

KVH *journal*

GLÜCKSSACHE?

*Wie man seinen Patienten
statistische Risiken erklärt*



VERTRETERVERSAMMLUNG

Dr. Dirk Heinrich bleibt Vorsitzender

AUSSCHREIBUNG

Fachärztliche Weiterbildungsstellen

Das KVH-Journal enthält wichtige Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in diese Ausgabe.

IMPRESSUM

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

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,
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 3/2017 (März 2017)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Der Termin steht jetzt fest: Am 24. September 2017 wird der neue Bundestag gewählt. Die Parteien stellen bereits ihre Kandidaten auf, die Parteiprogramme werden vorbereitet. Gerade die Ärzteschaft sollte sich die Partei-Absichten sehr genau ansehen, denn vor vier Jahren hatte die Gesundheitspolitik keine sonderlich große Rolle bei der Wahlentscheidung gespielt – das Ergebnis haben wir in den vergangenen vier Jahren zu spüren bekommen. Vieles von dem, was uns seither Probleme macht, war angekündigt worden.

Erste Forderungen schälen sich bereits heraus – und lassen nichts Gutes ahnen. Im Land Berlin ist eine rot-rot-grüne Regierung gebildet worden, vielleicht eine Blaupause für eine „neue Mehrheit“ auf der Bundesebene. In der Gesundheitspolitik haben die Berliner verabredet, die Krankenhäuser massiv für die ambulante Versorgung zu öffnen – und sie waren so ehrlich zu sagen, wer dies bezahlen soll: die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.

Die Bundestagsfraktion der Grünen hat ein Papier verabschiedet, in dem unter anderem der Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsversorgung auf regional arbeitende, privatrechtlich organisierte „Gesundheitsverbände“ übertragen werden soll. Die KV, die in diesem Szenario zerschlagen werden müsste, wird noch nicht einmal erwähnt.

Die Hamburger Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks hat in einer Grundsatzzrede vorgeschlagen, die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung komplett einzureißen inklusive gemeinsamer Bedarfsplanung und gleicher Vergütung – bei aber nach wie vor bestehender Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder, wo es laut Prüfer-Storcks einen großen Nachholbedarf gebe. Nette Vorstellung: Das Land plant Niedergelassene und Kliniken – und füttert letztere mit Steuermitteln.

Wir werden Sie in den nächsten Monaten über die gesundheitspolitischen Absichten der Parteien detailliert informieren. Damit Sie nicht die Katze im Sack wählen müssen.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender 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: Was bringen vorgefertigte Entscheidungshilfen für Patienten?
- 08_ Klarheit statt Statistiknebel: Wie man seinen Patienten die Vorteile und Risiken einer Behandlung erklärt
- 14_ Grenzen der Risikokommunikation: Die Irrationalität wächst mit der Schwere der Krankheit

SELBSTVERWALTUNG

- 16_ KV-Hamburg: Dr. Dirk Heinrich bleibt Vorsitzender der Vertreterversammlung
- 17_ KBV: Dr. Stephan Hofmeister erklärt sich bereit, für den Vize-Vorstandsposten zu kandidieren
- 18_ Übersicht: Wer vertritt die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung?

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. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20_** Fragen und Antworten
- 22_** Neue Satzungsimpfungen der AOK Rheinland/Hamburg
Schweregradzuschläge für den Notfall- und Bereitschaftsdienst
- 23_** Ausschreibung fachärztlicher Weiterbildungsstellen

QUALITÄT

- 24_** Qualitätsmanagement-Seminare: Tatort Praxis | Einarbeitung neuer Mitarbeiter | Intensivkurs Qualitäts- und Praxismanagerin
- 25_** Arbeits- und Gesundheitsschutz: Fortbildung
Sektorenübergreifende Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 24_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 26_** Forschung: Erhöht Kaviar das Risiko für Reichtum?

KOLUMNE

- 29_** Hontschiks „Diagnose“

KV INTERN

- 30_** Steckbrief:
Gregor Brinkmann
- 31_** Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 8 und 9: Vege/Fotolia;
Seite 16 bis 19: Michael Zapf; Seite 21: Felix Faller/
Alinea; Seite 27: Arielle58/Fotolia; Seite 29: Barbara Klemm; Icons: iStockfoto

Was bringen vorgefertigte Entscheidungshilfen für Patienten?



Dr. Mirjam Jenny

leitende Wissenschaftlerin am Harding-Zentrum für Risikokompetenz des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin

Übersichtliche Infos in Faktenboxen

Faktenboxen stellen potenzielle Nutzen und Schäden medizinischer Interventionen anhand der besten verfügbaren Evidenz übersichtlich, balanciert und laienverständlich gegenüber. Die Idee der Faktenboxen stammt aus den USA und wurde zunächst in Form der drug fact boxes für den Bereich der Arzneimittel entwickelt. Tatsächlich ist der Informationsansatz jedoch bei jeder medizinischen und gesundheitlichen Intervention anwendbar, für die es wissenschaftliche Evidenz zu möglichen Nutzen und Schäden gibt. Das Berliner Harding-Zentrum für Risikokompetenz hat das Konzept der Faktenboxen übernommen und weiterentwickelt (siehe Seite 10, Abbildung 2). In der Schweiz und in Österreich werden Faktenboxen mittlerweile von Ärzteorganisationen und Krankenversicherungen genutzt. Auch in Deutschland wurde das Konzept von zwei Krankenversicherungen übernommen. Zudem gibt es verschiedene Institutionen, die evidenzbasierte Gesundheitsinformationen für Patienten erarbeiten. Eine Herausforderung für diese Akteure bleibt jedoch die Auffindbarkeit im unüberschaubaren Umfeld digitaler Gesundheitsinformationen. **Um dem Konzept evidenzbasierter Entscheidungshilfen dennoch zum Durchbruch zu verhelfen, ist die Schaffung einer zentralen unabhängigen Stelle für Gesundheitsinformationen angeraten.** ■



Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser

MIN Fakultät, Gesundheitswissenschaften,
Universität Hamburg /
Vorsitzende des Deutschen Netzwerks
Evidenzbasierte Medizin

Zahlenangaben sind unverzichtbar

Die informierte Patientenentscheidung ist ein Kernelement der evidenzbasierten Medizin. Dazu braucht es Wahrscheinlichkeitsangaben zu Nutzen und Schaden aller Behandlungsoptionen, einschließlich der Nicht-Intervention. Zahlenangaben sind fürs Risikoverständnis unverzichtbar.

Es gibt nur für sehr wenige Entscheidungen evidenzbasierte Patienteninformationen. Insbesondere Aufklärungsbögen für operative Eingriffe oder Krebsbehandlungen erfüllen in keiner Weise die Anforderungen. Patientenleitlinien liefern bisher nicht die notwendigen Zahlenangaben für individuelle Entscheidungen. Leitlinien geben üblicherweise Empfehlungen für einen bestimmten Behandlungspfad. Alternative Optionen, einschließlich der Angaben zum natürlichen Verlauf, werden nicht mit den notwendigen Risikodaten zu Nutzen und Schaden präsentiert. Leitlinien müssten von Beginn an nach den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet werden. Die Evidenz muss für alle Optionen mit Wahrscheinlichkeitsangaben präsentiert werden. ■



Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff

Zentrum für Methodenwissenschaften und
Gesundheitsforschung der Abteilung für
Allgemeinmedizin an der Philipps-
Universität Marburg

Individualisiertes Risikoprofil

"Arriba" ist eine der ersten individualisierten Entscheidungshilfen im deutschen Sprachraum, die von Arzt und Patient gemeinsam durchgearbeitet werden – am Computer oder auf Papier. **Der Patient wird als Partner gesehen: Er soll nicht beeinflusst oder gedrängt, sondern informiert werden.** Mit Hilfe von "Arriba" berechnet der Arzt das kardiovaskuläre Gesamtrisiko des Patienten. Das aktuelle Risiko und die durch Medikamente oder Verhaltensänderung ausgelöste Risikoreduktion kann mit Hilfe von Smileys visualisiert werden (siehe Seite 13). Statt mit verwirrenden Prozent-Angaben arbeitet das Modell also mit natürlichen Häufigkeiten („Stellen Sie sich 100 Doppelgänger von Ihnen vor...“). Eine verständliche Risikokommunikation ist die Voraussetzung für eine offene Diskussion mit dem Patienten darüber, welcher Weg im Einzelfall eingeschlagen werden soll. Das "Arriba"-Modul zur kardiovaskulären Prävention ist an den Universitäten Marburg und Rostock mit öffentlicher Förderung entstanden. Für jeden Hausarzt in Deutschland stehen Software und gedruckte Materialien frei zur Verfügung (www.arriba-hausarzt.de). Weitere Beratungsmodule zu hausarzt-spezifischen Behandlungsanlässen, wie Depression, Diabetes Mellitus, Vorhofflimmern und PSA-Screening, sind erarbeitet und werden in der näheren Zukunft im Rahmen eines Genossenschaftsmodells zur Verfügung stehen. ■

VON DR. KLAUS KOCH

Klarheit statt Statistiknebel

Wie erkläre ich meinen Patienten die Vorteile und Risiken einer Behandlung? Einige Kniffe helfen dabei, die wichtigsten Botschaften verständlich zu machen.

