Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ISSN 2568-9517 1/2023

KVH journal

ePAPER
Lesen Sie das
KVH-JOURNAL DIGITAL!
Anmeldung
www.kvhh.net/epaper.html

AUF ACHSE

Strukturiertes Vorgehen im Notdienst

GEWINNORIENTIERUNG
Worum geht es in der Medizin?

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
Relative und absolute Effekte

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: John Afful

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 1/2023 (Januar 2023)

Carbon neutral
Print product
ClimatePartner.com/12682-2202-1013

PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!

Anmeldung
ePAPER
www.kvhh.net/epaper.html

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.
Das Layout der elektronischen Ausgabe passt sich flexibel an alle Endgeräte an. Damit können Sie das KVH-Journal auch auf dem Smartphone oder Tablet lesen.

Liebe Leserin, lieber Leser!

Für die KV-Mitglieder war 2022 wieder ein anstrengendes Jahr. Die Hoffnung, in den Normalmodus der Vor-Pandemie-Zeit zurückzukehren, hat sich nicht erfüllt. Wir danken Ihnen sehr, dass Sie und Ihre Teams sich trotz der multiplen Krisen so verlässlich für die Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten einsetzen.

Es zeigt sich, dass viele gesundheitspolitische Verfahren den neuen Herausforderungen nicht mehr angemessen sind. Das betrifft zum Beispiel die Bedarfsplanung. Augenfällig ist dies jedoch auch bei den Honorarverhandlungen, die, wie KBV-Chef Dr. Andreas Gassen zu Recht festgestellt hat, mittlerweile „eine Art Scheinritual" sind. Das Verfahren soll die Inflation und sonstige Kostenentwicklungen abbilden – tut das aber mit einer Verzögerung von einem Jahr oder mehr, was natürlich viel zu langsam ist. Die Trägheit des Systems wird zu einer Gefahr für die Praxen. Die KBV hat bereits angekündigt, gegen die Festsetzung des Orientierungswertes für 2023 Klage einzureichen. KBV und KVen werden sich mit Nachdruck für eine Systematik einsetzen, die den Praxen eine verlässlichere wirtschaftliche Perspektive ermöglicht.

Das Protestkomitee der Hamburger KV-Mitglieder ist weiterhin aktiv. Auch im kommenden Jahr wird es Aktionen gegen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung geben, die von mangelnder Anerkennung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geprägt ist. Deren Stimmen sollen und werden vernehmbar bleiben.

Zunächst aber wünschen wir Ihnen, dass Sie trotz der zurückliegenden und künftigen Turbulenzen während der Feiertage eine erholsame und besinnliche Zeit verbringen. Schöne Weihnachten und einen guten Rutsch ins neue Jahr!

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.
Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de

INHALT

SCHWERPUNKT

06_ Nachgefragt: Welcher Notdienst-Einsatz ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?

08_ Strukturiertes Vorgehen im Notdienst: die "Hamburger Notdienstseminare"

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

14_ Fragen und Antworten

16_ Immun-zytologische Untersuchungen der Zervix können abgerechnet werden

17_ Neuer Vordruck für Rehasport und Funktionstraining

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.

NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

18_Absolute und relative Effekte am Beispiel der intensivierten Medikation nach akut dekompensierter Herzinsuffizienz

FORUM

25_Psychiater gesucht für die Versorgung wohnungsloser Personen

SELBSTVERWALTUNG

26_Die KV stellt sich vor: Infoveranstaltung für die Mitglieder der Vertreterversammlung und die Kreisobleute

28_Steckbrief: Dr. med. Murat Karul

RUBRIKEN

02_Impressum
03_Editorial

KOLUMNE

22_Zwischenruf von Dr. med. Bernd Hontschik: Worum geht es in der Medizin?

TERMINKALENDER

30_Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

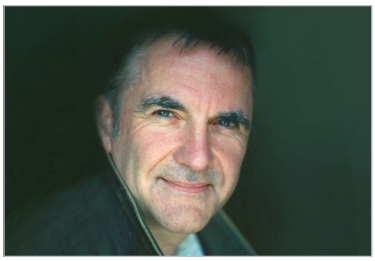
Titelillustration: Sebastian Haslauer, Titelfoto: Asylab, Seite 2: Suradech/AdobeStock; Seite 3: Marcelo Hernandez/Funke Foto; Seite 9: AK-DigiArt/Stock.Adobe.com; Seite 12: Dr. Felix König; Seite 13 und 28: Christoph Jöns; Seite 22: Barbara Klemm; Seite 25: Prostock-studio/Stock.Adobe.com; Seite 26 und 27: Melanie Vollmert; Seite 30: iconmonstr; Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns; Vanessa Himmler; Icons: iStockfoto

Welcher Notdienst-Einsatz ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?

Dr. Julia van de Bergh
ist Fachärztin für Allgemeinmedizin in Volksdorf und fährt seit vier Jahren in Hamburg Notdienst, zuvor schon in Schleswig-Holstein

Sie schien zu schlafen

Im fahrenden Notdienst weiß man nie, in welche Situationen man gerät. Während der Hochphase der Pandemie wurde ich zu einer Patientin gerufen, um einen Abstrich vorzunehmen. Der Ehemann öffnete die Tür, bat mich herein und sagte mir, seine Frau liege auf dem Sofa. Sie schien zu schlafen. Doch schnell merkte ich: Die Frau war nicht mehr erweckbar. Asystolisch, kein Puls. Ich musste reanimieren, was glücklicherweise gelang. Als der Rettungsdienst eintraf, war sie wieder ansprechbar. Laut Einsatzmeldung lag hier ein Verdacht auf Corona-Infektion vor. So ist das manchmal im Notdienst: Die Fälle können sich vor Ort ganz anders darstellen als erwartet. ■



Dr. Stanislaw Nawka
ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Hamburg-Bergstedt und fährt seit 33 Jahren Notdienst

Ulrike Schroeder
ist Fachärztin für Innere Medizin in Eppendorf und fährt seit 20 Jahren Notdienst

Attacke mit einer langen Schere

Eine der dramatischsten Situationen, die ich im Notdienst erlebt habe, liegt bereits längere Zeit zurück. Ich kam zu einer Patientin, die drei Wochen zuvor entbunden hatte. Ich weiß nicht mehr genau, welche Einsatzmeldung vorlag. Jedenfalls war die Frau unruhig und wahnhaft. Angeblich waren fremde Leute in ihrer Wohnung. Sie zeigte mir das Baby, das nebenan schlief. Dann, völlig unvermittelt, begann die Frau zu schreien: „Sie wollen mir mein Kind wegnehmen!“, und ging mit einer langen Schere auf mich los. Ich wehrte mich, so gut es ging, und konnte ihr die Schere aus der Hand winden. Danach wurde sie ruhiger. Sie erklärte sich damit einverstanden, dass sie und ihr Baby ins Krankenhaus eingeliefert wurden, damit man sich um sie kümmern konnte. Ich übergab sie dem Rettungsdienst. Die Frau litt offenbar unter einer postpartalen Psychose – einer Störung, die bei 0,1 bis 0,2 Prozent der Wöchnerinnen auftritt. ■

"Es war so schönes Wetter"

Viele Patientinnen und Patienten, die wir im Notdienst besuchen, sind sehr dankbar – und zeigen das auch. Eines nachts um drei Uhr wurde ich zu einer älteren Frau mit Rückenschmerzen gerufen. Schon beim Hereinkommen fiel mir auf, dass eine große Menge an Putzlappen, Reinigungsmitteln und Toilettenpapier im Flurregal lagerte. Ich befragte die Frau zu ihren Beschwerden, untersuchte und behandelte sie. Am Ende überreichte sie mir feierlich drei Umschläge mit jeweils zehn Euro darin – einen für mich, einen für den Fahrer und einen für die KV-Mitarbeiter. Ich wehrte ab und sagte: „Wir können doch kein Geld von Ihnen annehmen.“ „Doch, doch“, sagte sie. „Ich arbeite als Wärterin im Toilettenbereich an der Elbe. Heute war so schönes Wetter, ich habe gut eingenommen, da kann ich doch auch etwas geben.“ Das berührte mich. Sie wollte uns ein Geschenk machen, das wirklich von Herzen kam. ■

VON DR. MED. FELIX KÖNIG

Strukturiertes Vorgehen im Notdienst

Was ist die wichtigste Frage, die bei Bluthochdruck in der Häuslichkeit abgeklärt werden muss? Was sind die Kriterien für eine brauchbare Notdienst-Dokumentation? Diesen und ähnlichen Themen widmet sich das „Hamburger Notdienstseminar“.

Der KV-Notdienst weist im Vergleich zu anderen Medizinbereichen einige Besonderheiten auf: Wir kommen zu Patientinnen und Patienten nach Hause, die wir nicht kennen. Wir bewegen uns in einem unübersichtlichen Feld zwischen Pädiatrie, Hausarztmedizin und der Grenze zur Notfallmedizin. Und wir müssen bei Diagnostik und Therapie mit beschränkten Ressourcen zurechtkommen. Das alles ist reizvoll und spannend, aber auch fordernd.

Aus dem Wunsch nach kollegialem Austausch, Fortbildung und Qualitätsmanagement ist 2019 das Hamburger Notdienstseminar der KV Hamburg entstanden. In drei Modulen werden organisatorische Aspekte, häufige Konsultationsanlässe und akute Notfälle besprochen – jeweils mit Fokus auf die Herausforderungen im KV-Notdienst.

Inhalt des Basismoduls sind vor allem Hinweise zum taktisch-praktischen Vorgehen im fahrenden Notdienst. Ziel ist es, im Rahmen eines Erfahrungsaustauschs Techniken zu vermitteln, um die Vorstellungen von Patienten, KV und Ärzten möglichst gut in Einklang zu bringen.

