

Prof. Dr. med. Wolf Peter Hofmann
Fachgruppenkoordinator Hepatologie

Antrag hepatologische Schwerpunktpraxis im bng

**An alle bng-Mitglieder/innen,
liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,**

die Zertifizierung als **hepatologische Schwerpunktpraxis** dient der Kenntlichmachung einer besonderen Qualifikation in der Versorgung von Patienten mit Lebererkrankungen. Anträge zur Zertifizierung als hepatologische Schwerpunktpraxis des bng mittels beiliegenden Antragsformulars können **jederzeit** gestellt werden. Der Antrag ist kostenfrei für bng-Mitglieder möglich. Selbstverständlich können Sie den Antrag auch direkt online unter

https://bit.ly/bng_hepSP



ausfüllen und einreichen.

a) Welche Praxis kann zertifiziert werden?

In dem Antrag sollte erkennbar sein, dass die Praxis durch Umfang der Patientenversorgung und Qualität der Betreuung einen hepatologischen Schwerpunkt ausweist. Die Kriterien sind zum einen die Betreuung eines Querschnitts der einzelnen hepatologischen Krankheitsbilder und die entsprechende Ausstattung der Praxis, zum anderen der Nachweis regelmäßiger hepatologischer Weiterbildungen.

b) Welche Vorteile bringt die Zertifizierung?

- Sie erhalten eine Urkunde über die Zertifizierung, die Sie in Ihrer Praxis aushängen können.
- Sie erhalten ein elektronisches Siegel, das Sie auf Ihrem Briefkopf, Ihrer Homepage oder sonstigen Praxisunterlagen verwenden dürfen.
- Der bng wird die Schwerpunktpraxen Hepatologie auf der Patienten-Homepage www.magen-darm-aerzte.de besonders erwähnen.
- Die Anschriften der Schwerpunktpraxen werden an Selbsthilfegruppen weitergegeben.
- Weitergabe der Anschriften ans "HEPNET", DGVS, Bundesverband Gastroenterologie, etc.
- Weitergabe der Anschriften an Krankenkassen und KV'en.
- Bei Zustimmung: Weitergabe der Anschriften an die Pharmaindustrie.

c) Re-Zertifizierung

Damit die besondere Qualifikation der Praxis nicht veraltet erscheint, werden wir das Zertifikat alle 2 Jahre erneuern. Dabei ist dasselbe Formular wie für den Erstantrag zu benutzen.

Ihre

Prof. Dr. med. Wolf Peter Hofmann und Dr. med. Peter Buggisch



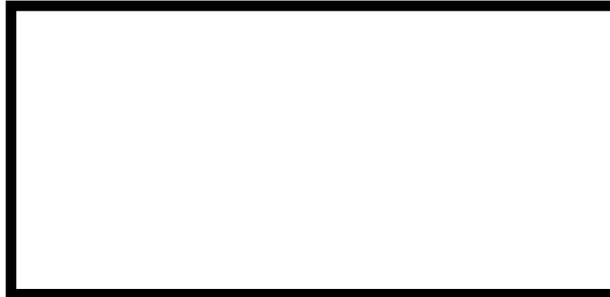
Berufsverband Niedergelassener
Gastroenterologen Deutschlands e.V.

bng-Geschäftsstelle
Holdergärten 13
89081 Ulm

**Hiermit beantrage(n) ich / wir die Zertifizierung als
hepatologische Schwerpunktpraxis durch den bng**
(via E-Mail an kontakt@bng-gastro.de, Post oder Fax an 0731 70 54 711)

Name des Antragstellers: _____

Praxisstempel



Bitte mit E-Mail-Adresse: _____

Anzahl der Ärzte in der Praxis: _____

Anzahl der Ärzte, die eine hepatologische Sprechstunde betreiben : _____

a) Technische Ausstattung der Praxis / hepatologisches Leistungsspektrum:

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Abdominalsonographie(obligat) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Farbdoppler/Duplex | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Fibroscan vorhanden | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| CAP vorhanden | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Andere Lebersteifigkeitsmessung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leberbiopsie in der Praxis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Aszitespunktion in der Praxis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Aderlass bei Hämochromatose | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ambulante Varizenligatur | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Wie viele **Stunden** der Sprechstunde stehen **wöchentlich** ausschließlich für
hepatologische Patienten (obligat) zur Verfügung: _____ Stunden.



b) Patientenkollektive:

- | | | | | |
|----------------------------------------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| Behandlung chronische Hepatitis B (NUCs, Peg-INF) | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung chronische Hepatitis Delta (z.B. Bulevirtide) | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung chronische Hepatitis C (DAA) | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung PSC und PBC | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Betreuung NAFL / NAFLD / MAFLD / NASH | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung autoimmune Hepatitis (AIH) | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Hämochromatose mit Aderlass | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Sonogr. HCC surveillance bei Leberzirrhosen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Patienten vor und nach LTX | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige seltene Lebererkrankungen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

c) Teilnahme an hepatologischen Fortbildungen der letzten 2 Jahre bzw. seit letzter Zertifizierung

(z.B. Jahrestagung DGVS, ILC der EASL, the liver meeting der AASLD, DDW, hepatologische Workshops des bng)

bitte Teilnahmebescheinigung in Kopie beifügen!

d) Ich / wir sind an der Teilnahme an hepatologischen Studien interessiert ja nein

e) Assoziierte Mitgliedschaft in der Deutschen Leberstiftung ja nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

Datum: _____

Unterschrift: _____