf die Großleinwand. Zusammen schaute sich die Redaktion

der *taz* den großen Bayer-Konzern mit seinen 100.000 Angestellten und seinen 35 Milliarden Euro Jahresumsatz an: Sehr beeindruckend für eine kleine Tageszeitung mit 250 Angestellten und 50.000 verkauften Exemplaren.

Furchterregend war auch die riesige, international aufgestellte Anwaltskanzlei des Konzerns. Unter ihnen stach ein Anwalt hervor, ein Baum von einem Kerl namens Goliath, mehr als drei Meter hoch und mit einem mächtigen Kopf. Der hatte ihnen am Morgen noch eine E-Mail geschickt: „Wer seid Ihr schon, Ihr Wichte? Nichts als ein Haufen armseliger Redakteure! Ihr



Satirische *taz*-Titelillustration vom 24. Oktober 2018

wollt Euch wirklich mit mir anlegen?“ Seine höhnische Art sollte allen den Mut nehmen. David aber war voller Wut, als er das hörte. „Lasst Ihr euch das gefallen?“ rief er in die Redaktionskonferenz. „Ja, was denn sonst“, stöhnte ein Kollege.

"Willst Du vielleicht mit so einem Riesen kämpfen?" "Ja, das will ich", sagte David.

„Willst du vielleicht mit so einem Riesen kämpfen?“ „Ja, das will ich“, sagte David, der kleine Wirtschaftsredakteur, und er ging zu Saul, dem Chef vom Dienst. „Ich bin kein Kind mehr“, sagte er ihm. „Ich bin Redakteur. Ich weiß, wie ich Bürger vor Konzernen beschütze. Sollte ich da nicht wissen, wie ich den Bayer-Konzern besiegen kann?“

Saul spürte, dass er David nicht von seinem Plan abbringen konnte, und gab ihm den Rat: „Nimm meinen Kampfanzug, der ist besonders gut.“ Doch der passte David nicht. Der Helm rutschte ihm über die Ohren, die Jacke hing bis zum Knie hinunter, und die Stiefel waren vier Nummern zu groß. „Nein“, sagte David. „Ich kämpfe so, wie ich bin. Wenn ich den Bayer-Konzern besiegen will, muss ich nicht auf dessen Art kämpfen, sondern auf meine.“ David wählte die Nummer seines

alten Studienfreundes, der vor kurzem eine kleine Anwaltskanzlei in Kreuzberg eröffnet hatte, und traf sich mit ihm in einem Café am Oranienplatz.

Als die Anwälte des Bayer-Konzerns im Gerichtssaal erschienen,

tönte der große Goliath: „Wo bleibt er denn, Euer Kämpfer?“ Da sah er den kleinen David und rief höhnisch: „Du?“ „Ja, ich!“ antwortete dieser, „Du hast die Millionen im Rücken und bist ein großer Wirtschaftsanwalt. Ich aber werde Dir zeigen, dass wir uns auch ohne Millionen und ohne ein Heer hochbezahlter Anwälte wehren können.“

Da ging Goliath, der riesige Anwalt des Bayer-Konzerns, fluchend auf David, den kleinen Wirtschaftsredakteur, los. Der aber lief nicht weg. Das hatte Goliath noch nie erlebt, seit er für den Bayer-Konzern arbeitete. Rasch zog David, der kleine Wirtschaftsredakteur, seine Steinschleuder aus dem Gürtel, und bevor der ganze große Anwaltstross des Bayer-Konzerns reagieren konnte, sauste ein Stein durch die Luft und traf Goliath, ihren Anführer, hinter dem Ohr. Der schwankte kurz

und fiel rücklings besiegt zu Boden.

So war es in Wirklichkeit natürlich überhaupt nicht. So war es nur in der Bibel. Tatsächlich betrat Goliath, der große Wirtschaftsanwalt, den Gerichtssaal und legte siegessicher den Standpunkt des Bayer-Konzerns dar.