Im Modul B werden einige der häufigsten Konsultationsanlässe im Notdienst besprochen. Dies erfolgt anhand echter Notdienstfälle, mit Darstellung der Dokumentation, der Handgriffe vor Ort und gegebenenfalls der Wahl des Transportmittels. Der Fokus liegt nicht auf der theoretischen Ergründung der Krankheit, sondern auf Warnzeichen (“Red Flags”) und Entscheidungshilfen wie Scores oder Entscheidungsbäumen. Alle Fälle werden interaktiv diskutiert, um einen lebhaften Erfahrungsaustausch zu ermöglichen.

IN KOOPERATION
MIT DEM INSTITUT UND DER POLIKLINIK FÜR ALLGEMEINMEDIZIN (IPA) DES UKE

UKE HAMBURG

Im dritten Modul liegt der Fokus auf dem praktischen Management, sobald ein akut lebensbedrohlicher Zustand erkannt wurde. Grundsätzlich ist der Notdienst für diesen Fall nicht gedacht und ausgerüstet – aber einige wertvolle Handgriffe sollte jeder Notdienstarzt leisten können.

Abgerundet wird das modulare Konzept durch ein Reanimationstraining und – neu ab 2023 – einen Workshop, in dem Fälle diskutiert und der kollegiale Austausch gefördert werden soll.

Aktuell bieten Dr. Frank Schneidler, Dr. Lars Hönig und Dr. Felix König ungefähr einmal im Monat eines der Module des Hamburger Notdienstseminars an (siehe Kasten Seite 12).

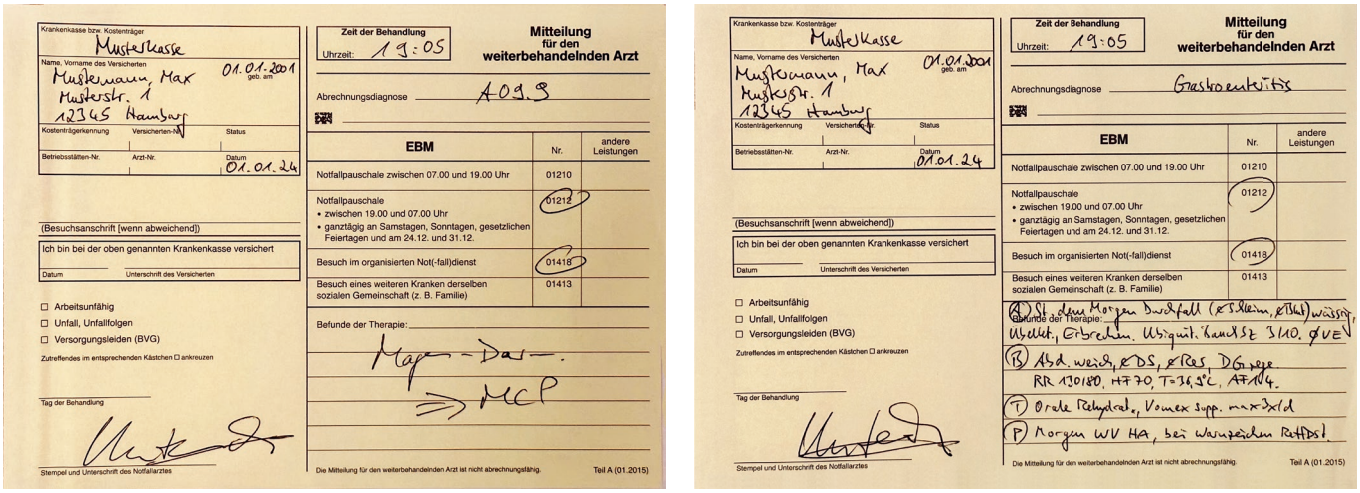
Im Folgenden möchten wir beispielhaft zwei Aspekte herausgreifen, die wir auch in einem Notdienst-Workshop im Rahmen des 10. Tages der Allgemeinmedizin des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin (IPA) am UKE im November 2022 behandelt haben: die Dokumentation im Notdienst und den häufigen Beratungsanlass „Hoher Blutdruck“. Die Inhalte orientieren sich an Leitlinien und Studien-Evidenz, sind aber hier nur verkürzt dargestellt.

DOKUMENTATION

Vor einiger Zeit besuchte ich eine 80-jährige Patientin, die laut Einsatzmeldung unter Kreuzschmerzen litt. Auf dem Tisch lagen bereits drei Notdienst-Zettel („Mitteilung für den weiterbehandelnden Arzt“) mit uneinheitlichen Diagnosen: einmal „Schmerzen der LWS“, einmal der „BWS“ und dann wieder „Lumbago“. Die Dokumentation war jedes Mal sehr spärlich. Bemerkenswert dabei: Kein einziges Mal war dokumentiert worden, ob ein Klopfschmerz der Wirbelsäule vorlag. Aber wäre denn in einem solchen Fall nicht eine naheliegende Frage, ob es sich um eine osteoporotische Wirbelkörperfraktur handeln könnte?

Die Kolleginnen und Kollegen hatten sicherlich gute Gründe, so zu behandeln, wie sie es getan haben. Doch diese Gründe waren,

Dokumentation



Linkes Bild: Kann man so machen, muss man aber nicht. **Rechtes Bild:** So ist es vielleicht besser.

Gliederungsvorschlag A-B-T-P

A - Anamnese: Kurz und knapp – HM, VE, Allergien
B - Befund: Vitalparameter – RR, Hf, Temp, AF, SpO; Lokalbefund – Enoral, Pulmo, Cor, Abdomen, Gelenke, Neurostatus
T - Therapie: Aufklärung RedFlags, supportiv, medikamentös
P - Procedere: Vorstellung HA ja/nein, Handlungsanweisung bei Persistenz/Progredienz der Beschwerden

nur aufgrund der Dokumentation, nicht nachvollziehbar. Ich möchte den Blick dafür schärfen, dass die Dokumentation im Notdienst so geschrieben werden sollte, dass der Weiterbehandler (oder wer auch immer die Dokumentation am Ende liest) sagt: Ja, das ist eine logisch aufgebaute, in sich schlüssige Darstellung.

Wenn ich die Behandlungsdokumentation für eine 80-jährige Dame mit Rückenschmerzen schreibe, sollte ich erklären, warum ich davon ausgehe, dass es sich nicht um eine osteoporotische Wirbelkörperfraktur handelt. Wenn ich dokumentiere „Junger Patient mit Druckschmerz rechter Unterbauch“, muss ich erklären, warum das keine Appendizitis ist. Wenn ich „Dyspnoe“ schreibe, erwartet die Leserin oder der Leser sicherlich zumindest Sauerstoffsättigung (sO2) und Atemfrequenz (AF).

Eine sorgfältige Dokumentation kostet zweifellos Zeit, doch diese zwei oder drei Minuten sind gut investiert. Unsere Notizen sind für alle Beteiligten die einzige Dokumentation des Zustandes dieses Patienten zum Zeitpunkt unserer Untersuchung.

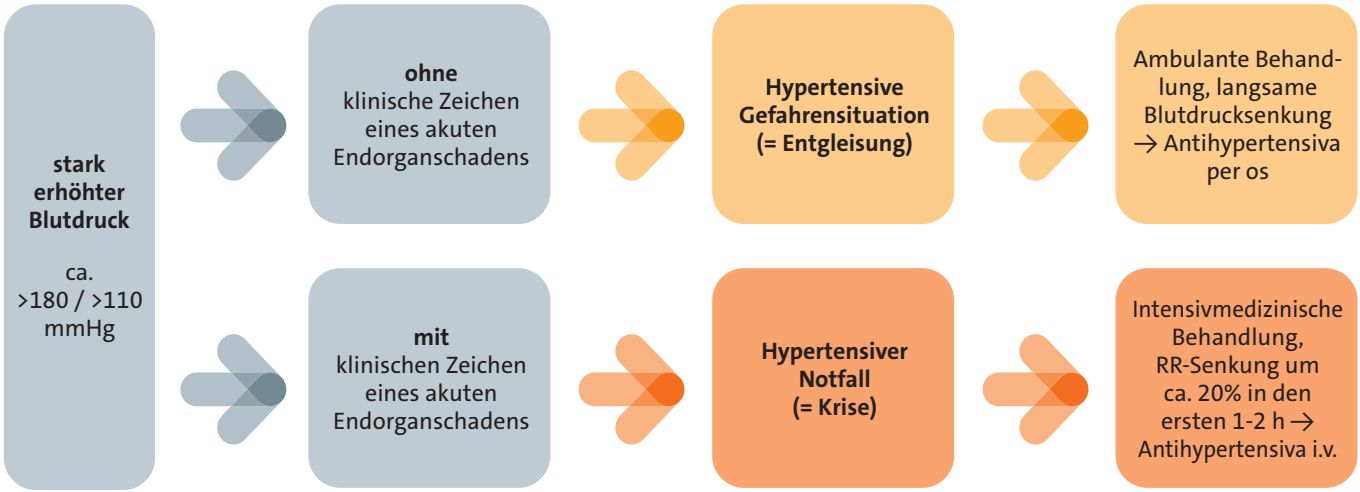
Die Dokumentation ist wichtig zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität. Sie ist wichtig, weil der Patient ein Recht darauf hat, dass sie geführt wird. Und sie ist wichtig für unsere eigene Rechtssicherheit. Auch kann es vorkommen, dass wir uns im Nachhinein zu einem Fall äußern müssen, an den wir uns angesichts der Fülle der von uns behandelten Patienten gar nicht mehr erinnern können. Dann ist es auch für uns selbst ein Vorteil, wenn unsere Dokumentationen aussagekräftig geschrieben wurden.

