

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Versorgung gemeinsam gestalten KBV und Kassenärztliche Vereinigungen stellen Konzept „KBV 2020“ vor

Die Menschen in Deutschland sind medizinisch gut versorgt. Ihnen steht eine hochwertige und flächen-deckende Gesundheitsversorgung zur Verfügung, die im internationalen Vergleich eine Spitzenstellung innehat.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz und den Reformen der letzten Jahre wollte der Gesetzgeber die Versorgungsstrukturen optimieren und bei der Patientenversorgung den entscheidend notwendigen Wandel schaffen. Bessere Leistungen auch für die GKV-Versicherten wurden bisher noch mit jeder Gesetzesänderung angekündigt und führten meist zu einer massiven Ausweitung der von den Krankenkassen zu bezahlenden Leistungen. Vor diesem Hintergrund warnen Experten vor steigenden Kosten und für Versicherte steigenden Zusatzbeiträgen. Kostendämpfung hätte dem System sicher gut getan bei den großen Herausforderungen, denen sich alle Beteiligten unseres Gesundheitssystems stellen müssen.

Die Menschen im Land werden älter und leben länger gesund. Insbesondere in den letzten Lebensjahren nehmen aber komplexe Krankheitsbilder und chronische Erkrankungen zu. Die älter werdende Bevölkerung verursacht mehr Kosten und der medizinische Fortschritt steht ihr in diesem Punkt in nichts nach. Dies alles geschieht vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen und zunehmendem Ärztemangel.

KBV und Kassenärztliche Vereinigungen nehmen ihre Verantwortung ernst

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland ist den Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen. Doch er stößt seit geraumer Zeit an seine Grenzen: Bewährte ambulante Versorgungsstrukturen mit selbständig und freiberuflich tätigen Ärzten und Psychotherapeuten werden zugunsten stationärer, auch staatlicher Strukturen zurückgedrängt. Vor allem das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz trägt mit vermeintlich ökonomischen Gründen sowie fragwürdigen wettbewerbpolitischen Erwägungen zu erheblichen Einschränkungen seiner Funktionsfähigkeit bei.

Mit ihrem Konzept „KBV 2020“ wollen KBV und KVen rechtzeitig auf Aspekte zukünftiger Veränderungen hinweisen und Wege in ein gemeinsames, sektorenübergreifendes Gesundheitssystem aufzeigen. Dabei richtet sich der Blick auch auf die sinnvolle Verwendung der finanziellen Ressourcen. Der demografische Wandel wird in den kommenden Jahren die Versichertenstruktur in den Vertragsarztpraxen bedeutend verändern. Die Zahl der älteren, häufig auch multimorbiden Patienten nimmt schon heute deutlich zu. Nach den Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird im Jahr 2035 mehr als jeder dritte Einwohner 70

Themen:

Versorgung gemeinsam gestalten

- KBV 2020: Konzept der KBV und der KVen

Neues in der Versorgung

- DMP - Disease-Management-Programme
DMP Diabetes und DMP COPD aktualisiert
- Stärkung der Pflegeheimversorgung
- Medikationsplan ab 1.10.2016

Aus der KV Hamburg

- Betreuungsstrukturverträge ab dem 1.7.2016
- Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)
- Hautkrebscreening
- Vermeidung von Frühgeburten - „Gesund schwanger“

Infos und Tipps – Was gibt es in Hamburg?

- Neue Patienteninformation - Patientenbeschwerden
- Aktiv in der Selbsthilfe – Fortbildung bei Kiss
- Herz InForm – Sport im neuen Club
- Patientenrechte - Umfrage offenbart große Wissenslücken
- Schmerzpatienten - Schmerzdokumentation einfach gemacht
- Medizinische Fachbegriffe verständlich erklärt – Neues Wörterbuch

Aus Berlin

- KBV befragt Versicherte über Ärzte, Versorgung und mehr

Zu guter Letzt

- Notfälle: Parallelstrukturen fördern falsche Nutzung

Jahre und älter sein. Die Zahl der Menschen in dieser Altersgruppe wächst von heute 13 Millionen auf dann 17,5 Millionen an. Damit erhöht sich der Behandlungsbedarf, denn mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl relevanter Erkrankungen erheblich. Es werden also in den nächsten Jahren wesentlich mehr Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen zu behandeln sein als heute, und die Therapien müssen stärker aufeinander abgestimmt sein.

Rund 580 Millionen Behandlungsfälle zählt der ambulante Sektor pro Jahr, Tendenz steigend. In den Krankenhäusern sind es etwa 20 Millionen. Und obwohl die ambulanten Behandlungen und Behandlungsmöglichkeiten zunehmen, steigen die Kosten für den stationären Bereich überdurchschnittlich stark. Mit ein Grund für diesen Anstieg sind sicher die vielen potenziell vermeidbaren Krankenhausfälle. Dabei geht es um Patienten, die das Krankenhaus aufsuchen, obwohl ihre Behandlung in die Hände eines ambulant tätigen Arztes gehört. In letzter Konsequenz wird deutlich, dass die

Versorgungsstrukturen viel stärker am Behandlungsbedarf der Patienten ausgerichtet werden müssten, als dies heute der Fall ist. Für KBV und KVen ein wichtiger Aspekt, der gerade an dieser Schnittstelle durch eine sinnvolle Aufgabenabgrenzung und Kooperation zwischen KV und Krankenhäusern die Chance und Erfordernis für eine bedarfsgerechte Entwicklung stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen zeigt.

