

KVH *journal*

HEISSES EISEN

Fast alle Krankenkassen bieten ihren Versicherten elektronische Gesundheitsakten an. Was bedeutet das für die Praxen?



WISSENSCHAFT

Wie kategorielle Klassifizierung in die Irre führt

INFORMATIONSBESUCH

Chinesische Delegation in Hamburg

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 10/2018 (Oktober 2018)



Liebe Leserin, lieber Leser!

In der Zeit vom 15. Oktober bis zum 6. November 2018 findet die Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg statt. Ich nutze die Gelegenheit, darauf hier hinzuweisen, weil ich mir eine starke Wahlbeteiligung der niedergelassenen Ärzte wünsche.

Die Niedergelassenen haben mit der KV eine eigene Vertretung. Deshalb entsteht manchmal der Eindruck, die KV sei für die Niedergelassenen zuständig und die Ärztekammer für den Rest – nämlich vor allem für die Krankenhausärzte. Das ist natürlich Unsinn. Die Ärztekammer ist das Gremium aller Ärztinnen und Ärzte, egal ob es sich um Selbstständige handelt oder um Angestellte im Krankenhaus, beim Amt oder im MDK.

Niedergelassene ebenso wie angestellte Ärztinnen und Ärzte üben einen freien Beruf aus. Eng verbunden mit der Freiberuflichkeit ist die Selbstverwaltung. Wir Ärztinnen und Ärzte legen Wert darauf, unsere Angelegenheiten so weit wie möglich selbst zu regeln.

Um dafür legitimiert zu sein, müssen die Selbstverwaltungsgremien ein starkes Mandat haben. Die Ärztinnen und Ärzte müssen zeigen, dass sie hinter der Selbstverwaltung stehen. Und das tun sie am besten, indem sie von ihren grundlegenden Rechten Gebrauch machen.

Deshalb mein Appell: Beteiligen Sie sich an der Kammerwahl! Sorgen Sie dafür, dass die Niedergelassenen in der Delegiertenversammlung gut repräsentiert sind. Zeigen Sie der Politik, dass die Selbstverwaltung ein von den Ärzten gewolltes und unterstütztes System ist – und dass wir uns gegen eine weitere Beschneidung der Selbstverwaltungsrechte zur Wehr setzen werden.

Ihr Dr. Dirk Heinrich

Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Welche Erfahrungen haben Sie mit elektronischen Gesundheitsakten gemacht?
- 08_ Überblick: Die Krankenkassen und ihre elektronischen Gesundheitsakten
- 10_ „Grundsätzliches Problem“ - Warum Dr. Silke Lüder ihren Patienten weiterhin analoge Kopien mitgibt
- 13_ „Die Arzttakte ist sakrosankt“ – Dr. Stephan Hofmeister über notwendige Standards, schlanke Lösungen und den Streit mit der AOK

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_ Fragen und Antworten
- 18_ Honorarverhandlungen: Vergütung steigt um 620 Millionen Euro
Kostenlose Verhütungsmittel für Frauen in schwierigen Situationen
- 19_ Europäische Krankenversicherungskarte: Änderungen zum Oktober 2018
Datenversand an DAVASO:
Ab 2019 nur noch elektronisch

**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.



20_ Sprachbarrieren überwinden:
Niedergelassene Ärzte und
Psychotherapeuten können unter
bestimmten Voraussetzungen
Dolmetscher in Anspruch nehmen

QUALITÄTSSICHERUNG

22_ Neue QM-Vereinbarung: kardiale
Rhythmusimplantate

ARZNEI- UND HEILMITTEL

24_ HPV-Impfung: jetzt für Jungen
empfohlen

Impfung gegen Herpes Zoster

25_ Sprechstundenbedarf:
Cortisonhaltige Arzneimittel für
Kinder

SELBSTVERWALTUNG

30_ Steckbrief: Dr. Stefan Renz

FORUM

32_ Chinesische Delegation in Hamburg

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

**23_ Bekanntmachungen im
Internet**

NETZWERK EVIDENZ- BASIERTE MEDIZIN

**26_ Wie kategorielle
Klassifizierung in die Irre
führt: Antidepressiva und
Diabetesprävention**

KOLUMNE

29_ Hontschiks „Diagnose“

TERMINKALENER

**34_ Termine und geplante
Veranstaltungen**

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 9: TK, Vivy; Seite 11: TK;
Seite 12: AOK; Seite 13: Lopata/Axentis; Seite 17:
Felix Faller/Alinea; Seite 18: jeszufoto/iStock;
Seite 19: da-vooda/iStock; Seite 20: Heike Gün-
ther; Seite 25: Snesivan/Fotolia; Seite 29: Barbara
Klemm; Seite 30: Michael Zapf; Seite 31: Guukaa/
Fotolia; Seite 32: Melanie Vollmert; Seite 34:
Michael Zapf, Melanie Vollmert auf Grundlage
von Lesniewski/Fotolia; Icons: iStockfoto

Welche Erfahrungen haben Sie mit elektronischen Gesundheitsakten gemacht?



Helmut Weiberlenn
Chirurg in Hamburg-Alsterdorf

Privatanbieter mit guten Systemen

Bisher wissen nur wenige Patienten, dass sie sich ihre Befunde aufs Smartphone laden lassen können. **Doch wer von dieser Möglichkeit erfährt, macht in der Regel auch gerne Gebrauch davon.** Wichtig ist natürlich, dass die Patienten selbst darüber entscheiden können, was mit ihren Daten geschieht und wer darauf Zugriff bekommt. Ich weiß nicht, wie lange das deutsche Gesundheitssystem jetzt schon versucht, ein einheitliches elektronisches Kommunikationssystem auf die Beine zu stellen. Das sind quälend langsame und umständliche Prozesse. Nun kommen die ersten Privatanbieter mit guten und funktionierenden Systemen. Für die Gesundheits-Apps Vivy oder LifeTime braucht die Praxis nicht mal eigene Programme und Schnittstellen. Dass die KBV die nun angebotenen elektronischen Gesundheitsakten vereinheitlichen will, halte ich für unnötig. Von mir aus könnten gern mehrere Modelle miteinander konkurrieren. Ich gehe davon aus, dass sich das beste Modell durchsetzen würde. Im Idealfall sorgt die Digitalisierung auf Dauer für schnellere Abläufe, so dass mehr Beratungszeit für die Patienten zur Verfügung steht. ■



Dr. Christoph Dittrich
Internist in Hamburg-Niendorf

Digitalisierung wäre mehr als zeitgemäß

Unsere Praxis nimmt am Pilotprojekt der TK zur elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung teil. Das ist sehr einfach: Ein Mausklick – und schon ist die Bescheinigung bei der TK hinterlegt. Das funktioniert wunderbar. Der Patient muss natürlich zustimmen, doch das ist bisher immer der Fall gewesen. **Ich würde es sehr begrüßen, wenn man Medikamentenpläne, Laborbefunde und Röntgenbilder auf ähnlich einfache Weise (was im Rahmen der geplanten Telematik ja geschehen soll) unter den behandelnden Ärzten austauschen und den Patienten für ihre elektronische Akte zur Verfügung stellen könnte.** Das würde die Arbeit erleichtern und ist mehr als zeitgemäß. ■



Dr. Christian Bauer
Allgemeinmediziner
in Torgelow / Mecklenburg-Vorpommern

Es gibt wirklich eine Nachfrage

In Mecklenburg-Vorpommern läuft ein Pilotprojekt der AOK zur digitalen Gesundheitsakte. Einige Praxen unseres Ärztenetzes HaffNet kommunizieren bei Einweisungen und Entlassungen digital mit dem örtlichen Klinikum. Diese Informationen stehen auch dem Patienten in seiner elektronischen Gesundheitsakte zur Verfügung. Ich möchte betonen: Die AOK hat keinen Zugriff auf unsere Praxisrechner und auf die von uns übermittelten Daten. Das ist also kein Problem. Es hakt manchmal bei den Abläufen. Die Patienten müssen schriftlich ihr Einverständnis erklären, bevor sie mitmachen können. Doch geplante Krankenhauseinweisungen sind in unserer Praxis nicht so häufig. Und ausgerechnet bei jenen Patienten, die akut eingewiesen werden, fehlt oftmals die Einwilligung. **Die Patienten wollen ihre Befunde gerne bekommen, da gibt es wirklich eine Nachfrage.** Doch die Daten auch außerhalb des Aufnahme-Entlass-Managements hochzuladen, ist nicht so einfach. Und die älteren Patienten kommen mit der elektronischen Gesundheitsakte nicht immer gut zurecht – selbst wenn sie über ein Smartphone verfügen. Es sind also eher Kleinigkeiten, die noch Schwierigkeiten machen. Das Konzept stimmt. ■

Schnell mal den Arztbrief hochladen

Fast alle Krankenkassen bieten ihren Versicherten elektronische Gesundheitsakten an. Welche Modelle gibt es? Und was kommt auf die Praxen zu?



Plötzlich steht ein junger Mann in der Praxis, wedelt mit dem Smartphone und verlangt, dass seine gesundheitsbezogenen Daten in eine elektronische Gesundheitsakte geladen werden. Der Arzt ist verunsichert: Darf ich das? Muss ich das? Und: Wie funktioniert das überhaupt?

Wirklich akut ist dieses Szenario noch nicht. Zwar bieten mittlerweile fast alle Krankenkassen ihren Versicherten elektronische Gesundheitsakten an, doch keine Hamburger Praxis muss fürchten, mit solchen Wünschen überflutet zu werden. Die elektronische Gesundheitsakte der TK ("TK-Safe") hat bislang noch keine Schnittstelle zu den Arztpraxen. Das Gesundheitsnetzwerk der AOK ist in Hamburg noch nicht am Start.

Lediglich bei einer (unter anderem von der DAK Gesundheit unterstützten) App namens Vivy besteht bereits die Möglichkeit, dass auch Hamburger Arztpraxen beispielsweise Befunde oder Laborergebnisse in eine Gesundheitsakte des Patienten laden. Doch die Ärzte werden zunächst von Vivy kontaktiert und über die Übertragungsmöglichkeit informiert. Der mit dem Smartphone herumfuchtelnde junge Mann wird also zumindest nicht ganz überraschend in der Praxis auftauchen.

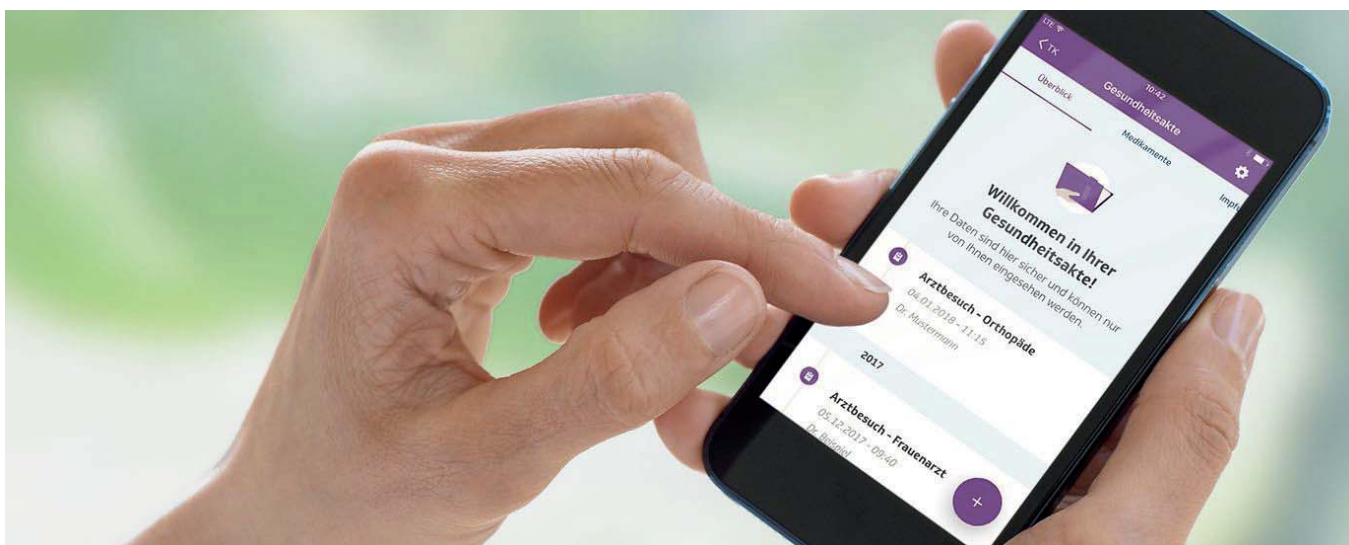
Patienten haben bekanntlich das Recht, alle in der Praxis über sie vorliegenden Gesundheitsdaten einzusehen (es sei denn, erhebliche therapeutische Gründe oder die Rechte Dritter stehen dem entgegen). Die

Patienten können auch elektronische Abschriften verlangen (§630g BGB) – ob sie diese auf einer CD, einem Stick oder via Netz erhalten, ist nicht festgelegt.