Viele Patienten (und viele Ärzte) haben zu Statistiken ein zwiespältiges Verhältnis. Den meisten ist klar, dass Zahlen oft unverzichtbar sind, um eine Orientierung zu bekommen oder zu behalten. Doch Statistiken können auch dazu führen, dass die Dinge vernebelt werden. Das heißt: Im Umgang mit Zahlen geht es um eine möglichst klare Kommunikation der relevanten Information.

Dabei können einige wenige Grundregeln helfen, die gleich einen doppelten Zweckerfüllen. Zum einen

können diese Regeln Ärzten dabei helfen, aus dem täglichen Strom der Statistiken und Zahlen das herauszufiltern, was hilfreich ist. Zum anderen helfen dieselben Regeln auch dabei, mit Patienten so über Zahlen zu sprechen, dass die wichtigen Botschaften erfasst werden können. Oft ist im klinischen Alltag eine kleine Tabelle mit drei Spalten und wenigen Zeilen alles, was an „Statistik“ nötig ist. Das gilt gerade für die häufigsten Fragen, die Patienten haben:

- Wie groß ist mein Risiko, dass mir X passiert?
- Was bringt mir eine Behandlung?
- Was sind die Nachteile einer Behandlung?

Idealerweise helfen Zahlenangaben Arzt und Patient dabei, verschiedene medizinische Optionen zu vergleichen und gemeinsam abzuwägen. Dazu gehört oft auch die Möglichkeit, erst einmal abzuwarten und nichts zu tun.

Im Folgenden sollen einige Grundprinzipien beschrieben werden, wie statistische Informationen

so eingesetzt werden können, dass sie gute Entscheidungen unterstützen. Diese Grundprinzipien leiten sich aus einer Vielzahl von Studien ab, in denen die Wirkung unterschiedlicher Varianten der Kommunikation erprobt wurde (siehe Literatur in den Quellenangaben 1 bis 3).

VERWENDEN SIE ZAHLEN!

Vermutlich ist die häufigste Methode im Umgang mit Zahlen, keine zu verwenden. Und stattdessen eine sprachliche Einordnungen wie „häu-

fig“, „gelegentlich“, „selten“ oder „extrem selten“ zu versuchen. Das ist aber kein guter Weg. Untersucht ist das anhand der amtlichen Kategorien für die Häufigkeit von Nebenwirkungen, wie sie in Beipackzetteln verwendet werden: Wenn im Beipackzettel zum Beispiel von „selten“ die Rede ist, ist damit eine Häufigkeit zwischen „0,01 bis 0,1 von 100“ gemeint. Wenn man hingegen Laien befragt, was sie unter „selten“ verstehen, liegen die Angaben eher bei 10 bis 20 von 100 – mit einer individuell großen Spanne an Abwei-

chung (siehe nächste Seite, Tabelle 1). Gerade bei kleinen Risiken auf Zahlen zu verzichten, führt also leicht zu einer deutlichen Überschätzung von Risiken. Hier kann der Verzicht auf Zahlen auch Wirkung haben: Wer Risiken überschätzt, hat eine geringere Bereitschaft, zum Beispiel ein eigentlich sinnvolles Medikament zu nehmen.

BLEIBEN SIE IM RAHMEN!

Bei der Beschreibung von Häufigkeiten hilft es, die Bezugsmenge →

Prozent-Angaben können verwirrend sein. Absolute Zahlen werden meist besser verstanden.

→ kenntlich zu machen. Welche Missverständnisse auftreten können, wenn die Bezugsmenge unklar ist, zeigt folgendes Beispiel: Ein Psychiater informiert seine Patienten darüber, dass bei Einnahme eines Antidepressivum mit einer Wahrscheinlichkeit von 30 bis 50 Prozent sexuelle Probleme auftreten könnten, wie Impotenz und mangelnde Libido.

Erst nach einigen Jahren bemerkte er, dass viele seiner Patienten seine Aussage falsch verstanden hatten: Sie dachten, in 30 bis 50 Prozent ihrer sexuellen Aktivitäten würden sich Störungen einstellen (6).

Hier zeigt sich, dass die Bezugsgröße einer Aussage genannt werden muss, um Mehrdeutigkeit zu vermeiden. Eindeutig ist die Aussage: „Bei 30 bis 50 Prozent der Patienten, die das Antidepressivum einnehmen, treten sexuelle Probleme auf.“ Genauso gut wird die Formulierung verstanden: „Bei drei bis fünf von

TABELLE 1: WAS DIE AMTLICHEN KATEGORIEN FÜR HÄUFIGKEITEN VON NEBENWIRKUNGEN MEINEN – UND WAS PATIENTEN DENKEN (5)

Häufigkeit in Prozent	Verbale Umschreibung	Was Patienten denken
über 10 von 100 Behandelten	sehr häufig	bis zu 80 von 100 Behandelten
1 bis 10 von 100 Behandelten	häufig	bis zu 60 von 100 Behandelten
0,1 bis 1 von 100 Behandelten	gelegentlich	bis zu 25 von 100 Behandelten
0,01 bis 0,1 von 100 Behandelten	selten	bis zu 20 von 100 Behandelten
unter 0,01 von 100 Behandelten	sehr selten	bis zu 4 von 100 Behandelten

zehn Patienten, die das Antidepressivum einnehmen, treten sexuelle Probleme auf.“ Natürliche Häufigkeiten (statt Prozentzahlen) haben den Vorteil, dass sie unmittelbar die Vorstellung einer Gruppe von Menschen entstehen lassen können.

Bei Risiken unter einem Prozent (wie zum Beispiel 0,2 Prozent), empfiehlt es sich, grundsätzlich na-

türliche Häufigkeiten zu verwenden. „2 von 1000 Patienten“ wird also meist von Patienten besser verstanden als „0,2 Prozent“ oder „2 Promille“. Wenn mehrere Zahlen genannt werden sollen, ist es sinnvoll, dieselbe Basis zu verwenden – also die Zahlen dann zum Beispiel durchgängig auf „1000 Patienten“ zu beziehen. Vermeiden sollte man

ABBILDUNG 1: ABSOLUTE ZAHLEN IN EINER ENTSCHEIDUNGSHILFE

	Einsetzen von Stents	Bypass-Operation
Welche Komplikationen können auftreten?	Während der Katheter-Untersuchung kommt es bei etwa 5 von 100 Untersuchten zu leichten Komplikationen wie Blutungen. Bei etwa 1 von 100 können schwere Komplikationen auftreten.	1 von 100 Operierten erleidet durch die Operation einen Schlaganfall. Es kann zu Blutungen, Infektionen, Schmerzen und Problemen bei der Wundheilung kommen. Manche dieser Nebenwirkungen können schwerwiegend sein. Etwa 97 von 100 Operierten haben den Eingriff nach 30 Tagen überlebt.
Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass Beschwerden gelindert werden?	Bei etwa 80 von 100 Behandelten lindern Stents die Beschwerden dauerhaft. Bei etwa 20 von 100 wird innerhalb von 4 Jahren ein erneuter Eingriff notwendig (Stent oder Bypass-Operation), weil Stents sich zugesezt haben oder neue Verengungen entstanden sind.	Bei etwa 94 von 100 Behandelten lindert eine Bypass-Operation die Beschwerden dauerhaft. Bei etwa 6 von 100 wird innerhalb von 4 Jahren ein erneuter Eingriff notwendig, weil neue Verengungen entstanden sind.

Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile zweier Interventionen (Auszug aus: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Nationale Versorgungsleitlinie "Chronische KHK", Langfassung, 4. Auflage, 2016, Version 1, Seite 122)

ABBILDUNG 2: ABSOLUTE ZAHLEN IN EINER FAKTENBOX

	100 Patienten mit Placebo	100 Patienten mit Antibiotikum
Nutzen		
Wie viele Patienten hatten Husten mit Auswurf?		ca. 36-37
Bei wie vielen Patienten wurde der Gesundheitszustand als verbessert eingestuft?		ca. 67-71
An wie vielen Tagen fühlten sich die Patienten krank?	5 ½ Tage	5 Tage
Schaden*		
Wie viele Patienten litten an Nebenwirkungen (z.B. Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall)?	19	23

*Ein übermäßiger Gebrauch von Antibiotika kann zu Antibiotikaresistenz führen. Das bedeutet, dass Antibiotika die Fähigkeit verlieren Bakterien abzutöten oder deren Wachstum zu hemmen. Insbesondere die erworbene Resistenz, die durch genetische Veränderungen der Bakterien entsteht, stellt ein Problem dar: Sie bewirkt, dass Antibiotika ihre Wirksamkeit zur Therapie verlieren.

Quellen: [1] Smith et al. Cochrane Database Syst Rev 2014(3):CD000245. [2] BMG (Ed.). Die wichtigsten Begriffe zum Thema Antibiotika-Resistenzen. 2015. Available from: www.bmg.bund.de.
Letztes Update: Oktober 2014

Gegenüberstellung von potenziellem Nutzen und Risiko einer Pharmakotherapie (Michelle McDowell, Jana Hinneburg, Christin Ellermann / Harding-Zentrum für Risikokompetenz des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung in Berlin)

auch, zwischen Prozent und natürlichen Häufigkeiten hin und her zu wechseln.

In bestimmten Situationen lassen sich die wichtigsten Vor- und Nachteile von Interventionen mit Hilfe von natürlichen Zahlen in einer Tabelle zusammenfassen (Abbildung 1 und 2). Auch die Ergebnisse von Früherkennungsuntersuchungen oder diagnostischen Tests kann man in einer solchen Faktenbox gut verständlich vermitteln.

NICHT NUR RELATIVE UNTERSCHIEDE NENNEN!

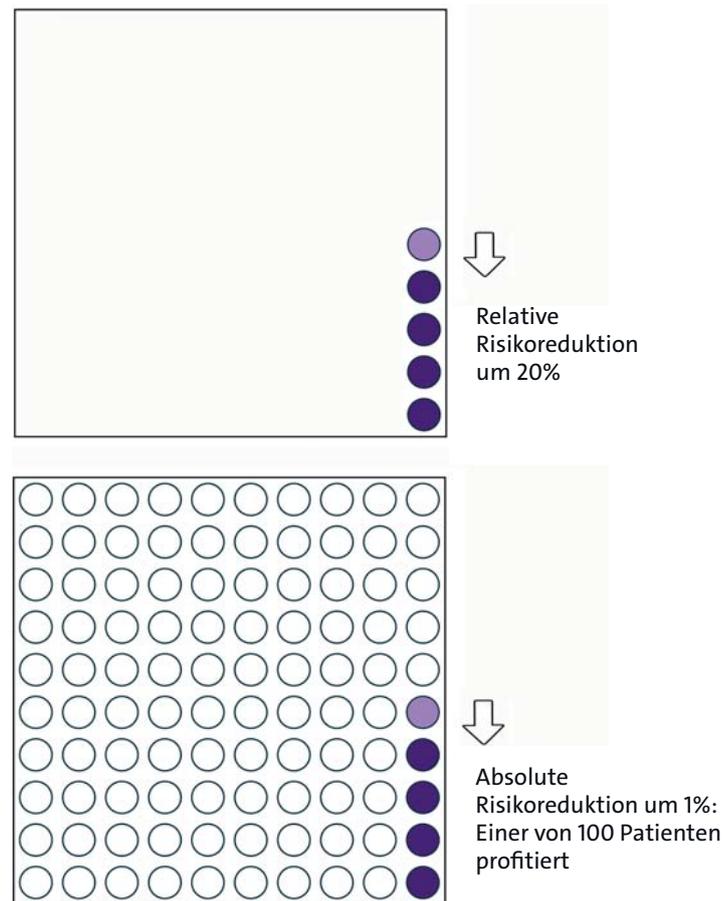
Wenn es darum geht, Vor- und Nachteile zum Beispiel einer Behandlung zu beschreiben, sind Formulierungen wie „verringert das Risiko um 20 Prozent“ recht beliebt. Vor allem in der Werbung sind sie der Standard – in Anzeigen zu Medikamenten werden sie oft stark hervorgehoben. Das hat einen einfachen Grund: Relative Unterschiede fallen normalerweise numerisch ziemlich groß aus.

Nehmen wir ein Beispiel: Eine Studie zeigt, dass bei Behandlung mit „Therapie A“ etwa 5 von 100 Patienten einen Herzinfarkt erleiden, bei „Therapie B“ sind es nur 4 von 100. Definiert man die 5 als 100-Prozent-Marke, erhält man eine relative Reduktion um 20 Prozent (1 von 5). Diese Angabe ist nicht falsch und kann durchaus hilfreich sein, um Therapien zu vergleichen.

Doch wenn es darum geht, einem Patienten die Vor- und Nachteile einer Maßnahme zu erläutern, ist nicht der relative, sondern der absolute Nutzen die relevante Kategorie (4).

Es ist nämlich so, dass die alleinige Angabe von relativen Unterschieden („20 Prozent“) leicht als

ABBILDUNG 3: RELATIVE UND ABSOLUTE RISIKOREDUKTION



die Zahl derjenigen missverstanden wird, die von einer Behandlung profitieren. Also: 20 von 100 Patienten haben einen Nutzen. Tatsächlich aber profitiert in unserem Beispiel lediglich einer von 100 Patienten von der Maßnahme (siehe Abbildung 3). Die Angabe von relativen Unterschieden führt oftmals dazu, dass ein Nutzen deutlich überschätzt wird. (Deshalb sind sie ja in der Werbung so beliebt.) Um Manipulation zu vermeiden, sollten relative Unterschiede nur zusammen mit den absoluten Unterschieden verwendet werden.

Bleiben Sie skeptisch, wenn Ihnen nur relative Unterschiede prä-

sentiert werden. Dann kann es gut sein, dass Ihnen Sand in die Augen gestreut werden soll. Fragen Sie nach dem absoluten Unterschied.

ERGÄNZEN SIE DIE ZAHLEN DURCH EINFACHE GRAFIKEN!

Auch hier gilt: Einfacher ist fast immer besser. In Studien wurden verschiedene Grafikvarianten verglichen. Dabei hat sich herausgestellt, dass schlichte Balkendiagramme und sogenannte Piktogramme (Smileys, Männchen) am besten helfen können, Größenordnungen zu verstehen (siehe Abbildung 4).

Zur Unterstützung der Patientenberatung im Praxisalltag gibt →

es auch individualisierbare Instrumente wie Arriba-Hausarzt (siehe Abbildung 5).

Dabei handelt es sich um eine Software, mit der Hausärzte für ihre Patienten eine individuelle Risikoprognose für Herzinfarkt und Schlaganfall erstellen können. Die Ergebnisse lassen sich auch mithilfe von Grafiken erläutern. Hausärzte und Patienten können dann gemeinsam entscheiden, welche Therapieoption die beste Wahl ist.

NUTZEN SIE SERIÖSE QUELLEN!