Bei der Sicherstellung der ambulanten Versorgung wollen KBV und KVen deshalb enger mit den Kommunen zusammenarbeiten und ihnen Angebote für mögliche Entwicklungen der Infrastruktur einer künftigen Versorgung unterbreiten. Einen Schwerpunkt bildet die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung sowie die Prüfung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Kooperation mit dem Krankenhaus. Demnach streben KBV und KVen unter anderem eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit Kliniken und eine bessere Koordination der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch

die Patienten an. Gerade bei der Bedarfsplanung, aber auch beim Not- und Bereitschaftsdienst gebe es dafür viele Möglichkeiten. Fociert werden soll dem Papier zufolge die Kooperation mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Durch Förderung der elektronischen Kommunikation erhofft man sich mehr Teamarbeit und Vernetzung.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) weisen schon lange auf die Schwachstellen unseres Gesundheitssystems hin und ergreifen nun erneut die Initiative, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung den Veränderungen der Zukunft anzupassen. Das Positionspapier „Versorgung gemeinsam gestalten“ gibt die Richtung vor und umfasst eine Fülle von Vorschlägen zur Sicherung einer hochwertigen ambulanten medizinischen Versorgung in der Zukunft.

Mehr zum Thema

[KBV 2020 - Versorgung gemeinsam gestalten \(Ein Konzept der KBV und der KVen\) \(Stand: 23.05.2016, PDF, 314 KB\)](#)

Versorgung aktuell

DMP - Disease-Management-Programme

Gute Versorgung für chronisch kranke Patienten

Seit Einführung der Disease-Management-Programme (DMP) vor mehr als zehn Jahren nehmen aktuell über 6,5 Millionen Patienten daran teil. 39 Prozent der Deutschen leiden mindestens an einer chronischen Erkrankung. Nach Angaben des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommen zwei Drittel aller ambulanten Arztkontakte und 89 Prozent aller Krankenhaustage durch chronisch kranke Patienten zustande.

Chronisch Kranke profitieren von Disease-Management-Programmen in hohem Maße. Studien zufolge verbessert sich die Lebensqualität, und es treten weniger Komplikationen und seltener gravierende Spätfolgen auf.

[Neue Behandlungsprogramme für Depression und Rückenschmerz](#)

Zwei neue Behandlungsprogramme für Depression und Rückenschmerz

hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstärkungsgesetz auf den Weg gebracht. Die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum Jahresende entwickeln und als Richtlinie erlassen. Diese bundesweiten Vorgaben werden dann regional in Verträgen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt.

Bislang gibt es Behandlungsprogramme für Asthma bronchiale, COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, KHK und Brustkrebs. Die Vertreter der Kassenärzte im G-BA setzen sich dafür ein, dass das Angebot von Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen von DMPs erweitert wird. Vor allem Patienten mit Rheuma oder einer Herzinsuffizienz könnten davon profitieren.

Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds

Die Teilnahme am DMP ist für die Patienten freiwillig. Voraussetzung ist eine gesicherte Diagnose und die Bereitschaft des Versicherten, aktiv an dem Programm teilzunehmen. Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Für jeden

eingeschriebenen Versicherten gibt es eine Pauschale; in diesem Jahr von 146,16 Euro. Diese Pauschale wird zur Deckung der Programmkosten für arztbezogene Aufwendungen wie Dokumentations- oder Koordinationsleistungen und für kassenbezogene Aufwendungen wie Verwaltungskosten verwendet. *(Quelle: KBV)*

DMP für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und COPD aktualisiert

Schon im Januar hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das strukturierte Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm, DMP) für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 in allen wesentlichen Punkten ak-

tualisiert. Im Juli folgte nun die Aktualisierung des DMP für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Damit die Behandlung der eingeschriebenen Versicherten weiterhin dem aktuellen Stand des

medizinischen Wissens entspricht, wurden sämtliche diagnostischen, therapeutischen und qualitätssichernden Maßnahmen anhand aktueller Leitlinien überprüft und bei Bedarf angepasst oder ergänzt.

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Rund 4 Millionen Versicherte werden nach den Vorgaben des DMP Diabetes mellitus Typ 2 betreut. Für sie heben beispielsweise die neuen DMP-Anforderungen stärker als bisher hervor, dass für den Blutzucker Zielwerte festzulegen sind, die Alter, Begleiterkrankungen oder auch Symptomfreiheit des Patienten berücksichtigen. Da Langzeitkomplikationen ebenso wie akute Unterzuckerungen vermieden werden sollen, spielt die richtige Einstellung des HbA1c innerhalb eines empfohlenen Zielkorridors eine große Rolle. Die

Therapieempfehlungen zu blutzuckersenkenden Arzneimitteln hat der G-BA an die aktuelle nationale Versorgungsleitlinie angepasst. Grundlegend überarbeitet wurden auch die Vorgaben hinsichtlich des diabetischen Fußsyndroms. Hierbei haben präventive Maßnahmen einen höheren Stellenwert als bisher.

(Quelle: G-BA, KBV)

Ausführliche Informationen dazu gibt die neue Patienteninformation *„Therapie des Typ-2-Diabetes – Wie läuft die Behandlung ab?“*



DMP für Patienten mit COPD

Die COPD ist eine chronische, in der Regel fortschreitende Atemwegs- und Lungenerkrankung, die in Folge einer chronischen Bronchitis entsteht und mit oder ohne Lungenemphysem einhergeht.

Das aktualisierte Behandlungsprogramm zielt noch stärker als bisher auf die Tabakentwöhnung der Patienten ab, da auch die aktuellen ausgewerteten Studien klar belegen, dass die Sterblichkeit und das Fortschreiten der Erkrankung COPD durch Tabakverzicht deutlich reduziert werden können.

Bei Patientinnen und Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln aufgrund mehrerer Erkrankungen erforderlich ist, sollen die Ärztin oder der Arzt mit einem strukturierten

Medikamentenmanagement mindestens jährlich sämtliche vom Patienten tatsächlich eingenommenen Arzneimittel erfassen. Ziel ist es, Dosisanpassungen oder Therapieänderungen frühzeitig vorzunehmen und mögliche Wechsel- und Nebenwirkungen der Arzneimittel zu berücksichtigen. Ein aktueller Medikationsplan, den auch die Patienten in verständlicher Form erhalten, wird Teil der Patientenakte.