Bis 2021 sollen die derzeit noch wild wachsenden elektronischen Gesundheitsakten der Krankenkassen standardisiert und in die offizielle Telematik-Infrastruktur eingepasst werden. Spätestens dann werden die Arztpraxen sich mit dem Phänomen elektronischer, patientengeführter Akten auseinandersetzen müssen.

Vivy ist am Start

Wer sich die Gesundheits-App „Vivy“ vorführen lässt, bekommt das Bild einer hippen Start-Up-Entwicklung



Gesundheitsdaten per Smartphone: Bis 2021 sollen die elektronischen Akten der Krankenkassen standardisiert werden.

vermittelt. „Wir haben später angefangen als die anderen“, sagt Ingo Horak von Vivy, „sind aber die ersten mit einem breiten Marktstart.“ Seit September ist die Testphase vorbei. Theoretisch kann sich nun jeder Nutzer, der bei einer der mit Vivy kooperierenden Krankenkassen versichert ist, Gesundheitsdaten von Ärzten in seine elektronische Akte laden lassen.

Auf die Schaffung von Schnittstellen zu den Praxissoftwareprogrammen oder zur Telematikinfrastruktur wollte man dabei nicht warten. Um mitmachen zu können, muss die Praxis keine zusätzliche Software installieren. Es gibt keine Systemvoraussetzungen – außer dass ein Browser vorhanden sein muss.

Der Patient ruft die Vivy-App auf, prüft, ob die von ihm besuchte Praxis gelistet ist, sendet eine Anfrage und bittet beispielsweise um sein Blutbild. Die Praxis wählt das Dokument aus, klickt auf „Upload“ und schickt eine verschlüsselte E-Mail. Auch eine Faxverbindung steht zur Verfügung.

„Vivy wird ein mit der Telematikinfrastruktur vergleichbarer

Sicherheitsstandard bescheinigt“, sagt Horak. Die Verantwortung für die Datensicherheit liegt allerdings beim Patienten, denn der Arzt handelt auf dessen Aufforderung.

In der elektronischen Akte sollen Notfalldaten, Medikationsplan, Impfverzeichnis und andere medi-

zinische Dokumente zusammengeführt werden. Der Nutzer kann die Dokumente teilen und beispielsweise anderen Praxen zugänglich machen. Die Empfänger-Praxis erhält eine Webadresse und eine PIN, die eingegeben werden muss, um das Dokument herunterladen zu können. Eine direkte Arzt-zu-Arzt-Verbindung gibt es nicht.

Vivy bietet auch Lebenshilfe: Der Nutzer wird an Arzttermine, Medikamenteneinnahme und anstehende Vorsorgeuntersuchungen erinnert. Er kann die App mit selbst erhobenen Daten zu seinem Gewicht oder der täglich bewältigten Laufstrecke füttern. Er kann sich Fitness-Ziele setzen – und Vivy kontrolliert deren Einhaltung.

Die Vivy GmbH gehört zu 70 Prozent dem Mutterkonzern der Allianz Krankenversicherung. 30 Prozent halten die Vivy-Gründer. Über den IT-Dienstleister Bitmarck kooperiert Vivy nach eigenen Angaben mit 90 gesetzlichen Krankenkassen (DAK Gesundheit, Innungskrankenkassen, Betriebskrankenkassen) und einigen Privatkassen, die ihren



Gesundheitsakte Vivy (DAK-Gesundheit, Innungs- und Betriebskrankenkassen)

Versicherten die App kostenlos zur Verfügung stellen.

Künftig soll Vivy stärker in die IT-Systeme der Krankenhäuser und Praxen integrierbar werden, um die Abläufe zu vereinfachen. Kooperationen mit den Sana-Kliniken und weiteren Kliniken, MVZs und Praxen laufen. Vivy-Geschäftsführer

Christian Rebernik hat angekündigt, noch in diesem Jahr die neue App-Schnittstelle von KV Connect nutzbar zu machen. „Dann kann der Arzt über KV Connect aus der Arztsoftware heraus im ersten Schritt Arztbriefe an die Vivy-Akte schicken“, so Rebernik im Interview mit E-Health-com.

TK stellt Abrechnungsdaten zur Verfügung

Die Techniker Krankenkasse arbeitet nicht mit einem Start-Up zusammen, sondern hat mit der Entwicklung der elektronischen Gesundheitsakte TK-Safe den IBM-Konzern beauftragt. Auch TK-Safe ist App-basiert. Bisher haben die Nutzer vor allem Zugriff auf

»Grundsätzliches Problem«

Ist es sinnvoll, die patientengeführte Patientenakte zum Dreh- und Angelpunkt der Versorgung zu machen? Antworten von Dr. Silke Lüder, Allgemeinmedizinerin in Bergedorf und Sprecherin der Aktion „Stoppt die e-Card“



Dr. Silke Lüder

Was würden Sie einem Patienten empfehlen, der Befunde und Unterlagen per App in seine elektronische Gesundheitsakte geladen bekommen möchte?

Ich würde abraten. Krankheits-Daten, die man per App auf seinem Smartphone hostet, sind nach Aussagen von Experten grundsätzlich nicht sicher zu schützen. Solange keine sicheren und sinnvollen Alternativen existieren, geben wir den Patienten wie bisher schon alle auswärtigen Befunde und Unterlagen auf Papier mit – nachdem wir sie in die elektronische Patientenakte in unserer Praxis überführt haben. Die elektronischen Patientenakten in unserer Praxis gibt es ja schon seit 25 Jahren.

Was wäre denn eine sinnvolle Alternative?

Wichtig wäre eine dezentrale, geschützte, kostengünstige Online-Kommunikation unter den Ärzten in Klinik und Praxis. Aber die ist bis heute nicht realisiert. Kassen und Politik interessieren sich dafür auch nicht. Wer die Daten hat, hat die Macht. Entsprechend wollen die

Krankenkassen über die Verfügung über unsere ärztlichen Arbeitsergebnisse selbst vom „Payer zum Player“ werden und das System steuern.

Weshalb ist die direkte Arzt-zu-Arzt-Kommunikation sinnvoller als eine Kommunikation über die patientengeführte Patientenakte?

Bei patientengeführten elektronischen Gesundheitsakten gibt es ein grundsätzliches Problem: Sie sind nicht nach einer ärztlichen Logik geordnet. Der Patient bestimmt, welche Daten in seine Akte geladen werden, und er bestimmt, welche Daten ein weiterbehandelnder Arzt zu sehen bekommt. Wichtige Informationen können fehlen. Sie können aber auch irgendwo im ungeordneten Datenwust der Akte versteckt sein. Wenn der Patient dem weiterbehandelnden Arzt diese Daten zur Verfügung stellt, birgt das medizinische Risiken in sich – und auch juristische. In den USA gibt es bereits Gerichtsverfahren, weil Ärzte in den elektronischen Akten etwas Entscheidendes übersehen haben. Ich bin für eine dezentrale, sichere Online-Kommunikation unter Ärzten – und der Patient sollte selbstverständlich Zugriff auf die ausgetauschten Informationen haben. Doch eine patientengesteuerte elektronische Akte kann nicht zum Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Versorgung werden.

Informationen, die der Krankenkasse vorliegen. Neben einer Zeitleiste, auf der Arztbesuche und Diagnosen verzeichnet sind, kann mit Zeitverzögerung nachvollzogen werden, was der Vertragsarzt beim jeweiligen Patienten abgerechnet hat (allerdings wird das Honorar unquotiert berechnet).

Rascher stehen Krankenhaus-Informationen zur Verfügung – zumindest von den bisher 16 angeschlossenen Agaplesion-Kliniken. Daten über verschreibungspflichtige Medikamente werden ebenfalls zur Verfügung gestellt. Der Patient kann die Medikamentenliste mit den von ihm eingenommenen frei verkäuflichen Arzneimitteln vervollständigen.

Beim Aufnahme-Entlass-Management oder bei der Arzt-zu-Arzt-Kommunikation hilft TK-Safe nicht weiter. Die Krankenkassen-Daten sind nicht aktuell genug – und die in Praxen erhobenen Daten können noch nicht hochgeladen und Weiterbehandlern zugänglich gemacht werden.

„Für den direkten Informationsaustausch zwischen den Behandlern im aktuellen Behandlungsfall ist die elektronische Gesundheitsakte auch gar nicht gedacht“, sagt Klaus Rupp, TK-Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement. „Dafür gibt es andere Wege – auch im Rahmen der Telematikinfrastruktur.“ Für neue und künftige Behandlungsfälle werde die in der Akte abgebildete Krankheitsgeschichte mit zusammengeführten Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich allerdings hilfreich sein.

Anders als Vivy will TK-Safe den Datentransport nicht via E-Mail oder Fax erledigen – auch nicht übergangsweise. „Wenn der Nutzer erst eine Anfrage stellen und die Praxis die Dokumente dann an die einzelnen Empfänger verschicken muss,



Gesundheitsakte TK-Safe (Techniker Krankenkasse)

ist das ein ziemlich umständliches Verfahren“, sagt Rupp. „So viel Aufwand wollen wir den Praxen nicht machen.“

Bei TK-Safe soll der Datentransport asynchron vonstattengehen. Nehmen wir das Beispiel Krankenhauseinweisung: Der Arzt bespricht mit seinem Patienten, welche Dokumente (Arztbrief, Röntgenbild) dieser gerne zur Verfügung gestellt bekommen möchte. Die Praxis überträgt diese Dokumente in ein Postfach. Innerhalb einer bestimmten Zeit hat der Patient - und nur er - die Möglichkeit, die Dokumente abzuholen und in seiner elektronischen Gesundheitsakte abzuspeichern.

Dasselbe Prinzip gilt auch für die Weiterleitung: Der Patient wählt aus seiner Akte jene Dokumente aus, die er einem Arzt zugänglich machen will – und schiebt sie in das Postfach. Der Arzt kann die Dokumente dann herunterladen.

Noch ist das Zukunftsmusik. Doch der Akten-Betreiber IBM arbeitet an Schnittstellen, mit denen die Gesundheitsdaten aus dem je-

weiligen Praxissoftwaresystem heraus zur Verfügung gestellt werden können. Auch IBM erwägt die Nutzung der KV-Connect-Schnittstelle, weil sie im System der Telematikinfrastruktur für alle Praxissoftwaresysteme funktionieren wird.

Die Daten von Vivy und die Daten von TK-Safe liegen jeweils auf einem zentralen Server in Deutschland. Angeblich hat niemand Zugriff darauf außer der Nutzer selbst.

