

KVA journal

**SPEZIAL
FRAGEN
UND
ANTWORTEN**
zum Umgang
mit Versicherten-
nachweisen

YIPPIE!

*Wie Arztpraxen durch
betriebswirtschaftliches Controlling
rentabler werden*



DATENSCHUTZ

Antworten auf häufig gestellte Fragen

WISSENSCHAFT

Evidenz und Psychotherapie

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 7-8/2017 (Juli/August 2018)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Das deutsche Gesundheitswesen blickt auf unsere schöne Stadt: Mit dem „Arztruf Hamburg“ haben die Mitglieder der KV Hamburg entschieden, ein Bereitschaftsdienstkonzept umzusetzen, das in Deutschland einmalig ist, da es ein komfortables Portfolio an Leistungen rund um die Uhr bietet und damit den „klassischen“ Notfalldienst völlig neu interpretiert.

Der „Arztruf Hamburg“ wird finanziert aus den Honoraren aller hiesigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten und stellt somit eine Gemeinschaftsleistung dar, die zum Wohle der Patienten weit über die gesetzlichen Anforderungen hinausgeht und eine attraktive Entlohnung für die geleisteten Dienste ermöglicht.

Alle Dienste werden täglich – rund um die Uhr – auf freiwilliger Basis und neben der normalen Praxistätigkeit von mehreren Hundert Ärztinnen und Ärzten erbracht, in der telefonischen Beratung, im fahrenden Notdienst, in den Notfallpraxen.

Für all dies gebührt Ihnen allen unser besonderer Dank – dies sind keine alltäglichen, sondern außergewöhnliche Leistungen.

Die Öffentlichkeit, die Medien, die Politik – allenthalben ist Zustimmung und gespannte Erwartung zu vernehmen. Die Zahlen der Inanspruchnahme gehen kontinuierlich nach oben. Man hört, dass bereits nach kurzer Zeit auch das eine oder andere Krankenhaus eine Entlastung in den zentralen Notaufnahmen registriert. All dies deutet an, dass der Plan, dem Patienten rund um die Uhr einen niedrighschwelligen, komfortablen Zugang zur ambulanten Versorgung zu ermöglichen, zeitgemäß ist und den Erwartungen der Menschen entspricht.

Die KV Hamburg zeigt, dass sie ihren Sicherstellungsauftrag ernst nimmt. Der „Arztruf Hamburg“ hat das Zeug, eine Erfolgsgeschichte zu werden.

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



NACHGEFRAGT

- 06_ Ist Videotechnik für die Versorgung sinnvoll einsetzbar?

SCHWERPUNKT

- 08_ "Fokussierter, effizienter, entspannter": Wirtschaftliches Controlling in Arztpraxen

FORUM

- 14_ Accountable Care: Bessere Versorgung durch mehr Vernetzung

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.



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten zum Umgang mit Versichertennachweisen
- 19_** Streit um Finanzierung der TI-Anbindung beigelegt
Neue DMP-Teilnahmeformulare für Versicherte
- 20_** EU-Datenschutzgrundverordnung: Antworten auf häufig gestellte Fragen

QUALITÄT

- 19_** QEP-Seminar: Praxis der Zukunft

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 26_** Großes Einsparpotential bei der Verordnung von Ezetimib
- 27_** Macrogole wirtschaftlich verordnen

SELBSTVERWALTUNG

- 31_** Steckbrief: Dr. Wolfgang Wesiack

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 24_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 28_** Evidenzbasierung in der Psychotherapie

FORUM

- 32_** Leserbrief

KV INTERN

- 36_** Information: Verarbeitung personenbezogener Daten durch die KV Hamburg

TERMINKALENER

- 38_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Mauricio Bustamante; Seite 6: Michael Zapf; Seite 9, 11 und 12: Elenabsl/Fotolia; Seite 15: Felix Faller/Alinea; Seite 16: Blend11. Photo/Fotolia; Seite 18: Felix Faller/Alinea; Seite 21: iconmonstr.com; Seite 31 und 38: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

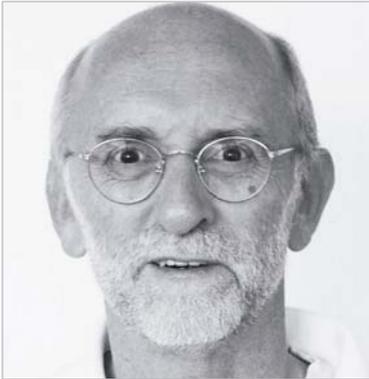
Ist Video- technik für die Versorgung sinnvoll einsetzbar?



Dr. Hans-Jürgen Juhl
HNO-Arzt in Eidelstedt und
Mitglied im Beirat des ÄrzteNetzes
Hamburg

Für einfache Verlaufs- kontrollen geeignet

Die Lockerung des Fernbehandlungsverbotes ist wohl auch eine Reaktion auf den Ärztemangel. **"Videosprechstunde" klingt gut, aber sie kann den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt nur selten ersetzen – schon gar nicht bei akuten Erkrankungen:** Im HNO-Bereich verwenden wir zur Diagnostik spezielle Instrumente wie das Ohrmikroskop, Sonographie oder Endoskope. Auch der Tastbefund ist oft sehr wichtig. Natürlich könnte man versuchen, einem Patienten in der Videosprechstunde Anweisungen zu geben: „Drücken Sie hierhin und dorthin. Macht das Schmerzen?“ Doch findet der Patient die richtige Stelle? Meiner Ansicht nach eignet sich die Videosprechstunde vor allem für einfache Verlaufskontrollen, manche Anfragen oder die Besprechung von Untersuchungsergebnissen. In diesen Fällen kann sie für Arzt und Patient eine gute Entlastung darstellen. Aber es bleiben noch einige grundsätzliche Fragen. Beispielsweise: Wer haftet für eine falsche Diagnose? Wie funktioniert die Abrechnung? Wie steht es um den Datenschutz? ■



Dr. Gerhart Glaser

Urologe in Harburg und Vorsitzender
des PraxisNetz Süderelbe



Dr. Holger Kindel

Chirurg und Wundspezialist
in Wandsbek

Im Praxisalltag kaum anwendbar

Die Videosprechstunde ist meiner Einschätzung nach nur für wenige Fälle geeignet. Ärzte könnten auf diesem Wege beispielsweise Verlaufskontrollen für Diabetiker oder Hypertoniker durchführen und auf eine Änderung der Werte reagieren. In der Urologie sehe ich keine wirklichen Anwendungsmöglichkeiten. Als Urologe brauche ich den persönlichen Kontakt. Dieses ist ärztliches Allgemeingut. Ich führe Ultraschalluntersuchungen durch, benötige Urin- und Blutproben. Insbesondere vor dem Hintergrund der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung wären Videosprechstunden nur schwer umzusetzen. **Man bräuchte eine sichere Datenleitung. Die Übertragung müsste verschlüsselt werden – auf Arzt- und auf Patientenseite. Und die Patienten müssten zukünftig eine Einverständniserklärung in Romanlänge unterschreiben. Das alles wäre ein Riesenaufwand und im Praxisalltag kaum praktikabel.** ■

Ideal für Experten- Konferenzen

Ich möchte die Telemedizin nicht mehr missen. Wir nutzen bereits seit längerem Videotechnik, um mit den Experten des Wundzentrums am UKE über problematische Fälle zu sprechen. Dabei zeigen wir – mit Einverständnis der Patienten – auch Bilder. Die sichere Übertragungstechnik stellt das UKE zur Verfügung. Auf diese Weise kann eine Konferenz hochspezialisierter Fachleute einberufen werden, ohne dass der Patient durch die Stadt fahren (oder transportiert werden) muss. Eine ähnliche Konstruktion wäre denkbar, um Patienten mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu versorgen. Auch hier würden die Patienten nicht selbst an der Videokonferenz teilnehmen. **Es wäre Aufgabe des Hausarztes, des Pflegedienstes oder des Wundteams, ein Wundboard einzuberufen und dabei auch Bilder vorzustellen. Das ist der Weg, den die Telemedizin im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden meiner Einschätzung nach nehmen kann und wird.** ■

VON TOBIAS FINN UND JENS REMMERT

Fokussierter, effizienter, entspannter

Wirtschaftliches Controlling hält
Einzug in die Arztpraxen.
Davon können Inhaber und Mitarbeiter profitieren –
und auch die Patienten.



Seit Jahren befindet sich das Gesundheitswesen in Deutschland in nachhaltigem Wandel, der sich zunehmend dynamisiert. Der Gesetzgeber hat mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem Versorgungsstärkungsgesetz die Rahmenbedingungen für die Akteure im Gesundheitswesen maßgeblich verändert. Arztpraxen, die sich mit den veränderten Rahmenbedingun-

gen nicht auseinandersetzen, drohen wichtige Anteile an der Versorgung zu verlieren.

Der Gesundheitsmarkt gilt als stabile Wirtschaftsgröße mit guten Renditen, was zu einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens führt, die mit Veränderungs- und Innovationsdruck einhergeht. Der Trend zu überörtlichen Strukturen setzt sich fort.

Großinvestoren nehmen die Möglichkeit wahr, sich in einem profitablen Markt zu positionieren. Die zunehmende Wettbewerbssituation, die professionelle Nutzung von betriebswirtschaftlichen Vorgehensweisen durch neue Mitbewerber und die veränderte Ertragsituation zwingen die Arztpraxen zum Handeln. In diesem Wettbewerb werden zunehmend jene Ärzte erfolgreich



Veränderungsdruck: Der Trend zu überörtlichen Strukturen setzt sich fort.

sein, die neben dem ärztlichen Aufgabenbereich auch ihr unternehmerisches Profil weiterentwickeln.

Standortbezogene Analysen und der Vergleich mit Mitbewerbern im Markt ermöglichen eine größere Transparenz der eigenen Praxis und Marktposition und einen detaillierten Überblick über die Auslastung und Rentabilität einzelner Leistungsbereiche. Zum einen hilft

dies, eigene Schwerpunkte deutlicher hervortreten zu lassen und sich selbst als „Marke“ zu definieren. Zum anderen lassen sich damit auch Gemeinsamkeiten mit Mitanbietern erkennen, die der Grundstein für eine Kooperation sein können. Grundsätzlich gilt es, die eigene Position im Markt zu erkennen, um zukunftsweisende Entscheidungen treffen zu können.

Noch ist die Einzelpraxis das vorherrschende Modell der freiberuflichen Tätigkeit, sie wird aber zunehmend von Gemeinschaftspraxen und MVZ abgelöst und damit von Versorgungseinheiten, die angestellte Ärzte beschäftigen. Zudem führen interdisziplinäre Behandlungspfade zwischen kooperierenden freiberuflichen Ärzten – analog zu strukturierten Versorgungsformen in →

→ MVZ – zu einem höheren Organisationsgrad. Bestimmte Fachgruppen werden sich zunehmend in konzernähnlichen Strukturen organisieren.

Nicht jeder Arzt mag seine Berufung in der wirtschaftlichen Führung einer Praxis sehen, da dies nicht zwingend Teil seines beruflichen Selbstverständnisses ist, dennoch sollte man an dieser Stelle nicht zwischen ethisch-moralischen Bedenken und zwingenden wirtschaftlichen Notwendigkeiten polarisieren und wirtschaftlichen Erfolg in der Medizin als verwerflich betrachten. Eine gut funktionierende Praxis ist für alle Seiten, den Arzt, das Personal und nicht zuletzt die Patienten von Vorteil.