Zudem betonen die neuen DMP-Anforderungen den Einfluss häufiger und folgenreicher Begleiterkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose sowie Depression und Angstzustände auf den Krankheitsverlauf bzw. die Behandlung der COPD. Die wirksame Behandlung dieser Komor-



biditäten spielt nicht zuletzt für die Lebensqualität der Patienten eine wesentliche Rolle.

(Quelle: G-BA, KBV)

[Ausführliche Informationen gibt es in den Patienteninformationen zu COPD auf der Homepage der KV Hamburg.](#)

Stärkung der Pflegeheimversorgung

Dem demografischen Wandel folgend ist über die letzten Jahre die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen gestiegen. Ein Großteil dieser Menschen wird im häuslichen Umfeld gepflegt und ärztlich betreut. Aber auch die Zahl der Pflegeheime hat kontinuierlich zugenommen, und die medizinische Versorgung der hier lebenden Patienten erfolgt ebenfalls ambulant durch niedergelassene Ärzte. Ein wichtiger Grund, die medizinische Versorgung in Alten- und Pflegeheimen zu stärken. Im Rahmen von speziellen Kooperationsverträgen hat die KBV mit den Krankenkassen Regelungen für die ärztliche Betreuung von Heimbewohnern und zur Vergütung der erbrachten Leistungen vereinbart. Diese

Vereinbarung soll die haus- und fachärztliche Betreuung von Patienten in Alten- und Pflegeheimen langfristig verbessern. Das betrifft unter anderem die Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen sowie der pflegerischen Versorgung, die Kooperation mit weiteren Ärzten und einbezogenen Pflegefachkräften, den Besuch des Patienten und die patientenorientierten Fallkonferenzen. Der damit verbundene erhöhte Aufwand wird außerhalb des Budgets vergütet. Voraussetzung ist ein zwischen Ärzten und Heimen geschlossener Kooperationsvertrag.

Basis dieses Vertrages ist die Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V, die den erforderlichen Rahmen

bildet, um eine qualitätsgesicherte Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen Vertragsärzten und stationären Pflegeeinrichtungen zu fördern.

Neu ist darüber hinaus, dass nicht nur Hausärzte, sondern demnächst auch Fachärzte in den Heimen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten unterstützt werden können. So will man die Betreuung der Patienten in Pflegeheimen durch eine verbesserte Vernetzung und Kooperation der betreuenden Ärzte und Pflegekräfte optimieren.

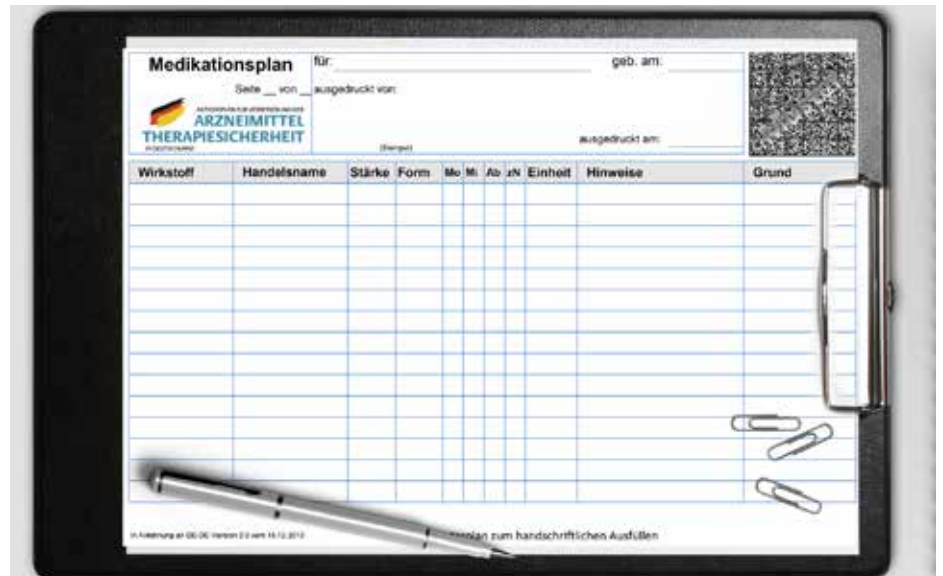
(Quelle KBV)

Den Überblick behalten - Medikationsplan nicht nur für Patienten

Wer drei oder gar mehr verschiedene Medikamente einnehmen muss und dies womöglich noch zu unterschiedlichen Zeiten, kann schnell mal in „Tüddel“ kommen. Für mehr Sicherheit bei der Medikamenteneinnahme soll nun der Medikationsplan sorgen, auf den Patienten ab 1. Oktober 2016 einen Anspruch haben. Vor allem ältere und chronisch kranke Menschen profitieren davon.

Mit dem Medikationsplan erhält der Patient eine zusammenfassende Übersicht über die verschreibungspflichtigen und frei verkäuflichen Arzneimittel und sieht auf einen Blick, welche Arzneimittel er zu welchen Zeiten einnehmen soll. Darüber hinaus ermöglicht der Medikationsplan auch den verschiedenen am Medikationsprozess beteiligten Heilberuflern (insbesondere in Arztpraxis, Krankenhaus, Apotheke, Pflegeeinrichtung), über die Gesamtmedikation des jeweiligen Patienten im Bilde zu sein.

Über diesen Anspruch müssen Ärzte ihre Patienten informieren. So sieht es das E-Health-Gesetz vor. Doch zunächst gibt es den Plan



nur auf Papier. Die elektronische Speicherung des Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte wird erst ab 2018 möglich sein und ist für den Patienten freiwillig – Anspruch auf die Papierversion hat der Versicherte weiterhin.

Der erstausstellende Arzt ist zur weiteren Aktualisierung verpflichtet, Apotheker aktualisieren auf Wunsch des Versicherten. Aktualisierungen durch andere Ärzte und Krankenhäuser sind ebenfalls möglich.