Da drehte Davids alter Studienfreund, der kleine Wirtschaftsanwalt, plötzlich den Spieß um und erhob gegen den Bayer-Konzern eine „negative Feststellungsklage“. Mit diesem kleinen, aber wirkungsvollen Trick, den nur Juristen wirklich verstehen können, hatte er den Konzern überrascht und aufs Glatteis geführt, vom dem dieser nicht mehr entkommen konnte. Der große Bayer-Konzern musste sich nun verpflichten, nicht länger „gegen die als Satire eingeordnete Berichterstattung auf dem Titelblatt der taz vom 24.10.2018 vorzugehen.“

Dass David, der kleine Wirtschaftsredakteur, zusammen mit seinem Studienfreund, dem kleinen Wirtschaftsanwalt, den großen Bayer-Konzern mit Goliath, dem großen Wirtschaftsanwalt, besiegt hatte, sprach sich wie ein Lauffeuer im ganzen Land herum. Da fassten die Menschen wieder Mut. Und die Redaktion der taz feierte ein großes Fest und ließ sich nie wieder einschüchtern. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Prof. Dr. Jörn Sandstede**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Prof. Dr. Jörn Sandstede**

Geburtsdatum: **6.6.1967**

Familienstand: **verheiratet, zwei Kinder**

Fachrichtung: **Radiologie**

Weiter Ämter: **Stellv. Vorsitzender des Landesverbands Hamburg des Berufsverbands Deutscher Radiologen (BDR), Stellv. Vorsitzender des Forums Niedergelassener Radiologen (FuNRAD) in der Deutschen Röntgen-gesellschaft (DRG)**

Hobbys: **Tennis, Hockey, moderne Kunst**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, jeder Mensch und damit auch jede Patientin und jeder Patient ist anders, es ist und bleibt spannend.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Als Freiberufler müssen wir Ärzte uns um uns selbst kümmern, sonst übernehmen das andere.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Mein großes Ziel wäre erfüllt, wenn der wissenschaftliche Fortschritt der Medizin viel schneller als heute in der ambulanten Versorgung zum Einsatz kommen könnte und nicht Jahre bis Jahrzehnte in der Prüfung durch verschiedenste Gremien verharren würde. Bis dahin wäre ich schon froh, wenn wir notwendige von überflüssigen Leistungen trennen und uns ohne Sorgen um die Vergütung auf das konzentrieren könnten, was für unsere Patienten wirklich wichtig ist.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Die tägliche Herausforderung ist es, einerseits die regulatorischen Vorgaben des Gesundheitssystems zu erfüllen, ohne diese andererseits zu starken Einfluss auf unsere ärztliche Tätigkeit nehmen zu lassen.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Einfach mal ins Blaue reisen.



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

Unser Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Sozialversicherungsfachangestellten und einer Psychologin. Wir beraten Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig – und wir erleichtern Ärztinnen und Ärzten die Arbeit: Sie wollen Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an uns verweisen?

Sie haben grundsätzliche Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen gesetzlicher Krankenkassen?

Sie wollen an einen Kollegen oder eine Einrichtung mit einer besonderen Spezialisierung überweisen, wissen aber nicht, wohin?

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Sprechzeiten:

montags u. dienstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
mittwochs	9 – 12	Uhr
	14 – 18	Uhr
donnerstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
freitags	9 – 12	Uhr

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit.

Bitte informieren Sie uns darüber!

Fax 040 / 20 22 99 490

Bitte geben Sie die Telefonnummer der Beratung auch an Ihre Patienten weiter.