Am Beginn der wirtschaftlichen Planung steht eine Bestandsaufnahme, die die Stärken und Schwächen der Praxis aufzeigt. Sind diese erkannt, können Ziele definiert und entsprechende Maßnahmen festgelegt werden. Hierbei ist zu beachten, dass die Ziele messbar sowie realistisch sind und man einen Zeitrahmen zum Erreichen der Ziele setzt.

Es ist sinnvoll, zunächst einen Blick auf die Zusammensetzung der Praxisumsätze zu werfen. Grundlage hierfür bildet die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) beziehungsweise der Jahresabschluss des Steuerberaters, der die Umsätze einzelnen Gruppen zuordnet wie Kassen- und Privatabrechnung, Sonstige und BG und deren Höhe abbildet. Nimmt man die Angaben aus den KV-Abrechnungen wie zum Beispiel die GOP-Statistiken hinzu, kann man den Umsatz der Kassenabrech-

nung auf verschiedene Leistungsbe- reiche aufschlüsseln. Gleiches gilt für die Privatabrechnung, legt man die Daten aus dem Praxisinformati- onssystem zugrunde beziehungsweise Statistiken von Zahlungsdienstleis- tern. Grundsätzlich gilt es, innerhalb der GOP logische Gruppen zu bilden, sei es nach Indikationen, Behandlun- gen, Körperregionen oder techni- schen Modalitäten, je nach Schwer- punkt oder Ausrichtung der Praxis.

Um Aussagen über rentable und unrentable Bereiche treffen zu kö- nnen, sind analog der Umsatzaufspli- tung auch die anfallenden Kosten in geeigneter Weise zu schlüsseln. Insbesondere gerätebezogene Auf- wendungen sowie Ausgaben für Pra- xisbedarf können in der Regel ein- zelnen Untersuchungsspektren und Umsatzgruppen zugeordnet werden. Nicht direkt zurechenbare Kosten wie Personalkosten für Anmeldung und Schreibkräfte sowie Versiche- rungen und Flächenmieten können nach einem Maßstab wie zum Bei-

Viele Praxen entwickeln neben dem ärztlichen Bereich auch ihr unternehmerisches Profil weiter.

spiel Patientenzahl oder Umsatz aufgeteilt werden. Ein Vergleich der geschlüsselten Umsätze mit den ebenfalls geschlüsselten Kosten zeigt nun profitable und weniger profitab- le Leistungsbereiche auf. Nun gilt es, Ziele für die weniger profitablen Be- reiche zu definieren, wie etwa Kosten- senkung, Optimierung von Abläufen oder Schwerpunktverlagerung – und

geeignete Maßnahmen zu deren Er- reichen zu ergreifen. Die erstellte Umsatz- und Kostenübersicht dient als Basis für weitere Planungen und als Führungsinstrument zur laufen- den Kontrolle der definierten Maß- nahmen. Sie ist stets aktuell zu führen. Pläne und Ziele sind laufend auf ihren Erfolg hin zu überprüfen und gegebe- nenfalls zu adjustieren.

In einem weiteren Schritt sollte die Abrechnung der durchgeführten Behandlungen und Untersuchungen auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden. In den meisten Praxen sind Abrechnungsketten zu den einzelnen Untersuchungen für die Bereiche EBM und GOÄ in Praxisinformati- onssystemen hinterlegt. Diese Ketten gilt es auf Vollständigkeit und kor- rekte Wahl der Gebührenordnungs- positionen zu überprüfen. Hierbei ist die individuelle Durchführung der Behandlung in der Praxis ausschlag- gebend. Oftmals fehlen zum Teil Rechnungspositionen, sodass Um- sätze aus durchgeführten Behand- lungen gar nicht erst zur Abrechnung gebracht werden. Im GOÄ-Bereich sollte das Augen- merk zusätzlich auf die adäquate Verwendung der GOÄ-Steigerungs- faktoren gelegt werden. Im Benchmark mit Ih- ren Fachgruppenkolle-

gen sowie der Frequenzstatistik kann die Abrechnungshäufigkeit einzelner GOP, extrabudgetärer Leistungen sowie ILB-bezogener Umsätze beur- teilt werden. Hier finden sich bereits wichtige Anhaltspunkte für Schwer- punktbildung und Besonderheiten Ihrer Praxis.

Anschließend rückt die un- terschiedliche Honorierung der



Umsatz- und Kostenübersicht nach Leistungsbereichen: Sind Verbesserungen möglich?

Leistungsbereiche vor dem Hintergrund der regionalen Honorarverteilungsverträge in den Fokus der Umsatzpotenzialanalyse. Darüber hinaus ist zu untersuchen, inwiefern Fallzahlzuwachsbegrenzungen, Plausibilitätszeiten und andere Obergrenzen der Budgetierung erreicht werden. Die Rentabilität einzelner Untersuchungsgruppen kann mit obiger Kosten- und Aufwandsschlüsselung praxisindividuell zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit herangezogen werden. An dieser Stelle ist es möglich, das Erreichen bestimmter Fallzahlen im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt als Ziel zu definieren. Das mögliche Umsatzpotential ist auf dieser Planungsbasis zuverlässig für den KV-Bereich sowie den GOÄ-Bereich zu kalkulieren.

Die vertiefte Auseinandersetzung mit den Themen Rentabilität

von Untersuchungen, Abrechnung und Honorierung identifiziert bei Vergleich der Patientenzahlen nach Kostenträgern auch Auffälligkeiten über die eigene Marktpositionierung. Es wird deutlich, ob die Praxis über das gesamte Untersuchungsspektrum erfolgreich im Wettbewerb besteht oder sich die zuweisenden Kollegen und Patienten zum Teil auf wenige Fragestellungen fokussieren. Mit anderen Worten, eine Beschäftigung mit dem Patientenaufkommen nach Kostenträgern und Zuweiserpraxen kann wichtige Aussagen über die Wahrnehmung der Praxis von außen hinsichtlich Qualität, Leistungsumfang und Spezialisierung beziehungsweise Subspezialisierung geben. Darüber hinaus zeigen sich möglicherweise Veränderungen im Zuweiserverhalten, die ein kollegiales Gespräch nahelegen. Der Arzt wird heute zu-

nehmend als Dienstleister wahrgenommen – von den Patienten, aber auch von den zuweisenden Kollegen. Gegebenenfalls sind aus diesen Ergebnissen auch Korrekturen in der Außendarstellung beziehungsweise weiterführende Marketingmaßnahmen abzuleiten.

Zuweiser- und Empfehlungsstrukturen sind über Jahre organisch gewachsen und von einem hohen gegenseitigen Vertrauensverhältnis verschiedener Fachgruppen gekennzeichnet. Diese bestehenden Netzwerke können auch unter dem Aspekt einer freiberuflichen Praxisausrichtung weiter ausgebaut werden. Das Ziel ist hierbei, eine gemeinsame Steigerung der Prozessqualität und eine vergleichbare Auswertbarkeit der Behandlungsergebnisse zu schaffen.

Ein wichtiger Faktor, um Prozesse und Arbeitsabläufe zu er- →



Prozessoptimierung: Klare Zuordnung von Aufgaben, Befugnissen und Verantwortlichkeiten

→ leichtern oder zu verbessern und so vor allem beim Personaleinsatz Zeit und Kosten einzusparen, ist eine optimierte Organisation.

Die Vorteile einheitlicher, optimierter Prozesse liegen in einer geringeren Fehlerquote, niedrigeren Kosten und einem flexibleren Mitarbeiterinsatz. Ein überschaubarer und planbarer Arbeitsalltag verhindert Redundanzen und erlaubt es jedem Praxismitglied, seine Arbeitskraft optimal einzubringen. Dies vermeidet Stress auf allen Arbeitsebenen, zumal es sich vielfach um Routinearbeiten handelt. Die Verpflichtung zur Einführung des Qualitätsmanagementsystems, besonders die Erstellung eines Handbuchs, ist der Versuch des Gesetzgebers, eine optimierte Organisation zu gewährleisten und eine Beschäftigung mit den Prozessen auf Ebene der Praxen zu veranlassen.

Eine klare Zuordnung von Aufgaben, Befugnissen und Verantwortlichkeiten erleichtert es sowohl dem Praxisinhaber als auch den Mitarbeitern, die Anforderungen des Praxi-

salltags effizient zu bewältigen und Unstimmigkeiten zu vermeiden. Klar abgegrenzte Aufgabenbereiche, nachvollziehbare Handlungsabläufe und klar definierte Schnittstellen wirken sich in der Regel positiv auf das Betriebsklima aus, Überforderungen einzelner Mitarbeiter werden vermieden, die Mitarbeiterzufriedenheit steigt. Hilfreich ist an dieser Stelle die Erstellung eines Organigramms, welches bei Fragen zur Zuständigkeit von den Mitarbeitern herangezogen werden kann und sollte. Arbeitsplatzbeschreibungen bieten eine weitere Möglichkeit, für Klarheit zwischen den Anforderungen des Praxisinhabers und den Aufgabenbereichen der Mitarbeiter zu sorgen. Je nach Größe der Praxis und des Mitarbeiterstabes ist zu überlegen, ob eine Führungskraft den Arzt in seiner administrativen Arbeit unterstützen kann und als Schnittstelle zu den anderen Mitarbeitern fungiert oder ob diese Aufgaben auf mehrere Personen verteilt werden sollten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine vertiefte Auseinan-

dersetzung mit der Marktposition der eigenen Praxis und der Prozesse, die über das bisherige QM und einer einfachen Betrachtung der BWA hinausgeht, einen gesteigerten Erfolg verspricht. Dies nicht nur in wirtschaftlicher Hinsicht, sondern auch qualitativ und mit Blick auf eine angemessene Work-Life-Balance aller Praxismitglieder. Wir möchten uns den Worten Thomas Edisons anschließen: „Es ist besser, unvollkommen anzupacken, als perfekt zu zögern.“ Daher wagen Sie den Schritt auf bisher unbekanntes Terrain und starten Sie neu in den Wettbewerb. ■



TOBIAS FINN, geschäftsführender Gesellschafter der auf das Gesundheitswesen spezialisierten Dörsing Unternehmensberatung in Berlin



JENS REMMERT, Bereichsleiter Recht der KV Hamburg, LL.M., Rechtsanwalt (Syndikusrechtsanwalt), Fachanwalt für Medizinrecht

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!

VON DR. ANNEMARIE SCHULTZ UND DR. EMMANUELLE BRUA

Bessere Versorgung durch mehr Vernetzung

Es kann vorkommen, dass verschiedene Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam einen und denselben Patienten behandeln, ohne davon zu wissen. Ein Forschungsprojekt will diese informellen Netze sichtbar machen – und den Informationsaustausch stärken.

Die Patientenversorgung im deutschen Gesundheitswesen wird von etwa 380.000 Ärzten und Psychotherapeuten sichergestellt; davon sind über 185.000 im ambulanten Bereich tätig (1). Patienten werden gemeinsam von Hausärzten und anderen spezialisierten Fachärzten versorgt; nicht selten sind im Verlauf auch Krankenhausärzte an der Versorgung beteiligt.

Ärzte und Psychotherapeuten wissen unter anderem aufgrund der freien Arztwahl und der sektoralen Trennung bei der Behandlung in vielen Fällen nicht oder mit Verzögerung, wen der Patient außer ihnen noch aufsucht. Daraus resultierend ist die Zusammenarbeit und intersektorale Vernetzung noch ausbaufähig. Es wird angenommen, dass die fehlende Kenntnis über die

gemeinsame Versorgung Folgen wie Polymedikation, Doppeluntersuchungen aber auch eine unzureichende Weiterversorgung nach Klinikentlassungen begünstigt.

Ein möglicher Ansatz zur Stärkung der Versorgungsqualität ist eine Intensivierung der patientenzentrierten, sektorenübergreifenden Vernetzung und Zusammenarbeit (2), zu welcher das durch den In-

Was ist ACD?