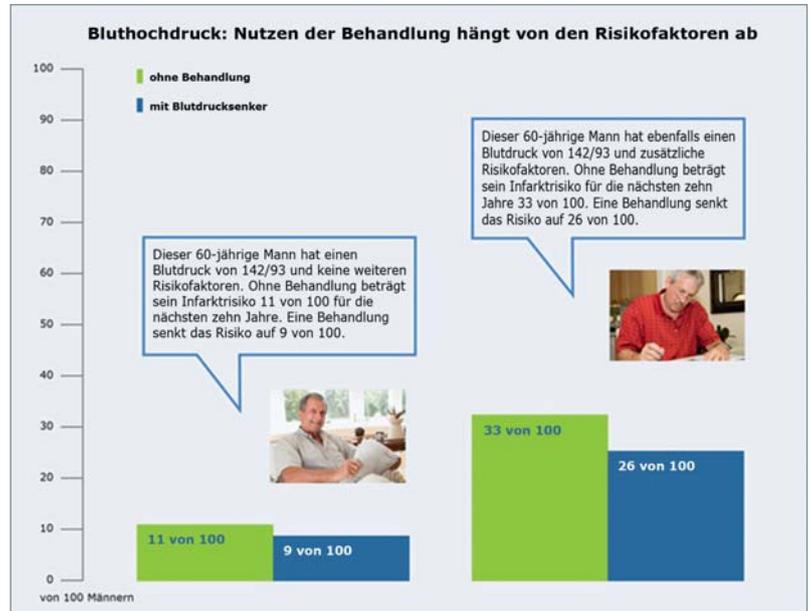
Natürlich hängt der Wert von Zahlen vor allem davon ab, wie verlässlich die Studien und Erhebungen sind, aus denen sie stammen. Das erfordert wissenschaftliche Sorgfalt. Ziel ist es schließlich, Patienten und ihren Ärzten verlässliche Zahlen zur Verfügung zu stellen, um gute und passende Entscheidungen treffen zu können. Die beste Grundlage für die Ableitung von Zahlen sind die Methoden der evidenzbasierten Medizin (EbM). Dazu gehört, den aktuellen Wissensstand zu recherchieren und die am besten geeigneten Studien zur Ableitung von Zahlen aus-

zuwählen. Je nach Fragen können dafür ganz verschiedene Studienarten infrage kommen. Wenn EbM ernsthaft eingesetzt wird, liefert sie Zahlen, die den aktuellen Stand des Wissens zusammenfassen.

EMPFEHLEN SIE IHREN PATIENTEN AKTIV SERIÖSE QUELLEN!

Im Zeitdruck der Sprechstunde lassen sich nicht alle Fragen beantworten, die Patienten haben. Viele Fragen bleiben auch unausgesprochen,

ABBILDUNG 4: BALKENDIAGRAMME

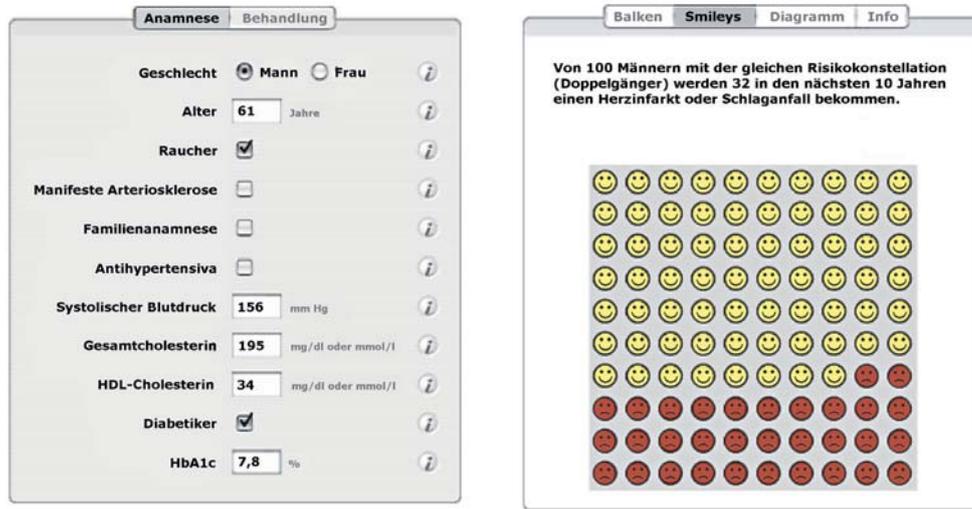


Gegenüberstellung des Nutzens von Blutdrucksenkern bei Patienten mit unterschiedlichen Risikofaktoren (www.gesundheitsinformationen.de → Herz und Kreislauf → Bluthochdruck → Mehr Wissen: Wann sind Medikamente gegen hohen Blutdruck sinnvoll?)

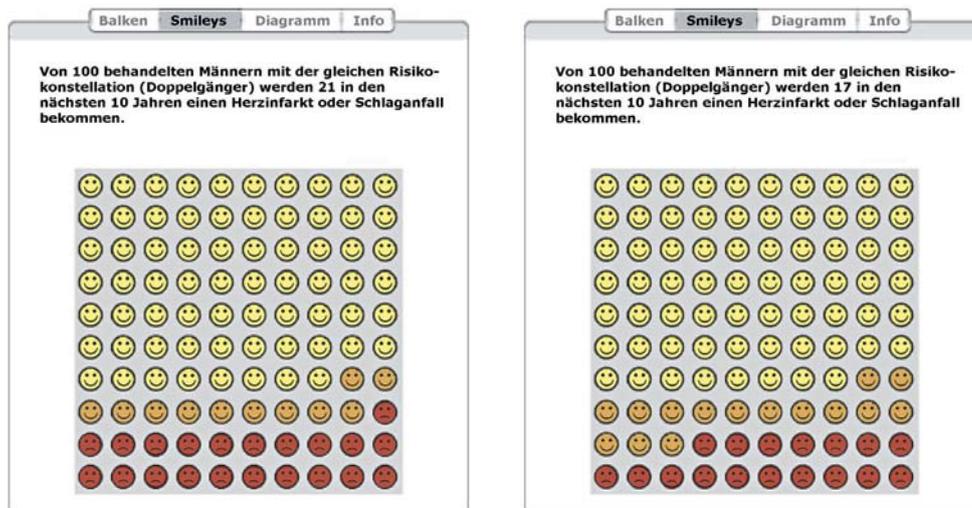
TABELLE 2: UNTERZEICHNER DER "GUTEN PRAXIS GESUNDHEITSINFORMATION"

Institution	Internet
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	www.patienten-information.de
Cochrane Deutschland, Universitätsklinikum Freiburg	www.cochrane.org/de/evidence
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)	www.igel-monitor.de
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	www.gesundheitsinformation.de
Universität Hamburg, MIN Fakultät, Gesundheitswissenschaften	www.gesundheit.uni-hamburg.de/cgi-bin/newsite/index.php?page=home
Krebsinformationsdienst, Deutsches Krebsforschungszentrum	www.krebsinformationsdienst.de
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie	www.uke.de/kliniken-institute/institute/institut-und-poliklinik-f%C3%BCr-medizinische-psychologie/index.html

ABBILDUNG 5: PIKTOGRAMM-FELDER IM ONLINE-TOOL "WWW.ARRIBA-HAUSARZT.DE"



Der Arzt füllt die Anamnese-Maske aus (links) und erläutert dem Patienten anhand von Piktogrammen, wie hoch dessen kardiovaskuläres Gesamtrisiko ist (rechts).



Dann kann der Arzt dem Patienten demonstrieren, welche Risikoreduktion ein Rauch-Stopp (links) und eine zusätzliche Einnahme von ASS (rechts) bewirken würde.

weil sich Patienten nicht trauen, sie zu stellen.

Heute machen sich viele Patienten längst selbst auf die Suche nach weiteren Informationen, oft im Internet. Oft dient die Suche der Vorbereitung eines anstehenden Arztbesuchs: Patienten recherchieren ihre Beschwerden, um zu entscheiden, ob es überhaupt notwendig ist, einen

Arzt aufzusuchen. Manche möchten den Arzt nicht unnötig mit „trivialen“ Beschwerden belästigen (7).

Auch im Anschluss an einen Arztbesuch suchen manche Patienten nach Gesundheitsinformationen, zum Beispiel um die während des Arztkontakts erhaltenen Informationen zu validieren oder besser zu verstehen. Dabei benutzen Patienten in der

Regel übliche Suchmaschinen (fast immer Google) und geben nur wenige Suchbegriffe ein. Wenn dann eine Suchmaschine eine Ergebnisliste liefert, werden oft nur die ersten zehn Treffer angeschaut. Analysen zeigen aber, dass inhaltliche Richtigkeit und Qualität kein Kriterium ist, das Suchmaschinen berücksichtigen. Es ist kein Wunder, wenn Ärzte →

→ dann Mühe haben, das Scheinwissen aus dem Internet zu korrigieren. Da Ärzte nicht verhindern können, dass sich Patienten heute selbst informieren, bietet es sich an, sie bei der Auswahl von Informationsangeboten zu unterstützen. Gute Informationsangebote zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich im Kern nach denselben Qualitätsanforderungen richten, die auch in diesem Text beschrieben sind. Diese Anforderungen sind von der Initiative „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ unter dem Dach des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin e.V. zusammengefasst (siehe Seite 12, Tabelle 2).

ÜBERTREIBEN SIE ES NICHT

Zum Schluss: Bislang lässt sich aus den Untersuchungen zur Kommunikation von Zahlen und Risiken keine Methode ableiten, die bei allen Menschen funktioniert. Nicht jeder hat alle Kompetenzen, die nötig sind, um Zahlen erfassen und einordnen zu können. Manche Menschen finden Zahlen auch eher störend.