Aufnahme-Entlass-Management im Netzwerk der AOK

Über die Speicherung der Daten für die elektronische Akte im digitalen Gesundheitsnetzwerk der AOK gab es in den vergangenen Wochen eine Debatte in Fachkreisen. Werden die Daten der AOK-Akte überhaupt gesondert gespeichert oder lediglich im Moment des Zugriffs von ganz unterschiedlichen Speicherorten zu einer virtuellen Einheit zusammengeführt? Plant die Krankenkasse, mit Hilfe von automatischen Suchprogrammen direkt auf die Arztrechner zuzugreifen? „Wir werden keine Systeme akzeptieren, die in unsere Praxissysteme eingreifen, wie sie von einer Kassenart derzeit propagiert werden“, heißt es in einer von den Vorständen der KVen und der KBV getragenen Erklärung mit Blick auf die AOK.

„Das wurde falsch verstanden“, sagt Jennifer Erichsen von der AOK Rheinland/Hamburg. „Richtig ist: Wir setzen auf eine dezentrale Speicherung der Daten. Wir wollen vermeiden, dass die Daten all unserer Nutzer auf einem einzigen zentralen Server liegen.“

„Dezentral“ heißt nach Auskunft der AOK: Bestimmte Gemeinschaften von Ärzten und Psychotherapeuten haben jeweils ihren eigenen

Server. Das kann in einer bestimmte Region beispielsweise ein Ärztenetz oder die KV einerseits und der örtliche Klinikverbund andererseits sein. „Der Kern des Systems weiß nur, auf welchen Servern (zum Beispiel: Ärztenetz-Server, Klinikverbund-Server) es Daten zu einem bestimmten Versicherten geben könnte, nicht welche Daten genau dort liegen“, sagt Jennifer Erichsen.

„Wenn der Versicherte in seine elektronische Akte schaut, stellt er eine automatisierte Anfrage an die relevanten Server und bekommt eine Liste mit Links zu all seinen Dokumenten.“ Diese Liste sehe nur der Versicherte, so Erichsen. „Es gibt keine zentrale Registry und keinen Crawler. Die Daten werden auch nicht von den Arztrechnern abgesaugt, sondern von einem Server abgerufen, den die Praxen selbst aktiv befüllen.“

Ein Pilotprojekt des digitalen Gesundheitsnetzwerks der AOK läuft bereits in Mecklenburg-Vorpommern, wo Praxen des Ärztenetzes HaffNet ihre Kommunikation mit zwei örtlichen Kliniken auf elektronischem Weg über KV-SafeNet abwickeln. Die Praxen stellen den Kliniken alle Informationen zur Verfügung, die für den stationären Aufenthalt relevant sind – beispielsweise den elektronischen Medikamentenplan. Die Krankenhäuser wiederum schicken die von ihnen erhobenen Gesundheitsdaten und den Entlassbrief an die Praxen.

Anders als bei Vivy oder TK-Safe steht im Zentrum des Projekts in Mecklenburg-Vorpommern die Arzt-zu-Arzt-Kommunikation respektive das Aufnahme-Entlass-

ALLERGIEN		IMPFPASS	
DOKUMENTE			
Suche nach Begriffen <input type="text"/>			
Name des Dokumentes	Typ	Aktion	
Entlassungsbericht	Entlassungsbericht	...	
CTA Bericht	CTA Bericht	...	
Laborbericht	Laborbericht	...	
Epikrise	Epikrise	...	
MRT Bericht	MRT Bericht	...	
		Zurück	Nächste

Gesundheitsakte im Netzwerk der AOK

Management. Die Patienten schreiben sich in das Modell ein und geben damit ihr grundsätzliches Einverständnis zur elektronischen Datenübermittlung. Im konkreten Fall entscheiden die Ärzte, welche Dateien für die Weiterbehandlung relevant sind und zur Verfügung gestellt werden sollen – nach medizinischen Kriterien. Der Patient kann diese Daten via Smartphone einsehen und für weitere Ärzte freigeben. Die medizinischen Daten liegen auf Servern des HaffNets oder der beteiligten Kliniken. Zusätzlich können die Patienten eigene medizinische Dokumente oder selbst erhobene Vitaldaten hochladen.

„Für die AOK ist das eine Blackbox“, so Erichsen. „Wir können auf die Inhalte der Server nicht zugreifen.“ Ein zweites Pilotprojekt hat die AOK in Berlin an den Start gebracht. Dort sind 13 MVZ von Vivantes und zehn Kliniken beteiligt.

Dem Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zufolge werden die Krankenkassen verpflichtet, ihren

Versicherten bis 2021 elektronische Patientenakten anzubieten. Für diese „offiziellen“ Patientenakten müssen spezifische technische Standards definiert werden (siehe Interview mit Dr. Stephan Hofmeister nächste Seite). Welche der bisherigen Aktenkonzepte sich durchsetzen wird oder ob verschiedene Modelle mit standardisierten Schnittstellen künftig nebeneinander existieren können, ist noch unklar. Alle Anbieter betonen jedenfalls, dass ihre Systeme anschlussfähig an die Telematikinfrastruktur sein werden.

Bislang war vorgesehen, dass Arzt und Patient nur gemeinsam auf die Patientenakte zugreifen können – der Arzt mit Hilfe seines Heilberufes und der Patient mit seiner elektronischen Gesundheitskarte (Zwei-Schlüssel-Prinzip). Der Referentenentwurf des TSVG sieht nun vor, den Versicherten zusätzlich einen selbstständigen Zugriff mittels Smartphone oder Tablet zu ermöglichen. Die bislang unregulierten Gesundheitsakten haben also schon Standards gesetzt – bevor sie sich nun ihrerseits an die „offiziellen“ Vorgaben anpassen müssen.

„Unser politisches Ziel ist es, Chaos durch einen Daten-Wildwuchs zu vermeiden“, sagt Caroline Roos, stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg. „Wenn Lösungen entstehen, die Mehrwerte für die Patienten bringen und gleichzeitig die Praxen dabei unterstützen, Prozesse schlanker zu machen, sind wir gerne dabei. Wichtiger für die Versorgung ist aber die direkte Arzt-zu-Arzt-Kommunikation im Rahmen eines sicheren elektronischen Gesundheitsnetzwerks.“ ■ *mn*

INTERVIEW

»Die Arztakte ist sakrosankt«

Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, um die elektronische Patientenakte für den Praxisalltag nutzbar zu machen?

KBV-Vizechef **DR. STEPHAN HOFMEISTER** über notwendige Standards, schlanke Lösungen und den Streit um das Modell der AOK.

Ist es sinnvoll, dass jede Krankenkasse ein eigenes Modell der elektronischen Gesundheitsakte anbietet?

HOFMEISTER: Ich habe nichts gegen unterschiedliche Modelle, doch sie müssen kompatibel sein. Zunächst mal brauchen wir eine Standardisierung der ärztlichen Befunde. Bei Röntgenbildern gibt es einen internationalen Standard. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass ein Medikament immer als Medikament erkannt wird, ein EKG als EKG und eine Lungenfunktion als Lungenfunktion.

Was muss noch standardisiert werden?

HOFMEISTER: Wenn ein Dokument aus dem Praxisverwaltungssystem in die elektronische Patientenakte transferiert wird, muss man es weiterverwenden können. Es muss immer erkennbar sein, wer die Daten erhoben hat und zu welchem Zeitpunkt. Das Dokument darf nicht veränderbar sein. Es muss indexfähig sein. Es muss ausgelesen werden können und sich automatisch in das Praxisverwaltungssystem des weiterbehandelnden Arztes einsortieren.



Dr. Stephan Hofmeister: "Ich möchte kein Konstrukt haben, das einen direkten oder indirekten Zugriff auf die Arztpraxen ermöglicht."

Warum gibt es diese Standards nicht längst?

HOFMEISTER: Die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme wollen keine durchgreifende Standardisierung, weil das den Wechsel der Systeme vereinfachen würde. Daran haben sie kein Interesse. Eine Vereinheitlichung voranzutreiben ist jetzt aber unerlässlich - auch für die direkte Arzt-zu-Arzt-Kommunikation im Rahmen der Telematikinfrastuktur.

Wer sollte die Standards festlegen? Die Gematik?

HOFMEISTER: Das halten wir für nicht zielführend. Die Gematik ist ein ziemlich heterogenes Gremium. Alle Lebenserfahrung zeigt, dass man mit so vielen Beteiligten keine schnellen und schlanken Lösungen hinbekommt. Die Hoheit für diese

Standardisierung muss die KBV erhalten. Das kann niemand besser als die Ärzte: Wir wissen, wie die Kommunikation für eine reibungslose Versorgung auszusehen hat.

Welche Anforderungen stellen Sie an die Schnittstelle zwischen Praxisverwaltungssystem und elektronischer Patientenakte?

HOFMEISTER: Wichtig ist, dass der Arzt nicht bei jedem Patienten neu überlegen muss: „Wie geht das bei Versicherten dieser Kasse gleich nochmal?“ Es kann nicht sein, dass das Übergabe-Verfahren bei einem TK-Versicherten anders läuft als bei einem AOK-Versicherten. Ansonsten muss die Schnittstelle einfach zu bedienen sein und gut funktionieren. Auf der eGK sollte vermerkt sein, dass der Patient eine elektronische Patientenakte hat und seine Befunde bekommen möchte. Nach der Behandlung fragt das Praxisverwaltungssystem automatisch, ob alle Daten hochgeladen werden sollen oder nur eine Auswahl. Ein paar Mausklicks, und die Sache ist erledigt. Der Arzt wird sagen: Prima, auf diese Weise müssen wir nicht so viel fotokopieren.

Haben die Ärzte eine Verantwortung dafür, was nach dieser Übergabe mit den Daten passiert?

HOFMEISTER: Nein. Der Patient hat ein Anrecht auf seine Daten. Mit der korrekten Übergabe an den Patienten findet ein Eigentümerwechsel statt. Der Patient kann die Daten an eine Klinik weitergeben oder auf Facebook veröffentlichen. Er kann damit machen, was er will. Dass er gegenüber einem weiterbehandelnden Arzt auch Befunde zurückhalten kann, ist natürlich ein

Problem. Der Arzt kann nie sicher sein, alle relevanten Informationen erhalten zu haben. Er muss also in der mündlichen Anamnese fragen: Ist das wirklich alles? Sind weitere Untersuchungen gemacht worden? Fehlen Befunde? Das ist ein wichtiger Punkt: Die persönliche Anamnese bleibt unersetzlich.

Ist Ihnen egal, wo die Daten für die elektronische Patientenakte gespeichert werden?

HOFMEISTER: Naja, heute bekommt der Patient seine Befunde als Fotokopien mit nach Hause – da habe ich auch keinen Einfluss auf die Lagerung. Wo und wie die Daten der elektronischen Gesundheitsakte gespeichert werden, ist also eigentlich nicht Sache der Ärzte. Wir haben uns aber vehement gegen das ursprüngliche Ansinnen der AOK gewehrt, "im Auftrag des Patienten" Zugriff auf medizinische Daten zu bekommen. Ursprünglich war geplant, dass aus den Befunden jener Ärzte, die ein Patient aufgesucht hat, eine virtuelle Patientenakte zusammengestellt wird. Das hätte bedeutet: Es gib ein zentrales Register und eine zentrale Suchmaschine, die Daten aus rund um die Uhr angeschlossenen Praxiscomputern herauszieht. Das kommt nicht in Frage. Die Arztakte im Praxiscomputer ist sakrosankt.

Die AOK sagt, das sei ein Missverständnis gewesen ...

HOFMEISTER: Zwischenzeitlich gibt es einen modifizierten Vorschlag. Jetzt heißt es, die Ärzte oder die KVen sollten eigene Server bereitstellen. Es müsste also eine deutschlandweite Server-Infrastruktur auf Kosten der Ärzte eingerichtet werden. Auf diesen Servern würden Duplikate der Arztakten aus den

jeweiligen Praxen abgespeichert. Auch für diese Daten müsste es ein Register geben, damit die Suchmaschine darauf zugreifen kann. Virtuelle Patientenakten, die im Moment der Abfrage durch den Versicherten temporär die Daten von verschiedenen Servern zusammenstellen, sind für uns kein akzeptables Modell. Wir plädieren dafür, die Übergabe der Daten an den Patienten so einfach und klar wie möglich zu regeln. Hier scheint es aber Bewegung zu geben, und wir haben die Hoffnung noch nicht aufgegeben, doch noch eine gemeinsame Vorstellung von einer Patientenakte entwickeln zu können, die sich mit der ärztlichen Schweigepflicht und dem hochvertraulichen Arzt-Patienten-Verhältnis verträgt.