Zukünftig soll ein optional nutzbarer Barcode auf dem Medikationsplan die Informationen des Plans in digitaler Form enthalten und ermöglichen, dass dieser unabhängig von der jeweiligen Praxis- oder Apothekensoftware per Scanner eingelesen und aktualisiert werden kann. Auf diese Weise können Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten von Medikamenten berücksichtigt werden.

Aus der KV Hamburg Verträge und Vereinbarungen für eine gute Versorgung

Bundesweit und ganz speziell für Hamburg

Damit ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung gelingt, schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen Verträge. Alles umfassend regelt der Bundesmantelvertrag und mit ihm werden die gesetzlichen Vorgaben des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in die Praxis umgesetzt.

Diese kollektivvertragliche Versorgung wird an vielen Punkten durch Selektivverträge, die passgenaue Lösungen für spezielle Versorgungsbedürfnisse ermöglichen, ergänzt.

Eine Reihe dieser optimierten Konzepte zur Versorgung von Patienten entwickelt die „Vertragswerkstatt der KBV“. Die AG Vertragskoordination, in der sich die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zusammengeschlossen haben, bietet dann den bundesweit tätigen Krankenkassen die einheitliche Umsetzung von Selektivverträgen durch die KVen an. Dabei profitieren die Krankenkassen von der Kompetenz des KV-Systems, die es ermöglicht, Versorgungskonzepte für die Versichertenstruktur der

jeweiligen Krankenkasse zu entwickeln und bundesweit umzusetzen.

Im Gegensatz zum Kollektivvertrag gelten Selektivverträge nicht automatisch für alle Ärzte und alle Krankenkassen. Wer von diesen Verträgen profitieren möchte, muss die Teilnahme daran erklären. Dies gilt schlussendlich dann auch für Patienten. Darüber hinaus gilt grundsätzlich für alle Ärzte, dass zur Teilnahme auch die notwendigen Qualitätsanforderungen erfüllt sein müssen.

Verträge für Hamburg

Betreuungsstrukturverträge ab dem 1. Juli 2016

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und den damit einhergehenden Herausforderungen für die medizinische Versorgung ist es mehr als notwendig, die ambulante vertragsärztliche Versorgung und deren langfristige Sicherstellung zu stärken und weiterzuentwickeln. Neue „Betreuungsstrukturverträge“, die die KV Hamburg mit der DAK, der TK, der AOK Rheinland/Hamburg und dem BKK Landesverband Nordwest für alle beigetretenen

BKKn geschlossen hat, sollen dem Rechnung tragen.

Ziel ist es hierbei, insbesondere für Versicherte mit besonderen, schwierigen und/oder langwierigen Erkrankungen Betreuungsstrukturansätze umzusetzen, die dem besonderen Versorgungsbedarf von chronisch kranken Patienten entsprechen. Es soll eine intensivierte Versorgung von chronisch kranken Patienten ermöglicht und erweiterte Betreuungs- und/

oder Beratungsleistungen finanziert werden. Damit wollen die Vertragspartner die Rolle des Vertragsarztes im Versorgungsmanagement zur Optimierung der Versorgung stärken. Dazu gehört zum Beispiel die fachübergreifend koordinierende Betreuung der betroffenen Patientengruppen mit dem Ziel der Sicherstellung der medizinischen Versorgungskontinuität auch nach einem Krankenhausaufenthalt.

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)

Der Hausarzt ist für viele Patienten der erste Ansprechpartner, sowohl bei kleinen als auch bei schwerwiegenden Erkrankungen. Er übernimmt im Gesundheitssystem die wichtige Rolle des Grundversorgers und behandelt Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und

Langzeitversorgung sowie in der Prävention und Rehabilitation. Oftmals benötigen in Behandlung befindliche Patienten mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Krankheiten eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität.

Mit dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung wollen die KV

Hamburg und die AOK Rheinland/Hamburg das berücksichtigen und die Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen verbessern. Denn ist der Hausarzt für seinen Patienten immer der erste Ansprechpartner, lassen sich Doppeluntersuchungen und stationäre Aufenthalte oftmals vermeiden.

Hautkrebscreening

Kaum eine Krebserkrankung hat in den letzten Jahren so eine rasante Zunahme an Neuerkrankungen aufzuweisen wie Hautkrebs. Zugleich ist Hautkrebs aber auch die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen. Vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) gerade jugendlicher Personenkreise möchten die KV Hamburg und einige Krankenkassen

sen zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebskrankungen beitragen.

Ergänzend zur Hautkrebsvorsorge im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bei Versicherten schon vor dem 35. Lebensjahr ermöglicht ein Vertrag jetzt weitere gezielte Früherkennungsuntersuchungen, um

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Patienten zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie

- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Ärzte die Patienten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebskrankungen zu beraten und im Falle einer Erkrankung einer geeigneten Behandlung zuzuführen.

Vermeidung von Frühgeburten - „Gesund schwanger“

Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten

Diese, zwischen den ärztlichen Berufsverbänden, einer Reihe von Krankenkassen und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung geschlossene Vereinbarung hat das Ziel, die Versorgungsqualität bei schwangeren Versicherten zu erhöhen und durch besondere ambulante Maßnahmen die Frühgeburtenrate zu senken. Konstant hohe Frühgeburtenraten

stellen national wie international ein Problem in der Geburtshilfe dar. Dabei sind Frühgeburten (Geburt vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche) mit viel menschlichem Leid und beträchtlichen Mehrkosten für das Gesundheitswesen verbunden. Es ist jedoch Studien zufolge möglich, das Frühgeburtsrisiko zu senken, indem sowohl medizinische Risi-

kofaktoren wie zum Beispiel die bakterielle Vaginose als auch nicht medizinische verhaltensbedingte Risikofaktoren berücksichtigt werden. Das vorliegende Versorgungsprogramm setzt ganzheitlich an den relevantesten Risikofaktoren an und soll eine Minimierung des Gesamtrisikos fördern.