Gehen Sie aber davon aus, dass der völlige Verzicht auf Zahlen deutliche Über- und Unterschätzungen zur Folge haben kann. Es ist schon viel erreicht, wenn sparsam eingesetzte Zahlen dabei helfen, der Phantasie Grenzen zu setzen. Ohne die wichtigsten Zahlen kann mit Sicherheit keine informierte Entscheidung getroffen werden. ■

DR. KLAUS KOCH ist Leiter des Ressorts Gesundheitsinformation des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Quellen:

- (1) Gute Praxis Gesundheitsinformation 2.0: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921715300015>
- (2) Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation: Einblick in die Methodik der Entwicklung und Implementierung <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>
- (3) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Methoden 4.2: <https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html>
- (4) Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions Akl EA, Oxman AD, Herrin J, Vist GE, Terenato I, Sperati F, Costiniuk C, Blank D, Schünemann H. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Mar 16;3:CD006776. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21412897>
- (5) Words or numbers? Communicating risk of adverse effects in written consumer health information: a systematic review and meta-analysis. Büchter RB, Fechtelpeter D, Knelangen M, Ehrlich M, Waltering A. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014 Aug 26;14:76. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25155972>
- (6) Gigerenzer, G.: Das Einmaleins der Skepsis. Über den richtigen Umgang mit Zahlen und Risiken. Berlin 2002. S. 14.
- (7) Gesundheitsinformationen im Internet: Wer sucht was, wann und wie? Zschorlich B, Gechter D, Janßen IM, Swinehart T, Wiegand B, Koch K. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2015;109(2):144-52. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26028452>

VON PROF. DR. MARCUS SIEBOLDS

Grenzen der Risikokommunikation

Das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung setzt vernünftige und selbstbestimmte Patienten voraus. Doch die Irrationalität wächst mit der Schwere der Krankheit.

Jeder Patient hat ein Recht darauf, Informationen angeboten zu bekommen, die es ihm ermöglichen, zusammen mit den behandelnden Ärzten vernünftige Entscheidungen über seine gesundheitliche Versorgung zu fällen. Ergebnisse der aktuellen klinischen Forschung sind somit im Rahmen der Risikokommunikation ein unverzichtbares Element von „patient empowerment“ als theoretische Grundlage der partizipativen Entscheidungsfindung mit Patienten und deren Familien. Die Ärzte versuchen, Nutzen und Risiken einer medizinischen Intervention in einer für den Patienten verständlichen Art zu kommunizieren. Dabei bewegen sich die Ärzte im Sinne Ulrich Oevermanns immer in der widersprüchlichen Einheit aus Fallverstehen und Regelwissen (siehe: Siebolds, M.: Eros und Ethos des Vertragsarztseins, KV Hamburg 2013). Der Patient muss nachvollziehen können, was die wissenschaftlichen Daten in seinem ganz individuellen Fall im Rahmen der Güterabwägung zwischen dem Fallverstehen des Einzelnen (Wertepräferenzen und subjektive Betroffenheit des Einzelnen) und dem Regelwissen für eine anstehende Entscheidung bedeutet.

Dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung liegt allerdings die unausgesprochene Annahme zugrunde, dass der Patient auf einer rationalen Ebene mitentscheiden will. Die hier verwendeten

Konstrukte entstammen meist einer Logik klinischer Forschung oder der wissenschaftlichen Psychologie. Im Gegensatz hierzu beschreibt Oevermann die klinische Entscheidungssituation aus Sicht des Patienten mit dem Begriff der subjektiven Betroffenheit des von Krankheit Betroffenen und seiner Autonomie der Lebenspraxis. Beide Grundkonstitutionen bedürfen nicht einer im umgangssprachlichen Sinne vernünftigen Haltung zu klinischen Entscheidungen.

Natürlich gibt es Patienten, die nach einem Aufklärungsgespräch sagen: „Vielen Dank, das hat mir sehr geholfen. Jetzt wäge ich Nutzen und Risiken gegeneinander ab und wir fällen gemeinsam eine Entscheidung.“ Für diese „Ideal-Patienten“ wurde das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung entwickelt.

Übersetzt man Oevermann auf die klinische Realität, so gibt es eben auch Patienten, die vor allem von ihrem Leiden berichten wollen, die unsicher und ambivalent sind, starke irrationale Affekte haben und sagen: „Was ich jetzt an objektiven Informationen bekommen habe und was ich fühle, bekomme ich nicht zusammen.“ Diese Patienten treffen scheinbar eigensinnige, unvernünftige, für den Arzt manchmal enttäuschende Entscheidungen. Dies meint Oevermann, wenn er von einem dialektischen Verhältnis von Begründungszusammenhang und klinischem Entscheiden spricht.

Und dann gibt es Patienten, die gar nicht mitentscheiden wollen, die sich selbst sozusagen beim Arzt „abgeben“. Es wäre im Sinne der oben geführten Diskussion ein Fehler, solche Patienten als unvernünftig zu betrachten. Jeder Patient hat das Recht, sich vorbehaltlos in die Hände des Arztes zu begeben und dessen Entscheidungen bedingungslos zu vertrauen.

Diese Irrationalität nimmt mit der Schwere der Erkrankung zu. Welche Bedeutung hat die Vernunft,

wenn ein Mensch in existenzielle Not gerät? Wenn er von seiner Krankheit geschunden ist und die Bürde, die diese Krankheit ihm auferlegt, kaum noch tragen kann? Wenn er von Todesangst überwältigt wird? Patienten, die keine Aufklärung wünschen und sich rückhaltlos in die Hand der Ärzte begeben, findet man deshalb oftmals im Bereich existentiell bedrohlicher Erkrankungen. Auch ein rationaler und vernünftiger Mensch kann in Situationen geraten, in denen ihn jede Kraft für eigene Entscheidungen verlässt. Wer stark leidet, wünscht sich möglicherweise nur noch, dass seine Symptome kontrolliert werden. Das ist weder unvernünftig noch unmündig. Es ist eine nachvollziehbare Art, mit einer schweren Erkrankung umzugehen.

Die Erwartung, dass Patienten sich rational verhalten und selbst mitentscheiden wollen, ist manchmal hinderlich. Jeder Patient hat ein Recht darauf, alle Informationen zu bekommen, die er für eine rationale Entscheidung benötigt. Ob er dieses Recht wahrnimmt und was er daraus macht, hängt aber von seiner Persönlichkeit und seiner persönlichen Lebenssituation ab. Damit vollziehen Patienten das Grundrecht der Autonomie der Lebenspraxis, die in Artikel 3 des Grundgesetzes garantiert wird. Im Rahmen der ärztlichen Risikokommunikation sollte die bestimmende Haltung der unbedingte Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis des Patienten sein, die sich eben im Sinne einer freien und toleranten Gesellschaft weder einer wissenschaftlichen Vernunftlogik noch einem wie auch immer gearteten Zeitgeist unterzuordnen braucht.

PROF. DR. MARCUS SIEBOLDS ist Internist und ärztlicher Psychotherapeut. Er vertritt den Lehrbereich Medizinmanagement und ist Prodekan am Fachbereich Gesundheitswesen der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.

Konstituierende Sitzung

90-Prozent-Votum für Dr. Dirk Heinrich

Die neue Vertreterversammlung bestätigte den bisherigen Vorsitzenden im Amt. Zum neuen Vize wählten die Vertreter den Allgemeinmediziner Dr. Björn Parey.



Das Führungsduo der Vertreterversammlung: Dr. Björn Parey (stellvertretender Vorsitzender) und Dr. Dirk Heinrich (Vorsitzender)

Die neue Vertreterversammlung der KV Hamburg ist am 2. Februar 2017 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammengetreten. Als Vorsitzenden bestätigte das oberste Gremium der KV den HNO-Arzt Dr. Dirk Heinrich mit 27 von 30 Stimmen. Heinrich ist Spitzenkandidat der „Hamburger Allianz“, die in der Vertreterversammlung die größte Fraktion stellt – und zudem ein profilierter Standespolitiker als Bundesvorsitzender des NAV-Vir-

chow-Bundes, Bundesvorsitzender des Spitzenverbandes Fachärzte und Präsident des Bundesverbandes der HNO-Ärzte.