Warum so misstrauisch? Die Krankenkassen dürfen die Daten ihrer Versicherten doch ohnehin nicht nutzen ...

HOFMEISTER: Die Krankenkassen dürfen die Daten nutzen, sobald der Patient es erlaubt. Und dann möchte ich kein Konstrukt haben, das einen direkten oder indirekten Zugriff auf die Arztpraxen ermöglicht. Ich nehme an, die Kassen werden ihren Versicherten sehr schnell Mehrwertdienste anbieten und beispielsweise sagen: „Wenn Du mir Daten aus deiner Akte überlässt, helfe ich Dir, Deinen Zucker zu managen.“ Die Krankenkassen wollen gerne das Case-Management in die Hand bekommen. Doch man sollte sich nicht täuschen: Eine Krankenkasse ist in erster Linie eine Versicherung, die ein Interesse (und auch die Verpflichtung) hat, kostengünstig zu wirtschaften. Sie ist keine primäre Interessenvertretung der Patienten. ■

8. Tag der Allgemeinmedizin

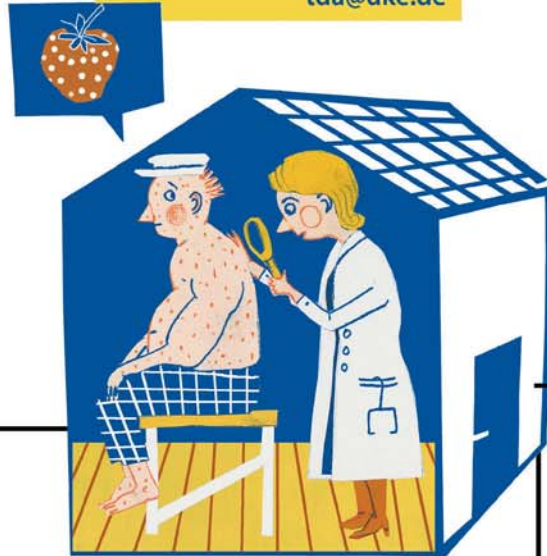
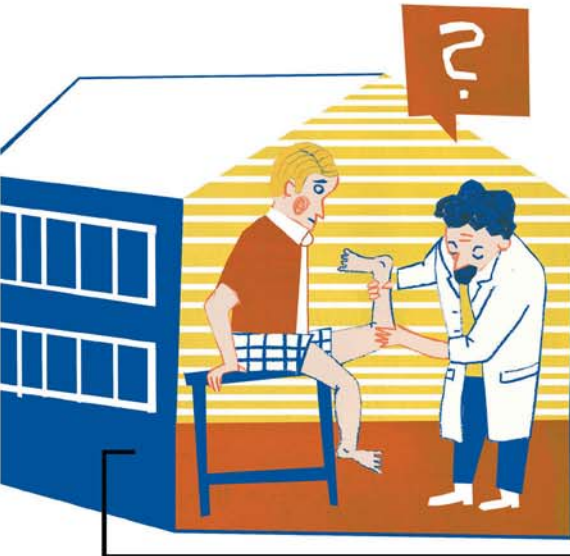
Spezialisiert auf den ganzen Menschen

10.11.2018
UKE Hamburg

Karten und
Workshop-Plätze
vor Ort und unter:

→ www.uke.de/tda

tda@uke.de



für das
gesamte
Praxisteam

unabhängige Fortbildungen für
das gesamte Praxisteam in über
40 Workshops

Plenums-Highlight

Prof. Dr. med. Guido Sauter

Diagnostik am Limit

→ *Was der Hausarzt über
Pathologie wissen muss*

Wir laden Sie herzlich ein.

UKE

Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin

DEGAM
Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

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

ZUZAHLUNG

Ich möchte für einen Flüchtling Arzneimittel verordnen. Wie ist die Zuzahlungsverpflichtung bei dieser Versichertengruppe geregelt?

Ihr Patient ist gemäß Paragraf 61 SGB V von der gesetzlichen Zuzahlung befreit. Die Krankenkassen stellen hier zumeist einen Befreiungsausweis aus, sofern nicht bereits durch die eGK die Zuzahlungsbefreiung dokumentiert wird. Stellt sich der Patient mit einer 24-Stunden-Bescheinigung von der ZEA oder einer Bescheinigung „zur Vorlage beim behandelnden Arzt“ der BASFI beziehungsweise des Sozialamtes vor, fallen auch hierbei keine Zuzahlungen für den Patienten an. **Informationen zum Thema „Abrechnung von Leistungen für Asylbewerber“ finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Abrechnung → Asylbewerber**

ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Für welchen Zeitraum kann die voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden?

Die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für mehr als zwei Wochen im Voraus bescheinigt werden. Nach § 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie kann die Arbeitsunfähigkeit jedoch bis zur voraussichtlichen Dauer von einem Monat bescheinigt werden, wenn es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht ist.

PRAXISBESONDERHEITEN

Ich betreue in meiner Praxis viele Schmerzpatienten. Wenn ich Fentanyl-Pflaster als Praxisbesonderheit mit der Symbolziffer 91015 kennzeichnen will, zeigt mein Praxisverwaltungssystem eine Fehlermeldung an. Woran kann das liegen?

Arzneimittelbesonderheiten (z.B. Onkologika, HIV-Präparate), wie man sie aus der Zeit der Richtgrößen kennt, sind mit der Wirkstoffvereinbarung obsolet geworden. Daher gelten auch die Listen der Arzneimittelbesonderheiten und die entsprechenden Symbolziffern („91er-Ziffern“) seit dem 1. Januar 2017 nicht mehr. Fentanyl-haltige Arzneimittel gehören nach der Wirkstoffvereinbarung zum Ziel "BTM-pflichtige Opioide" - dabei handelt es sich um ein Generika-Ziel. Das heißt: Die Wirkstoffe aus dieser Gruppe sollten vorrangig generisch verordnet werden.

Davon unberührt sind die bundesweiten Praxisbesonderheiten: Wirkstoffe, für die Vereinbarungen im Nachgang zur früheren Nutzungsbewertung (§130 Abs. 2 SGB V) als Praxisbesonderheiten bestehen, bleiben von der Wirkstoffvereinbarung unberücksichtigt. Die Liste der bundesweiten Praxisbesonderheiten finden Sie unter:

www.gkv-spitzenverband.de → Krankenversicherung → Arzneimittel → AMNOG-Verhandlungen → Übersicht zu den Verhandlungen der Erstattungsbeträge → Kreuzchen setzen bei "Einträge mit Anerkennung als Praxisbesonderheit"



ABRECHNUNG

Ich bin Gynäkologe und betreue eine Patientin, die erst vor Kurzem entbunden hat. Ist es in diesem Fall zulässig, die GOP 01770 EBM für die Betreuung nach der Schwangerschaft abzurechnen?

Ja, denn die Leistungslegende der GOP 01770 EBM verweist auf die Richtlinie des G-BA über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinie). Aus der Mutterschafts-Richtlinie ergibt sich, dass die GOP 01770 EBM auch im vorgesehenen Zeitfenster (bis spätestens 8 Wochen nach Entbindung) für die Betreuung nach der Schwangerschaft abgerechnet werden kann.

BEFUNDÜBERMITTLUNG

Ein ärztlicher Kollege fordert Befunde eines Patienten per Überweisungsschein an. Der Patient war in diesem Quartal noch nicht bei uns. Muss er zum Einlesen seiner Versichertenkarte in unsere Praxis kommen, damit wir die Kopien und die Übersendung der Unterlagen abrechnen können?

Nein. Wenn Sie Leistungen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (zum Beispiel eine telefonische Konsultation, Befundübermittlung an Mitbehandler etc.) bei einem Ihnen bereits bekannten Patienten abrechnen, können Sie die Daten für die Anlage eines Ersatzverfahrens aus Ihrem Praxisverwaltungssystem beziehungsweise vom Überweisungsschein übernehmen.

Es gibt übrigens keine Verpflichtung, die Befunde per Überweisungsschein anzufordern. Wir würden diese Variante dennoch empfehlen, weil man dem ärztlichen Kollegen damit auch die aktuellen Patientendaten für die Anlage eines Ersatzverfahrens zur Verfügung stellt.

DAUERMEDIKATION

Unser Patient möchte sich für mehrere Monate im Ausland aufhalten und bittet um eine Verordnung von Medikamenten für einen Zeitraum von sechs Monaten. Darf ich seinem Wunsch entsprechen?

Nein, wenn Sie aufgrund des längerfristigen Auslandsaufenthaltes von Ihrem üblichen Verordnungsverhalten abweichen, ist dies nicht zulässig und kann zu Regressforderungen der jeweiligen Krankenkasse führen. Nach § 16 SGB V ruht der Anspruch auf Leistungen für gesetzlich Versicherte, wenn sie sich im Ausland aufhalten. Die Arzneimittelverordnung für einen kurzfristigen Urlaub im Ausland ist hingegen zulässig. Eine Abgrenzung, wie lange ein Auslandsaufenthalt sein darf, um noch zu Kassenlasten versorgt zu werden, kann im Einzelfall allerdings schwierig sein, da es hierzu keine eindeutigen Festlegungen gibt. Die Verordnung eines Quartalsbedarfs ist im Praxisalltag üblich. Hierdurch sollten sich in der Regel keine Probleme ergeben, da Sie nicht prüfen können, ob sich der Patient bis zur Abholung eines Folgerezeptes im Ausland aufhält oder nicht. Wir empfehlen Ihnen, nicht von ihrem üblichen Verordnungsverhalten abzuweichen und dem Patienten zur Hilfestellung einen Medikamentenplan mitzugeben. Für den Patienten ist es ratsam, sich bei seiner Kasse zu erkundigen, welchen Leistungsanspruch er im jeweiligen Reiseland hat und was seinerseits zu unternehmen ist, um ausreichend mit Medikamenten versorgt zu sein.

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

Honorarverhandlungen: Vergütung steigt um 620 Millionen Euro

Für die Vergütung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen in Deutschland stehen 2019 rund 620 Millionen Euro mehr zur Verfügung. Darauf haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband im August geeinigt. Der Orientierungswert wird um 1,58 Prozent angehoben. Damit steigt die Vergütung um etwa 550 Millionen Euro. Voraussichtlich weitere rund 70 Millionen Euro mehr müssen die Krankenkassen bereitstellen, um den wachsenden Behandlungsbedarf ihrer Versicherten zu finanzieren.

Der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen wies auf die begrenzten Möglichkeiten hin, die die bundesweiten Honorarverhandlungen bieten. „Es geht vornehmlich um den Orientierungswert“, so Gassen. „Fehlbewertungen im EBM beispielsweise werden dadurch aber nicht korrigiert.“ Zudem basierten sowohl die Anpassung des Orientierungswertes als auch die Ermittlung des Behandlungsbedarfs auf standardisierten Verfahren. Von echten Honorarverhandlungen könne deshalb nicht die Rede sein.

Die Ergebnisse der bundesweiten Honorarverhandlungen bilden die Basis für die regionalen Honorarverhandlungen, die die Kassenärztlichen Vereinigungen ab Herbst mit den Krankenkassen vor Ort führen.