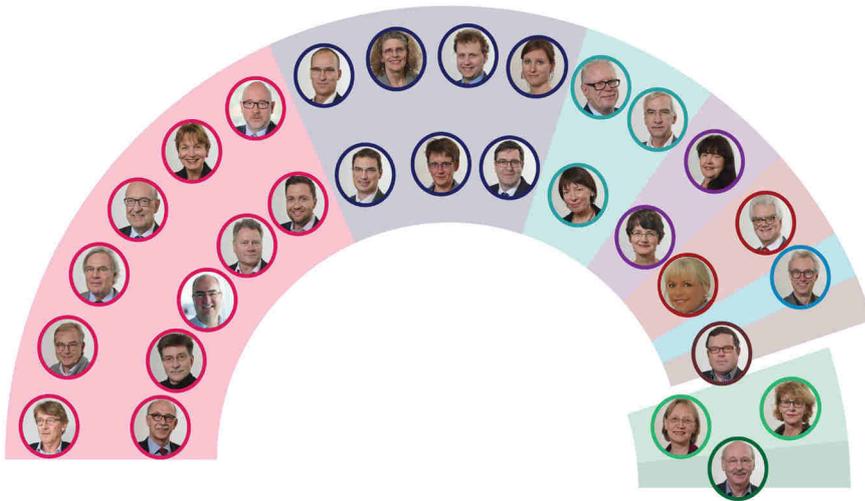
patientenberatung@aekhh.de

www.patientenberatung-hamburg.de

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 23.5.2019 (ab 19.30 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2019!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

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

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Patientenrechte im Alltag

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

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 10.4.2019 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

QEP Datenschutz

Im Seminar werden Sie mit allen relevanten organisatorischen und technischen Aspekten vertraut gemacht. Schwerpunkte sind die gesetzlichen Grundlagen, der Umgang mit Patientendaten sowie Diskretion in der Praxis. Außerdem werden Erfordernis und Aufgaben eines Datenschutzbeauftragten besprochen.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 8.5.2019 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

Tatort Praxis

Mit aggressiven Patienten sind Ärzte und Praxismitarbeiter immer wieder konfrontiert. Das Seminar bietet Grundlagenwissen zum Thema, Tipps zur Gewaltvermeidung und ein Konzept zum richtigen Umgang mit schwierigen Patienten. Für Ärzte und Praxismitarbeiter aller Fachrichtungen.

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 22.5.2019 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 85 inkl. Imbiss + Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Fortbildung → Termine

Ansprechpartnerinnen:

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

E-Mail: qualitaetsmanagement@kvhh.de

**ARBEITS- UND
GESUNDHEITSSCHUTZ**

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 12.4.2019 (15 - 20 Uhr)

Fr. 10.5.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich. BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 8.5.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Tel: 278063-47, Fax: 278063-48 E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

**DMP PATIENTEN-
SCHULUNGEN**

Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

Termine und weitere Infos:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „DMP“ eingeben

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

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300 E-Mail: akademie@aekhh.de Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

**ARZNEIMITTEL-
KOMMISSION**

AkdÄ-Fortbildungsveranstaltung

Arzneimittel mit Suchtpotenzial – wo beginnen Missbrauch und Abhängigkeit?
Referent: Prof. Dr. Tom Bschor

Fallbeispiele zu Nebenwirkungen und Medikationsfehlern aus dem Spontanmeldesystem
Referent: Dr. Thomas Stammschulte

Besondere Risiken medikamentöser Therapie bei alten Menschen
Referent: Prof. Dr. Walter E. Haefeli

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

Sa. 27.4.2019 (10 - 13 Uhr)

Teilnahme ist kostenlos

**Ort: Ärztekammer Hamburg
Ebene 13, Raum 1 & 2
Weidestr. 122b / 22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Karoline Luzar
Tel: 030 / 400456-500
E-Mail: karoline.luzar@akdae.de

Anmeldung erfolgt über die Homepage der Ärztekammer Hamburg: www.aerztekammerhamburg.org/akademieveranstaltungen.html. Stichwort 19V0024

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Das zweite Gehirn

Stress und Bauch:
Wie der Darm unser Wohlbefinden beeinflusst
Reizdarmsyndrom - M. Crohn - Colitis ulcerosa

Referenten:
Prof. Dr. Andreas de Weerth
Dr. Rita Trettin

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 3.4.2019 (18 Uhr)

Angst- und Zwangsstörungen

Ursachen - Differentialdiagnosen - Therapieoptionen

Referentin: Dr. Rita Trettin

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 19.6.2019 (18 Uhr)