STARK ERHÖHTER BLUTDRUCK

Einer der häufigsten Behandlungsanlässe im fahrenden Notdienst ist „stark erhöhter Blutdruck“. Hierbei gilt es vor allem, eine Frage zu klären: Gibt es Zeichen eines akuten Endorganschadens?

Liegen solche Zeichen vor, handelt es sich nicht um eine hypertensive Entgleisung, sondern um

Hoher Blutdruck: Behandlungsschema



Quelle: 2018 ESC/ESH Clinical Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension (https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial-Hypertension-Management-of)

Hoher Blutdruck: Übersicht

Maximal tolerierbare Symptome

- innere Unruhe
- rote Wangen
- unspezifische, milde Kopfschmerzen
- kein Zeichen für Endorganschaden

Basisdiagnostik

- RR-Messung (bds.)
- Cor/Pulmo/SpO2
- Basis-Neurostatus (FAST/PupOkMot/FNV/Diadochokinese)

Red Flags

- Symptome des Endorganschadens → ZNS-Herz-Lunge-Aorta-Nieren
- Schwangerschaft (→ Eklampsie)
- Substanzkonsum / Entzug
- Schmerzen (Ursache vs. Folgen)
- kardiovaskuläres Risikoprofil (VE)

Quelle: deximed.de/home/b/herz-gefaesse-kreislauf/krankheiten/verschiedene-krankheiten/hypertensive-gefahrensituation-hypertensiver-notfall/2018 ESC/ESH Clinical Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension (https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial-Hypertension-Management-of)

Hamburger Notdienstseminar

Ärztinnen und Ärzte, die im Notdienst tätig sind, bekommen Einladungen für das Hamburger Notdienstseminar zugeschickt. Die Kapazitäten sind begrenzt.

Ansprechpartnerin:
Sabine Daub,
E-Mail: ndfortbildung@kvhh.de

einen hypertensiven Notfall, der dringlich stationär eingewiesen werden muss.

Typische hypertensive Endorganschäden sind:

- Schlaganfall, Intrazerebrale Blutung, Enzephalopathie
- Akutes Koronarsyndrom, Aortendissektion
- Kardiale Dekompensation, Lungenödem
- Prä-/Eklampsie bei einer Schwangeren

Liegen keine Zeichen eines Endorganschadens vor, ist eine ambulante Behandlung indiziert: eine langsame Blutdrucksenkung mittels Ergänzung der bestehenden antihypertensiven Therapie.

Es fällt manchmal schwer, bei einem asymptomatischen Patienten mit stark erhöhtem Blutdruck auf Sofortmaßnahmen (z.B. Nitroglycerin, Nitrendipin) zu verzichten – es wird aber empfohlen, genau das zu tun.

Für die Risikoabschätzung in dieser Situation ist eine Studie hilfreich, die 2016 veröffentlicht wurde. Einbezogen wurden 59.000 Patientinnen und Patienten mit einem mittleren Blutdruck von 183/96 mmHg, bei denen eine „hypertensive Gefahrensituation“ diagnostiziert wurde. Davon wurden 99,3 % (n = 58.000) ambulant behandelt und 0,7 % (n = 426) stationär aufgenommen. Bei einer sehr geringen Anzahl der stationär aufgenommenen Patienten (n = 8) stellte sich eine Endorganschädigung heraus. Während einer Nachbeobachtungszeit von sechs Monaten ergab sich kein Unterschied zwischen den ambulant und den stationär behandelten Gruppen hinsichtlich der Endpunkte kardiovaskuläre Ereignisse, Grad der Blutdruck-Kontrolle oder Krankenhausaufnahmen. (Patel et al. in JAMA Intern Med 2016 doi:10.1001/jamainternmed.2016.1509)

Anders ist die Situation, wenn bei der Patientin oder dem Patienten Zeichen eines Endorganschadens feststellbar sind. Dann ist eine intensivmedizinische Behandlung indiziert: RR-Senkung um ca. 20-30 % in den ersten ein bis zwei Stunden, hier bieten sich aufgrund der besseren Steuerbarkeit eigentlich nur intravenös applizierte Antihypertensiva an.

Das bedeutet für uns im KV-Notdienst: Rettungswagen rufen, Notfallrucksack holen lassen, einen Zugang legen und mit Infusion bestücken.

Es geht vor allem darum, sich für drohende Komplikationen zu wappnen und Vorarbeit für den Rettungsdienst zu leisten. Unser Vorschlag ist, es dabei bewenden zu lassen. Weitere Maßnahmen sind nicht nur von fraglichem Patientennutzen, sondern kosten auch Zeit, die an anderer Stelle fehlt. Niemandem ist geholfen, wenn der Rettungsdienst eigentlich schon wieder abfahrbereit wäre und mit den Hufen scharrt, aber warten muss, weil unsere Einweisung oder die Dokumentation noch nicht fertig ist.

Wir stellen zur Diskussion, als KV-Notdienstärztin oder KV-Notdienstarzt auf die Gabe von Nitro-Spray und ähnlichem ganz grundsätzlich zu verzichten, um schwerwiegende Nebenwirkungen bei zweifelhaftem Nutzen zu vermeiden. ■

DR. MED. FELIX KÖNIG (MBA) ist AiW Allgemeinmedizin in Eppendorf und seit sieben Jahren im KV-Notdienst aktiv. Zusammen mit zwei Kollegen bietet er für die Hamburger KV-Notdienstärztinnen und Notdienstärzte das „Hamburger Notdienstseminar“ an.

Sie verordnen – wir beraten!

Unser Team der Abteilung „Verordnung und Beratung“ mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen berät Sie gerne zu allen Fragen Ihres Verordnungsmanagements.

Fragen Sie uns einfach!

040 22 802 571/572 | verordnung@kvhh.de

Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Mitgliederservice-Team gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.
Mitgliederservice (ehem. Infocenter) Tel: 22802-802

IMPFUNG

Wie wird der Impfstoff gegen Tetanus im Verletzungsfall bezogen und welche Leistungen können wir hierfür abrechnen?

Das Tetagam wird über Sprechstundenbedarf (Markierung Feld 9) bezogen. Die i.m. Injektion des Präparates ist mit der Versicherten- beziehungsweise der Grundpauschale abgegolten und ist deshalb nicht gesondert berechnungsfähig. Wird eine Impfung gegen Tetanus erforderlich, wird der Kombiimpfstoff über Impfstoffanforderung bezogen und mit der jeweiligen Abrechnungsziffer abgerechnet. Es wird je nach Behandlungssituation unterschieden (siehe Tabelle)
.

TETANUS-IMMUNPROPHYLAXE IM VERLETZUNGSFALL

	Dokumentierter Tetanus-Impfstatus	Zeit seit letzter Impfung	DTaP/ Tdap (2),(5)	Tetanusimmunglobulin TIG (3)
saubere geringfügige Wunden	Ungeimpft oder unbekannt		Ja	Ja
	< 3 Impfstoffdosen		Ja (4)	Nein
	≤ 3 Impfstoffdosen	≥ 10 Jahre	Ja	Nein
		< 10 Jahre	Nein	Nein
alle anderen Wunden (1)	< 3 Impfstoffdosen oder unbekannt		Ja (4)	Ja
	≥ 3 Impfstoffdosen	≥ 5 Jahre	Ja	Nein
		< 5 Jahre	Nein	Nein

1) Tiefe und/oder verschmutzte (mit Staub, Erde, Speichel, Stuhl kontaminierte) Wunden, Verletzungen mit Gewebszertrümmerung und reduzierter Sauerstoffversorgung oder Eindringen von Fremdkörpern (z.B. Quetsch-, Riss-, Biss-, Stich-, Schusswunden), schwere Verbrennungen und Erfrierungen, Gewebsnekrosen, septische Aborte.
2) Kinder < 6 Jahre erhalten einen Kombinationsimpfstoff mit DTaP, ältere Kinder und Jugendliche Tdap. Erwachsene erhalten ebenfalls Tdap, wenn sie noch keine Pertussis-Impfung im Erwachsenenalter (≥18 Jahre) erhalten haben oder sofern eine aktuelle Indikation für eine Pertussis-Impfung besteht.
3) TIG = Tetanus-Immunglobulin. TIG (im Allgemeinen 250 IE) wird simultan mit einer TDaP- bzw. Tdap-Impfstoffdosis aber kontralateral appliziert. Die TIG-Dosis kann auf 500 IE erhöht werden bei: (a) infizierten Wunden, bei denen eine angemessene chirurgische Behandlung nicht innerhalb von 24 h gewährleistet ist; (b) tiefen oder kontaminierten Wunden mit Gewebszertrümmerung und reduzierter Sauerstoffversorgung; (c) Eindringen von Fremdkörpern (z.B. Biss-, Stich- oder Schusswunden); (d) schweren Verbrennungen und Erfrierungen, Gewebsnekrosen und septischen Aborten.
4) Für PatientInnen, bei denen die Grundimmunisierung begonnen, aber noch nicht abgeschlossen ist (z.B. Säuglinge), muss der Abstand zur letzten Impfstoffdosis berücksichtigt werden. Eine postexpositionelle Impfung am Tag der Wundversorgung ist nur sinnvoll, wenn der Abstand zu der vorhergehenden Impfstoffdosis mindestens 28 Tage beträgt. Bezüglich des Abschlusses einer Grundimmunisierung gelten die Nachholimpfempfehlungen der STIKO.
5) Nach Mitteilungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) von April 2018 werden die Kosten für Tetanus-Kombinationsimpfungen generell übernommen, soweit nach Empfehlungen der STIKO nach einem Arbeitsunfall eine Tetanus-Prophylaxe erforderlich ist.