ACD steht für Accountable Care in Deutschland und ist ein Forschungsprojekt, in welchem untersucht wird, ob durch eine aktive Vernetzung von Ärzten und Psychotherapeuten sowie eine Abstimmung über die Behandlung der Patienten die Patientenversorgung gestärkt werden kann.

Das ACD-Projekt wird im Bereich Versorgungsforschung durch den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses aus Mitteln des Innovationsfonds gefördert. Initiatoren des Projekts sind

die KV Hamburg, die KV Schleswig-Holstein, die AOK Rheinland/Hamburg, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) und die Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Konsortialpartner sind die KVen Hamburg, Nordrhein, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe, die LMU, die Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, die Medizinische Hochschule Hannover, das Zi, die Techniker Krankenkasse (TK) sowie die Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg und AOK Nordwest.





Das ACD-Team in Hamburg: Dr. Annemarie Schultz (links) und Dr. Emanuelle Brua

novationsfonds des G-BA geförderte Projekt Accountable Care in Deutschland (kurz ACD) einen Beitrag leisten will.

Im Rahmen des Projektes sollen Versorgungsstrukturen in vier verschiedenen KV-Regionen (Hamburg, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe und Nordrhein) untersucht werden.

Auf Basis von Routinedaten werden Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhausabteilungen identifiziert, die eine relevante Anzahl von Patienten gemeinsam behandeln und somit auch gemeinsam für diese „verantwortlich“ (accountable) sind. Im Anschluss werden diese Netzwerk-Ärzte und -Psychotherapeuten zu Treffen eingeladen, um sich über die Versorgung in ihrem informellen Netzwerk auszutauschen und spezifische Behandlungspfade mit lokaler Relevanz für die Versorgung ihrer Patienten

zu entwickeln. Als Unterstützung für die interdisziplinäre Zusammenarbeit erhalten die Netzwerke regelmäßig netzwerkspezifische Informationen zu verschiedenen Indikatoren zur gemeinsamen Behandlung und werden durch einen ärztlichen Moderator begleitet. Während der zweijährigen Projektlaufzeit werden je Netzwerk vier dieser Treffen stattfinden.

Die Vorbereitungen zur Interventionsstudie laufen bereits. Anfang Juli 2018 werden wir mit dem Versand der schriftlichen Einladungen an Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten beginnen, die an informellen Netzwerken beteiligt sind. Diese Ärzte und Psychotherapeuten wollen wir zu einem Mitwirken am ACD-Projekt einladen. Das ACD-Team der KV Hamburg freut sich sehr auf einen spannenden Austausch in den Netzwerktreffen. ■

Kontakt zum ACD-Team der KV Hamburg:

Dr. Annemarie Schultz
(Projektkoordinatorin)
E-Mail: annemarie.schultz@kvhh.de
Tel: 22 802 - 425

Dr. Emanuelle Brua
(beratende Ärztin)
E-Mail: emmanuelle.brua@kvhh.de
Tel: 22 802 - 439

Weitere Informationen zum Projekt:
www.acd-projekt.de

1. Mischkalkulation auf Basis von Daten der Bundesärztekammer (2016): Ärztestatistik 2016: Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich und der Bundespsychotherapeutenkammer (2016): Psychotherapeutendatei (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten).

2. Baier, R. R., Limpahan, L. A., Butterfield, K., Marsella, M., Gravenstein, S., und Gardner, R. L. (2014). Is audit and feedback associated with increased hospital adherence to stand-ards for communication during patient care transitions? *J. Hosp. Adm.* 3, 1–7.

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

Immer wieder stehen Patienten am Empfangstresen, die ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) vergessen haben. Wie können wir den Anteil solcher Patienten verringern?

Der Patient sollte nach Möglichkeit schon im Vorwege darauf hingewiesen werden, dass er am Behandlungstag zwingend einen Versicherungsnachweis (eGK oder Anspruchsnachweis gemäß § 19 Abs. 2 BMV-Ä) vorlegen muss.

Unser Patient hat keine eGK dabei, stattdessen aber einen gültigen Anspruchsnachweis (i.S. v. § 19 Abs. 2 BMV-Ä). Was für Besonderheiten ergeben sich bei der Aufnahme?

Bitte übernehmen Sie die Stammdaten aus der Bescheinigung manuell in Ihr Praxisverwaltungssystem. Eine Unterschrift des Patienten auf dem Abrechnungsschein ist nicht erforderlich. Die eGK muss nicht nachgereicht werden. Den Anspruchsnachweis („Mitgliedsbescheinigung“) stellt die Krankenkasse nur im Ausnahmefall zur Überbrückung von Übergangszeiten aus, bis der Versicherte eine eGK erhält.



Unser Patient kann beim ersten Besuch im Quartal weder eine gültige eGK noch einen gültigen Anspruchsnachweis vorlegen. Wie ist nun zu verfahren?

Ihr Patient hat die Möglichkeit, bis zum Quartalsende eine gültige eGK oder einen gültigen Anspruchsnachweis nachzureichen. Frühestens zehn Tage nach der ersten Inanspruchnahme darf der Vertragsarzt eine Vergütung fordern. Diese muss allerdings zurückerstattet werden, wenn Ihr Patient eine gültige eGK oder einen gültigen Anspruchsnachweis seiner Krankenkasse bis zum Quartalsende vorlegt. Deshalb ist es sinnvoll, eine Privatliquidation erst nach Ablauf des Quartals auszustellen. Es wird zudem empfohlen, den Patienten schriftlich darüber zu informieren, dass bei Nichtvorlage eines gültigen Versicherungsnachweises bis zum Ende des Quartals eine Privatliquidation erfolgt. Wir raten Ihnen in solchen Fällen, die Identität des Patienten für die etwaige Erstellung der Privatliquidation zu überprüfen und zu dokumentieren (Personalausweis etc.). Verordnen Sie dem Patienten



SPEZIAL
FRAGEN
UND
ANTWORTEN
 zum Umgang
 mit Versicherten-
 nachweisen

Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel, so erfolgt dies auf einem Privatrezept. Vermerken Sie hierbei anstelle des Kassennamens den Hinweis „ohne Versicherungsnachweis“. Ihr Patient trägt die Kosten in diesem Fall selbst, kann aber versuchen, sich das Geld von seiner Krankenkasse erstatten zu lassen. Noch ein Hinweis: Nach §13 Abs. 7 BMV-Ä sind Sie in diesem Fall berechtigt, die Behandlung zu verweigern. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für die nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten und auch nicht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Uns stellt sich ein Patient mit einer eGK ohne Lichtbild vor. Ist eine eGK ohne Lichtbild überhaupt zulässig?

Ja, hier handelt sich dennoch um einen gültigen Versichertenachweis. Es bestehen für bestimmte Versichertengruppen Ausnahmeregelungen von der Lichtbildverpflichtung. Folgende Versichertengruppen unterliegen nicht der Lichtbildverpflichtung:

- Versicherte unter 15 Jahren
- Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist

Bei einer eGK ohne Lichtbild beschränkt sich die Verpflichtung zur Identitätsprüfung auf die Angaben zum Alter und zum Geschlecht

Wir können die eGK unseres Patienten nicht einlesen, da unser Kartenlesegerät defekt ist. Dürfen wir ein Ersatzverfahren anlegen?

Ja. In diesem Fall ist das Anlegen eines Ersatzverfahrens zulässig (nach Ziffer 2.4. Anhang 1 zu Anlage 4a BMV-Ä). Der Patient muss durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein bestätigen, dass für ihn Versicherungsschutz besteht. Dies gilt nicht für Vordruckmuster 19, sofern es im Notfalldienst verwendet wird. Sollte es im weiteren Verlauf des Quartals möglich sein, die eGK des Versicherten einzulesen, ist der Abrechnungsschein in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) zu aktualisieren.

Unser Patient legt eine eGK vor, die ihm nicht eindeutig zuzuordnen ist. Wie ist nun weiter vorzugehen?

Wird die eGK eindeutig missbräuchlich verwendet, darf sie nicht akzeptiert werden. Wird trotz erkennbar missbräuchlicher Verwendung der eGK eine Leistung erbracht oder eine Verordnung in Anspruch genommen, kann die Krankenkasse dafür vom Arzt gegebenenfalls Schadenersatz verlangen (§ 48 Abs. 4 BMV-Ä). Sie sind verpflichtet, die betroffene Krankenkasse zu informieren. Wir empfehlen, sich die Mitteilung über eine offensichtlich unzulässige Verwendung der eGK schriftlich durch die Krankenkasse bestätigen zu lassen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die Krankenkasse Ihnen gegenüber später Schadenersatz geltend macht. →

→ **Ich hatte beim Hausbesuch kein mobiles Lesegerät zur Verfügung, so dass die eGK nicht eingelesen werden konnte. Darf ich ein Ersatzverfahren anlegen?**

Ja, in diesem Fall ist das Anlegen eines Ersatzverfahrens zulässig (Ziffer 2.4 Anhang 1 zu Anlage 4a BMV-Ä). Der Patient muss durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein bestätigen, dass für ihn Versicherungsschutz besteht.

Dies gilt nicht für Vordruckmuster 19, sofern es im Notfalldienst verwendet wird. Sollte es im weiteren Verlauf des Quartals möglich sein, die eGK des Versicherten einzulesen, ist der Abrechnungsschein in Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) zu aktualisieren.

Unser Patient hat uns eine eGK vorgelegt, bei der sich im Nachhinein herausstellt, dass sie zum Zeitpunkt des Einlesens nicht gültig war. Sind wir für den entstandenen Schaden haftbar?

Nein, sofern der Missbrauch für Sie nicht erkennbar war, besteht Ihrerseits keine Haftung (§ 48 Abs. 4 BMV-Ä).

Ein Patient stellt sich lediglich mit einem Überweisungsschein in meiner Praxis vor. Eine eGK oder einen Anspruchsnachweis kann er nicht vorlegen. Dürfen wir die Daten des Überweisungsscheins übernehmen und ein Ersatzverfahren anlegen?

Nein, ein Überweisungsschein ist kein gültiger Versichertenachweis. Das Anlegen eines Ersatzverfahrens ist in diesem Fall nicht zulässig. Die Vorgehensweise ist in diesem Fall analog

zum Fallbeispiel „Patient kann weder eine eGK noch einen Anspruchsnachweis vorlegen“ (Seite 16, rechte Spalte). Das heißt: Nachreichung der eGK oder eines Anspruchsnachweises bis zum Quartalsende möglich; Privatliquidation frühestens 10 Tage nach erster Inanspruchnahme möglich, etc.

Eine tabellarische Übersicht mit Fallbeispielen zum Umgang mit Versichertenachweisen finden Sie auf unserer Website: www.kvhh.de → Praxis-IT & Telematik → Elektronische Gesundheitskarte

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



Streit um Finanzierung der TI-Anbindung beigelegt

Die Finanzierung der Hardware für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) ist vorerst gesichert. Die KBV konnte sich mit dem GKV-Spitzenverband darauf einigen, dass die Erstausrüstungspauschalen ab dem dritten Quartal angehoben werden. Diese Anpassung war notwendig, da die Praxen sonst möglicherweise auf den Kosten sitzengeblieben wären.

Ab Juli erhalten Praxen für den Konnektor mehr Geld als bislang vereinbart war. Im dritten Quartal sind das 1.719 Euro, ab dem vierten Quartal 1.547 Euro. Hinzu kommen wie bisher jeweils 435 Euro für ein Kartenterminal; bei größeren Praxen für zwei oder drei Terminals.