Aktuell gültige Verträge der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg findet man im Internet im Bereich [Ärzte & Psychotherapeuten / Recht & Verträge / Verträge](#)

Patient in Hamburg – Infos und Tipps

Neue Patienteninformation

Patientenbeschwerden - der richtige Weg

An wen wendet man sich, wenn man sich schlecht behandelt fühlt oder sich über Praxen, Ärzte, Behandlungen und Vorkommnisse in der medizinischen Versorgung beschweren möchte? Dass es gar nicht so einfach ist, im Dschungel der Zuständigkeiten des Gesundheitssystems den richtigen Ansprechpartner und die notwendige Unterstützung bei einem Problem zu finden, zeigen immer wieder die Fragen, mit denen Patienten sich an die KV Hamburg oder die

Patientenberatung wenden. Mit ihrem neuen Flyer zeigt die KV Hamburg kurz und übersichtlich, an wen Patienten sich mit ihrer Beschwerde wenden müssen und wo sie Partner finden, die sich für sie stark machen.

Der Flyer im Internet:
[www.kvhh.de / Bürger / Patientenbeauftragte / Patientenbeschwerden](http://www.kvhh.de/Bürger/Patientenbeauftragte/Patientenbeschwerden)



Aktiv in der Selbsthilfe – Fortbildungen bei KISS

Die Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) Hamburg bieten dieses Jahr wieder 13 Fortbildungen an. Sie richten sich an Menschen, die in Hamburger Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen aktiv sind.

In Selbsthilfegruppen organisieren sich Menschen, die eine gemeinsame oder ähnliche gesundheitliche oder soziale Problematik haben und sich zu deren Bewältigung regelmäßig treffen. Diese selbstorganisierten Gruppen stehen immer wieder vor Herausforderungen oder bestimmten Fragestellungen: Soll unsere Gruppe auf Facebook vertreten sein? Welche Rechte

haben Patienten? Wie geht die Gruppe mit Trauer und Verlust eines Mitglieds um? Welche Pressearbeit ist nötig, um bekannter zu werden? Welche Rechte und Verpflichtungen haben wir als Selbsthilfegruppe? Wie verläuft eine gute telefonische Beratung und wie schütze ich mich selbst vor schwierigen Themen?

Diese und weitere Fragen beantworten die 13 Fortbildungen von KISS Hamburg, die größtenteils in St. Georg stattfinden. Das genaue Programm findet man unter www.kiss-hh.de/termine/kiss-hamburg-fortbildungenveranstaltungen



Auch wer mit dem Gedanken spielt, eine Selbsthilfegruppe zu gründen, erhält auf einer Informationsveranstaltung das nötige Wissen.

KISS Hamburg informiert, berät und vermittelt seit über 30 Jahren interessierte Menschen an die rund 1.400 Selbsthilfegruppen in der Hansestadt und unterstützt die Gründung neuer Gruppen.

Katja Gwosdz, KISS Hamburg



Mit uns kommt Ihr Herz InForm! - Sport mit Herz InForm

Der neue „Herz InForm CLUB“ bietet spannende und vielfältige Angebote – auch über die Herzgruppen hinaus!

Herz InForm setzt sich in Hamburg für das „Große Ganze“ der Vor- und Nachsorge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein. Unsere wichtigste Aufgabe dabei ist es, die Lebenssituation der gefährdeten und betroffenen Patienten zu verbessern und dafür Hilfestellungen zu bieten. Und genau dieses Angebot erweitern wir für Sie!

Bislang waren die Leistungen von Herz InForm ausschließlich den Teilnehmern der Hamburger Herzgruppen vorbehalten. Diese Einschränkung haben wir nun aufgehoben. Denn Herz InForm möchte allen Menschen die Möglichkeit geben, den Service und die Leistungen in Anspruch zu nehmen, egal ob sie an einer Herzgruppe teilnehmen oder nicht. Dafür sorgt das neue Konzept „Herz InForm CLUB“, welches spannende Angebote und Seminare bietet, an denen Sie mit Ihrer Familie oder Freunden gemeinsam teilnehmen können.

Wir laden Sie herzlich ein, uns auf den neuen Wegen zu begleiten und freuen uns sehr darauf, unsere langjährige Erfahrung, unser medizinisches Netzwerk und unsere interessanten Seminare mit Ihnen zu teilen. Auf der nächsten Seite erhalten Sie einen ersten Eindruck von dem, auf was Sie sich als Herz

InForm-CLUB-Mitglied in den kommenden Monaten freuen dürfen.

Gemeinsam bringen wir Ihr Herz InForm! - Werden Sie dazu einfach Herz InForm-CLUB-Mitglied!

Als Teilnehmer von Herz InForm anerkannten und betreuten Herzgruppe sind Sie automatisch Herz InForm-CLUB-Mitglied. In diesem Fall ist die Mitgliedschaft für Sie kostenfrei, da Ihr Sportverein weiterhin den Beitrag für Sie übernimmt. Sofern Ihr Sportverein kein Kooperationspartner von Herz InForm ist, werden Sie einfach persönlich Herz InForm CLUB-Mitglied! Dies gilt auch für alle Personen, die an gar keiner Herzgruppe teilnehmen, für Familienmitglieder, Freunde oder sonstige Interessierte. Wir freuen uns auf Sie – egal aus welchem Grund oder über welchen Weg Sie dabei sind!

Ihre persönlichen Herz InForm-CLUB-Vorteile auf einen Blick

- Regelmäßige Vorträge von anerkannten Referenten aus Medizin und Gesundheit
- Starke Ermäßigungen bei unseren Praxis-Workshops und Seminaren zu Gesundheits- und Bewegungsthemen

- Attraktive Angebote und Vergünstigungen bei unseren Herzreisen (ab Ende 2016)
- Persönliches Exemplar unserer Patientenzeitschrift „Impulse“
- Kompetente Beratung und Hilfestellung bei Reha-, Abrechnungs- und Herzgruppenfragen

Herz InForm CLUB-Mitglied werden

Das Antragsformular erhalten Sie per Email oder Post. Bitte kontaktieren Sie uns dafür telefonisch **040 / 22 80 23 64** oder per Email info@herzinform.de.