Quelle: RKI Epidemiologisches Bulletin 4/2022 (27. Januar 2022) https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/04_22.pdf?__blob=publicationFile

JUGENDARBEITSSCHUTZGESETZ

Wie rechnen wir die Jugendarbeitsschutzuntersuchung vor Antritt einer Ausbildung ab?

Diese Untersuchung ist keine Kassenleistung. Die Patienten bekommen beim zuständigen Bezirks- oder Ortsamt – je nachdem, wo der Jugendliche gemeldet ist – einen Untersuchungsberechtigungsschein. Dieser wird der Praxis vorgelegt und die Untersuchung wird über diesen Schein direkt mit dem Amt für Arbeitsschutz abgerechnet. Die KV erhält keine Kopie des Scheines.

Behörde für Justiz und Verbraucherschutz
Amt für Arbeitsschutz, Rechnungsstelle (AS 104)
Billstraße 80, 20539 Hamburg
Telefonnummer: 040-428 372112

TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG

Wird für den teilstationären Krankenhausaufenthalt in einer Tagesklinik eine Einweisung oder eine Überweisung ausgestellt?

Es handelt sich um eine zeitlich beschränkte Inanspruchnahme des Krankenhauses im Sinne der im § 39 SGB V genannten teilstationären Behandlung. In der Regel dauert eine solche Behandlung, bei der sich der Patient von morgens bis abends im Krankenhaus aufhält und auch dort verpflegt wird, mehrere Wochen oder Monate. In diesem Fall wird einmalig vor Beginn der Behandlung ein Einweisungsschein ausgestellt.

HILFSMITTEL

In welchen Intervallen dürfen wir unseren Patienten ein neues Paar Kompressionsstrümpfe verordnen?

Eine genaue Vorgabe gibt es nicht. Kompressionsstrümpfe halten bei regelmäßiger Nutzung in der Regel sechs Monate. Erst bei erneuter Notwendigkeit (z.B. Verschleiß) kann eine neue Verordnung erfolgen. Bei vorzeitigem Verschleiß oder bei krankheitsbedingter Formänderung des Beins können Kompressionsstrümpfe erneut verordnet werden.

PSYCHOTHERAPIE

Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Mein Patient hat bereits eine Akutbehandlung erhalten. Muss ich für das Antragsverfahren für eine Kurz- oder Langzeittherapie in diesem Fall etwas Besonderes beachten?

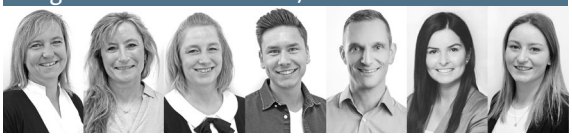
In diesem Fall gibt es beim Antragsverfahren eine Besonderheit: Auf dem PTV 2 geben Sie die bereits durchgeführten Therapieeinheiten (vollendete 50 Minuten) der Akutbehandlung an. Der Grund ist, dass die Stunden der Akutbehandlung mit den Stunden der Kurz- oder Langzeittherapie zu verrechnen sind. Ansonsten läuft das Antragsverfahren wie gewohnt ab. Auch hier sind zunächst mindestens zwei probatorische Sitzungen nötig. Im Rahmen der probatorischen Sitzungen kann der Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie gestellt werden, sobald der Termin für die zweite Sitzung feststeht. →

→ ORGANSPENDE

Unsere Patientin stellt sich nach einer Nierenspende in der Praxis vor. Das Krankenhaus hat der Patientin bereits im Rahmen des Entlassmanagements eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von sieben Tagen ausgestellt. Ist es nach Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie überhaupt zulässig, dass ich diese Krankschreibung verlängere? Muss das Krankenhaus die Folgeverordnung vornehmen?

Nach Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie ist die Krankschreibung eines Organspenders zulässig. Sie können demnach die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ausstellen. Die Krankenhäuser sind seit dem 1. Oktober 2017 verpflichtet, für Patienten, die sie stationär, teilstationär oder mit stationsäquivalenten Leistungen behandeln, ein standardisiertes Entlassungsmanagement sicherzustellen. Krankenhausärzte können im Rahmen des Entlassmanagements Arzneimittel, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen. Auch die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist nur für einen Zeitraum bis zu sieben Tagen zulässig. Folgeverordnungen fallen demnach wieder in den Zuständigkeitsbereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Florian Doß, Damla Eymur, Natalie Wawrzeniez

IMMUN-ZYTOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN DER ZERVIX KÖNNEN ABGERECHNET WERDEN

Zum 1. Januar 2023 wird der EBM um immunzytologische Untersuchungen erweitert. Der Bewertungsausschuss passt den EBM damit an die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie der Musterweiterbildungsordnung 2018 an.

Die Exfoliativ-Zytologie der Zervix wird über die GOP 19327 (Kapitel 19 EBM) abgerechnet. Diese bildet den obligaten Leistungsinhalt der Untersuchung des gefärbten Ausstrichs ab sowie fakultativ immun-zytologische Färbungen. Die bisherige GOP 19318 wird aus dem EBM gestrichen.

Wer kann die Leistung abrechnen?

Abrechnungsberechtigt sind Pathologinnen und Pathologen sowie Frauenärztinnen und Frauenärzte mit der Zusatz-Weiterbildung in gynäkologischer Exfoliativ-Zytologie. Die Abrechnung setzt außerdem eine Abrechnungsgenehmigung der KV Hamburg nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie voraus.

Genehmigungsinhaber, die vor dem 1. Januar 2023 bereits eine Genehmigung zur Abrechnung der Zervix-Zytologie von der KV Hamburg erhalten haben, müssen keinen Antrag zur Abrechnung der GOP 19327 stellen, da die bestehende Genehmigung automatisch angepasst wird.

Frauenärztinnnen und Frauenärzte, die eine Abrechnungsgenehmigung ab dem 1. Januar 2023 beantragen, müssen die o.g. Zusatzweiterbildung im Genehmigungsverfahren mit einreichen.

Ansprechpartnerinnen bei Fragen zu Zytologie-Genehmigungen:
Natascha Burgardt, Tel: 040 / 22802 - 406
Svenja Mindermann, Tel: 040 / 22802 - 684
Saskia Willms, Tel: 040 / 22802 - 631

Neuer Vordruck für Rehasport und Funktionstraining

Ab dem 1. Januar 2023 ist für die ärztliche Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining ein neues Muster 56 zu verwenden. Die alten Vordrucke dürfen dann nicht mehr verwendet werden. Hier ein Überblick, was sich auf der neuen Vordruck-Version ändert.

Angabe von ICD-10-Diagnosen
Ärztinnen und Ärzte tragen die verordnungsrelevanten Diagnosen und Nebendiagnosen künftig als ICD-10-GM-Code in das Verordnungsformular ein. Die Verordnungssoftware kann dabei den elektronisch hinterlegten ICD-10-Klartext direkt in das Diagnose-Feld übernehmen.

Erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen
Durch ein neues Ankreuzfeld können Ärztinnen und Ärzte einen erhöhten Teilhabebedarf auf der Verordnung kenntlich machen, damit beispielsweise Patienten mit einer Lähmung oder Hirnverletzung von spezifischen Übungsgruppen profitieren können.

Ergänzung der Liste der Krankheiten mit erweitertem Leistungsumfang
Die Liste der Erkrankungen, die einen erweiterten Leistungsumfang begründen, wurde ergänzt. Neu sind:
- leichte bis mittelgradige dementielle Syndrome,
- Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen und
- mittelgradige Intelligenzminderung.

Außerdem ist die Liste nicht mehr abschließend. Es ist möglich, eine vergleichbare Erkrankung im Feld Diagnose/Nebendiagnose anzugeben und dies in der Liste mit einem Kreuz bei „andere vergl. Krankheit(en)“ kenntlich zu machen.

Ausdauer- und Kraftausdauerübungen statt Leichtathletik
Die Rehabilitationssportart „Leichtathletik“ wurde in „Ausdauer- und Kraftausdauerübungen“ umbenannt, um ein größeres Leistungsspektrum zu ermöglichen.

Herzinsuffizienzgruppen
Künftig können auch spezielle Herzinsuffizienzgruppen für Patienten mit hohem vaskulären Ereignisrisiko verordnet werden. Bei den Herzinsuffizienzgruppen ist (anders als bei den Herzgruppen) eine ständige ärztliche Anwesenheit erforderlich.

Erst- und Folgeverordnung
Die Felder für Erst- und Folgeverordnungen wurden optisch deutlicher gegliedert.

Empfohlene Anzahl Übungseinheiten
Die Angabe der empfohlenen Anzahl Übungseinheiten pro Woche erfolgt getrennt nach Rehabilitationssport und Funktionstraining (als Trocken- oder Wassergymnastik). Nun ist es möglich, beim Funktionstraining eine Kombination aus Wasser- und Trockengymnastik zu empfehlen.