Kostenlose Verhütungsmittel für Frauen in schwierigen Situationen



Die Hamburgische Bürgerschaft hat beschlossen, die Kosten von Verhütungsmitteln für Frauen in einer schwierigen wirtschaftlichen und sozialen Situation zu übernehmen. Das Verfahren ist folgendermaßen geregelt: Die gynäkologische Praxis erstellt ein Rezept für das Verhütungsmittel (etwa die Pille, die Spirale oder eine andere passende Methode) und eventuell einen Kostenvoranschlag für die ärztliche Tätigkeit (z.B. das Legen der Spirale). Damit geht die Patientin zu Pro Familia oder dem Familienplanungszentrum. Dort wird, nach Feststellung der Bedürftigkeit, eine Bewilligung für die Kostenübernahme für das Verhütungsmittel und eventuell die ärztliche Leistung ausgestellt, die bei der Apotheke und gegebenenfalls der Arztpraxis vorgelegt wird. Die Apotheke beziehungsweise die Arztpraxis schickt die Rechnung an Pro Familia oder das Familienplanungszentrum und bekommt die Kosten laut Bewilligung erstattet.

Ansprechpartner:
Pro Familia Hamburg
 Seewartenstraße 10, Hs.1
 20459 Hamburg
 Tel: 309 974 910
hamburg-beratungszentrum@profamilia.de

Familienplanungszentrum HH
 Bei der Johanniskirche 20
 22767 Hamburg
 Tel. 439 28 22
fpz@familienplanungszentrum.de



Europäische Krankenversicherungskarte: Änderungen zum 1. Oktober 2018

Für die Handhabung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) gibt es zum 1. Oktober 2018 einige Änderungen.

Fahrender Notfalldienst: EHIC-Daten können händisch erfasst werden

Im fahrenden Notdienst war es häufig schwierig bis unmöglich, eine Kopie der EHIC zur Dokumentation des Behandlungsanspruches anzufertigen. Daher wird in der Anlage 20 BMV-Ä eine Ausnahmeregelung für diesen Fall aufgenommen: Ab dem 1. Oktober 2018 ist es im fahrenden Notdienst zulässig, die Daten der EHIC oder der provisorischen Ersatzbescheinigung händisch zu erfassen.

Patientenerklärung: „Name des behandelnden Arztes“ kommt hinzu

Im Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ wird eine neue Zeile „Name des behandelnden Arztes“ eingefügt.

Diese Änderung ermöglicht den Kassen die eindeutige Zuordnung der Patientenerklärung zur Kopie der EHIC. Die aktuelle Ausführung des Formulars wird ab dem 1. Oktober 2018 bereits in Ihrem Praxisverwaltungssystem verfügbar.

Neue Anlage 3: Nationaler Anspruchsnachweis

Bislang wurde der von der Krankenkasse genehmigte Leistungsumfang bei Patienten, die aus Ländern mit bilateralem Abkommen über soziale Sicherheit (Abkommensrecht) kamen, auf dem Abrechnungsschein (Muster 5, Anlage 2/2a BMV-Ä) dokumentiert.

Ab dem 1. Oktober gibt es für die Krankenkassen ein gesondertes Formular (Anlage 3: „Nationaler Anspruchsnachweis“), um eine bundeseinheitliche und übersichtliche Dokumentation zu erreichen.

Datenversand an DAVASO: Ab 2019 nur noch elektronisch

Die Übermittlung von DMP-Dokumentationen an die DMP-Datenstelle DAVASO auf Datenträgern (CD-ROM, Diskette, DVD) ist nur noch bis zum 31. Dezember 2018 zulässig.

Ab dem 1. Januar 2019 können DMP-Daten nur noch elektronisch (KV-Portal, DMPonline, KV Connect) an die Datenstelle übersandt werden.



Ansprechpartnerin:
Abteilung Datenmanagement,
Dataming und Telematik
Astrid Fellerhoff, Tel: 22802-539



Sprachbarrieren überwinden

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten können unter bestimmten Voraussetzungen professionelle Dolmetscher in Anspruch nehmen



Arbeit zu dritt: Einsatz einer Dolmetscherin aus dem Segemi-Sprachmittlerpool in einer Hamburger Arztpraxis

Knapp die Hälfte der in Hamburg niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten behandeln auch Patienten, die keine ausreichenden Deutschkenntnisse haben. Für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung sowie für die Versorgung von Menschen mit Behinderung können in solchen Fällen Dolmetscher in Anspruch genommen werden.

Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung

Dank der Unterstützung der Hamburger Bürgerschaft wurde im September 2017 ein bundesweit einmaliges Modellprojekt ins Leben gerufen. In Hamburg niedergelassene Psychotherapeuten und Psychiater erhalten Zugang zu professionellen Dolmetschern für die Behandlung ihrer Patienten. Die Vermittlung sowie die Kosten für die Arbeit der Sprachmittler übernimmt der gemeinnützige Verein „Segemi Seelische Gesundheit - Migration und Flucht“. Die Dolmetscher erhalten Fortbildungen und

monatliche Supervision. Derzeit können 34 verschiedenen Sprachen angeboten werden.

Das Modellprojekt wurde in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutenkammer Hamburg und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg konzipiert und umgesetzt und wird durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz im Rahmen des „Hamburger Integrationsfonds“ gefördert. Die Förderung läuft Ende des Jahres aus.

Versorgung von Menschen mit Behinderung

Im Juni dieses Jahres konnte der Segemi-Sprachmittlerpool ausgeweitet werden. In Zusammenarbeit mit der Hamburger Lebenshilfe, der Hamburger Ärztekammer und Segemi wurde ein weiteres Modellprojekt ins Leben gerufen: Hier können niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen in Hamburg professionelle Dolmetscher für die Diagnostik und Behandlung von Geflüchteten mit einer Behinderung (oder Verdacht auf Behinderung) beantragen. Gefördert wird das Projekt durch die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration im

wir regulieren ihren

[puls • schlag]

Rahmen des „Hamburger Integrationsfonds“.
Die Förderung läuft Ende Februar 2019 aus.

Bislang wurden beide Sprachmittlerpools von zahlreichen niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Anspruch genommen. Dennoch gibt es auch Vorbehalte in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern. „Manche Ärzte oder Psychotherapeuten haben noch nie mit Dolmetschern gearbeitet“, sagt Dr. Mike Möske, Psychologischer Psychotherapeut und Vorsitzender des Vereins Segemi. „Da ist es nachvollziehbar, dass es erst einmal Berührungspunkte auch bei Behandlern gibt. Die Kommunikation zu dritt verläuft schon anders.“ Um Behandler auf die Arbeit zu dritt vorzubereiten und sie zu unterstützen, bietet der Verein Segemi Fortbildungen, eine telefonische Sprechstunde und Treffen mit Dolmetschern an.

Segemi wurde 2015 von Psychiatern und Psychotherapeuten sowie interkulturellen Experten gegründet, um den Defiziten in der gesundheitlichen Versorgung von Migranten und Geflüchteten entgegenzuwirken. In der Nähe des Hauptbahnhofs gibt es mittlerweile das Psychosoziale Beratungs- und Koordinierungszentrum Segemi, eine kostenfreie Anlaufstelle für psychisch belastete Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund.

Mehr Informationen zur Beantragung der Sprachmittler finden Sie unter www.segemi.org/sprachmittlerpool

Nächste Fortbildung:

"Arbeit in der Triade - Einführung in Arbeit mit Sprachmittlern"

Termin: **Fr. 19.10.2018 (17-21 Uhr)**

Ort: **Segemi, Adenauerallee 10 / 2. Stock**

20097 Hamburg

Gebühr: **50 Euro**

/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!

©markoagentur.de

KVH Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg

Qualitätssicherung: Kontrolle kardialer Rhythmusimplantate

Neue Vereinbarung tritt zum 1. Oktober 2018 in Kraft

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf die Neufassung einer Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten verständigt (QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle nach § 135 Abs. 2 SGB V). Die Vereinbarung tritt zum 1. Oktober 2018 in Kraft und ersetzt die bisherige Qualitätssicherungsvereinbarung zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers.

Die Neufassung der Vereinbarung ist aufgrund der neu geregelten Abrechnungssystematik für die Kontrolle von Schrittmachersystemen im EBM notwendig geworden. Die neue Vereinbarung regelt künftig die fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen. Künftig dürfen nur noch Kardiologen und Kinderkardio-

logen diese Leistungen erbringen und abrechnen.

Dabei handelt es sich um Leistungen zur Funktionsanalyse von Herzschrittmachern (HSM), implantierbaren Kardiovertern beziehungsweise Defibrillatoren (ICD) sowie von implantierbaren Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT). Die Funktionsanalysen von ICD und CRT können auch telemedizinisch erfolgen. Neu in der Vereinbarung sind die Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung. Hier müssen künftig mindestens 20 Fortbildungspunkte im Fach Kardiologie in jeweils 24 Monaten nachgewiesen werden.

Ebenfalls neu ist die Stichprobenprüfung der ärztlichen Dokumentationen. Hier fordert die KV Hamburg erstmals ab dem Jahr 2019

ÜBERSICHT DER GEBÜHRENORDNUNGSPPOSITIONEN

(Zur Abrechnung dieser GOPs brauchen die Ärzte eine Genehmigung der KV Hamburg.)

KAPITEL 13: INNERE MEDIZIN/KARDIOLOGIE

GOP	Leistung	Punkte
13571	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	189
13573	Funktionsanalyse implantierter Kardioverter/Defibrillator	350
13575	Funktionsanalyse implantierbare Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie	431
13574	Funktionsanalyse implantierter Kardioverter/Defibrillator / telemedizinisch	350
13576	Funktionsanalyse implantierbare Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie / telemedizinisch	431

KAPITEL 4 PÄDIATRIE

GOP	Leistung	Punkte
04411	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	347
04413	Funktionsanalyse implantierter Kardioverter/Defibrillator	641
04414	Funktionsanalyse implantierter Kardioverter / Defibrillator / telemedizinisch	641
04415	Funktionsanalyse implantierbare Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie	789
04416	Funktionsanalyse implantierbare Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie / telemedizinisch	789



jährlich von 15 Prozent der Genehmigungsinhaber die Dokumentationen zu 20 abgerechneten Fällen an.

In der Übergangsregelung der neuen QS-Vereinbarung wurde beschlossen, dass Ärzte, die bereits über eine Genehmigung nach der alten QS-Vereinbarung verfügen und die Leistungen regelmäßig abgerechnet haben, ohne weitere Nachweise eine Genehmigung für alle Leistungen zur Rhythmusimplantatkontrolle von der KV Hamburg erhalten.

Auch fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt Kardiologie, die bereits eine Genehmigung haben, können die Leistungen zur Herzschrittmacherkontrolle weiterhin abrechnen. Um eine Genehmigung für die Leistungen der ICD- beziehungsweise CRT-Kontrolle nach der neuen QS-Vereinbarung zu erhalten, müssen innerhalb von vier Jahren entsprechende Sachkunden nachgewiesen werden.

Eine Genehmigung für die telemedizinischen Funktionsanalysen erhalten Ärzte von der KV Hamburg, wenn sie entsprechende Leistungen in mindestens zwei Quartalen bis zum 30. September 2018 abgerechnet haben. ■

Ansprechpartnerinnen:
Abteilung Qualitätssicherung
Inga Borchers, Tel: 22802-895
inga.borchers@kvhh.de
Susanne Keller, Tel: 22802-494
susanne.keller@kvhh.de

Amtliche Veröffentlichung

Mitteilungskästen:

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingerichteten Mitteilungskästen für die öffentliche Zustellung von Verwaltungsakten befindet sich im Gebäude in der Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg im Eingangsbereich links vom Empfangstresen. Die Mitteilungskästen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der gemeinsamen Prüfstelle, des Beschwerdeausschusses und der Zulassungs- und Berufungsausschüsse für öffentliche Zustellungen genutzt.

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

Verträge:

- Vereinbarung über die gesonderte Vergütung der unparteiischen Vorsitzenden für die Vertretung des Beschwerdeausschusses vor Gericht gem. § 2 Abs. 4 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung - WiPrüfVO - für die Amtsperiode vom 01.01.2018 bis 31.12.2019
- 1. Nachtrag zur 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).)

Hinweis: Beitritt zu Verträgen:

- Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten „Gesund schwanger“ mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL), dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI), der GWQ ServicePlus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse mit der AG Vertragskoordinierung: Die folgende Krankenkasse tritt der Vereinbarung zum 1. Oktober 2018 bei: BKK Melitta Plus.