KBV und Krankenkassen gehen davon aus, dass es in den nächsten Monaten – wie von der Industrie schon seit langem zugesagt – mehrere Anbieter von Konnektoren geben wird. Dies sollte zu einer Senkung der Angebotspreise führen. ■

Weiterer Anbieter für Praxisausweis zur TI-Anbindung

Für den elektronischen Praxisausweis zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (SMC-B Card) gibt es jetzt einen weiteren Anbieter. Neben der Bundesdruckerei hat nun auch die Firma Medisign eine Zulassung der Gematik und der KBV erhalten. ■

Zu den Antragsportalen für die SMC-B Card der Bundesdruckerei und von Medisign gelangen Sie über unsere Webseite:

www.kvhh.de → Praxis-IT & Telematik → Telematikinfrastruktur

Ansprechpartner: Infocenter, Tel. 22802-900

Neue DMP-Teilnahmeformulare für Versicherte

Seit dem 25. Mai 2018 gibt es für die DMP-Verträge neue Teilnahmeformulare für Versicherte:

- TE/EWE Diabetes mellitus 010F
- TE/EWE Brustkrebs 020E
- TE/EWE Koronare Herzkrankheit 030D
- TE/EWE Asthma bronchiale 050C
- TE/EWE COPD 060D
- TE/EWE Indikationsübergreifend 070C

Die Formulare wurden an die Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) angepasst. Innerhalb einer Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2018 konnten noch die alten Teilnahmeformulare verwendet werden. Ab dem 1. Juli 2018 dürfen nur noch die neuen Formulare verwendet werden. ■

Ansprechpartner: Infocenter, Tel. 22802-900

QEP-Seminar: Praxis der Zukunft

Die neuen Medien werden zunehmend den Praxistag bestimmen. Dieses Seminar zeigt, wie man Praxisprozesse auf moderne Weise steuern kann. Es beantwortet die Frage, was E-Health, Apps und Wearables bringen, ob das Internet Feind oder Freund und Mitarbeiter der Praxis ist und wie man das Qualitätsmanagementsystem zukunftsfähig macht.

Das Seminar richtet sich sowohl an Praxisinhaber als auch an Praxispersonal. ■

Termin: Mi. 5.9.2018 (14 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 85 inkl. Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ansprechpartnerinnen:

Birgit Gaumnitz,

Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer,

Tel: 22802-858

Sensible Daten in der Arztpraxis

Das neue Datenschutzrecht betrifft alle Praxen. Die Antworten zu einigen Fragen, die uns immer wieder gestellt werden, haben wir hier für Sie zusammengefasst.

PRAXIS-DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER

In welchen Fällen benötigt eine Praxis einen eigenen Datenschutzbeauftragten?

Praxen oder MVZ benötigen einen Datenschutzbeauftragten, wenn dort in der Regel mindestens zehn Personen automatisiert personenbezogene Daten verarbeiten. Das hat die Konferenz der unabhängigen Datenschutzbehörden am 26. April 2018 klargestellt (gem. §38 BDSG). Diese Vorgabe gilt „je Kopf“, also für Ärzte und MFA unabhängig vom Tätigkeitsumfang (Vollzeit, Teilzeit). Darüber hinaus kann es aber auch weitere Konstellationen geben, in denen ein Datenschutzbeauftragter benötigt wird (z.B. Verarbeitung von Gesundheitsdaten in großem Maßstab, sensible Daten, wie beispielsweise genetische Daten). Ob dies für Ihre Praxis im Einzelfall zutrifft, kann Ihnen der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit sagen (Kontaktdaten siehe Seite 23).

Wir sind eine überörtliche BAG. An dem einen Standort sind sieben Mitarbeiter und an dem anderen Standort sind drei Mitarbeiter beschäftigt. Müssen wir für den Standort mit weniger Mitarbeitern auch einen Datenschutzbeauftragten benennen?

Wenn alle (insgesamt zehn) Mitarbeiter der beiden Standorte Zugriff auf dieselben Daten

haben, dann benötigen Sie einen Datenschutzbeauftragten. Dieser Datenschutzbeauftragte ist für beide Standorte zuständig.

Welche Kurse müssen besucht werden, damit man als Datenschutzbeauftragter bestellt werden kann?

Der Datenschutzbeauftragte muss eine Fachkunde haben. Hierzu gibt es aber keine gesetzlichen Vorgaben. Ob diese Fachkunde in einem Mehr-Tages-Kurs, einem Zwei-Stunden-Kurs oder im Selbststudium erworben werden muss, ist nicht geregelt. Die KV kann keine Empfehlungen geben, welche Anbieter geeignet sind.

Wen soll ich in der Patienteninformation als Datenschutzbeauftragten eintragen?

Den Datenschutzbeauftragten Ihrer Praxis. Sollten Sie einen externen Datenschutzbeauftragten haben, nennen Sie diesen. Sollten Sie keinen Datenschutzbeauftragten haben, dokumentieren Sie dies kurz in Ihren Unterlagen (z. B. „weniger als zehn Personen mit der automatisierten Verarbeitung von personenbezogenen Daten beschäftigt“). In einem solchen Fall schreiben Sie „nicht erforderlich gemäß §38 BDSG“ in das Feld.



PATIENTENINFORMATION

Wo sollen wir die Patienteninformation aushängen?

Die Patienteninformation muss für den Patienten gut sichtbar an der Anmeldung ausgehängt werden. Ob Sie zusätzlich Ausdrucke im Wartezimmer auslegen, ist Ihnen überlassen. Sollte ein Patient wünschen, einen Ausdruck zu erhalten, ist dem nachzukommen.

Wir sind eine Praxisgemeinschaft mit gemeinsamem Empfang. Müssen wir für jeden Arzt eine eigene Patienteninformation erstellen?

Nein. Die Praxisgemeinschaft kann eine gemeinsame Patienteninformation verwenden. Allerdings sollte darauf hingewiesen werden, dass es sich um eine Praxisgemeinschaft handelt und dass der Patient sich bei Fragen an seinen behandelnden Arzt beziehungsweise dessen Datenschutzbeauftragten wenden soll.

Muss jeder Patient unterschreiben, dass er die Patienteninformation gelesen hat?

Nein, das ist nicht nötig.

FORMULARE UND MUSTER

Wo finde ich Mustervorlagen für die „Patienteninformation“ und andere Dokumente, die ich laut EU-Datenschutzgrundverordnung bereithalten muss?

Mustervorlagen finden Sie hier: www.kvhh.de
→ Recht und Verträge → Datenschutz

EINWILLIGUNG

Wie ist eine Einwilligung zur Datenverarbeitung einzuholen?

Die Einwilligung kann schriftlich in Textform, elektronisch oder mündlich erteilt werden. Eine Dokumentation der mündlich erklärten Einwilligung in Ihrem Praxisverwaltungssystem kann der notwendigen Nachweisführung dienen. Wegen der Nachweis- und Rechenschaftspflicht ist es jedoch ratsam, dass die Einwilligung schriftlich eingeholt wird.

In welchen Fällen muss ein Patient eine Einwilligung erteilen?

Hier gilt folgender Grundsatz: Daten, die aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe verarbeitet werden, bedürfen keiner Einwilligungserklärung. Dies bedeutet:

- Für die Daten, die Sie aufgrund des gesetzlichen Sicherstellungsauftrages an die KV →



→ oder die Krankenkassen übermitteln, muss der Patient keine Einwilligung unterschreiben. Hierzu genügt es, wenn Sie Ihre Patienten anhand eines Praxisaushanges über die Datenverarbeitung informieren.

- Für Daten, die nicht aufgrund gesetzlicher Vorgaben verarbeitet werden, muss der Patient vorab eine Einwilligungserklärung erteilen. Eine schriftliche Einwilligung des Patienten ist zum Beispiel einzuholen, wenn Patienten an Selektivverträgen (DMP etc.) teilnehmen oder wenn Sie die Abwicklung von Privatrechnungen über eine Verrechnungsstelle laufen lassen.

- Nach wie vor wird eine schriftliche Einwilligung des Patienten benötigt, wenn Behandlungsdaten und Befunde zwischen Haus- und Fachärzten übermittelt werden. Dies ist geregelt in § 73 Abs. 1b SGB V und unter Punkt Nr. 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Wenn z. B. ein Facharzt aufgrund einer Überweisung von einem Hausarzt an einem „Behandlungsvorgang“ beteiligt ist, ist es ausreichend, wenn der Überweiser die Einwilligungserklärung vom Versicherten unterschreiben lässt und dieses auf dem Überweisungsschein vermerkt.

Eine Übersicht der Mindestaufbewahrungsfristen ärztlicher Aufzeichnungen finden Sie hier: www.kvhh.de → Recht und Verträge → Datenschutz → Aufbewahrungsfristen ärztlicher Aufzeichnungen.

AUFTRAGSVERARBEITUNG:
ZUSAMMENARBEIT MIT DIENSTLEISTERN

Zählt die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und mit der KV Hamburg auch zur Auftragsverarbeitung im Zusammenhang mit Dienstleistern?

Nein, die Datenverarbeitung mit der KV oder den Krankenkassen ergibt sich aus dem gesetzlichen Auftrag nach SGB V.

Wird für unsere Zusammenarbeit mit Apotheken ein Auftragsverarbeitungsvertrag benötigt?

Nein, es ist die Pflicht einer Apotheke, die Datenschutzbestimmungen zu befolgen.

AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Dürfen wir die Patientenunterlagen länger als zehn Jahre aufbewahren?

Ja. Die Zehn-Jahresfrist ist eine Mindestaufbewahrungsfrist. Nach Ablauf dieser Frist kann ein Patient die Löschung seiner personenbezogenen Daten verlangen, wenn diese nicht mehr notwendig sind.



AUFSICHTSBEHÖRDE

Wie lautet die Anschrift der für Datenschutz zuständigen Aufsichtsbehörde?

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
 Prof. Dr. Johannes Caspar
 Kurt-Schumacher-Allee 4
 20097 Hamburg (6. OG)
 Tel: 42854-4040
 mailbox@datenschutz.hamburg.de
<https://datenschutz-hamburg.de>

Welche Aufsichtsbehörde trage ich auf der Patienteninformation zum Datenschutz ein?

Hier tragen Sie die Daten des Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit ein (siehe oben).

KORRESPONDENZ PER FAX, E-MAIL, TELEFON

Dürfen wir Patientenunterlagen noch per Fax versenden?

Grundsätzlich ist von der Versendung von Patientenunterlagen per Fax abzuraten. In den Einzelfällen, in denen Unterlagen per Fax versendet werden, muss eine Einwilligung des Patienten vorliegen. Beim Versenden muss sichergestellt sein, dass nur der Empfänger selbst

oder ausdrücklich dazu ermächtigte Dritte vom Inhalt des Schreibens Kenntnis erhalten. Dies kann zum Beispiel dadurch erreicht werden, in dem das Fax vorab per Telefon beim Empfänger angekündigt wird.

Dürfen wir mit Patienten per E-Mail kommunizieren?

Grundsätzlich ist von der Datenübermittlung per E-Mail abzuraten. E-Mails sollten nur verschlüsselt versendet werden. Es sollte sichergestellt sein, dass der Patient mit dieser Form der Datenweitergabe einverstanden ist.

Können wir Patienten Befunde per Telefon mitteilen?

Ja, wenn Sie sich vergewissern, dass Sie mit dem Patienten sprechen – zum Beispiel durch Abfragen des Namens und des Geburtsdatums.

Einen Überblick, was Praxen konkret unternehmen müssen, um den neuen Datenschutzerfordernissen zu genügen, finden Sie im KVH-Journal 5/2018 (ab Seite 8).