Dr. Heinrich bedankte sich für das 90-prozentige Votum zur Fortsetzung seiner Tätigkeit als Vertreterversammlungsvorsitzender. „Ich sehe die Wahl als Bestätigung meiner Arbeit als Vertreterversammlungsvorsitzender in den vergangenen Jahren. Das spornt mich an, in der Leistung nicht nach-

zulassen.“ Er übte heftige Kritik an Versuchen, die Selbstverwaltung zu schwächen. Eine der Hauptaufgaben der nächsten Jahre werde es sein, der Politik klarzumachen, dass eine ambulante Versorgung auf höchstem Niveau nur von der Selbstverwaltung organisiert werden könne. „Besser als wir“, so Heinrich, „kann es keiner.“

Zu Heinrichs neuem Stellvertreter als Vertreterversammlungsvorsitzender wurde Dr. Björn Parey

gewählt (19 Ja-Stimmen). Der Allgemeinmediziner ist seit elf Jahren niedergelassen und praktiziert in Volksdorf. Er kam als Abgeordneter der zweitgrößten Liste „Hausarzt in Hamburg“ in die Vertreterversammlung und ist Vorstandmitglied des Hamburger Hausärzteverbandes.

Die bisherige Vertreterversammlung-Vizevorsitzende, Dr. Silke Lüder, trat nicht mehr an, zog aber eine positive Bilanz ihrer dreijährigen Tätigkeit in den Gremien: „Ich glaube, die Möglichkeit, sich als Vertreterin der KV-Ärzeschaft einzubringen, ist in anderen KV-Regionen nicht so gut gegeben wie in Hamburg“, so Lüder.

Im Konsens wurden die meisten Beratenden Fachausschüsse gebildet, deren Aufgabe es ist, dem Vorstand in wichtigen Fragen beratend zur Seite zu stehen. Zum Sprecher des Hausarzausschusses wählten die Vertreter **Dr. Mike Müller-Glamann**. Sprecher des Facharztausschusses wurde **Dr. Michael Reusch**. **Hanna Guskowski** bleibt wie schon in der vorherigen Amtsperiode Sprecherin des Psychotherapeuten-ausschusses.

Zwei Kandidaten gab es für die Leitung des neuen Fachausschusses der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten. Hier setzte sich **Dr. Michael**

Dr. Stephan Hofmeister erklärt sich dazu bereit, als KBV-Vize zu kandidieren



Nun ist es offiziell: Der stellvertretende KV-Hamburg-Chef **Dr. Stephan Hofmeister** wird als Kandidat für den Posten als KBV-Vize-Vorstand zur Verfügung stehen, sollte er in der KBV-Vertreterversammlungssitzung am 3. März 2017 nominiert werden. Es gehe um eine große Herausforderung, erklärte Hofmeister: „KBV-Vertreterversammlung

und KBV-Vorstand müssen sich wieder vornehmlich ihren inhaltlichen Aufgaben widmen können.“ Dafür bedürfe es eines Vorstandes, der kollegial zusammenarbeite und in den grundsätzlichen gesundheitspolitischen Auffassungen kompatible Vorstellungen habe. „Würde in der KBV eine ähnlich konstruktive Arbeitshaltung einkehren wie dies in der KV Hamburg der Fall ist, wird auch die Politik wieder von der Idee der Selbstverwaltung zu überzeugen sein.“ Sollte Hofmeister am 3. März als stellvertretender KBV-Vorstand gewählt werden, würde er dieses Amt am darauffolgenden Montag antreten. Der Findungsausschuss der KV Hamburg müsste dann zusammentreten, um geeignete Kandidaten für seine Nachfolge in der Hansestadt zu finden.

Rösch (21 Stimmen) gegen Tilman Dörken (5 Stimmen) durch.

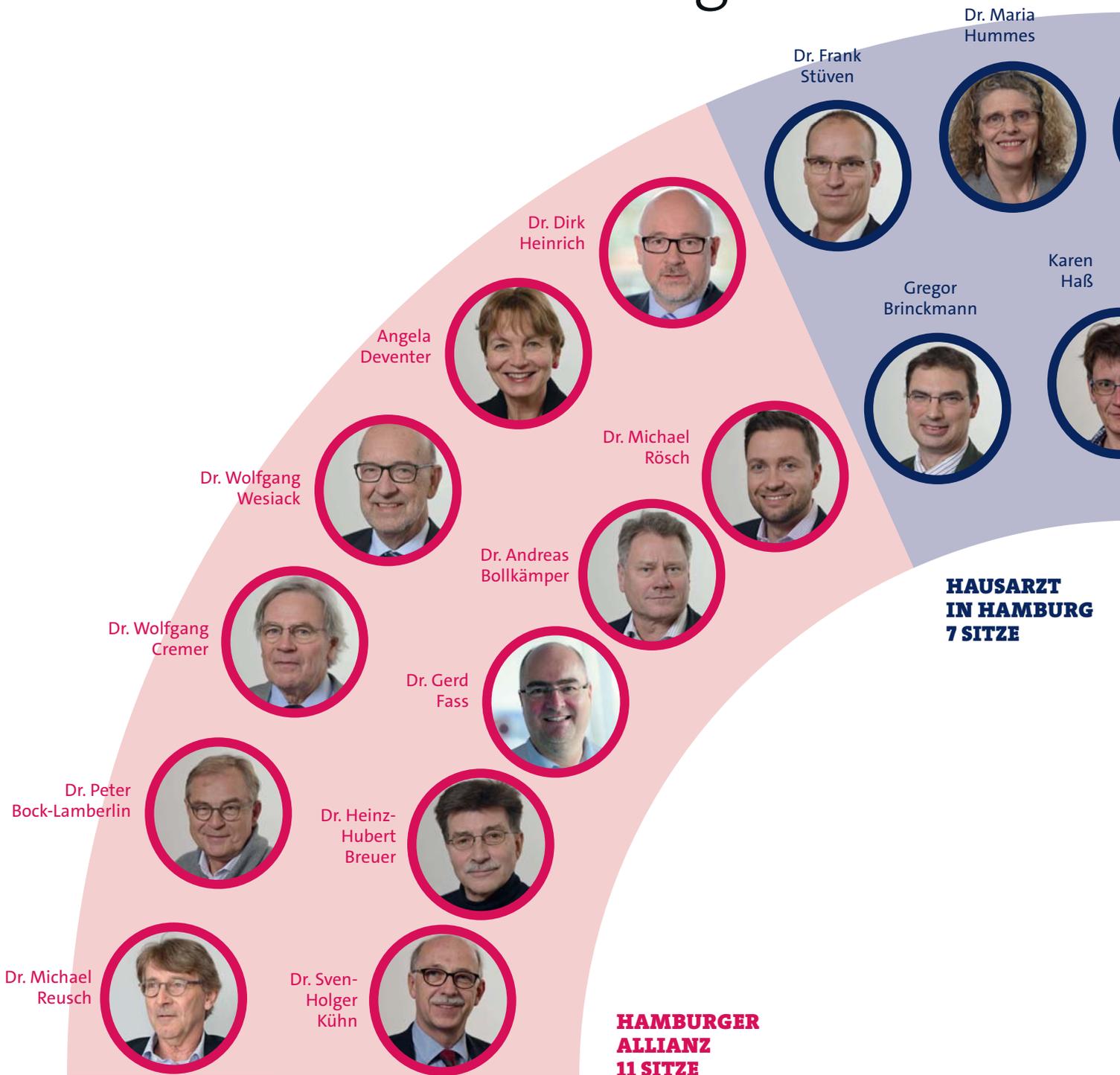
Die Vorstände der KV Hamburg haben eine abweichende Amtsperi-