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



Sprechstundenbedarf: Cortisonhaltige Arzneimittel für Kinder

Nach der aktuellen Sprechstundenbedarfsvereinbarung sind für die Notfallbehandlung nur Corticoide zur Injektion (Achtung: keine Depot-Corticoide, keine Kristallsuspensionen oder ölige Emulsionen, keine langwirksamen Corticoide!) sowie betamethasonhaltige Tropfen als Akutbehandlung nach Bienen- oder Wespenstichen (bei Insektenallergie) als Sprechstundenbedarf anforderbar. In der letzten Quartalskonferenz konnten wir uns mit den Krankenkassen darauf verständigen, dass für die Behandlung von Kindern auch andere Darreichungsformen cortisonhaltiger Präparate akzeptiert werden, sofern es sich um kindgerechte Darreichungsformen (Säfte, Zäpfchen usw.) handelt und die jeweiligen Arzneimittel gemäß Fachinformation eine Notfallindikation aufweisen. Das gilt allerdings ausschließlich für Kinderärzte. ■

HPV-Impfung jetzt auch für Jungen empfohlen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt nunmehr die Impfung gegen HPV nicht nur für Mädchen, sondern auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 (wissenschaftliche Begründung Epidemiologisches Bulletin Nr. 26/2018 – www.rki.de). Analog zur Impfung der Mädchen sind auch für Jungen im Alter von 9 bis 14 Jahren zwei Impfungen im Abstand von mindestens 5 Monaten notwendig. Erfolgt die erste HPV Impfung mit 15 Jahren oder später (Nachholimpfungen werden bis zum Alter von 17 Jahren empfohlen), sind insgesamt drei Impfungen notwendig.

Grundsätzlich sollte eine Immunisierung gegen HPV so früh wie möglich erfolgen, da vor dem ersten Sexualkontakt der Impfschutz bestehen sollte.

Das Impfziel der HPV-Impfung für Jungen und Mädchen ist die Reduktion der Krankheitslast durch HPV-assoziierte Tumoren.

Auf Basis der STIKO-Empfehlung entscheidet der G-BA, ob die HPV-Impfung von Jungen in die Schutzimpfungsrichtlinie aufgenommen und somit zur Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen wird. Die Krankenkassen können die Kosten für die Impfung freiwillig schon jetzt übernehmen (Satzungsleistung). Die Patienten beziehungsweise deren Eltern sollten vor der Impfung bei ihrer Kasse die Möglichkeit der Kostenübernahme klären. ■

Impfung gegen Herpes Zoster



In Deutschland sind zwei unterschiedliche Impfstoffe gegen Herpes Zoster für Personen ab 50 Jahren zugelassen und verfügbar: ein Lebendimpfstoff (Zostavax®) und ein Totimpfstoff mit Wirkverstärker (Shingrix®). Während für den Lebendimpfstoff nur eine Impfdosis (kann intramuskulär oder subcutan gespritzt werden) erforderlich ist, muss der Totimpfstoff in zwei Impfdosen (nur intramuskulär) im Abstand von 2 Monaten verabreicht werden.

Die Impfung mit dem Herpes-Zoster-Lebendimpfstoff wird von der STIKO derzeit nicht als Standardimpfung empfohlen (Epidemiologisches Bulletin 34/17 und Epidemiologisches Bulletin 36/17). Zur Impfung mit dem Totimpfstoff liegt noch keine abschließende Bewertung durch die STIKO vor.

In den Zulassungsstudien (immunkompetente Erwachsene über 50 Jahre ohne Zoster oder Varizella-Zoster-Impfung in der Vorgeschichte) erzielt der Totimpfstoff in den ersten vier Jahren eine hohe Schutzrate von 85 bis 98

Prozent. Zosterkomplikationen werden in ähnlichem Umfang gemindert.

Anders als beim Lebendimpfstoff lässt die Wirksamkeit des Totimpfstoffs mit höherem Alter nur unwesentlich nach. Die Schutzrate scheint zudem bis ins vierte Jahr nach der Immunisierung nahezu unverändert anzuhalten (1).

Der Lebendimpfstoff ist nicht für Personen mit geschwächtem Immunsystem geeignet. Das heißt: Patienten, die an einer Immunschwächekrankheit leiden oder mit Medikamenten behandelt werden, die das Immunsystem beeinträchtigen (z.B. nach einer

Organtransplantation), können nicht mit dem Herpes-Zoster-Lebendimpfstoff geimpft werden (2).

Für immunsupprimierte Patienten liegen für Shingrix® bisher nur sehr begrenzte Daten vor. Dies gilt auch für Patienten mit Zoster in der Vorgeschichte. Bei diesen Patientengruppen sind weitere Studien vorgesehen (3).

Die Impfung gegen Herpes Zoster mit den beiden genannten Impfstoffen ist nicht Teil der Schutzimpfungsrichtlinie, deshalb müssen die Kosten für diese Impfung nicht von allen Kassen übernommen werden. Wir empfehlen: Wenn ärztlicherseits im patientenindividuellen Fall eine Impfung befürwortet wird, soll der Patient vorab mit seiner Kasse die Möglichkeiten einer Kostenübernahme abklären. ■

(1) *arznei-telegramm* 2018;49; 49 – 51

(2) FAQ des RKI zu Herpes Zoster (www.rki.de – Infektionsschutz – Impfen – Impfungen A-Z

(3) Fachinformation zu Shingrix® vom März 2018

Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572



 AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Wie kategorielle Klassifizierung in die Irre führt

Am Beispiel Antidepressiva und Diabetesprävention

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

IN

Nach Analysen der BARMER-Krankenkasse ist bereits jeder dritte junge Berliner wegen psychischer Probleme in ärztlicher Behandlung. Die Diagnose Depression würde besonders häufig gestellt (1). Die Techniker Krankenkasse verweist in ihrem Gesundheitsreport 2018 auf eine Verdoppelung der Verordnungen an Antidepressiva während der letzten zehn Jahre (2). Die Krankenkassenexperten gehen jedoch davon aus, dass nicht die Krankheit Depression zugenommen hat, sondern die Diagnoseraten. Die Kampagnen der letzten Jahre zur Erhöhung der Aufmerksamkeit auf Depression scheinen Erfolg zu haben – zumindest gemessen an der enormen Zunahme an Diagnosen und Behandlungen. Die Frage nach dem Nutzen für die Betroffenen bleibt dennoch unbeantwortet. Wird den Diagnostizierten wirklich geholfen oder entsteht hier durch Überdiagnostik und Übertherapie ein Schaden an gesunden Menschen?

Die Wirksamkeit von Antidepressiva ist jedenfalls nach wie vor Gegenstand kontroverser Diskussion. Der Nutzen bei leichter und mittelschwerer Depression bleibt fraglich. Da schien die Botschaft einer kürzlich im Fachjournal LANCET publizierten Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Antidepressiva bei Akutbehandlung schwerer Depressionen (3) sehr willkommen. Das *Deutsche Ärzteblatt* titelte dazu auf seiner News-Website „Antidepressiva wirken ohne Ausnahme besser als Placebo“ (4). Selbst in der eher kritischen *Süddeutschen Zeitung* wurde der Tenor der Studie unhinterfragt mit der Überschrift „Antidepressiva sind besser als ihr Ruf“ rezitiert (5).

Lediglich das unabhängige *arznei-telegramm* hat sich die Mühe gemacht, die Publikation im LANCET kritisch zu analysieren. In dem vorbildlich recherchierten Artikel „Antidepressiva sind besser als ihr Ruf? Viel Rummel um neue Meta-Analyse“ zeigt die Redaktion die Limitierungen der Meta-Analyse und verdeutlicht die Trugschlüsse, die sich aus einer missverständlichen Datenpräsentation ergeben (6). Die folgenden Ausführungen referieren einen Teil dieser wertvollen Aufarbeitung des *arznei-telegramms*.

Die wichtigste Frage ist: Woran wird der Erfolg der Behandlung beurteilt? Bei akuter schwerer Depression sollen Antidepressiva Suizid verhindern. Das wäre somit der primäre Endpunkt zur Beurteilung des Nutzens von Antidepressiva. Eine Suizid-verhütende Wirkung ist jedoch weiterhin für kein Antidepressivum belegt. Hingegen wird in der LANCET-Publikation die Wirksamkeit der Antidepressiva an einem Surrogat, einem sogenannten

Ersatzparameter, dem „Ansprechen“ der Patienten auf die Behandlung, beurteilt. Das Kriterium „Ansprechen“ gilt üblicherweise als erfüllt, wenn es zu einer mindestens 50-prozentigen Reduktion der Punktzahl auf einer standardisierten Symptomskala kommt. Zumeist wird die Hamilton-Depression-Skala (HAM-D-17) eingesetzt. Die Skala hat eine Spanne von 0 bis 52 Punkten, eine schwere Depression liegt bei einer Punktzahl ab 25 vor.

Der HAM-D-Test ist eine Fremdbeurteilungsskala und umfasst unter anderem depressive Stimmung, Schlafstörungen und Schuldgefühle. Besserungen in wenigen Bereichen (z.B. Schlafstörungen) können ein globales Ansprechen auf die Therapie vortäuschen. Zudem kommt es auch bei „Non Responder“ häufig zu einer Besserung, ebenso wie unter Placebo. Das Ausmaß der Besserung ist dann aber eben oft weniger als das geforderte Ansprechkriterium von 50 Prozent. In der LANCET-Arbeit war der Unterschied in der Ansprechrate zwischen allen untersuchten Antidepressiva und Placebo durchweg statistisch signifikant.

Die entscheidende Frage ist jedoch, ob die Unterschiede auch klinisch relevant sind. Dazu müssen die Punktunterschiede auf der HAM-D-Skala zwischen den Therapiegruppen beurteilt werden. Die Autoren des arznei-telegramm-Artikels betonen, dass sie die nötigen Informationen hierzu erst mühsam aus Grafiken ableiten mussten, die nur in dem 290 Seiten langen Appendix zur Hauptpublikation zu finden wären. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die ohnehin kleine Effektstärke von im Mittel etwa 0,3 (Spannbreite: 0,17 unter Reboxetin bis 0,48 unter Amitriptylin) umgerechnet nur einem Unterschied von ungefähr 1,8 bis 2,5 Punkten auf der HAM-D-Skala (0-52 Punkte) entspricht. [Anmerkung: eine Effektstärke ab 0,2 entspricht einem schwachen, ab 0,5 einem mittleren und ab 0,8 einem starken Effekt.] Der Unterschied zu Placebo von ungefähr 1,8 bis 2,5 Punkten auf der HAM-D-Skala (der mittlere Basiswert war 25,7) – wäre demnach klinisch nicht relevant. Ärzte könnten eine Veränderung um 3 Punkte auf der HAM-D-Skala nicht als klinische Besserung erkennen. Dies wäre üblicherweise erst ab einem Unterschied von 10 Punkten auf der HAM-D möglich (6).

Als ein weiteres Beispiel zu Trugschlüssen, die sich aus kategoriellen Klassifizierungen ergeben, seien hier die Diabetespräventionsstudien angeführt. Schon vor Jahren hat unsere Arbeitsgruppe dazu Untersuchungen mit Diabetesexperten aus Deutschland und anderen europäi-

schen Ländern durchgeführt (7,8). Inzwischen liegen mehrere qualitativ gute randomisiert-kontrollierte Studien und ein aktueller Cochrane-Review zur Auswirkung von Lebensstiländerung auf das Auftreten von Typ-2-Diabetes vor. Die Dauer der Intervention lag zwischen 2 bis 6 Jahren (9). Die ersten Ergebnisse für eine kombinierte Intervention aus Diät und körperlicher Aktivität wurden eindrücklich kommuniziert. Typ-2-Diabetes ließe sich um 30 bis 60 Prozent reduzieren. Sogar das LANCET brachte diese Information schlagzeilenartig auf das Titelblatt einer Ausgabe (Heft 9702, Band 374, Jahrgang 2009). Auch wenn die „60 Prozent“ relative Risikoreduktionen sind, so ist auch die absolute Risikoreduktion beeindruckend. Der Unterschied im Auftreten von Diabetes zwischen Interventions- und Kontrollgruppe kann durchaus mehr als 10 Prozentpunkte betragen (7,9).