Abweichung von den Richtwerten zum Umfang der Leistungen
Das Feld zur Angabe einer von den Richtwerten abweichenden Anzahl von Übungseinheiten wurde unter die Angabe der empfohlenen Anzahl Übungseinheiten verschoben. ■

Themenseite Medizinische Rehabilitation der KBV:
www.kbv.de/html/rehabilitation.php
Hier finden Sie auch eine PraxisInfo der KBV: "Änderungen auf Formular für Reha-Sport und Funktionstraining ab 1. Januar 2023"

Ansprechpartner:
Verordnung und Beratung
Tel: 040 / 22802 -571, -572
verordnung@kvhh.de

AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Absolute und relative Effekte am Beispiel der intensivierten Medikation nach akut dekompensierter Herzinsuffizienz

VON NINA KREUZBERGER IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)

Die im November 2022 publizierte STRONG-HF-Studie untersuchte die optimale Medikationsstrategie bei Patientinnen und Patienten nach Krankenhausaufnahme aufgrund von akut dekompensierter Herzinsuffizienz (HI). Hierbei wurde in den ersten Wochen nach Krankenhausaufnahme die Dosierung folgender Medikamente gemäß Leitlinie maximiert: Betablocker, ACE-Hemmer (bzw. Angiotensin-Rezeptor-Blocker oder Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor), Aldosteron-Antagonist. Die Auftitration wurde anhand von Symptomatik, Blutdruck und Laborwerten gesteuert. Die Kontrollgruppe in dieser randomisiert kontrollierten Studie erhielt keine gezielte Therapiemaximierung.

Als Hauptergebnis konnte in der STRONG-HF-Studie für die intensivierte Medikation ein statistisch signifikant geringeres Risiko von HI-bedingter Rehospitalisierung oder Tod gezeigt werden (siehe Tabelle 1). Umgekehrt erreichten dank der optimierten Medikation mehr Patientinnen und Patienten die NYHA-Klasse 1, also eine uneingeschränkte Belastbarkeit. Auch die Lebensqualität war in der Interventionsgruppe besser. Nicht unerwähnt bleiben darf aber auch, dass aufgrund der intensivierten Medikation mehr unerwünschte Ereignisse auftraten, z.B. Hypotension oder Hyperkaliämie. Insgesamt aber sprechen die Studienergebnisse dafür, sich um Patientinnen und Patienten nach HI-bedingter Hospitalisierung intensiv zu bemühen, um durch optimale hohe Medikamentendosierungen eine erneute Dekompensierung zu vermeiden.

TABELLE 1

HI-bedingte Hospitalisierung oder Mortalität binnen 180 Tagen				**Erreichen von NYHA-Klasse 1 nach 90 Tagen**			
Interventionsgruppe (maximierte Medikation)		Kontrollgruppe (konventionelle Medikation)		Interventionsgruppe (maximierte Medikation)		Kontrollgruppe (konventionelle Medikation)	
Ereignisse	Risiko	Ereignisse	Risiko	Ereignisse	Risiko	Ereignisse	Risiko
74 / 506	15,2%	109 / 502	23,3%	116 / 495	23,4%	76 / 488	15,6%
RR 0,66 (95%-KI 0,50 bis 0,86)				**RR 1,50 (95% KI 1,16 bis 1,95)**			
ARR 8,1% (95%-KI 2,9% bis 13,2%)				**ARR -7,9% (95% KI -2,9% bis -12,8%)**			

Dass die Zahlen in der Tabelle sich nicht alle exakt nachrechnen lassen, liegt an einer speziellen Analysemethode, was hier aber irrelevant ist und daher unbeachtet bleiben soll.

RELATIVE UND ABSOLUTE EFFEKTE – RICHTUNG, GRÖSSE UND RELEVANZ

Studienresultate werden bei binären Endpunkten, wie z.B. dem Gesamtüberleben oder der Krankenhausaufnahme, üblicherweise in Form von relativen Effektmaßen wie dem relativen Risiko (RR) oder dem Odds Ratio (OR) dargestellt. Diese relativen Effektmaße drücken das Ergebnis der Interventionsgruppe relativ zur Vergleichsgruppe aus, also z.B. die relative Häufigkeit des Versterbens in der Interventionsgruppe geteilt durch die relative Häufigkeit des Versterbens in der Kontrollgruppe. Bei einem Wert um die 1 herum ist der geschätzte Effekt in beiden Gruppen gleich. Bei Werten, die darunter oder darüber liegen und die gleichzeitig „signifikant" sind, welches im Regelfall bei einem p-Wert kleiner 0,05 oder einem 95% Konfidenzintervall, das die 1 ausschließt, angenommen wird, gehen wir von einem Unterschied zwischen den Interventionen aus. Das RR (z.B. RR = 2) drückt das Verhältnis zwischen Interventions- und Kontrollrisiko aus, so ist ein Ereignis in der Interventionsgruppe RR-mal (zweimal) wahrscheinlicher als in der Kontrollgruppe.

Eine kurze Wiederholung der Interpretation des p-Wertes: Der p-Wert gibt die Wahrscheinlichkeit an, unter der Nullhypothese, also die Annahme, dass die Intervention keinen Effekt hat, einen größeren Effekt zu sehen als den, den wir berechnet haben. Je unwahrscheinlicher die Nullhypothese wird, desto eher sind wir bereit, eine alternative Hypothese zu akzeptieren. Traditionell, jedoch arbiträr beschlossen, liegt dieser Wert bei 0.05.

Fast selbstverständlich, jedoch trotzdem manchmal unbeachtet, sollte zuallererst die Richtung des Effektes aller erhobenen Endpunkte geprüft werden. Was drückt das vorliegende relative Risiko, das signifikant kleiner als 1 ist, eigentlich aus? Liegt es zugunsten der Intervention oder der Kontrollintervention? Ist das für alle Endpunkte dieser Studie so?

Die Richtung des Effektes hängt von der Definition des Ereignisses ab. Ein „schlechtes" Ereignis kann in diesem Sinne Tod, Progression oder Krankenhausaufenthalt sein, wohingegen ein „gutes" Ereignis z.B. die Symptomfreiheit zu einem bestimmten Zeitpunkt ist. Bei einem schlechten Ereignis hoffen wir, dass das Ereignis mit Behandlung seltener wird, bei guten Ereignissen hoffen wir, dass es häufiger wird. Die oben aus der STRONG-HF-Studie ausgewählten Ergebnisse illustrieren dies gut: Bei beiden Endpunkten zeigt sich ein Unterschied von etwa 15% zu 23% – jedoch in entgegengesetzter Richtung: Beim kombinierten Endpunkt Tod oder Rehospitalisierung bedeutet das RR von 0,66 einen Vorteil, weil hier weniger Ereignisse gewünscht sind. Beim Endpunkt NYHA-Klasse 1 zeigt das RR von 1,5 ebenfalls einen Vorteil der Interventionsgruppe an, weil hier mehr Ereignisse gut sind. Beide Effekte haben als RR die gleiche Größe, weil der Kehrwert von 1,5 gleich 0,66 ist.

STATISTISCHE SIGNIFIKANZ UND KLINISCHE RELEVANZ

Ist nun ein statistisch signifikanter Effekt mit einem Konfidenzintervall, dass die Schwelle zur Wirkungslosigkeit nicht schneidet, immer ein Grund, die geprüfte Therapie auch zu verwenden? Aus dem oben beschriebenem Studienergebnis (RR für Tod oder Rehospitalisierung = 0,66) kann konkludiert werden, dass das Risiko zu versterben oder rehospitalisiert zu werden mit intensivierter Medikation um circa 34%, also etwa ein Drittel, reduziert wird (relative Risikoreduktion, als Formel 100 x (RR-1) %). Ohne die Zahlen, die der Berechnung zugrunde liegen, scheint das Ergebnis sehr überzeugend für die Intervention zu sprechen. Es bleibt jedoch die Frage zu klären, ob der vorliegende Effekt klinisch relevant ist, also wichtig genug,

um die Therapiemaximierung zu rechtfertigen, auch unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen, Aufwand, nötiger Infrastruktur und Kosten.

Um dies beurteilen zu können, müssen relative Effektmaße in absolute Werte übersetzt werden (siehe Tabelle 2). Ein häufig verwendetes absolutes Effektmaß ist die absolute Risikoreduktion (ARR), diese beschreibt den Unterschied zwischen den beiden beobachteten relativen Häufigkeiten. Der in der STRONG-HF-Studie beobachtete Unterschied von etwa 15% zu 23% im kombinierten Endpunkt Tod oder Rehospitalisierung bedeutet eine ARR von 23% - 15% = 8%. Vergleichen wir nun dies mit den Ergebnissen zu einem anderen Endpunkt, dem Versterben aufgrund kardiovaskulärer Ursache bis Tag 90.

TABELLE 2

HI-bedingte Hospitalisierung oder Mortalität binnen 180 Tagen				**Kardiovaskulärer Tod binnen 90 Tagen**			
Interventionsgruppe (maximierte Medikation)		Kontrollgruppe (konventionelle Medikation)		Interventionsgruppe (maximierte Medikation)		Kontrollgruppe (konventionelle Medikation)	
Ereignisse	Risiko	Ereignisse	Risiko	Ereignisse	Risiko	Ereignisse	Risiko
74 / 506	15,2%	109 / 502	23,3%	17 / 506	3,4%	28 / 502	5,6%
RR 0,66 (95%-KI 0,50 bis 0,86)				**RR 0,60 (95% KI 0,33 bis 1,09)**			
ARR 8,1% (95%-KI 2,9% bis 13,2%)				**ARR 2,2% (95% KI -0,3% bis 4,8%)**			

Obwohl das relative Risiko und die relative Risikoreduktion in beiden Endpunkten sehr ähnlich sind, unterscheidet sich die absolute Risikoreduktion enorm: Beim kombinierten Endpunkt HI-bedingte Hospitalisierung oder Tod liegt die absolute Risikoreduktion mit 8% etwa um Faktor 4 größer als beim zweiten Endpunkt, dem (viel seltener auftretendem) kardiovaskulären Tod. Geläufiger und einfacher vorstellbar ist vielleicht noch die „Number Needed to Treat“ (NNT), auch wenn diese sich nur schwierig über Studien der gleichen Intervention hinweg zusammenfassen lässt: Beim ersten Endpunkt ist die NNT 1 / 0,081 = 12, für den zweiten Endpunkt beträgt die NNT1 / 0,022 = 45. Mit der intensivierten Medikation lässt sich demnach im Mittel bei jeder 12. Patientin HI-bedingte Hospitalisierung oder Tod verhindern, während aber nur bei jedem 45. Patienten ein kardiovaskulärer Todesfall vermieden wird. Hieran sieht man bereits, dass das Ausgangsrisiko für ein Ereignis, also das Risiko in der Kontrollgruppe bzw. unter normaler klinischer Behandlung, eine extrem wichtige Rolle für die Beurteilung der klinischen Relevanz darstellt. Da jedes Medikament Nebeneffekte hat, muss sehr genau abgewogen werden, ob man Hunderte von Patient:innen möglicherweise schweren Nebenwirkungen aussetzen möchte, um einen Todesfall zu verhindern.