Weitere Informationen:
www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de

Datenschutzseminare der KV: siehe Terminkalender Seite 39

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

Amtliche Veröffentlichungen

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

Verträge:

- 46. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg: Neufassung des Vertrages zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S (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 Strukturvertrages nach § 140a SGB V zur Versorgung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom mit der AOK Rheinland/Hamburg (Hinweis: Die Veröffentlichung des Nachtrages steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 2. Nachtrag zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit und der KKH (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 4. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der Techniker Krankenkasse (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 1. Nachtrag zur Vereinbarung über die Mitteilung der Feststellung einer Schwangerschaft bei Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung der Tonsillotomie mit der BARMER (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit der BIG direkt gesund (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- Vertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit der BARMER (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 3. Nachtrag zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs.3 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST (Hinweis: Die Veröffentlichung des Nachtrages steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- Honorarvereinbarung 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).)
- Ergänzungsvereinbarung zu den Verträgen über Durchführung und Abrechnung der

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

- 4. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2014 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 2. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2015 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 4. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2016 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 7. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2017 (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, 140a SGB

V i. V. m. §§ 87a Abs. 3 S. 2, Abs. 5 S. 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2018 mit Techniker Krankenkasse (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

Hinweis: Beitritt zu Verträgen:

- Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten „Gesund schwanger“ mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL), dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI), der GWQ ServicePlus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse mit der AG Vertragskoordination: Die folgenden Krankenkassen treten der Vereinbarung zum 1. Juli 2018 bei
- BKK Deutsche Bank AG

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten:

- Im KVH-Journal 6/2018 wurde der 5. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V a. F. über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der HEK unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlos-

sen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 6/2018 wurde die Nachträge zu den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ II, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale sowie COPD, Diabetes mellitus Typ 1, ARGE und Gemeinsame Einrichtung (GE) unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

- Im KVH-Journal 6/2018 wurde der 9. Nachtrag zum Datenstellenvertrag unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des 9. Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

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

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



Großes Einsparpotential bei der Verordnung von Ezetimib

Der Lipidsenker Ezetimib (Ezetrol®) ist jetzt auch generisch verfügbar und trägt als generisches Präparat zur Erreichung Ihrer Generikaquote bei. Für alle Lipidsenker gilt die Verordnungseinschränkung durch die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Lipidsenker sind zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig bei bestehender vaskulärer Erkrankung (KHK, cerebrovaskuläre Manifestation, pAVK) oder bei hohem kardiovaskulärem Risiko (über 20 Prozent Ereignisrate/10 Jahre auf der Basis der zur Verfügung stehenden Risikokalkulatoren).

Bei der Verordnung des Wirkstoffs Ezetimib als Monotherapie ist der Therapiehinweis aus Anlage IV der AM-RL zu beachten. Demnach ist die Verordnung von Ezetimib als Monotherapie bei der Behandlung von Hypercholesterinämien nur wirtschaftlich ...

„ ... bei den wenigen Patienten, bei denen Statine nicht eingesetzt werden können (Unverträglichkeit, Nebenwirkungen). Die Kombination bleibt Patienten mit schwerwiegenden Fettstoffwechselstörungen vorbehalten, die das genannte hohe Risiko für Ereignisse haben. Zusätzlich ist für eine

wirtschaftliche Verordnung zu fordern, dass bei den Patienten

- eine homozygote familiäre Sitosterinämie vorliegt oder
- eine ausgeprägte, nicht anders zu behandelnde familiäre homozygote Hypercholesterinämie vorliegt oder
- das Therapieziel die Verhinderung einer LDL-Apherese ist oder
- eine Unverträglichkeit oder Kontraindikation für Statine nachgewiesen wurde.“

(Therapiehinweis des G-BA von 2010)

www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittelrichtlinie → Anlage IV

Neuere Ergebnisse (IMPROVE-IT Studie) zur Zusatztherapie mit Ezetimib unter Simvastatin Basistherapie bei Hochrisikopatienten scheinen zwar den Kombinationsendpunkt kardiovaskulärer Ereignisse in sieben Jahren geringfügig von 34,7 auf 32,7 Prozent (Number Needed to Treat [NNT] = 350/Jahr) zu senken. Ob dies jedoch klinisch relevant ist, bleibt offen.

Empfehlung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise, wenn medizinisch indiziert

Es gibt erhebliche Kostenunterschiede zwischen Originalpräparaten und Generika. Beispiel: Ezetrol® (Ezetimib)

10mg 100 Stück kosten 178,48€, die generische Variante im Vergleich dazu kostet nur 80,92€, z.B. Ezetimib Stada 10mg 100 Stück .

Einzelpräparate sind günstiger als Kombinationspräparate. Wenn für die Erreichung des Behandlungsziels eine fixe Kombination aus Simvastatin und Ezetimib wichtig ist, kann man auf eine generische Wirkstoffkombination zurückgreifen.

Beispiel: Simvastatin Heumann 10mg 100 Stück kosten 11,80€, zusammen mit Ezetimib Stada 10mg 100 Stück (80,92€) würde die Kombination aus beiden Monopräparaten 91,71€ kosten. Im Vergleich dazu kostet die Kombi Inegy®/Goltor® aus Simvastatin und Ezetimib 10mg/10mg 100 Stück 224,65€ und die generische Kombination 99,98€ z.B. Ezetimib/Simvastatin Stada 10mg/10mg 100 Stück.

Die Kombination aus Atorvastatin und Ezetimib (Atozet®, Tioblis®) unterliegt noch dem Patentschutz und ist ohne belegten Mehrnutzen.

Real sind alle Generika noch kostengünstiger, da sie Bestandteil von Rabattverträgen sind. ■

Listenpreise nach Lauertaxe, Stand 22.5.2018

Macrogole wirtschaftlich verordnen

Die Verordnung von Macrogolen ist nicht immer ganz einfach und übersichtlich, deshalb hier einige Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise.

Macrogole können als Arzneimittel oder Medizinprodukte im Handel sein. Zwischen den beiden Gruppen darf die Apotheke nicht austauschen, auch nicht bei Vorliegen eines Rabattvertrages.

Macrogole als Arzneimittel

Apothekenpflichtige Macrogole sind (wie alle anderen Abführmittel) für folgende Patientengruppen verordnungsfähig:

- Kinder unter zwölf Jahren
- Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von zwölf Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darm lähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminphase.

Macrogole als Medizinprodukte

Als Medizinprodukt sind Macrogole verordnungsfähig für:

- Kinder und Erwachsene in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen

Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darm lähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminphase.

Es sind nur Medizinprodukte verordnungsfähig, die auf der Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgeführt sind. Diese Liste gilt auch für Kinder. Aktuell sind folgende Macrogole gelistet:

- Isomol®
- Macrogol AbZ®
- Macrogol dura®
- Macrogol ratiopharm® und Macrogol ratiopharm flüssig orange®
- Macrogol TAD®
- Movicol®, Movicol® aromafrei und Movicol® flüssig Orange
- Movicol® Junior aromafrei, Movicol® Junior Schoko

www.g-ba.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Arzneimittelrichtlinie → Anlage V

Bitte beachten Sie auch hier das Wirtschaftlichkeitsgebot. Generika sind deutlich günstiger.

Movicol® 100 Beutel z.B. kosten 73,21€ (Isomol® 100 Beutel kosten 76,12€). Zum Vergleich zwei Generika: 100 Beutel Macrogol dura kosten 48,90€, 100 Beutel Macrogol AL kosten 47,15€.

Laut Arzneiverordnungsreport wurden 2016 46,3 Millionen Tagestherapiedosen (DDD) Ma-

crogol in Deutschland verschrieben. Movicol® ist mit 27,4 Millionen DDD mit großem Abstand an erster Stelle. Danach folgen die Generikahersteller AL mit 3,3 Millionen DDD und AbZ mit 2,9 Millionen DDD.

Würden die Ärzte das Generikum verordnen statt der kostenintensiveren Variante Movicol® bzw. Isomol®, käme deutschlandweit eine Einsparsumme von über 6 Mio. € zusammen. Gerade bei Kinderärzten ist Movicol® sehr beliebt. Oft liegt dieser Verordnung der Gedanke zugrunde, dass die Apotheke das günstigere Präparat abgibt. Das ist in diesem Fall oft nicht möglich. Ein Medizinprodukt darf die Apotheke nicht gegen ein Arzneimittel austauschen und umgekehrt.

Bitte entscheiden Sie sich deshalb schon bei der Verordnung für ein kostengünstiges Produkt. Manchmal ist bei der Verordnung die angebotene Geschmacksrichtung ausschlaggebend (Schokoaroma). Prüfen Sie hier genau, ob ein bestimmter Geschmack den höheren Preis rechtfertigt oder ob nicht mit Hilfe anderer Lebensmittel der Geschmack entsprechend attraktiv gestaltet werden kann. ■

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



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Evidenzbasierung in der Psychotherapie

Kann man Nutzen und Risiken einer Intervention auf das innere Erleben wissenschaftlich erfassen?

VON JULIA KREIS UND SEBASTIAN GRÜMER IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Evidenzbasierung und Psychotherapie – passt das zusammen? Das mag man sich fragen, scheint es doch erheblich schwieriger, Effekte einer Intervention auf das innere Erleben eines Menschen zu erfassen als die Effekte biomedizinischer Heilmaßnahmen.

Tatsächlich aber gibt es in der Psychotherapie eine lange Tradition der Evaluationsforschung, die sich unter anderem darin widerspiegelt, dass in den Curricula der Psychologie-Studiengänge die Ausbildung in Statistik sowie allgemeinen Forschungsmethoden einen breiten Raum einnimmt (vgl. [1]).

Um nur ein Beispiel zu nennen: Der Begriff „Metaanalyse“ wurde in den 1970er Jahren von den Psychologen Gene Glass und Mary Smith geprägt [2,3]. Mit dem Anspruch, alle Studien zu identifizieren, die den Effekt von Psychotherapie untersucht haben, suchten sie anhand vorab definierter Kriterien systematisch

nach allen relevanten Studien und schlossen schließlich 375 kontrollierte Studien in ihre Analysen ein. Dabei bestimmten sie für die berichteten Ergebnisse die jeweilige Größe des Effekts. Über alle Studien und Ergebnisse hinweg ergab sich dabei eine Überlegenheit der behandelten im Vergleich zu den unbehandelten Gruppen; dabei betrug die standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) zwischen den Gruppen im Durchschnitt 0,68. Eine getrennte Analyse nach verschiedenen Therapiemethoden ergab die größte Effektstärke (0,91 SMD) für die systematische Desensibilisierung, eine verhaltenstherapeutische Methode zur Behandlung von Angststörungen.

Wie wichtig die Evaluation von Psychotherapie ist, zeigt sich auch daran, dass sich Methoden – wie auch in der somatischen Medizin – bei genauerer Betrachtung auch als schädlich erweisen können: So hatte die Methode des „Debriefing“ bei traumatischen Ereignissen zunehmende Popularität erlangt, um den posttraumatischen Stress zu reduzieren und die Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) zu verhindern [4].

Ein Cochrane Review zu dieser Maßnahme, bei der kurz nach dem Ereignis im Rahmen einer strukturierter Gruppendiskussion die Erinnerungen besprochen werden und so die emotionale Verarbeitung befördert werden soll, ergab allerdings keinerlei Vorteile gegenüber Nichtstun, vielmehr zeigte sich sogar ein Hinweis auf einen Schaden in der Hinsicht, dass eine Studie

nach einem Jahr ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko für PTSD nach der Intervention zeigte (Odds Ratio [95 %-Konfidenzintervall] 2,51 [1,24; 5,09]) [4].