Auch hier geht es um kategorielle Daten – Diabetes „ja“ oder „nein“. Genau genommen sind es Diagnosestellungen, es müsste also heißen „Diabetesdiagnose ja“ oder „Diabetesdiagnose nein“.

Entscheidend für die Prognose der Patienten sind jedoch die den Diagnosen zugrundeliegenden metabolischen Veränderungen. Für Diabetesdiagnosen sind es die Blutzuckerwerte. Sehr hohe Blutzuckerwerte über viele Jahre sind ursächlich für die gefürchteten diabetesspezifischen Komplikationen am Auge, den Nieren und Nerven verantwortlich.

In den Diabetespräventionsstudien betrug der Unterschied zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen im Mittel jedoch maximal 5 Milligrammprozent, die Differenz im HbA_{1c}-Wert etwa 0,1 Prozent.

Wie kann es sein, dass minimale Unterschiede in den Blutzuckerwerten zu eindrucksvollen Unterschieden in den Diagnoseraten führen?

Mehrere Faktoren sind hier von Bedeutung. In die Studien wurden Personen mit gestörter Glukosetoleranz eingeschlossen, sie hatten gerade noch keinen Diabetes. Durch die intensive Lebensstilintervention betrug der Unterschied im Körpergewicht zwischen den Gruppen bis Studienende durchschnittlich etwa 2 bis 4 kg. Das reicht, um einen Unterschied im Blutzucker um einige Milligrammprozent zu erreichen. Entsprechend hatten in der Interventionsgruppe deutlich mehr Personen ihren Blutzucker gerade noch unter der Schwelle zur Diabetesdiagnose halten können, in der Kontrollgruppe hatten mehr Personen diese Schwelle überschritten. →



→ **DIABETESDIAGNOSEN UND METABOLISCHE PARAMETER**
aus randomisiert-kontrollierten Studien zur Prävention von Typ-2-Diabetes durch Lebensstiländerung

	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
Nüchternblutzucker (mg%)		
Beginn der Studie	109	110
Ende der Studie	107	113
HbA1c Wert (Ende der Studie)	6,0%	6,1%
Personen mit einer Diabetesdiagnose (Ende der Studie)	14%	29%

Anmerkung: Die Daten sind aus unterschiedlichen Studien, es geht um eine beispielhafte Gegenüberstellung von metabolischen Parametern und Diagnosen (Detailangaben siehe Ref. 7 und 9).

Noch bedeutsamer als die Diabetesdiagnosen oder metabolischen Veränderungen ist die Frage, ob die Intervention auch zu einer Reduzierung der kardiovaskulären

ren Komplikationen führt. Die Lebenserwartung dieser Hochrisikopatienten ist vor allem durch vorzeitigen Tod an Herz-Kreislaufkrankungen eingeschränkt. Bisher ist es nicht gelungen, einen solchen Nachweis zu führen. Auch der Cochrane-Review betont, dass ein Beleg für die Verbesserung der Lebensprognose fehlt. Weder eine Verminderung diabetesspezifischer (=Hyperglykämie-abhängiger) noch kardiovaskulärer Komplikationen ließe sich bisher nachweisen (8).

Fazit: Kategorielle Klassifizierungen werden in vielen Bereichen der Medizin benutzt, zum Beispiel auch bei der Diagnostik von Demenz/Alzheimer, der Bewertung von Schmerz oder körperlichen Funktionsstörungen. Es lohnt sich nachzufragen, welche klinische Bedeutung Veränderungen von Skalenwerten haben, selbst wenn Unterschiede statistisch hoch signifikant sein mögen. Dies gilt auch dann, wenn Studien in renommierten Wissenschaftsjournalen mit prominenter Autorenschaft publiziert werden. ■



Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser
 Universität Hamburg
 MIN Fakultät
 Gesundheitswissenschaften
 E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de
 Tel: 040 42838 3988

1. Jeder dritte junge Berliner wegen psychischer Probleme beim Arzt. DÄB Nachrichten, 17. Mai 2018
2. Antidepressiva auf dem Vormarsch. DÄB Nachrichten, 26. Juli 2018
3. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2018; 391: 1357–66
4. Antidepressiva wirken ohne Ausnahme besser als Placebo. DÄB Nachrichten, 22. Februar 2018
5. Antidepressiva sind besser als ihr Ruf. Süddeutsche Zeitung, 22. Feb. 2018
6. Antidepressiva sind besser als ihr Ruf? Viel Rummel um neue Meta-Analyse. arznei-telegramm a-t 2018; 49: 41-3
7. Mühlhauser I, Kasper J, Meyer G, Federation of European Nurses in Diabetes. Understanding of diabetes prevention studies: questionnaire survey of professionals in diabetes care. Diabetologia 2006; 49: 1742-46
8. Mühlhauser I. Diabetes experts' reasoning about diabetes prevention studies: a questionnaire survey. BMC Research Notes 2008; 1: 90
9. Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, Roqué i Figuls M, Metzendorf MI, Richter B. Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 12. Art. No.: CD003054. DOI: 10.1002/14651858.CD003054.pub4.





David gegen Goliath

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

Das Wort hatte ich noch nie gehört. Wir saßen vor vielen Jahren bei einer Fortbildung meiner Chirurgischen Klinik zusammen und hörten einem Kollegen zu. Er berichtete von einer Tagung, die er am Wochenende zuvor besucht hatte. Es ging um die medikamentöse Therapie von bewusstlosen Unfallverletzten im Notarztwagen, also um die unmittelbare Erstbehandlung direkt nach dem Unfall, noch am Unfallort. Streitpunkt auf der Tagung damals war die sofortige hochdosierte Gabe von Cortison.

Die Meinungen darüber waren konträr. Aber als der Kollege einen bestimmten Referenten aus einer norddeutschen Universitätsklinik erwähnte, sagte jemand eine Reihe hinter mir laut und deutlich „Mietmäuler“. Unserem Chef gefiel das gar nicht, es gab einen harten Rüffel für diese Äußerung. Aber das Wort gehörte fortan zu unserem Sprachgebrauch.

Bei Wikipedia findet sich dieser Spottbegriff nicht, obwohl eine Suchmaschine über 30.000 Treffer im Internet anzeigt. Unter diesen Treffern findet sich beispielsweise jemand, der mit Übersetzungen und Synchronsprechen sein Geld verdient und sich selbst im Spaß als Mietmaul bezeichnet. Oder es wird behauptet, in der Jugendsprache sei "Mietmaul" ein Synonym für einen

Rechtsanwalt, denn der spricht für jemanden anderen und wird dafür bezahlt. Das ist auch spaßig gemeint.

In der Medizin ist dieser Begriff aber kein bisschen spaßig. Er gilt nämlich Wissenschaftlern, Professoren, Doktoren und sonstigen Experten, die auf Tagungen und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen die Meinung derer vertreten, die ihnen viel Geld dafür geben. Da hört der Spaß auf. Kaum zu glauben, dass es noch nicht einmal zehn Jahre her ist, seit gesetzlich festgeschrieben wurde, dass von Kassenärzten der Nachweis ausreichender Fort-

**"Mietmäuler"?
Unserem Chef
gefiel das gar nicht.
Es gab einen harten
Rüffel für diese
Äußerung.**

bildung verlangt wird. Sie müssen seitdem in Fünf-Jahres-Intervallen 250 Punkte sammeln, sonst gibt es Honorarabzüge. Für jede besuchte Fortbildungsveranstaltung werden Punkte quittiert, ganz wenige für einen einzelnen Vortrag, ganz viele für einen mehrtägigen Kongress. CME nennt man dieses Punktesystem: Continuing Medical Education.

Und kaum gab es das Gesetz, da gab es auch schon Anbieter. Omniamed heißt einer von ihnen. Er bezeichnet sich selbst als „führend“ und „unabhängig“. Aber da gibt es eine klitzekleine Ärzteinitiative, auch erst seit zehn Jahren, die nennt sich MEZIS, was heißen soll: „Mein Essen zahle ich selbst“.

Mitglieder von MEZIS empfangen keine Pharmavertreter, sie nehmen keine kleinen oder großen Geschenke an, lassen sich nicht auf Kongresse oder zum Essen einladen und sie beteiligen sich nicht an pseudowissenschaftlichen „Anwendungsbeobachtungen“. Stattdessen beobachten sie die Anbieter von Fortbildung, also auch Omniamed. Das nennen sie bei MEZIS dann Omniawatch.

Und bei Omniawatch findet man, dass Omniamed überhaupt nicht unabhängig ist, sondern dass dort verdeckte Werbung als Wissenschaft von gut bezahlten Referenten vorgetragen wird. Womit wir wieder bei den Mietmäulern wären! Und jetzt kommt endlich die gute Meldung: Im Juli 2018 hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg erstmals einer Omniamed-Veranstaltung die CME-Punkte versagt. Omniawatch hatte über das Sponsoring und die daraus resultierenden Interessenkonflikte informiert. Ist das ganze schöne Geschäftsmodell jetzt im Eimer? ■



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Stefan Renz**
Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg

Name: **Dr. Stefan Renz**

Geburtsdatum: **8.7.1955**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Kinder- und Jugendheilkunde, Kinderkardiologie**

Weitere Ämter: **BVKJ-Vorsitzender Landesverband Hamburg, Sprecher der pädiatrischen Subdisziplinen im BVKJ, stellv. Mitglied BFA Hausärzte KBV**

Hobbys: **Musik, Radfahren, Oldtimer, Wandern, Lesen, Schwimmen, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ich wusste durch meinen Vater, der Kinderarzt war, dass der Beruf beglückend ist, aber eben auch viel Zeit beansprucht. Das ist immer noch so, die tägliche Arbeit mit den Patienten und ihren Familien ist schon so, wie ich es erwartet habe. Natürlich nimmt die Verwaltungstätigkeit zu und trägt nicht nur zum Wohlbefinden bei.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Es genügt nicht zu sagen, was einem alles missfällt. Die KV, das sind wir alle, also müssen wir uns einbringen und dafür kämpfen, dass wir selbst entscheiden können. Das ist geliebte Demokratie.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Eine gesicherte pädiatrische Versorgung für alle Hamburger Kinder, vier zusätzliche Arztsitze werden nicht genügen. Die Ausbildung muss auch in den Praxen voll gefördert werden, die Kliniken können nicht mehr alles vermitteln, was man in der Praxis braucht. Der Arzt in der Praxis wird ja auch und vorwiegend um seiner selbst willen aufgesucht und bringt sich als Person ein. Das ist ein großer Unterschied zum Krankenhaus, wo am Ende der Schicht der oder die Nächste übernimmt.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? 1) Budget: wir kämpfen für eine Gleichstellung mit Bayern oder Baden Württemberg, wo quasi 100 Prozent ausgezahlt werden, in Hamburg sind es 80 Prozent. 2) Atteste und Bescheinigungen reduzieren: auf Initiative des BVKJ wird von der BGV bis 31. Dezember 2018 ein Leitfaden zum Umgang mit Erkrankungen in Kindertagesstätten erarbeitet. 3) Alle Praxen haben Schwierigkeiten, alle freien MFA-Stellen zu besetzen

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Einmal Hubschrauberpilot sein ... und besser Klavierspielen können. ■

Die Niedergelassenen sollten in der Delegiertenversammlung angemessen vertreten sein.
Deshalb ist es wichtig, dass Sie von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen.

Ärztekammer-Wahl 2018: Nehmen Sie teil!



Die Wahl findet als Briefwahl in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 6. November 2018 statt.