„FRAMING“ VON EFFEKTEN

Das Format, in dem Effekte präsentiert werden, z. B. in Studien oder in der Werbung, kann die Vor- und Nachteile einer Behandlung größer oder kleiner erscheinen lassen. Unser Informationsverständnis – so zeigen es viele Studien – reagiert auf relative und absolute Effekte unterschiedlich. Hat man in einem seltenen Endpunkt einen großen relativen Effekt, z. B. ein halbiertes Risiko, nachgewiesen, so neigen Menschen in Industrie und Wissenschaft dazu, eher das RR zu betonen anstatt mit der ARR deutlich zu machen, dass der Effekt vielleicht wenig klinische Relevanz besitzt. Ein anderer „Trick“ be-

steht darin, den Endpunkt „umzudrehen“, indem man das Gegenereignis betrachtet und hieraus das RR berechnet. So kann man anstelle einer Nebenwirkungsrate von 20% versus 10% mit einem RR von 2 auch die Rate nebenwirkungsfreier Verläufe betrachten, wo sich mit 80% versus 90% ein RR von knapp unter 1 berechnet.

Um Effekte transparent und verständlich darzustellen, werden bei der Erstellung von Systematische Übersichtsarbeiten und klinischen Leitlinien immer häufiger absolute Werte gemeinsam mit den relativen Effektmaßen dargestellt (siehe z.B. die WHO-S3 COVID-19 Leitlinie unter https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3379). Um die absoluten Zahlen sowohl zwischen den verschiedenen Endpunkten als auch zwischen verschiedenen Interventionen vergleichbar zu beschreiben, werden diese auf 1000 Patient:innen berechnet. Für das o.g. Beispiel würde sich die folgende Evidenztabelle (siehe Tabelle 3) ergeben (auch wenn man eigentlich die Ergebnisse zu HI-bedingten Hospitalisierungen und Mortalität in zwei separate Zeilen auftrennen würde) .

Zusammenfassend ist es also essentiell, dass evidenzbasierte Entscheidungen nicht nur auf relativen Effektmaßen oder gar nur auf p-Werten basieren, sondern dass die absoluten Risiken und Risikoreduktionen mit in Betracht gezogen werden. ■

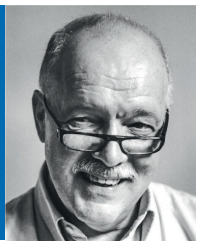
TABELLE 3

Maximierung der leitlinienkonformen Medikation nach akuter Hospitalisierung aufgrund dekompensierter Herzinsuffizienz

Endpunkt & Zeitpunkt	Relatives Risiko	Absolute Effektschätzer		Vertrauen in die Evidenz	Zusammenfassung
		Maximierte Medikation	Standard-Medikation		
HI-bedingte Hospitalisierung oder Mortalität (binnen 180 Tagen)	RR 0,66 (95%-KI 0,50 - 0,86) Basierend auf 1 RCT (n= 1078)	146 pro 1000	217 pro 1000	Bewertung nach GRADE, z. B. ⊗⊗⊗⊗ „hoch“	Effektaussage
		71 weniger pro 1000 (105 - 26 weniger pro 1000)			
NYHA-Klasse 1 (nach 90 Tagen)	RR 1,50 (95%-KI 1,16 - 1,95) Basierend auf 1 RCT (n= 1078)	234 pro 1000	156 pro 1000	Bewertung nach GRADE, z. B. ⊗⊗⊗∅ „mäßig“	Effektaussage
		78 mehr pro 1000 (25 - 148 mehr pro 1000)			

NINA KREUZBERGER
Arbeitsgruppe für evidenzbasierte Medizin
Klinik I für Innere Medizin
Universitätsklinik Köln, Kerpener Str. 62, 50937 Köln
Kontakt: nina.kreuzberger@uk-koeln.de

Literatur:
Mebazaa A, Davison B, Chioncel O, Cohen-Solal A, Diaz R, Filippatos G, et al.: Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. Lancet 2022 (online ahead of print). doi: 10.1016/S0140-6736(22)02076-1



Worum geht es in der Medizin?

Kleine Kurskorrekturen werden nicht helfen. Wir brauchen eine radikale Kursänderung, sonst wird das solidarische Gesundheitswesen untergehen, und mit ihm die Medizin.

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

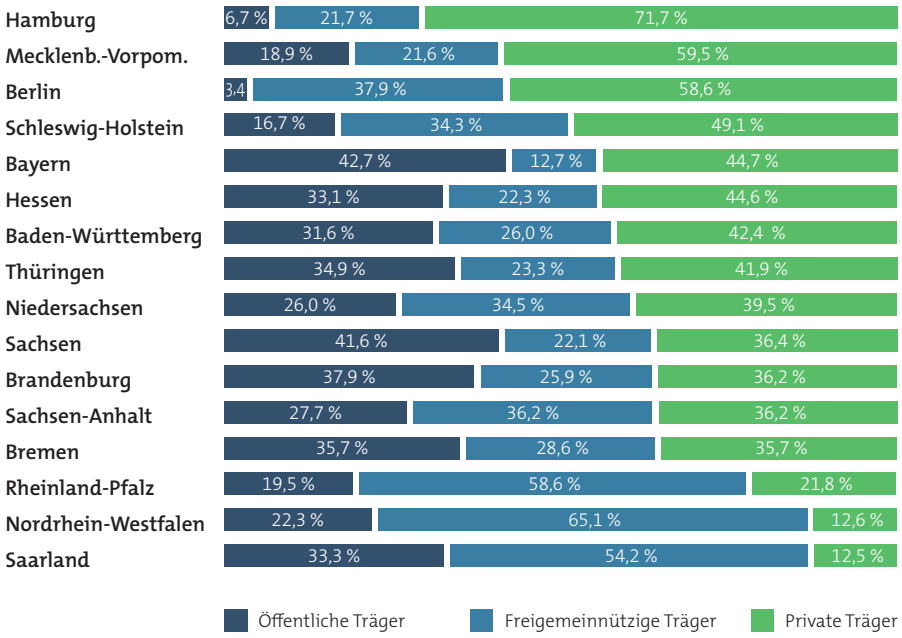
Im Krankenhausbereich nehmen private Investoren immer größeren Raum ein. Immer weiter wachsende Klinikkonzerne locken inzwischen auch internationales Kapital mit Renditen von bis zu zehn Prozent, was kein anderer Wirtschaftszweig zu bieten hat.

Man könnte derartige Dividenden auch als Diebstahl von Gemeineigentum bezeichnen. Es gibt kein Land, in dem der Anteil von Krankenhausbetten in der Hand privater, börsennotierter Klinikkonzerne größer ist als in Deutschland. In Arbeitsverträgen von Chefärzten ist heute von Leitzahlen bei Diagnosen und Operationsziffern, vom Case Mix Index und von Akquisitionsverpflichtungen die Rede, weniger von Medizin. Wie konnte es so weit kommen?

Zwischen 1999 und 2002 wurde das zeitorientierte Tagessatz-System durch die diagnoseorientierten Fallpauschalen abgelöst, die Diagnosis Related Groups (DRG). Von da an wurden die Krankenhäuser nach der Zahl und Schwere der behandelten Fälle bezahlt. Diese Umstellung hatte erhebliche Auswirkungen: Liegezeitverkürzung und Fallzahlerhöhung, um im gleichen Zeitraum maximal viele Fälle und maximal schwere Diagnosen abrechnen zu können. Die Liegezeit sank auf die Hälfte, die Zahl der Patient:innen stieg trotz der massiven Stellenstreichungen um ein Fünftel. Der Anstieg des Arbeitsdrucks war enorm, besonders in der Pflege. Dort wurden zehntausende Stellen gestrichen, während ärztliche Stellen zunahmen. Die einfache Logik war: Pflegekräfte verursachen Kosten, aber Ärztinnen und Ärzte generieren Einnahmen.

Aus dem DRG-System ergibt sich der Case Mix Index. Der Case Mix Index ist der Durchschnitt aller DRGs, die ein Krankenhaus gegenüber den Kassen zur Abrechnung bringt. Je höher der Case Mix Index, desto höher die Vergütung. Erreicht eine Abteilung den von der Geschäftsleitung vorgegebenen Case Mix Index nicht, droht ihre Schließung. Erreicht ein ganzes Krankenhaus

ABB. 1:
KRANKENHÄUSER NACH BUNDESLAND UND TRÄGERSCHAFT



Quelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2021, Seite 35 /Statistisches Bundesamt

die Gewinnzone nicht, dann droht Schließung oder Verkauf.