Umso bemerkenswerter ist in diesem Zusammenhang, dass die systematische Erfassung und Darstellung unerwünschter Ereignisse bzw. Nebenwirkungen, die man bei psychotherapeutischen Interventionen – wie bei allen Gesundheitsmaßnahmen [5] – erwarten würde, in der psychotherapeutischen Literatur bisher wenig Aufmerksamkeit erhalten [6].

Bei der Durchführung von randomisierten Studien (randomized controlled trials, RCT) stößt man im Bereich der Psychotherapie natürlich auf spezielle Herausforderungen. So ist eine Verblindung der Therapeutinnen und Therapeuten naturgemäß nicht machbar. Es ist aber beispielsweise möglich, Patientinnen und Patienten verschiedenen – glaubhaften – therapeutischen Vergleichsbedingungen zuzuteilen, und auch die Erfolgsbeurteilung durch Personen vornehmen zu lassen, die die Gruppenzugehörigkeit nicht kennen [7].

Ähnlich wird bei der Evaluation anderer nicht medikamentöser Interventionen vorgegangen, für die das Verblindungsproblem – im Unterschied zur Evaluation eines Arzneimittels – in vergleichbarer Weise besteht. Auch werden im Unterschied zum Vorgehen bei der Bewertung von Interventionen im Bereich der somatischen Medizin in Psychotherapiestudien seltener objektive Endpunkte wie beispielsweise Überleben erhoben, sondern stattdessen meist subjektive in dem Sinne, dass es sich um Selbstauskünfte der Patientinnen und Patienten oder auch Einschätzungen durch Klinikerinnen oder Kliniker handelt.

Gleichzeitig gibt es auch kritische Stimmen, die den Stellenwert von RCT für die Wirkungsforschung in der Psychotherapie grundsätzlich infrage stellen (z. B. [8]).

Entsprechende Forderungen, auch anderen Studiendesigns einen höheren Stellenwert einzuräumen, werden insbesondere von psychodynamisch orientierten Psychotherapieforschern an die Psychotherapieforschung herangetragen [7].

Dessen ungeachtet haben die Maßstäbe der Evidenzbasierten Medizin (EbM) auch für die Bewertung von psychotherapeutischen Interventionen schon lange Einzug in das deutsche Gesundheitssystem gehalten.

1998 wurde im Psychotherapeutengesetz [9] festgelegt, dass für die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nur die Ausbildung in solchen Psychotherapieverfahren Grundlage sein darf, die als „wissenschaftlich anerkannt“ gelten. Zu dieser Frage erstellt der sogenannte Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie Gutachten, in denen nach EbM-Kriterien Studien systematisch recherchiert und ausgewertet werden [10].

Und auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert Voraussetzungen, damit Psychotherapeutinnen und -therapeuten als Vertragstherapeuten zugelassen werden und mit den Kassen abrechnen dürfen [11]: Neben der wissenschaftlichen Anerkennung ist für die Aufnahme eines Psychotherapieverfahrens in den GKV-Katalog ein weiteres wesentliches Kriterium, dass dieses eine ausreichend breite Versorgungsrelevanz aufweist, das heißt, dass mit diesem Verfahren nachweislich eine bestimmte Bandbreite von psychischen Störungen erfolgreich behandelt werden kann (sogenanntes „Schwellenkriterium“).

So hat der G-BA der Gesprächspsychotherapie in einem Bewertungsverfahren diese Anerkennung verweigert, da er zu dem Ergebnis kam, dass Wirksamkeit und Nutzen nicht für die Behandlung der wichtigsten, versorgungsrelevanten psychischen Erkrankungen →



→ gen in ausreichender Breite wissenschaftlich belegt sind [12,13]. In einem aktuellen laufenden Verfahren berät der G-BA über die Aufnahme der Systemischen Therapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen. Hierzu hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im vergangenen Jahr einen Abschlussbericht erstellt, in dem 33 Studien zu 9 Störungsbereichen ausgewertet werden konnten [14].

Damit werden psychotherapeutische Interventionen vor einer Aufnahme in die GKV-Versorgung einer vergleichbar strengen Prüfung anhand der Kriterien der evidenzbasierten Medizin unterzogen wie andere ärztliche Interventionen.

Eine Sonderstellung von dieser Regelung zur Aufnahme in den Leistungskatalog nehmen lediglich die sogenannten „Richtlinienverfahren“ ein – die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Analytische

Psychotherapie (beides psychoanalytisch begründete Verfahren) sowie die Verhaltenstherapie. Diese Verfahren gelangten in die Versorgung, bevor die Prüfung auf Basis der EbM eingeführt wurde [15]. Für diese Verfahren laufen aktuell nachträgliche Prüfungen durch den G-BA im Hinblick auf ihre medizinische Notwendigkeit und ihre Wirtschaftlichkeit. Hierzu hat das Bundessozialgericht allerdings festgestellt, dass ein nachträglicher Ausschluss dieser Verfahren oder Einschränkungen, die die Berufsausübung der Richtlinientherapeutinnen und -therapeuten betreffen, nicht zulässig sei [15].

Dr. Julia Kreis
Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
Im Mediapark 8, D-50670 Köln
E-Mail: julia.kreis@iqwig.de

Literatur

1. Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) zur Einrichtung von Bachelor- und Masterstudiengängen in Psychologie an den Universitäten [online]. 29.04.2005 [Zugriff: 24.05.2018]. URL: <https://www.dgps.de/uploads/media/BMEmpfehlungDGPs.pdf>.
2. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educ Res* 1976; 5(10): 3-8.
3. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977; 32(9): 752-760.
4. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD000560.
5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden: Version 5.0. Köln: IQWiG; 2017. URL: https://www.iqwig.de/download/Allgemeine-Methoden_Version-5-0.pdf.
6. Jonsson U, Alaie I, Parling T, Arnberg FK. Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemp Clin Trials* 2014; 38(1): 1-8.
7. Fydrich T, Schneider S. Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut (Berl)* 2007; 52(1): 55-68.
8. Leichsenring F, Rüger U. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM): randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien; gibt es nur einen Goldstandard? *Z Psychosom Med Psychother* 2004; 50(2): 203-217.
9. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz; PsychThG) [online]. 23.12.2016 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>.
10. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG: Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie; Version 2.8 [online]. 20.09.2010 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>.
11. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie: Psychotherapie-Richtlinie [online]. 16.02.2017 [Zugriff: 24.05.2018]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_ik-2017-02-16.pdf.
12. Gemeinsamer Bundesausschuss. Bundessozialgericht: keine Gesprächspsychotherapie auf Kassenkosten [online]. 03.11.2009 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/315/>.
13. Gemeinsamer Bundesausschuss. Keine Gesprächspsychotherapie zu Lasten der GKV: Landessozialgericht bestätigt Entscheidung des G-BA; Signalwirkung für noch anhängige Rechtsstreite [online]. 05.11.2008 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/265/>.
14. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren: Abschlussbericht: Auftrag N14-02 [online]. 24.05.2017 [Zugriff: 25.07.2017]. (IQWiG-Berichte; Band 513). URL: https://www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen_V1-0.pdf.
15. Gemeinsamer Bundesausschuss. Prüfung der Richtlinienverfahren [online]. 15.12.2014 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/psychotherapie/pruefung/>.





STECKBRIEF

Für Sie in der Vertreterversammlung:
Dr. Wolfgang Wesiack

Name: **Dr. Wolfgang Wesiack**

Geburtsdatum: **22.9.1947**

Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder**

Fachrichtung: **Facharzt für Innere Medizin**

Weitere Ämter: **Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg des Berufsverbandes deutscher Internisten (BDA), stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses Fachärzte**

Hobbys: **Sport und Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, allerdings machen Politik und Kassen die Arbeit in der Praxis immer schwieriger.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Erhalt der Freiberuflichkeit: Wir können unsere Angelegenheiten immer noch besser lösen als Politik und Kassen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Gerechte Honorierung unserer ärztlichen Leistungen, eine Gebührenordnung mit festen Preisen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Zu wenig Zeit für die Patienten, zu viel Bürokratie.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Einmal um die Erde fliegen. ■



Leserbriefe



KVH-Journal Nr. 6/2018
Editorial, S. 3

Weltfremder Vorschlag?

Im Editorial des *KVH-Journal* hat Walter Plassmann meinen Vorschlag zur Regulierung der Antibiotikaversorgung als weltfremd gewürdigt. Auf ein Wort: Die Verordnung von Antibiotika den gleichen Regeln zu unterwerfen wie die Verordnung von Betäubungsmitteln, wäre in der Tat ein weltfremder Vorschlag.

Tatsächlich vorgeschlagen habe ich eine bundesweite Richtlinie für die Verordnung von Antibiotika. Noch genauer genommen stammt dieser Vorschlag nicht von mir. 92 Prozent aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte haben sich 2016 im Rahmen einer Online-Befragung der Ärztekammer Hessen für bundes-

weit einheitliche, von der Industrie unabhängige Leitlinien zur Diagnostik und Therapie bakterieller Infektionen ausgesprochen. Von einigen Hamburger Ärztinnen und Ärzten weiß ich, dass sie sich ebenfalls über unnötige Antibiotikaversorgungen ärgern. Beispielsweise wird die Antibiotikaabgabe in den Notaufnahmen der Krankenhäuser teilweise als unverhältnismäßig empfunden.

Doch warum warten, bis die Politik die Probleme löst? Jetzt daher tatsächlich ein eigener Vorschlag von mir: Eine derartige Richtlinie von Ärzten für Ärzte wäre ein wichtiger, richtig guter Schritt, um beispielsweise die Versorgung mit Reserveantibiotika in geordnete Bahnen zu lenken. Moderiert durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sogar eine innovative Auslegung des Versorgungsauftrags. Auch der von Walter Plassmann vorgeschlagene CRP-Test ließe sich sicherlich gut integrieren.

Dr. Dirk Janssen,
stellvertretender Vorstand
BKK-Landesverband Nordwest

KVH-Journal Nr. 6/2018
Interview mit Prof. Dr. Martin Scherer: "Nerven behalten", S. 8

Sparsame Antibiotika-Verordnung ja – aber mit Labor!

Die Meinung von Professor Scherer zur Behandlung von Patienten mit Infekten kann ich so nach 30 Jahren Hausarzt-dasein gar nicht teilen.

Das Problem „Antibiose ja oder nein?“ kann man auch nicht durch Diskussion mit dem Patienten lösen – allenfalls durch handfeste Fakten. Wohlgermerkt: Wir sind auch sehr zurückhaltend mit der Verordnung von Antibiotika – aber nicht ohne Labor! Extrem hilfreich ist da ein CRP-Schnelltest, der in zehn Minuten sehr zuverlässig zwischen bakteriellem Infekt und Virusinfekt differenziert und bei stark positivem CRP die Entscheidung für ein Antibiotikum erleichtert; bei negativem Befund könnten es gegebenenfalls aber noch Streptokokken sein, da hier oft fehlende Entzündungsparameter vorliegen. Dann ist gegebenenfalls ein Rachenabstrich vorzunehmen.

Das haben im Rahmen der Grippe-welle nun auch Krankenkassen im Osten erkannt – und zahlen den CRP-Test! Wir bieten ihn als Igel-leistung an, und das wird dankbar angenommen. Alternativ: großes BB/CRP im Labor, gegebenenfalls auch einen Rachenabstrich durchführen. Das ist natürlich in Zeiten der Laborbudgets problematisch. Nun wird ein superteurer Procalcitonintest eingeführt, der günstige

CRP-Schnelltest aber nicht erstattet.

Die Meinung, man könne ohne Labor nach Inspektion des Halses entscheiden, ist insbesondere bei HNO-Ärzten weit verbreitet. Das grenzt aus meiner Sicht an Hellseherei, und häufig ist dies ein gewaltiger Trugschluss.