Sie können sich das Formular aber auch einfach von unserer Website www.herzinform.de herunterladen.

Mitgliedsbeitrag:
Einmalige Aufnahmegebühr:
10,00 Euro
Monatlicher Beitrag: 3,50 Euro

Bei Teilnahme an einer von Herz InForm anerkannten Herzgruppe ist die Herz InForm CLUB-Mitgliedschaft für Sie kostenlos. Erkundigen Sie sich gerne bei uns, ob dieses für Sie zutrifft.

Sabrina Bittkau, Herz InForm

Patientenrechte - Umfrage offenbart große Wissenslücken

Die Verbraucherzentrale Hamburg (vzhh) hat 300 Menschen in der Hansestadt zu ihrem Informationsstand über Patientenrechte befragt. Auch wenn die [Umfrage](#) nicht repräsentativ sei, zeige sie dennoch, dass es bei diesem Thema beachtliche Wissenslücken gebe, so die vzhh.



Die Befragten im Alter zwischen 18 und 94 Jahren beantworteten zehn Fragen aus einem Quiz zum Bereich Patientenrechte. Insbesondere zwei Fragen - nach Patientenrechten und der Patientenquittung - wurden auffällig oft falsch beantwortet.

Fast die Hälfte der Befragten ging davon aus, dass ihr Arzt sie über Behandlungsfehler un-

aufgefordert aufklären müsse. Laut dem Patientenrechtegesetz vom Februar 2013 muss der Arzt jedoch nur dann über Behandlungsfehler informieren, wenn er damit gesundheitliche Gefahren vom Patienten abwenden kann. Ebenso herrscht Unsicherheit darüber, wer laut Gesetz dazu verpflichtet ist, bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler zu helfen. Seit 2013 sind dies die Krankenkassen.

Sie müssen ihre Versicherten bei Behandlungsfehlern unterstützen.

Laut vzhh gefällt vielen Befragten diese Regelung nicht, da sie befürchten, dass sie durch aktives Nachhaken das Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt gefährden. Beim Thema Patientenquittung

besteht ebenfalls Aufklärungsbedarf. Drei Viertel der Befragten wissen nicht, was diese beinhaltet und dass Patienten eine Quittung über abgerechnete Leistungen beim Arzt oder ihrer Krankenkasse anfordern können.

[Quelle: VZHH, Ärzte Zeitung]

Informationen zu Patientenrechten gibt es unter [www.kvhh.de / Bereich Bürger/ Patientenbeauftragte / Patientenrechte](http://www.kvhh.de/Bereich_Bu_rger/Patientenbeauftragte/Patientenrechte)



Schmerzdokumentation - einfach gemacht

www.mein-schmerz.de

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) startet eine Online-Dokumentationsplattform für Patienten. Über "www.mein-schmerz.de" können diese künftig ihre Schmerzen online erfassen, in Berichtsform ausdrucken und beim Therapeuten bzw. Arzt vorlegen. Damit erhält der behandelnde Arzt einen schnellen Überblick über die verschiedenen Aspekte der Erkrankung.

Eigene Zugangsdaten

Mit oder ohne Registrierung können Patienten über mein-schmerz.de einen Fragebogen ausfüllen und darauf aufbauend einen Bericht für ihren Therapeuten erstellen, um den nächsten Termin optimal vorzubereiten.

Patienten, die sich mit eigenen Zugangsdaten anmelden, können ihre Daten im Verlauf sammeln und analysieren und selbst Einblick gewinnen, wie sie auf verschiedene Therapiemaßnahmen ansprechen.

Wer möchte, kann den Zugriff auf diese Daten für seinen behandelnden Arzt freischalten,

vorausgesetzt, dieser verwendet die entsprechende Software der Plattform. Dann kann der Arzt die Angaben übernehmen und darauf aufbauend z.B. die Wirksamkeit neuer Behandlungsmaßnahmen unter Verwendung des Fragebogens besprechen und bewerten, um bei Bedarf das Behandlungskonzept zu verändern.

Die DGS verspricht sich hiervon neue Ansätze zur Evaluation von Wirksamkeit und Verträglichkeit neuer Behandlungsmaßnahmen, aber auch eine Stärkung der Patientenautonomie und Selbstbestimmung. DGS-Vizepräsident PD Dr. Michael Überall erwartet auch eine Stärkung des selbstbestimmten Handelns und neue Erkenntnisse zu partizipativen Maßnahmen.

Plattform für eine bessere Versorgung

Den Patienten kommt diese Plattform zweifach zu Gute: Die



DGS will mit der kostenlosen Online-Plattform ihr Schmerzregister ergänzen. Ärzte, die am DGS-PraxisRegister Schmerz teilnehmen, können die vom Patienten freigegebenen Daten online in ihr Dokumentationssystem übernehmen und bei Bedarf mit anderen Ärzten und Therapeuten austauschen.

Alle auf der Plattform gesammelten Daten gehen in anonymisierter Form in den Bestand des Schmerzregisters und stehen für künftige Versorgungsforschungsprojekte zur Verfügung. An personalisierten Individualdaten bestünde kein Interesse, darauf weist die DGS hin. Das DGS Schmerzregister umfasste zum Stand Mai 2016 Daten zu 107852 schmerzmedizi-

nischen Behandlungen. Darunter waren Daten zur Behandlung von u.a. rund 56000 Menschen mit Rückenschmerzen, 17000 mit Gelenkschmerzen und jeweils 10000 mit Nervenschmerzen bzw. Kopfschmerzen. Derzeit erweitert sich das Register arbeitstäglich um Routinedaten von 180 Patienten.