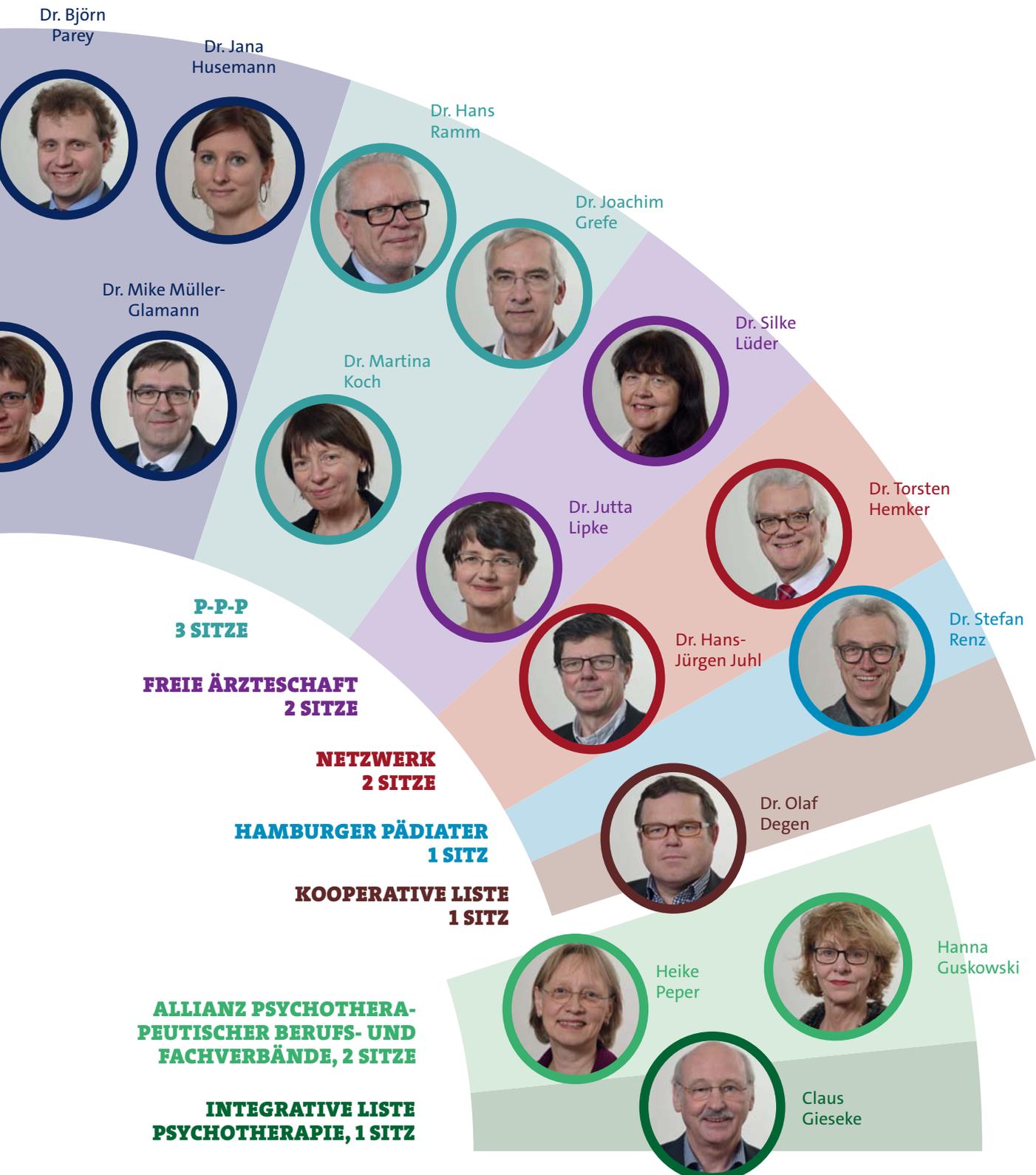
ode. Der Vorstandsvorsitzende, Walter Plassmann, wurde bereits im Juli 2013 gewählt, sein Stellvertreter Dr. Stephan Hofmeister im Januar 2014. ■



Die neu gewählten Sprecher der Beratenden Fachausschüsse (von links nach rechts): Dr. Mike Müller-Glamann (Hausärzte), Dr. Michael Reusch (Fachärzte), Hanna Guskowski (Psychotherapeuten) und Dr. Michael Rösch (Angestellte)

Sitzverteilung in der neuen Vertreterversammlung





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

DMP BEI KASSENWECHSEL

Muss für das DMP eine neue Teilnahmeerklärung ausgefüllt werden, wenn ein Patient seine Krankenkasse wechselt?

Ja. Wenn ein Kassenwechsel erfolgte und der Patient weiterhin am DMP teilnehmen möchte, muss die Erstdokumentation sowie die Teilnahme- und Einwilligungserklärung erneut ausgefüllt werden.

KINDERUNTERSUCHUNGSHEFTE

In welchen Fällen müssen wir die neuen Kinderuntersuchungshefte ausgeben und in welchen Fällen werden die alten Hefte weiter genutzt?

Bei Kindern im ersten Lebensjahr (bis zur U6) soll bei der nächsten anstehenden Früherkennungsuntersuchung das neue Gelbe Heft genutzt werden. Da sich die Struktur und der Inhalt des Gelben Heftes geändert hat, können die bisher durchgeführten Untersuchungen nicht in das neue Gelbe Heft übertragen werden. Die Eltern führen dementsprechend zwei Gelbe Hefte.

Bei Kindern, deren U6 bereits erfolgt ist, soll die Dokumentation der neuen Untersuchungsinhalte auf einklebbaren Einlegeblättern in der bisherigen Version des Gelben Heftes erfolgen.

Die Einlegeblätter für die Untersuchungen U7 bis U9 und die einlegbare Teilnahmekarte können über den Paul-Albrechts-Verlag bezogen werden.

UMSCHLAGVERFAHREN

Ist es richtig, dass sich seit dem 1. Januar 2017 das sogenannte Umschlagsverfahren verändert hat? Müssen versichertenbezogene Daten, die von der Krankenkasse zur Begutachtung angefordert werden, künftig direkt an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) gesendet werden?

Ja. Die Ärzte erhalten von der Krankenkasse ein Anschreiben, aus dem der Grund für die Begutachtung hervorgeht, sowie einen bereits vollständig ausgefüllten Weiterleitungsbogen (neu: Muster 86) mit der Adresse des MDK. Dem Weiterleitungsbogen werden die angeforderten Unterlagen in Kopie beigelegt. Die Unterlagen werden in einen von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Freiumschlag gesteckt und direkt an den MDK geschickt. Ab dem 1. April 2017 muss die Krankenkasse verbindlich das Format C5 als Freiumschlag nutzen.

ABLEHNUNG EINER BEHANDLUNG

Darf ein Arzt eine Behandlung ablehnen?

Der Arzt darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Fällen ablehnen, zum Beispiel wenn das Vertrauensverhältnis gestört ist. Handelt es sich um einen Notfall, darf der Arzt die Behandlung keinesfalls ablehnen.



SPRECHSTUNDENBEDARF

Stimmt es, dass man nur einmal im Quartal Sprechstundenbedarf anfordern darf?

Ja. Laut Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist der Sprechstundenbedarf grundsätzlich kalendervierteljährlich spätestens bis zum 14. des ersten Monats des Folgequartals zu beziehen. Einzig Betäubungsmittel können davon abweichend auch mehrfach im Quartal bezogen werden.

VAGINALCREMES ALS SSB

Wir haben einen Regress für Linoladiol Vaginalcreme bekommen, die wir immer im Zusammenhang mit einem Pessarwechsel benutzt haben. Welche Vaginalcremes dürfen wir denn über Sprechstundenbedarf beziehen?

Nach Auffassung der Krankenkassen sind Vaginalcremes nicht für den Einsatz bei den in der SSB-Vereinbarung genannten Indikationen ("im Zusammenhang mit dem Wechsel eines Pessars...") zugelassen. Daher akzeptiert die Rezeptprüfstelle Duderstadt nur noch Vaginalcremes im Rahmen eines Pessarwechsels, die folgende Formulierung in der Fachinformation enthalten: "Vor- und Nachbehandlung bei vaginalen Operationen bei Frauen mit Estrogenmangel" (z.B. Oekolp, Ovestin, Estriol Wolff, Cordes Estriol). Nicht akzeptiert werden zum Beispiel Linoladiol und Xapro.

Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.

www.kvhh.de → Beratung und Information → Fragen und Antworten

LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF

Stimmt es, dass man bei Patienten mit langfristigem Heilmittelbedarf gleich eine Verordnung außerhalb des Regelfalles ausstellen darf?

Das ist richtig. Für Versicherte mit langfristigem Heilmittelbedarf (laut Diagnoseliste oder mit individueller Genehmigung) können die dauerhaft notwendigen Heilmittel als Verordnungen außerhalb des Regelfalles verordnet werden, ohne dass zuvor der Regelfall durchlaufen werden muss. Ein Genehmigungsverfahren entfällt. Bei Verordnungen mit besonderem Verordnungsbedarf (früher: Praxisbesonderheiten) muss dagegen weiterhin der Regelfall durchlaufen werden. Die AOK und einige BKKen bestehen darauf, von ihrem Genehmigungsrecht für Verordnungen außerhalb des Regelfalles Gebrauch zu machen.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Anna Yankyera, Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Stefanie Schmidt

Neue Satzungsimpfungen der AOK Rheinland/Hamburg

Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg haben seit 1. Januar 2017 zusätzlich Anspruch auf Impfungen gegen FSME, Meningokokken (MenACW135Y) und Tollwut.