Das führt zu einem enormen Druck der Geschäftsleitungen auf die ärztlichen und pflegerischen Berufe. Sie werden zu ökonomischem Denken in Gewinn- und Verlustkategorien gezwungen und verlieren dabei notgedrungen den eigentlichen ärztlichen und pflegerischen Auftrag aus dem Auge.

Nur dasjenige Krankenhaus, das mit möglichst geringen Kosten Kranke in möglichst kurzer Zeit behandeln konnte, machte nun Gewinne. Wer sich auf zeitraubende, empathische Medizin einließ, der machte Verluste. Die Frage war nicht: „Was brauchen die Kranken?", sondern: „Was bringen sie ein?" Die Frage war nicht: „Wie viele Ärzt:innen und Pflegekräfte werden für eine gute Medizin gebraucht?", sondern: „Wie viele Stellen kann man streichen?"

Das Fatale an diesem Bezahlsystem war und ist die Verknüpfung der medizinischen Tätigkeit und der Diagnosen mit der Vergütung. Indem nun allein die Diagnosen die Einnahmen des Krankenhauses generierten, wurde sie zum zentralen Zielobjekt der Ökonomen. Tausende von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenhäuser kämpfen seitdem mit Tausenden von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenkassen um jeden Euro.

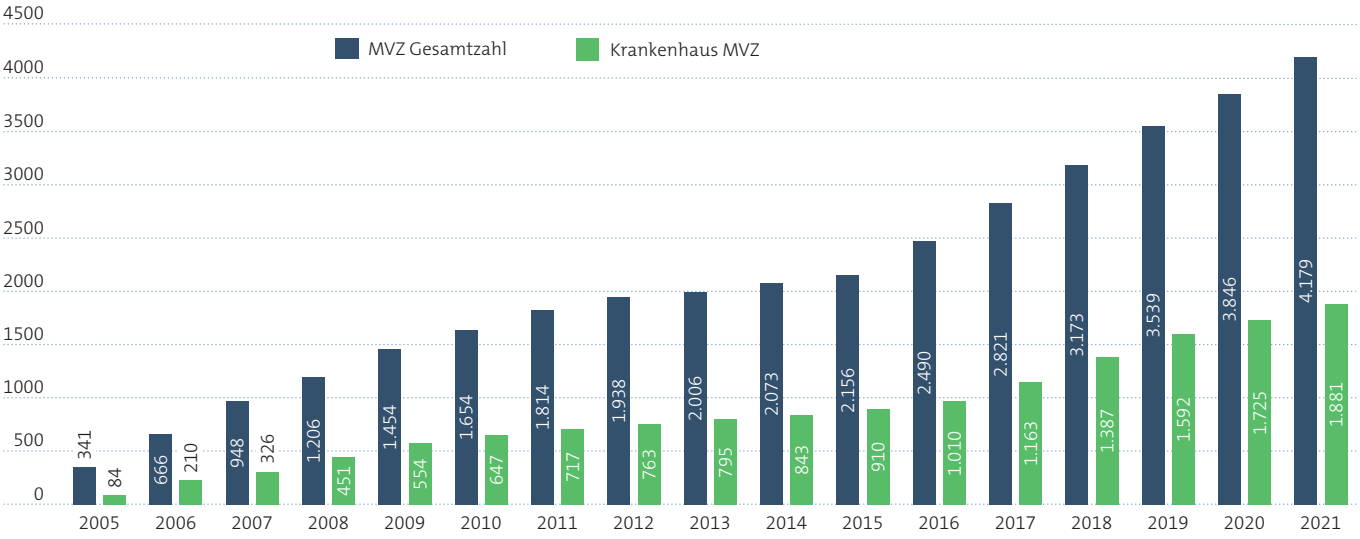
Das Versagen der Krankenhausfinanzierung hatte neben den Privatisierungen eine zunehmende Zahl von Krankenhausschließungen zur Folge. Weil das DRG-System beispielsweise die kinderärztliche Tätigkeit völlig unterbewertet, wurden viele Kinderkliniken wegen „roter Zahlen" geschlossen. Eine ähnliche Entwicklung nahm die Geburtshilfe, die nie eine angemessene Abbildung in den DRGs gefunden hatte, sodass bis heute ein Kreißsaal nach dem anderen geschlossen wird. Immer mehr ganze Krankenhäuser fielen dem Rotstift zum Opfer, denn die Defizite konnten von den kommunalen Haushalten nicht mehr ausgeglichen werden. Die Vernichtung von Gemeineigentum durch Krankenhausschließungen geschieht völlig planlos, nicht nach Bedarf, sondern nach Bilanz.

Weniger bekannt ist, dass auch im Bereich der Alten- und Pflegeheime private Investoren inzwischen ganze Ketten zusammenkaufen und die stationäre professionelle Altenpflege zum Spielball von Profitinteressen geworden ist. Jedes Jahr geht es um den großen Kuchen von 23 Milliarden Euro in der stationären und 11 Milliarden Euro in der ambulanten Pflege. Man müsste global aktiven Investoren, Finanzjongleuren und Immobilienkonzernen dringend Einhalt gebieten. Auch hier geht es nur mit Gemeinnützigkeit.

Dass inzwischen aber sogar auch Arztpraxen unter dem Etikett „Medizinische Versorgungszentren" zum Objekt international agierender Finanzinvestoren geworden sind, ist fast nicht bekannt. In Anlehnung an die Polikliniken der DDR, die 1989 im Zuge der allgemeinen Anschlusswut mit ausradiert worden waren, wurde 2003 durch eine Gesetzesänderung eine neue Form der kassenärztlichen Versorgung ermöglicht. Seitdem können Medizinische Versorgungszentren gegründet werden, in denen beliebig viele Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen in Vollzeit oder Teilzeit, fachgleich oder fachübergreifend, in Kooperation mit nichtärztlichen Heilberufen zusammenarbeiten können. Das Modell ist flexibel, voller kreativem Potential und kann Berufsaussteiger mit familienfreundlichen Arbeitszeiten zurücklocken.

Dabei hatte man aber nicht mit der Kreativität des Kapitals gerechnet. Da nämlich auch Krankenhäuser ein MVZ gründen können, kann z. B. eine Mini-Klinik mit vier Betten und einem Schlaflabor in Nordhessen plötzlich mehr als 150 Augenarzt-MVZs in ganz Deutschland betreiben. Diese investorenbetriebenen MVZs suchen sich lukrative Sparten aus, also Augenheilkunde und Orthopädie, wo inzwischen schon ein Fünftel der ambulant tätigen Ärzte in investorenbetriebenen, oder besser investorengetriebenen

ABB. 2:
ANZAHL MVZ (GESAMTZAHL UND KRANKENHAUS-MVZ)



Quelle: KBV: Entwicklungen der medizinischen Versorgungszentren, statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021

MVZs arbeiten. So entstehen immer neue, immer größere Konstruktionen: Ein augenärztliches Oligopol wie die Ober-Scharrer-Gruppe hatte in einem Jahrzehnt vier verschiedene Eigentümer und wurde zuletzt im Dezember 2021 an den kanadischen Pensionsfonds Ontario Teacher's Pension Plan Board bei einer Gewinnerwartung von 125 Millionen Euro für geschätzte zwei Milliarden Euros verkauft. Man könnte das unterbinden, wenn auch MVZs der Gemeinnützigkeit unterliegen würden. Mit einer derart kleinen Gesetzesänderung wäre dem Spuk ein Ende gesetzt.

Wir müssen uns darauf besinnen, worum es in der Medizin eigentlich geht. Wir müssen uns daran erinnern, dass wir eine Aufgabe haben. Diese Aufgabe droht unterzugehen, in Management-Programmen, in Codierungen, in Konzerninteressen, in Studien und im Kampf ums Geld. Wenn wir Ärzt:innen unsere Patient:innen zu Sachen, zu Werkstücken machen lassen, ist es aus mit der Medizin. Man müsste Ärzt:innen dann in die Rote Liste der bedrohten Arten aufnehmen. Unsere Aufgabe ist die Begleitung unserer Patient:innen in der einsamen Welt der Krankheit, oder im günstigen Fall aus der einsamen Welt der Krankheit – so weit es eben geht – wieder zurück in die Welt der Gesundheit.

Und deswegen lautet die immer wieder gleiche Botschaft: Es geht um die Rettung des solidarischen Gesundheitswesens und der Humanmedizin vor dem Würgegriff des Kapitalismus. ■

DR. BERND HONTSCHIK ist Chirurg und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie", Westend-Verlag
chirurg@hontschik.de
https://chirurg.hontschik.de/

Zuerst veröffentlicht im IPPNW Forum 171/ Sept. 2022 – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors
In dieser Rubrik drucken wir abwechselnd Texte von Dr. Bernd Hontschik, Dr. Christine Löber und Dr. Matthias Soyka

Psychiater gesucht für die Versorgung wohnungsloser Personen

Für die psychiatrische Versorgung wohnungsloser Personen in der Schwerpunktpraxis Altstädter Twiete (Altstädter Twiete 5, 20095 Hamburg) wird ab Januar 2023 eine neue Psychiaterin oder ein neuer Psychiater gesucht. Die Schwerpunktpraxis ist eine von drei Schwerpunktpraxen in Hamburg für wohnungslose Frauen und Männer, die einen Anspruch auf medizinische Betreuung haben, das medizinische Regelsystem aber aus verschiedenen Gründen nicht nutzen oder nutzen können. Sie können hier niedrigschwellig eine medizinische und psychiatrische Grundversorgung erhalten. Die Einrichtung ist Teil einer vom Caritasverband betriebenen Aufenthalts- und Beratungsstätte für obdachlose Personen an diesem Standort.