Ich erinnere mich an einen jungen Mann mit einer akuten Leukämie als Ursache seiner Halsschmerzen ... und an andere Patienten mit deutlichen Halsschmerzen, positivem Nachweis von hämolysierenden Streptokokken im Abstrich ohne jeden auffälligen Lokalbefund im Hals.

Gerade vor kurzem erschien ein langjähriger 27-jähriger Patient – jetzt mit zwei neuen Herzkunstklappen ... weil seine zwischenzeitliche Hausärztin am entfernten Wohnort die bakterielle Halsentzündung eben nicht rechtzeitig antibiotisch behandelt hatte. Die Folge: bakterielle Endokarditis an zwei Klappen mit lebenslangen Konsequenzen. Ist das erstrebenswert?

Sparsame Antibiotika-Verordnung ja – aber bitte nicht ohne ausreichende Labordiagnostik. Ausnahme: gutes Befinden und banale Rhinitis. Dann müssen die

Kassen halt mal die Laborbudgets erhöhen, damit Einsparungen bei der Antibiotika-Verordnung möglich werden. Und man ist häufig überrascht über hohe positive CRP-Werte, die man nach der Klinik und Anamnese nicht unbedingt erwartet hätte. Berufstätige Patienten können heutzutage eben nicht tagelang ganz in Ruhe ihre schweren Infekte auskurieren – da ist Effizienz auf ärztlicher Seite gefragt! Und andererseits ist es schlicht eine Zumutung bei pauschalierten Honoraren, sich mehrfach für etwa 20 Euro mit einem Infektkranken beschäftigen zu müssen.

Dr. Carlos Keller,
Allgemeinmediziner in Rahlstedt

Entgegnung: Erfahrungsfakten vs. wissenschaftliche Fakten?

In seinem Leserbrief adressiert Dr. Keller eine bunte Palette unterschiedlicher Themen: Aussagekraft von "point-of-care" testing, schicksalhafte Einzelfälle, Budgetüberlegungen, Patientenpräferenzen. Jeder dieser Aspekte könnte ein umfängliches Sonderheft füllen. Er beginnt seinen Beitrag damit, dass er seine 30 Jahre Berufserfahrung gegen die „Meinung des Prof. Scherer“ stellt. Praxis gegen Universität? Alltagsrealität gegen Elfenbeinturm? Diese Polarisierung haben wir mittlerweile längst

überwunden, nicht zuletzt durch die gute Partnerschaft mit dem Hausärzteverband. Akademische und niedergelassene Allgemeinmedizin sind zwei Seiten einer Medaille, so wie auch interne Evidenz („Erfahrungswissen“) und externe Evidenz („wissenschaftliche Studien“) zwei Seiten einer Medaille sind. Egal, ob Universität oder Praxis: Man braucht sowohl interne als auch externe Evidenz für gute Entscheidungen. Die letztgenannte vermisse ich in den Ausführungen von Dr. Keller. Wo sind die Studien, die seine Behauptungen belegen?

Die 02/2018 publizierte NICE-Guideline zu Halsschmerzen (mit 150-seitigem Evidenzreport) betont, dass das Einsparen von Antibiotika selten („rarely“) zu Komplikationen führt. Berichte über Komplikationen nach Tonsillo-Pharyngitis (Otitis media/Peritonsillarabszess/Sinusitis/rheumatisches Fieber) stammen hauptsächlich aus Studien, die vor 1950 publiziert wurden. In Studien ab 1975 wird für Antibiotika beispielsweise eine number needed to treat (NNT) von 200 zur Vermeidung einer Otitis media bei Patienten mit Halsschmerzen berechnet. Bei gefährlichen Komplikationen (rheumatisches Fieber und Post-Streptokokken-Glomerulonephritis) ist die NNT wesentlich höher. In sämtlichen neueren →



→ randomisiert-kontrollierten Studien aus den Jahren 1987 bis 2000, in denen Komplikationen aufgezeichnet wurden, gab es bei 1036 mit Placebo behandelten Patienten keinen einzigen Fall von rheumatischem Fieber. Es gibt keine Daten zur Wertigkeit des CRP-Tests oder des Blutbildes bei der Entscheidung, ob ein bakterieller oder ein viraler Infekt vorliegt. Der CRP-Wert ist hinsichtlich eines bakteriellen Infektes nicht spezifisch. In keiner der aktuellen Leitlinien zum Thema Pharyngitis wird eine Laborwertbestimmung zur Diagnostik empfohlen.

Klinische Scores (Centor und neuerdings FeverPAIN-Score) werden empfohlen und als ausreichend betrachtet. Schnelltests werden nicht empfohlen. Mitte Juni traf sich die DEGAM-Leitliniengruppe „Halsschmerzen“. Aufgrund der reproduzierbar guten Spezifität von 95% von Streptokokken-Schnelltests diskutiert die Gruppe derzeit, ob in der neuen DEGAM-Leitlinie Halsschmerzen bei Patienten mit einer hohen Vortestwahrscheinlichkeit (also hohem Centor-Score) einen Schnell-

test empfohlen werden soll, da bei negativem Schnelltest auch diesen Patienten Antibiotika erspart werden können. Die Wertigkeit des Tests liegt also nur in der Verbindung mit klinischen Befunden.

Abschließend noch zur Aussage: „... bei negativem Befund könnten es gegebenenfalls aber noch Streptokokken sein, da hier oft fehlende Entzündungsparameter vorliegen. Dann ist gegebenenfalls ein Rachenabstrich vorzunehmen.“

Hier lässt Dr. Keller außer Acht, dass bis zu 10% bis 15% der gesunden Menschen Träger von Streptokokken sind. Also auch hier gilt somit: klinischer Befund und dann entscheiden! Und selbst bei voller Punktzahl im Centor-Score (Fieber, Hals-LK, kein Husten, Tonsillenexsudate) haben nur 56% der Betroffenen einen bakteriellen Infekt (unabhängig von CRP/Blutbild).

Mit anderen Worten: Die Kernkompetenzen Anamnese, die sorgfältige körperliche Untersuchung, die Berücksichtigung der patientenseitigen Krankheitskonzepte zusammen mit interner und externer Evidenz führen zu guten Entscheidungen. An diesen „Fakten“ kommen weder alt noch jung vorbei. Weder die Jungen (also unseren ärztlichen Nachwuchs) noch unsere Patientinnen und Patienten sollten wir mit der Illusion vom Benefit breit gestreuter Labortests in Sicherheit wiegen.

Prof. Dr. Martin Scherer,
Direktor Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE, Sprecher der Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und DEGAM-Vizepräsident.

KVH-Journal Nr. 6/2018
Kolumne "Armut und Krankheit", S. 23

Mehr Bildung!

„Wer arm ist, ist kränker und stirbt früher“ ist plakativ, aber ignoriert die Ursachen: Der soziale Status und die Lebensführung sind abhängig von der Bildung. Wer besser gebildet ist, verdient mehr und lebt gesünder. So rauchen zum Beispiel 20 Prozent der Abiturienten, aber 50 Prozent der Nichtabiturienten. Wer als Kind nicht zuhause zur Zahnpflege angehalten wird, hat schlechtere Zähne, und die Kenntnisse über gesunde Ernährung erfordern eben Kenntnisse. Nun mag auch eine soziale Notlage zu ungesundem Stress führen, aber privaten oder beruflichen Stress können auch Wohlhabende erleiden.

Meine fittesten Patienten sind die „Brainjogger“, zum Beispiel Schauspieler, die im hohen Alter Rollen lernen oder Selbstständige, die jenseits des üblichen Renteneintrittsalters ihre Firma führen. Geistige Regsamkeit – auch dafür ist Bildung Vor-

aussetzung – erhöht das Wohlbefinden und die Lebenserwartung. Wer, wie der Autor und linke Politiker, diese komplexen Zusammenhänge vereinfacht, steht der Problemlösung im Wege: Wir benötigen mehr Bildung, besonders frühkindliche Bildung schon im Kindergartenalter, um Lebensstandard und -erwartung zu heben und die Gesundheit zu verbessern!

Dr. Torsten Hemker,
niedergelassener Orthopäde in
Hamburg-Neustadt und Geschäftsführer der Facharztambulanz Hamburg in Eppendorf

Entgegnung des Autors

Sehr geehrter Herr Kollege Hemker, ganz herzlichen Dank für Ihren Leserbrief. Ich kann Ihnen nur zustimmen. Sie schreiben: „Der soziale Status und die Lebensführung sind abhängig von der Bildung.“

Man kann es aber auch umdrehen: Die Bildung ist abhängig vom sozialen Status und der Lebensführung, und es stimmt immer noch.

Ich denke, beide Sichtweisen stimmen in einer Gesellschaft, die insbesondere bei der Bildung nahezu undurchlässig geworden ist, was die sogenannte Schichtzugehörigkeit betrifft. So bleibt unter dem Strich der eigentliche Skandal, dass in diesen "unteren Schichten" die Lebenserwartung sogar sinkt.

Womit bewiesen ist, dass die Lebenserwartung mit der Medizin nichts zu tun haben kann. Oder würden Sie sagen, dass die "unteren Schichten" in unserem Land schlechter medizinisch versorgt sind?

Insofern glaube ich nicht, dass ich irgendetwas vereinfacht habe und stimme Ihnen – wie gesagt – voll und ganz zu.
Herzliche kollegiale Grüße

Dr. Bernd Hontschik,
Kolumnist und Chirurg in Frankfurt/M.

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!

Verarbeitung personenbezogener Daten durch die KV Hamburg

Am 25. Mai 2018 ist die von der EU erlassene Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in Kraft getreten. Ziel dieser Verordnung ist es, den Schutz der personenbezogenen Daten innerhalb der EU zu gewährleisten und den freien Datenverkehr zu sichern. Die KV Hamburg nimmt diese neuen Regelungen und die Debatte um den Schutz von personenbezogenen Daten sehr ernst. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 und 14 DSGVO)

Verantwortliche:
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

Gesetzlicher Vertreter:
Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
Tel: 040-228020
Fax: 040-22802420
E-Mail: info@kvhh.de

Datenschutzbeauftragter:
Datenschutzbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
Tel: 040-22802506
E-Mail: datenschutzbeauftragter@kvhh.de

1. Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:

1.1 Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Zweck der Verarbeitung ist die Erfüllung der hoheitlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, wie sie sich vornehmlich aus dem Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ergeben. Dazu gehören gemäß § 285 SGB V insbesondere:

- Verarbeitung von Daten zum Führen des Arztregisters,
- Erfüllung des Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung,
- Vergütung von ambulanten Krankenhaus- und belegärztlichen Leistungen,
- Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 bis 106c SGB V) sowie
- Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 135 b SGB V).

Daneben werden personenbezogene Daten zur satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung der Kassenärztlichen Vereinigung als Selbstverwaltungsorgan der Ärzte und Psychotherapeuten verarbeitet. Hierzu gehören insbesondere Vorbereitung und Durchführung von Wahlen, Gremienbildung und deren Tätigkeit (z. B. Vertreterversammlung, Fachausschüsse, sonstige Ausschüsse etc.), Disziplinarangelegenheiten oder Rechtsstreitigkeiten.

Des Weiteren werden personenbezogene Daten für zusätzliche

Serviceangebote verarbeitet. Dazu gehört insbesondere das Mitgliederportal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, sowie weitere Dienste (z. B. TSS, Arztsuche, Online-Portal).

Ihre Daten werden zudem im Zusammenhang mit Verträgen im Bereich der Besonderen Versorgung nach dem SGB V, u. a. auch mit der Variante der Einschreibung von Versicherten, verarbeitet.