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de

**HIV-QUALITÄTSZIRKEL
DER KV HAMBURG**

**Impfungen bei HIV und anderen
Immundefekten - aktuelle Datenlage
zu VZV-Impfung**

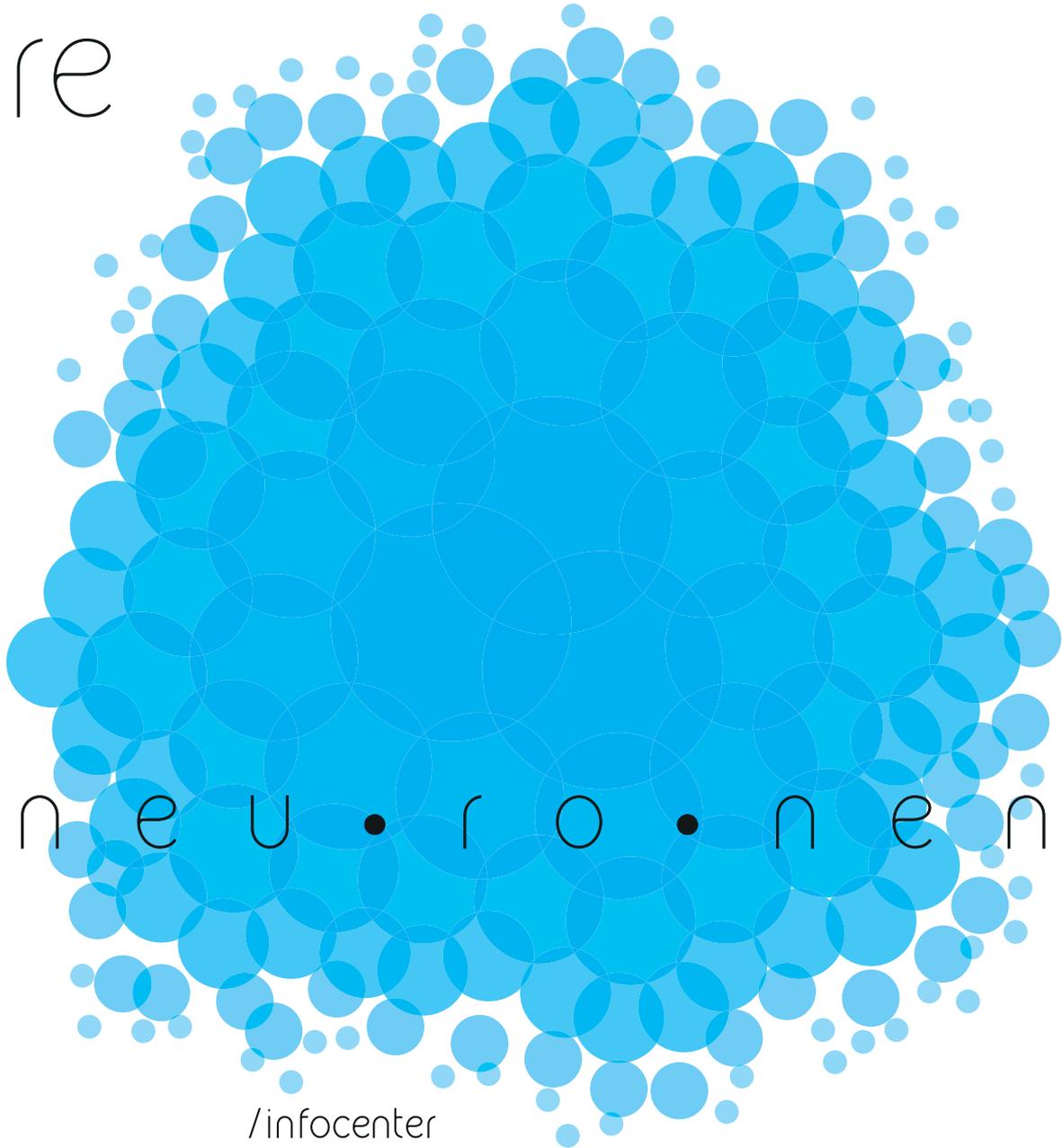
Referentin: PD Dr. Silja Bühler / Bernhard-Nocht-Insitut

Mi. 24.4.2019 (18 Uhr)

**Ort: Ärztehaus, Hugo-Niemeyer-Saal
(Saal 2), Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:
Maike Kordys, Tel: 22802-572

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!