Alle wahlberechtigten Mitglieder erhalten im Oktober Post
von der Kammer und können ihre Stimme abgeben.

VON DR. JOCHEN KRIENS UND BENJAMIN THOMAS

Chinesische Delegation in Hamburg

Ärzte und Gesundheitswissenschaftler aus Shanghai haben sich über das vertragsärztliche System informiert

Eine Delegation aus der Volksrepublik China besuchte vom 27. bis 31. August 2018 die KV Hamburg, um sich über die Organisation der ambulanten Versorgung und das deutsche Gesundheitssystem zu informieren. Die Gruppe bestand aus Krankenhausärzten und der Gesundheits- und Verwaltungswissenschaftlerin Dr. Jing Wu von der Tongji-Universität Shanghai. Auf dem Programm standen Fachvorträge und Praxisbesuche. Am Montagvormittag wurden die Gäste feierlich im Ärztehaus Hamburg begrüßt.

Die Hamburger Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz, Cornelia Prüfer-Storcks, welche die Delegation im Namen des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg begrüßte, freute sich über diese Form der internationalen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen: „Seit über 30 Jahren pflegen Hamburg und Shanghai eine Städtepartnerschaft und stehen in engem Kontakt miteinander. Dass Hamburg als die Gesundheitsmetropole im Norden Deutschlands nun als Vorbild für eine bessere gesundheitliche Versorgung in einer schnell wachsenden internationalen Metropole wie Shanghai dienen darf, ist ein Kom-

pliment für die Versorgungsstrukturen in unserer Stadt.“

Der erste Tag stand ganz im Zeichen von Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit. Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, stellte den chinesischen Gästen das deutsche Gesundheitssystem und im Speziellen die Bedeutung der Selbstverwaltung und der Freiberuflichkeit vor. In seiner Rede wies er darauf hin, dass die Qualität des deutschen Systems gerade diesen Errungenschaften zu verdanken sei. Es sei, so Heinrich, eine kollegiale Selbstverständlichkeit und ein Dienst im Sinne der Völkerverständigung, diese Woche gemeinsam mit vielen Kolleginnen und Kollegen und befreundeten Institutionen auszurichten.

Die Tongji-Universität wurde beauftragt, Ideen für die Versorgung in China zu entwickeln.

Dr. Jing Wu erläuterte im Anschluss, wie medizinische Versorgung in China organisiert ist. Eine ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte gebe es nicht, so die Gesundheitswissenschaftlerin.

Die Versorgung finde in zum Teil sehr großen Krankenhäusern und den dort angesiedelten Ambulanzen statt. Um den Herausforderungen der Zukunft zu begegnen, sei die Tongji-Universität beauftragt worden, Erfahrungen in anderen Ländern zusammenzutragen, um daraus Ideen für die Versorgung im eigenen Land zu entwickeln.

Der Montagnachmittag diente dazu, den Gästen die Strukturen und die Organisation der ambulanten Versorgung in Deutschland näherzubringen. KV-Hamburg-Vorstandschef Walter Plassmann und seine Stellvertreterin Caroline Roos erläuterten den Gästen die Details der Sicherstellung – von Bedarfsplanung und Zulassung über die Qualitätssicherung bis hin zur Verteilung des Honorars.

Am Dienstag waren Referenten aus befreundeten Institutionen im Ärztehaus zu Gast. Prof. Dr. Martin Scherer, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE), informierte über

die Strukturen der Aus- und Weiterbildung für Allgemeinmediziner. Dr. Klaus Beelmann, geschäftsführender Arzt im Vorstand der Ärztekammer Hamburg, schloss inhaltlich mit seinem Vortrag zur Weiterbildungsord-



Besuch im Hamburger Ärztehaus: Gesundheitswissenschaftlerin Dr. Jing Wu (Mitte rechts) und andere Mitglieder der chinesischen Delegation zusammen mit Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (Mitte links) und dem Vorsitzenden der KV-Vertreterversammlung Dr. Dirk Heinrich (hintere Reihe, 2. v. l.)

nung an. Am Nachmittag stellte Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft, Beispiele für die sektorübergreifende Versorgung von Patienten vor. Der praktische Arzt Dr. Bastian Steinberg widmete sich ebenfalls der Schnittstellenproblematik im ärztlichen Alltag: Er erläuterte die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen. Der Tag endete mit einem Besuch in der Hausarztpraxis Family Care von Dr. Nicolette Eberle-Walter, in der die Gäste einen Einblick in den allgemeinmedizinischen Praxisalltag gewannen.

Der Mittwochvormittag stand im Zeichen der Versorgung komplexer Krankheitsbilder durch Disease Management Programme (DMPs). Nach einer Einführung durch Walter Plassmann berichteten Dr. Matthias Riedl (Diabetes), Dr. Sven Philip Aries (COPD) und Dr. Heinz-Hubert Breuer (Hypertonus) von ihren Erfahrungen in der Patientenversorgung, erläuterten Diagnose- und Therapieverfahren. Den Nachmittag bestimmte das Thema Notfallversorgung: Dr. Jochen Kriens, Pressesprecher der KV Hamburg, stellte das noch relativ junge Konzept des

„Arztrufs Hamburg“ vor. Anschaulich wurde es dann beim anschließenden Besuch der Notfallpraxis Harburg, bei dem der Notfallarzt Dr. Horst Boulanger die Abläufe und Möglichkeiten vor Ort erläuterte.

Der vierte Tag widmete sich schwerpunktmäßig der ambulanten Krebsbehandlung. Dr. Klaus Becker von der Onkologie Lerchenfeld, referierte über Diagnostik und Therapiestandards, Qualitätssicherung und Nachsorge. Ein Besuch in der HOPA Altona bei Dr. Erik Engel demonstrierte, welche komplexen Strukturen der Behandlung zugrunde liegen. Danach begrüßte Dr. Matthias Riedl vom Medicum Hamburg MVZ die Gäste zu einer Führung durch seine Diabetespraxis.

Das gemeinsame Abendessen auf dem alten Segelschiff Rickmer Rickmers im Hamburger Hafen bot den chinesischen Besuchern und den versammelten Referenten anschließend eine entspannte Möglichkeit zum fachlichen und persönlichen Austausch.

Am Freitag fanden zum Abschluss einer ereignisreichen Woche im Ärztehaus zwei Vorträge statt, welche die wesentlichen Herausfor-

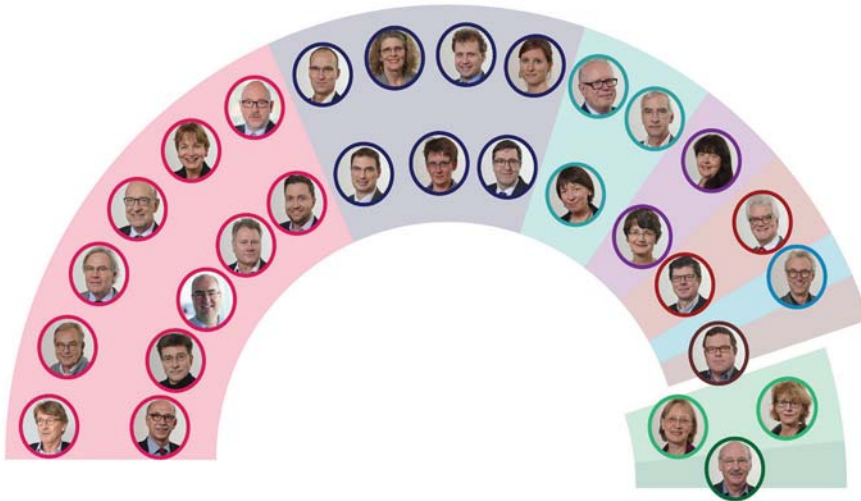
derungen formulierten, vor denen das KV-System steht. Dr. Ghislain Kouematchoua, Bereichsleiter IT der KV Hamburg, widmete sich dem Thema „Digitalisierung des KV-Systems“, und Walter Plassmann schloss mit seinem Beitrag zu der Frage, wie sich das KV-Systems weiterentwickeln wird. Hier sah er vor allem die Notwendigkeit, angesichts der demografischen Entwicklung ganz neue Versorgungsstrukturen zu denken.

Die Leiterin der chinesischen Delegation, Dr. Jing Wu, dankte der KV. Die Resonanz in der Gruppe sei sehr positiv, was sich auch an den stets regen Diskussionen mit den Referenten erkennen ließ. Dass die Inhalte, die in der Vortragswoche vermittelt worden sind, auf chinesischer Seite auf großes Interesse gestoßen sind, zeigt auch die Einladung an Vertreter der KV Hamburg zu einem Gegenbesuch im Oktober anlässlich eines Gesundheitskongresses der Tongji-Universität in Shanghai.

Die Delegation reiste anschließend noch für eine Woche nach Berlin, um sich dort bei verschiedenen Firmen über den Stand der deutschen Medizintechnik zu informieren. ■

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 18.10.2018 (ab 19.30 Uhr öffentliche Sitzung)
 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

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 3 (Hoheluft-West,
 Hoheluft-Ost, Eppendorf,
 Groß Borstel)

Kreisobfrau:
Dr. Isolde de Vries
Stellvertreter:
Christian Aust

Mi. 17.10.2018 (19.30 Uhr)
 Programm: Dr. Sonja Brumme
 (Haut- und Gesichtschirurgin):
 "Behandlung des Basalzell- und
 Plattenepithelkarzinoms im Gesicht"

Ort: Sportbistro "Inpetto" im W.E.T.
 Erikastraße 196, 20251 Hamburg



KREIS 15 (Bahrenfeld,
 Groß-Flottbek, Othmarschen)
ZUSAMMEN MIT
KREIS 16 (Lurup, Osdorf,
 Nienstedten, Blankenese, Iserbrook,
 Sülldorf, Rissen)

Kreisobmann Kreis 15:
Dr. Ulrich Wendisch
Stellvertreterin: Dr. Petra Tiedeken

Kreisobmann Kreis 16:
Dr. Thorsten Bruns
Stellvertreterin: Dr. Cornelia Thies

Mi. 24.10.2018 (18 Uhr)
 Programm: Vortrag von Dr. Dirk
 Heinrich (Vorsitzende der Vertreter-
 versammlung der KV Hamburg);
 Vortrag von Andreas List (Daten-
 schutzbeauftragter der KV Hamburg)
 zur EU-Datenschutzgrundverordnung

Ort: Restaurant "Club 32" des
 Großflottbeker Tennis-, Hockey-
 und Golf-Clubs
 Otto-Ernst-Straße 32
 22605 Hamburg

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

"Eine Frage der mentalen
 Performance?" — Mikronährstoff-
 therapie in der Behandlung von Stress
 Referentin: Dr. Rita Trettin

Mi. 17.10.2018 (18 Uhr)

"Pillen, Packungen, Paragraphen" —
 Neues aus der Gesundheitspolitik
 Referentin: Dr. Rita Trettin

Mi. 21.11.2018 (18 Uhr)

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

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP-Hygiene

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

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 24.10.2018 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränke

QM leicht gemacht

Bereits durch den Aufbau eines schlanken QM-Systems können Sie die Anforderungen der QM-Richtlinie erfüllen. In diesem sehr praxisbezogenen Seminar wird unter anderem aufgezeigt, wie Sie Ihr Team dazu motivieren, Ideen und Initiativen zu entwickeln.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 7.11.2018 (9.30 Uhr - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränke

Effizientes Praxismanagement

Eine angenehme Praxisatmosphäre fördert Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenbindung. Dieses Seminar beleuchtet die Organisation und Kommunikation Ihrer Praxis, indem der Durchlauf eines Patienten nachgestellt wird. Dabei wird deutlich, wo es noch Potential gibt.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 28.11.2018 (9.30 Uhr - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg

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

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

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber sind für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Um den Arbeitsschutz selbst in die Hand 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 Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Juli und Dezember 2018 stattfinden. Außerdem gibt es eine Vorschau auf das erste Halbjahr des kommenden Jahres. Sie finden das Programmheft 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!