1.2 Kategorien der personenbezogenen Daten

Für die vorgenannten Zwecke werden, soweit erforderlich, die nachfolgenden Datenkategorien verarbeitet:

- Personenstammdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.)
- Abrechnungs-, Leistungs- und Verordnungsdaten
- Medizinische Dokumentationen

Zusätzlich von Ärzten und Psychotherapeuten:

- Qualifikationsmerkmale (z. B. Facharztbezeichnung, Genehmigungen)
- Bankverbindung
- Steueridentifizierungsdaten

1.2 Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die vorgenannten Verarbeitungszwecke erfolgen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO i. V. m. den oben genannten Vorschriften zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen.

Gegebenenfalls erforderliche Einwilligungen gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO werden vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit eingeholt. Die Anforderungen an die Einwilligungserklärung gemäß Art. 7 Abs. 1-4 DSGVO werden dabei erfüllt.

1.3 Kategorien von Empfängern:

Soweit gesetzlich vorgeschrieben, übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg Ihre personenbezogenen Daten an andere öffentliche Stellen zur Erfüllung deren gesetzlicher Aufgaben. Dazu zählen u. a. die Kassenärztliche Bundesvereinigung, andere Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Wirtschaftlichkeitsprüfeinrichtungen, Zulassungsgremien, Ärztekammern, Approbationsbehörden, andere Sozialleistungsträger, (Sozial-)Gerichte und berechtigte Behörden, soweit zu deren Aufgabenerfüllung notwendig.

Sollte eine Übermittlung an einen Empfänger innerhalb einer der genannten Kategorien erfolgen, so werden Sie über den Empfänger informiert, wenn nicht eine der Ausnahmen nach § 82 Abs. 1 und Abs. 2 SGB X oder die Voraussetzung des Art. 13 Abs. 4 DSGVO vorliegt.

2. Zusätzliche Informationspflichten:

2.1 Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

Für die personenbezogenen Daten gibt es unterschiedliche Aufbewahrungsfristen, die insbesondere in § 304 SGB V und in der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das

Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) geregelt sind. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden personenbezogenen Daten gelöscht.

2.2 Rechte der betroffenen Person:

Sie können folgende Rechte ausüben, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)

Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Im Falle der Geltendmachung Ihrer oben genannten Rechte werden wir Ihre Daten verarbeiten, soweit dies erforderlich ist.

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter (Tel. 040-22802900) der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

2.3 Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Hamburgischer Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit

Klosterwall 6 (Block C),

20095 Hamburg

ab 05.06.2018:

Kurt-Schumacher-Allee 4,

20097 Hamburg

Tel.: (040) 4 28 54 - 40 40

E-Fax: (040) 4 279 - 11811

E-Mail:

mailbox@datenschutz.hamburg.de

Internet:

www.datenschutz-hamburg.de

2.4 Quellen der personenbezogenen Daten:

Die bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg verarbeiteten Daten stammen insbesondere von:

- Ärzten und Psychotherapeuten
- Krankenhäusern
- Krankenkassen und Sonstigen Kostenträgern
- anderen Kassenärztlichen Vereinigungen
- Ärztekammern
- Prüf- und Zulassungsgremien
- anderen Behörden

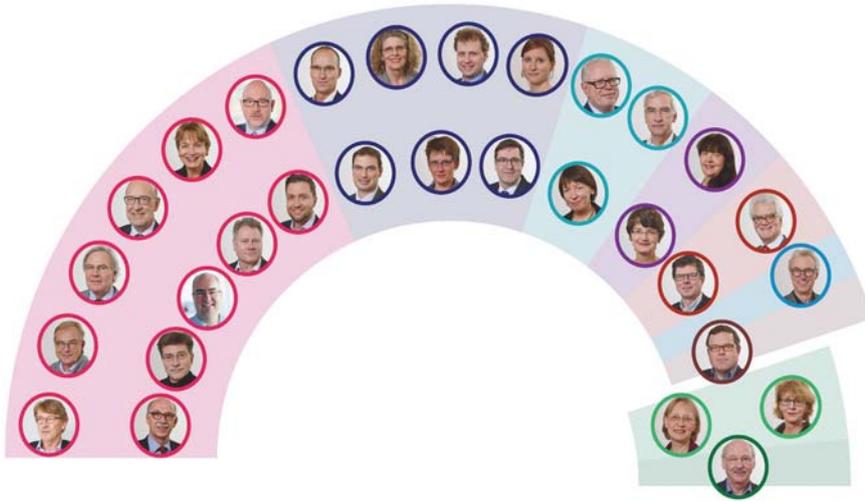
2.5 Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der unter 1.2 genannten personenbezogenen Daten ist gesetzlich und/oder vertraglich vorgeschrieben.

Die Nichtbereitstellung hätte den Verlust des Leistungs- bzw. Vergütungsanspruchs zur Folge.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 18.10.2018 (ab 19.30 Uhr) – Ärztehaus (Julius-Adam-Saal),
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



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 →
(linke Navigationsleiste) → Medien und Publikationen → KVH-Journale

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Patientenrechte im Alltag

Welche Anforderungen ergeben sich aus dem Patientenrechtegesetz? Hier erfahren Sie, worauf bei der Dokumentation in der Patientenakte zu achten ist, wie mit Einwilligungen und Einverständniserklärungen umzugehen ist und welche Einsichtsrechte Patienten haben.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 29.8.2018 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss/Getränke

Praxis der Zukunft

Das Seminar befasst sich damit, wie sich die Praxis-Abläufe in den nächsten Jahren verändern werden. Technischer Fortschritt, neue Medien, Elektronik, immer höhere und vielfältigere Anforderungen an die Qualität: Praxen sehen sich vielen neuen Herausforderungen gegenüber. Daraus ergeben sich Chancen und Risiken für die Praxen und für die Patienten.

7 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 5.9.2018 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 85 inkl. Getränke

QEP - Einführungsseminar

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

21 FORTBILDUNGSPUNKTE
Fr. 21.9.2018 und Sa. 22.9.2018

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

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

DATENSCHUTZSEMINARE

Seminar 1: Herausforderung EU-DSGVO + Datenschutzmanagement aktuell

Praktische Umsetzung in Praxen und MVZ.
Gesetzlichen Anforderungen problemlos gerecht werden
Mi. 4.7.2018 (19 - 21 Uhr) Teilnahme frei

**Seminar 2 + Pflichtschulung:
Datenschutzmanagement aktuell - praktische Umsetzung in Praxen**

(Für Praxisinhaber und nichtärztl. MitarbeiterInnen/QMB/PraxismanagerInnen)
Pflichtunterweisung: rechtliche Grundlagen der DSGVO, Datenschutz bei der Anmeldung und im Behandlungszimmer, zu Daten Auskunft geben, Daten weitergeben und die Abrechnung, Daten schützen.
Mit diesem Seminar ist die Pflichtschulung absolviert.
Fr. 24.8.2018 (15 - 17 Uhr) Teilnahme frei

Referentin: **Dr. Rita R. Trettin (Zertifizierte Datenschutzbeauftragte / DSC)**
Ort: **Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg**
Anmeldung: www.kvhh.de → Startseite

**ARBEITS- UND
GESUNDHEITSSCHUTZ**

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber sind für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Um den Arbeitsschutz selbst in die Hand zu nehmen, muss sich der Praxisinhaber (oder ein von ihm beauftragter geeigneter Vertreter) schulen lassen.
BGW-zertifiziertes Seminar
8 FORTBILDUNGSPUNKTE
Fr. 12.10.2018 (15 - 20 Uhr)
Mi. 21.11.2018 (15 - 20 Uhr)
Fr. 7.12.2018 (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

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen

Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.
Termine und weitere Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „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

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2018!

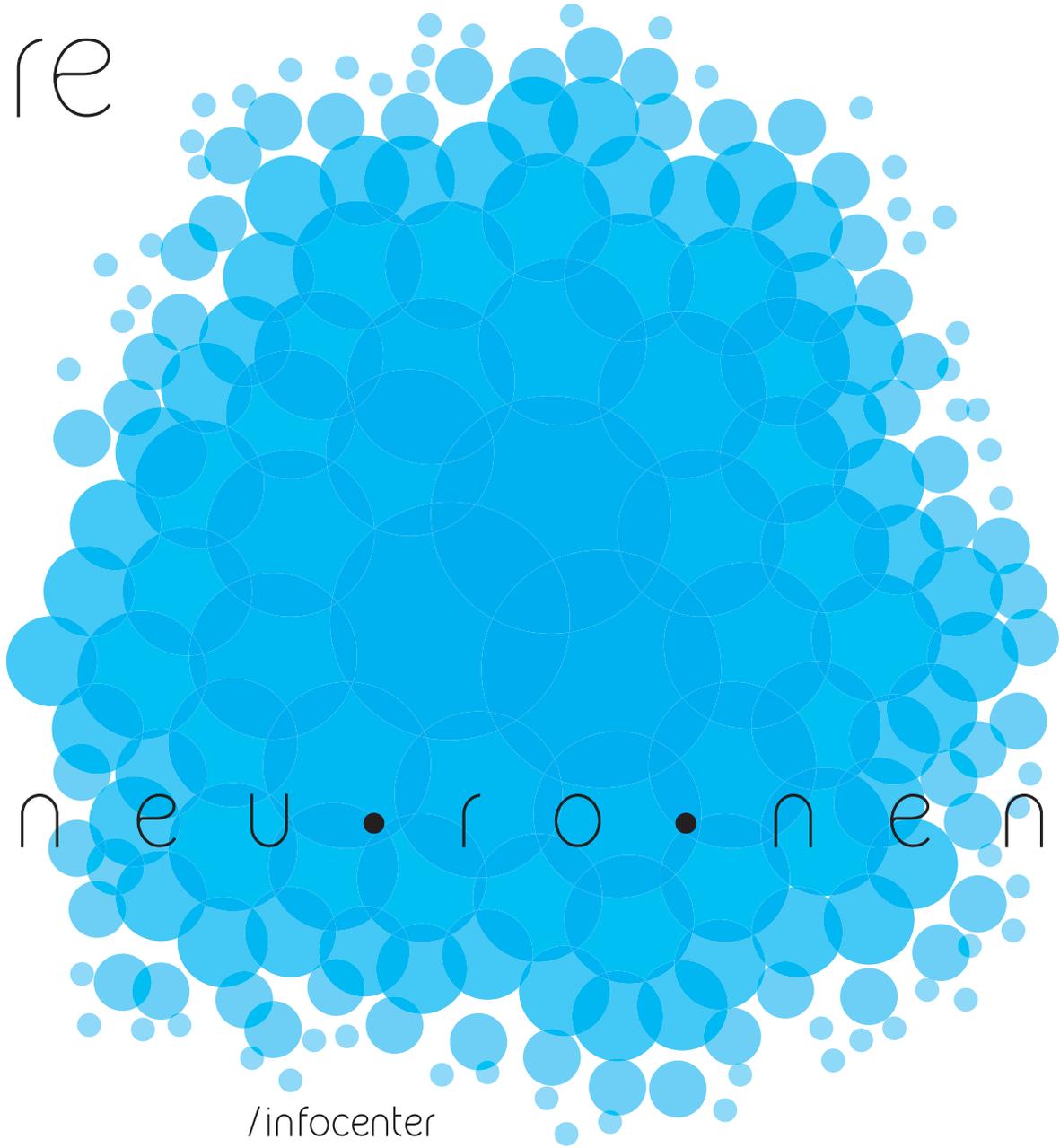


Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Juli und Dezember 2018 stattfinden und gibt eine Vorschau auf das erste Halbjahr des kommenden Jahres. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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