Europaweit 4000 Mitglieder
Die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin hat europaweit

weit rund 4000 Mitglieder und veranstaltet in 129 regionalen Schmerzzentren interdisziplinäre Schmerzkonferenzen. Zu ihren Kernforderungen gehören, wie berichtet, die Einführung eines Facharztes für Schmerzmedizin, eine bessere Vernetzung aller beteiligten Fach- und Berufsgruppen und eine Aufstockung der Ärzte, die in Vollzeit Schmerzpatienten behandeln. Dies machen nach DGS-Angaben aktuell nur rund

400 Ärzte in Deutschland. Weil nach Angaben der Gesellschaft 23 Millionen Menschen an chronischen Schmerzen leiden, wären nach ihrer Berechnung mindestens 10000 Schmerzmediziner erforderlich.

Weitere Informationen:
www.mein-schmerz.de
[Quelle: DSG, mein-schmerz.de, Ärztezeitung]

Medizinische Fachbegriffe verständlich erklärt – Neues Wörterbuch auf Patienten-Information.de

Um das Arzt-Patienten-Gespräch zu erleichtern, hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sein Angebot auf dem Patientenportal „Patienten-Information.de“ erweitert. Neu hinzugekommen ist ein Wörterbuch, das Fachbegriffe und gängige Abkürzungen zu häufigen Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit oder Diabetes allgemeinverständlich erklärt. Interessierte erfahren dort zum Beispiel, was ein Antidiabetikum ist und was bei einer Myokardszintigraphie gemacht wird. Das Wörterbuch enthält derzeit über 650 Fachbegriffe und wird laufend ergänzt. Als Grundlage dienen Patientenleitlinien aus dem Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Außerdem wurde das onkologische Fachwortlexikon auf dem Portal überarbeitet und ergänzt. Das Angebot richtet sich speziell an Krebskranke und deren Angehörige, die Erläuterungen zu häufig verwendeten Begriffen aus dem Bereich der Krebsdiagnostik und -therapie suchen.

Hintergrund zum Patientenportal
Patienten-Information.de ist das gemeinsame Patienten-Portal von

Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). Für die Betreuung der Webseiten ist das ÄZQ verantwortlich. In dem Portal sind medizinische Fachinformationen verständlich aufbereitet. Dazu gehören allgemeinverständliche Broschüren zu ärztlichen Leitlinien, sogenannte Patientenleitlinien, und kompakte Kurzinformationen für Patienten. Außerdem finden Interessierte Checklisten zu allgemeinen Gesundheitsthemen.

- PI-Portal www.patienten-information.de
- Wörterbuch zu weitverbreiteten Krankheiten www.patienten-information.de/patientenleitlinien/patientenleitlinien-nvl/woerterbuch
- Wörterbuch zu Krebserkrankungen www.patienten-information.de/patientenleitlinien/patientenleitlinien-leitlinienprogramm-onkologie/woerterbuch



PATIENTEN-INFORMATION.DE
EIN SERVICE DER BUNDESÄRZTEKAMMER UND DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

Gut informiert entscheiden
Patienteninformationen des ÄZQ
verlässlich, verständlich, transparent

Kurzinformationen | Patientenleitlinien | Checklisten | Wörterbücher |

FREMDWÖRTER UND FACHBEGRIFFE VERSTÄNDLICH ERKLÄRT



Wörterbuch für Volkskrankheiten

Im Wörterbuch werden Fachbegriffe und gängige Abkürzungen zu häufigen Erkrankungen wie koronare Herzkrankheit oder Diabetes allgemeinverständlich erklärt.
Zum Wörterbuch: [Online-Version](#) oder [Druckversion](#)

Wörterbuch für Krebserkrankungen

Das onkologische Fachwortlexikon richtet sich speziell an Krebskranke und deren Angehörige. Sie finden dort Erläuterungen zu gebräuchlichen Begriffen aus dem Bereich der Krebsdiagnostik und -therapie.
Zum Wörterbuch

Über uns

Wir entwickeln verlässliche und verständliche Informationen für Patienten und Interessierte. Alle Informationen werden auf Grundlage von aktuellen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen sowie den Erfahrungen und Wünschen Betroffener entwickelt.

- Über unser Patientenportal
- Wie wir arbeiten
- Kooperationen

Newsletter abonnieren

Anmeldung zum Newsletter Patienteninformation

Nachrichten

Im Nachdienst angegriffen – neuer Fall des Monats
04.10.2016

Aus Berlin

KBV befragte Versicherte über Ärzte, Versorgung und mehr

Versichertenbefragung – Auch die diesjährige Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV zeigt: Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten genießen eine konstant hohe Wertschätzung bei ihren Patienten. Kritik an Wartezeiten bleibt schwach.

Seit mittlerweile zehn Jahren führt die Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV repräsentative Versichertenbefragungen durch. In diesem Jahr wurden bundesweit insgesamt 6.113 zufällig ausgewählten Personen befragt. Davon haben 91 Prozent der Befragten ein „gutes“ bis „sehr gutes“ Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt. Ebenso gut fällt die Beurteilung der Fachkompetenz (93 Prozent), der Freundlichkeit (96 Prozent) und der Verständlichkeit der Erklärungen (92 Prozent) aus. Damit teilen die Versicherten das von Teilen der Politik gezeichnete Bild, dass die ambulante Versorgung im Argen liege und alles schlecht sei, nicht. Bemerkenswert ist vor allem, dass die repräsentative Umfrage seit nunmehr einem Jahrzehnt sehr

hohe Zufriedenheitswerte bei den Versicherten zeigt.

Das Warten auf einen Termin beim Arzt empfindet die Mehrheit der Patienten – wie in den Vorjahren auch – als kein großes Problem. Nur einer von zehn beurteilt die Wartezeit auf einen Termin als zu lang. 41 Prozent hat es nicht zu lange gedauert und für 47 Prozent stellt sich diese Frage überhaupt nicht, da sie keine Wartezeit hatten: Sie wurden entweder sofort angenommen (31 Prozent), kamen ohne Voranmeldung (14 Prozent) oder besuchten eine Praxis, die keine Termine vergibt (2 Prozent).