Die psychiatrische Sprechstunde findet einmal wöchentlich mit einer Dauer von zwei Stunden statt. Eine MFA ist ebenfalls anwesend. Die Tätigkeit in der Sprechstunde wird in Partnerschaft der KV Hamburg, den gesetzlichen Krankenkassen und der Hamburger Sozialbehörde mit einem Stundensatz von 70 Euro vergütet.

Neben der Sprechstunde hat die bisherige Psychiaterin gemeinsam mit einem Sozialarbeiter zusätzlich weitere zwei Stunden wöchentlich aufsuchende Arbeit an Aufenthaltsorten von obdachlosen Menschen geleistet. Die aufsuchende Arbeit auf der Straße versteht sich als Brücke zur psychiatrischen Sprechstunde in der Schwerpunktpraxis. Sie wird von der Sozialbehörde zum gleichen Stundensatz wie in der Schwerpunktpraxis getragen. Eine Bereitschaft, auch diese Tätigkeit zu übernehmen, ist sehr gewünscht, jedoch keine Voraussetzung der Übernahme der Tätigkeit in der Schwerpunktpraxis. ■.

Ansprechpartnerin:
Frederike Matthies
Niedrigschwellige Hilfen für Obdachlose
Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde)
teilzeitbeschäftigt: Di – Fr
Telefon: 040 / 428 63 – 5468
E-Mail: frederike.matthies@soziales.hamburg.de

Die KV stellt sich vor

Infoveranstaltung für die neu gewählten Mitglieder der Selbstverwaltungs-Gremien

Was tut die KV Hamburg? Für welche Aufgaben ist sie zuständig? Um den Mitgliedern der Selbstverwaltungs-Gremien hiervon ein Bild zu vermitteln, fand am Samstag, den 19. November, eine Informationsveranstaltung im Ärztehaus statt.

Eingeladen waren die Mitglieder und Stellvertreter der neuen Vertreterversammlung sowie die Obleute der Kreisversammlungen.

Die verschiedenen Geschäftsbereiche und Abteilungen des Hauses stellten sich in Kurzvorträgen vor. Mit einigen Abteilungen kommt jedes KV-Mitglied zwangsläufig in Kontakt – auch die beratenden Abteilungen Mitgliederservice, die Abteilung Verordnung und Beratung sowie andere Service-Angebote sind vielen ein Begriff. Die KV-nutzte nun die Gelegenheit, darüber hinaus das gesamte Aufgabenspektrum der Abteilungen vorzustellen. Auch Arbeitsbereiche, die keine Kontakte nach außen haben, präsentierten sich in Kurzvorträgen – beispielsweise die Personalabteilung.

Zwischen den Präsentationsblöcken hatten die Mitglieder der Selbstverwaltungsgremien Gelegenheit, mit den KV-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern in lockerer Atmosphäre an Infoständen ins Gespräch zu kommen und sich am kalten Buffet mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen.

Die Veranstaltung wurde sehr positiv aufgenommen. "Beeindruckend, wie menschlich und professionell sich die KV hier präsentiert hat", hieß es beispielsweise. Von den Gremienmitgliedern kam der Vorschlag, ein ähnliches Programm für alle KV-Mitglieder anzubieten, um die Arbeit der KV Hamburg transparenter zu machen. ■

Ein Infostand je Abteilung: Im großen Saal des Ärztehauses hatten die Mitglieder der Selbstverwaltungsgremien Gelegenheit, mit den KV-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ins Gespräch zu kommen.

Geballte Information: In Kurzvorträgen stellten sich die Geschäftsbereiche und Abteilungen auf der Bühne vor.

Der KV-Vorsitzende John Afful und die stellvertretende Vorsitzende Caroline Roos moderierten die Veranstaltung.

STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Murat Karul**
Mitglied der QS-Kommission Röntgen

Name: **Dr. med. Murat Karul, MHBA**
Geburtsdatum: **4.8.1972**
Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder**
Fachrichtung: **Radiologie**
Weitere Ämter: **Vorstandsmitglied Ärztenetz Hamburg**
Hobbys: **Kochen, Golfen, Wandern, Familienzeit**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? In meinem frühen beruflichen Leben war ich u.a. Möbelverkäufer. Mit Ende 20 öffnete sich dann auf dem zweiten Bildungsweg an der Abendschule die Tür zum Traumstudium Medizin. Schon im achten Semester beschloss ich Radiologe zu werden. Die Verbindung von Anatomie und verschiedensten klinischen Fragestellungen als auch die Möglichkeit, in Interventionen „handwerklich" tätig zu werden, reizten mich besonders. Und ich würde es heute genauso wieder tun.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission?
In meiner Ausbildung zum Industriekaufmann habe ich bereits früh die Schlüsselkompetenzen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements erworben. In der Medizin ist es ebenso unabdingbar, diese Anforderungen zu prüfen und zu sichern, damit wir weiterhin unsere Patient:innen auf höchstem Niveau versorgen können.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?
- Technische Innovationen auch in der ambulanten Medizin und generell die Digitalisierung der Medizin. Insbesondere Hamburg sollte und kann als moderne Stadt Vorreiter sein.
- Konsequente und nachhaltige Qualitätssicherung in der Bildgebung und natürlich auch anderen Fächern durch Wahrung von Facharztstandards und Vermeidung von fachgebietsfremden Leistungen zum Wohle unserer Patient:innen.
- Fachkräftemangel insbesondere in der Medizin durch vermehrte Ausbildung und erleichterte Anerkennung ausländischer Qualifikation in Deutschland abbauen.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen?
Mit meiner Frau und Familie glücklich und gesund zu sein und erleben, wie unsere Kinder groß werden und ihre eigene Persönlichkeit entwickeln. Beruflich möchte ich unser Fach und natürlich insbesondere unsere Praxisgruppe nachhaltig in die Zukunft entwickeln. ■

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung". In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer Arzneimitteldaten zu Ihrem persönlichen Verordnungsverhalten, sondern zu allen Grundsatzfragen des Verordnungsmanagements. Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoffvereinbarung", „Wirtschaftlichkeitsgebot" und „gute Versorgung" in Einklang.

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

040 22 802 571/572 | verordnung@kvhh.de

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 11. Januar 2023
Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEILS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 2
(Winterhude)
Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 28.6.2023 (18 Uhr)

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP® aktuell (online)
Mi. 8.2.2023 (15 - 18 Uhr)

QEP® Einführungsseminar für Psychotherapeut:innen (online)
Fr. 3.3.2023 (9 - 14 Uhr)

Hygiene in der Arztpraxis (online)
Mi. 29.3.2023 (9 - 14 Uhr)

Datenschutz in der Arztpraxis (online)
Mi. 5.4.2023 (9 - 14 Uhr)

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen
Oder über den QR-Code:

Ansprechpartner:
Laura Goldmann, Tel: 22802-574
Michael Bauer, Tel: 22802-388
qualitaetsmanagement@kvhh.de

FORTBILDUNGSAKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Fortbildungen für MFA

Aktuelle Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

Ansprechpartnerin:
Bettina Rawald, Fortbildungsakademie, Tel: 202299-306,
akademie@aekhh.de

WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

Demenz! Was nun?
Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen kognitiver Störungen

Mi. 8.2.2023 (18 Uhr)
6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Cerebrale Anfälle
Differentialdiagnostische und pharmakotherapeutische Aspekte – Sinn und Unsinn von Medikamentenumstellung

Mi. 21.6.2023 (18 Uhr)
7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Peripher vestibulärer Schwindel vs. zentraler Schwindel
Symptomatik – Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 30.8.2023 (18 Uhr)
7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Betriebliches Gesundheitsmanagement
Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 15.11.2023 (18 Uhr)
7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNG

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 17.2.2023 (14.30 - 17 Uhr)
Fr. 9.6.2023 (14.30 - 17 Uhr)
Fr. 10.11.2023 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE
Teilnahmegebühr:
€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

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

www.neurologiewinterhude.de oder: www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können (E-Mail-Adresse siehe oben).

ULTRASCHALL-KURSE HELIOS-KLINIK UND AK WANDSBEK

Teil 1
Grundlagen
Fr. 12.5.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 13.5.2023 (8 - 13.30 Uhr)
14 FORTBILDUNGSPUNKTE
Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 2
Leber, Gallenblase, Gallengang
Fr. 23.6.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 24.6.2023 (8 - 13.30 Uhr)
14 FORTBILDUNGSPUNKTE
Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Teil 3
Nieren, Harnwege, Darm
Fr. 15.9.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 16.9.2023 (8 - 13.30 Uhr)
14 FORTBILDUNGSPUNKTE
Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 4
Milz, Pankreas, Schilddrüse
Fr. 17.11.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 18.11.2023 (8 - 13.30 Uhr)
14 FORTBILDUNGSPUNKTE
Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Teilnahmegebühr: pro Kurs € 178
bei Buchung aller vier Kurse € 592

Weitere Informationen und Anmeldung: https://sonoboomer.com/

Ansprechpartner:
Dr. med. Thomas Leineweber
Helios Mariahilf Klinik Hamburg
Chefarzt Gastroenterologie/
Innere Medizin
Tel: 040 / 79006-426
thomas.leineweber@sonoboomer.com

Kurze Info gefällig?

Was auch immer Sie vorhaben und welche Frage Sie auch haben mögen – unser Team vom Mitgliederservice ist für Sie da! Von A wie Abrechnung über T wie Terminservicestelle bis Z wie Zulassung – bei all Ihren Fragen stehen wir gern zur Seite.

Mitgliederservice (ehemals Infocenter) - Wir begleiten Sie durch das KV-System.

040 22 802 802

Oder nutzen Sie unser Kontaktformular auf **www.kvhh.de.** Wir rufen Sie gern zurück!