Ein weiteres Thema der Befragung war die Versorgungssteuerung: Mehr als die Hälfte der Befragten (54 Prozent) fände es grundsätzlich sinnvoll, vor dem Facharzt immer erst einen Hausarzt anzusteuern. Wenn dies spürbar den Beitrag zur Krankenversicherung senken würde, wären dazu 65 Prozent der gesetzlich versicherten Befragten bereit. Die Patienten wünschen sich einen zentralen, wohnortnahen Ansprechpartner.

In einer zweiten Studie ging die KBV in qualitativen Fokusgruppen durch das Beratungsunternehmen „Patientenprojekte“ noch weiter in die Tiefe. Hier zeigte sich, dass viele der Teilnehmenden ihren Hausarzt als erste Anlaufstation aufsuchen. Chronisch Kranke wünschen sich allerdings einen direkten Zugang zu Fachärzten. Grundsätzlich ist eine Lotsenfunktion eines niedergelassenen Arztes, der in den meisten Fällen der Hausarzt sein wird, zu begrüßen. Die freie Arztwahl muss aber gewährleistet bleiben.

Die Ergebnisse der Studien geben seit Jahren einen umfangreichen Einblick in die ambulanten Versorgungsstrukturen in Deutschland und zeigen im Resümee, dass die Zufriedenheit mit der ärztlichen und psychotherapeutischen Betreuung ungebrochen ist.

Weitere Informationen zur Versichertenbefragung mit Grafiken und interaktiven Darstellungen sind abrufbar unter <http://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php>.

Zu guter Letzt

Notfälle: Parallelstrukturen fördern falsche Nutzung

Insgesamt gehen Patienten jedes Jahr mehr als 20 Millionen mal in die Notaufnahme - davon bleiben rund elf Millionen Fälle ambulant. Die Patienten müssen nicht in der Klinik bleiben. Mindestens jeder dritte dieser Patienten könnte genauso gut in die Praxis eines niedergelassenen Arztes gehen. Diese Aussage traf die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf Basis eines bundesweiten Gutachtens. Auch in Hamburg gibt es diese Tendenz und so stellte die Ärztezeitung Dr. Stephan Hofmeister, dem stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes der KV Hamburg, die Frage, warum immer mehr Menschen nach Ende der Sprechstunden krank werden. Allein rund 530.000 Patienten im Jahr würden in Hamburg eine Versorgung im ambulanten Notdienst suchen.

Die möglichen Gründe seien nicht nur vielfältig sondern auch vielschichtig, führte Hofmeister aus. Deshalb würde die KV Hamburg diesen zurzeit mit einer Studie auf den Grund gehen. Aber schon jetzt ließe sich beobachten, dass Patienten einem überbordenden Angebot an Gesundheitsinformationen gegenüber stünden, dass überall und zu jeder Zeit verfügbar sei. Vor diesem Hintergrund steige auch die Erwartungshaltung der Menschen, die ähnlich wie bei allen anderen Alltagsdingen

unabhängig von Sprechzeiten jederzeit eine Anlaufstelle für ärztliche Versorgung wünschen. Mit den Notfallambulanzen der KV Hamburg in Altona und Farmsen, dem fahrenden KV-Dienst und den Ambulanzen an den Kliniken hätten Patienten in der Hansestadt schon ein sehr großes und umfassendes Angebot, das ihren Wünschen nahe komme. Doch müsse man immer wieder feststellen, dass Patienten dieses jederzeit verfügbare Angebot nicht im eigentlichen Sinne nutzen.

Notfalldienste sind ein Angebot für den Notfall

Notfalldienste seien Angebote für den Notfall und nicht jede Nachfrage sei gerechtfertigt. Immer häufiger würden diese Angebote auch für Bagatelkrankungen oder das Ausstellen eines Rezeptes missbraucht. Das treffe auch auf viele Patienten zu, die die Klinikambulanzen aufsuchten. Die meisten seien keine medizinischen Notfälle. Sie könnten zu regulären Sprechstundenzeiten von den Ärzten in den Praxen versorgt werden. Die Menschen müssten sich wieder auf sich selbst besinnen und sich erst einmal die Frage stellen: Wann muss ich überhaupt zum Arzt? Wo früher Hausmittel und Maßnahmen, wie zum Beispiel Wadenwickel bei Fieber, erst einmal ausreichten,

ist heute oft das Krankenhaus erste Anlaufstelle.

In der aus diesem Verhalten resultierenden Schlussfolgerung, die Versorgung an Krankenhäusern und in den Notfallambulanzen auszuweiten, sah Hofmeister keine Lösung. Er halte es für nicht sinnvoll, dass in Hamburg, wie in Flächenländern, in jedem Krankenhaus eine Anlaufpraxis betrieben werde. Das führe zu einem drastischen Überangebot, mit der Folge, dass noch mehr Patienten nicht mehr auf die nächste Sprechstunde warten würden. Die Folge wäre ein Ausbau von Parallelstrukturen mit nicht notwendigen Kostensteigerungen für das Gesundheitssystem.

Hofmeister plädierte für den Abbau von Parallelstrukturen. In Hamburg stehe den Patienten eine gute hausärztliche und hochspezialisierte fachärztliche Versorgung im ambulanten Bereich zur Verfügung. Auch wenn Krankenhäuser über die Notfallambulanzen ähnlich wie bei ihren Medizinischen Versorgungszentren Einweisungsmanagement betreiben, um betriebswirtschaftliche Sicherheiten zu schaffen, sei es eine unumgängliche Notwendigkeit, gemeinsame Strukturen zu finden und sich im Sinne einer guten Versorgung der Patienten zu einigen.

Impressum

KVH-News für Patientenvertreter und Selbsthilfegruppen
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

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: Patientenbeauftragte, Barbara Heidenreich, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg,
Tel: 040 / 22802 - 877, E-Mail: barbara.heidenreich@kvhh.de
Layout und Satz: Melanie Vollmert; Bilder: freepick, BlueMonkeyLab.com, GraphicBurger, Company Folders Inc.
Ausgabe 2/2016 (Oktober 2016)