Impfung	Wenn es sich um die erste Impfung während eines Arzt-Patienten-Kontaktes handelt		Wenn es sich um die zweite oder eine weitere Impfung während eines Arzt-Patienten-Kontaktes handelt	
	Abrechnungs-Nr.	Vergütung	Abrechnungs-Nr.	Vergütung
FSME	89728	12 EUR	89728W	6 EUR
Meningokokken (MenACW135Y)	89729	12 EUR	89729W	6 EUR
Tollwut	89730	12 EUR	89730W	6 EUR

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802-900

Die AOK Rheinland Hamburg übernimmt bei den Reiseimpfungen nur die Impfung gegen Meningokokken mit dem 4-valentem ACWY-Konjugatimpfstoff.

Die Impfungen können über die KV Hamburg abgerechnet werden. Der jeweilige Impfstoff ist mit Muster 16 auf den Namen des Patienten zu Lasten der AOK Rheinland/Hamburg zu beziehen. Das Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Muster 16 ist anzukreuzen. Ein Bezug der Impfstoffe über die Rezeptstelle Duderstadt ist in diesen Fällen nicht möglich.

Schweregradzuschläge für den Notfall- und Bereitschaftsdienst

Ärzte im Notfall- und Bereitschaftsdienst erhalten ab April 2017 für besonders schwere und aufwändige Fälle eine höhere Vergütung. Es handelt sich um Zuschläge, die zu den Notfallpauschalen (GOP 01210 und 01212) für Fälle mit erhöhtem Behandlungsaufwand gezahlt werden. Die neue Regelung sieht zwei verschiedene Schweregradzuschläge vor:

- Der eine Zuschlag ist an bestimmte schwerwiegende Behandlungsdiagnosen geknüpft, zum Beispiel eine Pneumonie oder tiefe Beinvenenthrombose. In Ausnahme-

fällen wird er auch für andere schwere Erkrankungen gezahlt, wenn der erhöhte Behandlungsaufwand begründet wird. Die Liste mit den Behandlungsdiagnosen, für die es den Zuschlag regulär gibt, wurde auf Basis der bundesweiten Abrechnungsdaten ambulanter Notfälle erstellt.

- Der andere Zuschlag berücksichtigt den erhöhten Aufwand bei der Versorgung von Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, mit geriatrischem Versorgungsbedarf sowie von Säuglingen und Kleinkindern.

Weitere Informationen:
www.kvhh.de → Abrechnung → EBM → Schweregradzuschläge Notfalldienst

ABKLÄRUNGSPAUSCHALE FÜR ÄRZTE IN KRANKENHAUS-NOTAUFNAHMEN

Ärzte in Notaufnahmen von Krankenhäusern haben die Möglichkeit, eine neue Abklärungspauschale abzurechnen, wenn dort ein Patient mit einer Bagatellerkrankung gesehen und an einen Arzt oder ein Versorgungsangebot im ambulanten Bereich verwiesen wird. Etwa zehn Prozent der Patienten, die eine Notaufnahme im Krankenhaus aufsuchen, benötigen keine Notfallbehandlung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte deshalb die Einführung einer Abklärungspauschale vorgeschlagen.



Ausschreibung der freien, förderungsfähigen Weiterbildungsstellen (fachärztliche Versorgung)

Als Beitrag zur Deckung des spezifischen Bedarfs der patientennahen, ambulanten fachärztlichen Versorgung wird die fachärztliche Weiterbildung in den Praxen niedergelassener Vertragsärzte/Vertragsärztinnen und zugelassener MVZ unter definierten Voraussetzungen gefördert (vgl. § 75 a SGB V i.V.m. § 1 Abs. 2 „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V“ sowie „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur Förderung der Weiterbildung (ausgenommen der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin)“).

Vor diesem Hintergrund fördert die KV Hamburg gemeinsam mit den Krankenkassen die Weiterbildung in den Facharztgruppen **Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin** sowie **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**.

Die Anzahl der zu fördernden fachärztlichen Weiterbildungsstellen in Hamburg beträgt insgesamt 21,75 Stellen (verteilt auf 5,56 augenärztliche Weiterbildungsstellen, 5,23 pädiatrische Weiterbildungsstellen und 10,96 gynäkologische Weiterbildungsstellen); Stand 1.7.2016.

FREIE FÖRDERUNGSFÄHIGE WEITERBILDUNGSSTELLEN

Nach erster erfolgter Ausschreibung und teilweiser Vergabe der o. g. Stellen (alte Bewerbungsfrist 15.12.2016 bis 11.1.2017), können nunmehr noch folgende freie Weiterbildungsstellen vergeben werden:

- augenärztliche Weiterbildungsstellen: 4,56
- pädiatrische Weiterbildungsstellen: 0,55
- gynäkologische Weiterbildungsstellen: 7,96

BEWERBUNGSFRIST

Ein Antrag auf Förderung kann bei der KV Hamburg im Zeitraum

3. MÄRZ BIS 31. MÄRZ 2017

gestellt werden. Anträge, die außerhalb dieser Frist oder innerhalb der Frist, aber unvollständig, bei der KVH eingehen, werden abgelehnt.

Das zu verwendende Antragsformular finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg:

www.kvhh.de → **Formulare & Infomaterial** → **KVH-Formulare** → **Downloadbereich** unter „A“: **Assistenten** → „Förderung der Weiterbildung“

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag vollständig vorliegen muss, um berücksichtigt werden zu können. Kann die sog. Formale Zeitenbestätigung der Ärztekammer nicht zeitgleich mit dem Antrag auf Förderung vorgelegt werden, kann der Antrag dennoch als vollständig gewertet werden, wobei die sog. Formale Zeitenbestätigung in diesem Falle nachzureichen wäre.

Zudem weisen wir darauf hin, dass aufgrund der Begrenztheit der förderungsfähigen Weiterbildungsstellen ggf. nicht alle eingehenden Anträge auf Förderung positiv beschieden werden können.

Weitere Informationen zum Vergabeverfahren:

Richtlinie: www.kvhh.de → **Recht & Verträge** → **Rechtsquellen** → **Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung Fachärzte**

Weiterführende Hinweise: www.kvhh.de → **Formulare & Infomaterial** → **KVH-Formulare** → **Downloadbereich** unter „A“: **Assistenten** → **Förderung der Weiterbildung** → „Hinweise zur Förderung der Weiterbildung für grundversorgende Fachärzte“

Ansprechpartner:
Abteilung Arztregister
Katrin Benedickt, Tel.: 22802-661
Mira Papke, Tel.: 22802-841



Seminar: Tatort Praxis

Von verbalen Attacken über Aggressionen bis zur Gewalt - Ärzte und Praxismitarbeiter gehören zu den gefährdeten Berufsgruppen. Psychische Belastungen werden selten aufgearbeitet, Maßnahmen zur Konfliktprävention bisher zu wenig ergriffen. Das Seminar vermittelt Grundlagenwissen: Was könnte passieren? Welche vorbeugenden Maßnahmen sollte die Praxis ergreifen? Wie sollte man im Aggressionsmoment reagieren, um zu deeskalieren?

5 Fortbildungspunkte

Termin: **Mi. 15.3.2017 (14 bis 18 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 85

inkl. Imbiss und Getränke

Ort: KV Hamburg,

Heidenkampsweg 99

20097 Hamburg

Ansprechpartnerinnen

für Fragen zu Qualitätsmanagement:

Ursula Gonsch Tel: 22802-639

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Seminar: Neue Mitarbeiter professionell einarbeiten

Das Seminar zeigt, wie professionelle Strukturen für die Ausbildung von MFA und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter aufgebaut werden. Die Teilnehmer bekommen Hinweise zur Erstellung von Ausbildungs- und Einarbeitungsplänen, zur Einweisung und Anleitung neuer Mitarbeiter im Praxisalltag und zur Durchführung von Lehr- und Feedbackgesprächen. Das Seminar richtet sich an Praxisinhaber und -personal.

10 Fortbildungspunkte; Termin: **Mi. 29.3.2017 (9.30 bis 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Intensivkurs: Qualitäts- und Praxismanagerin

Der fünftägige Kurs richtet sich an Praxismitarbeiter, die zugewiesene Führungsaufgaben eigenverantwortlich übernehmen wollen. Themen sind unter anderem: Personalmanagement, Konflikt- und Qualitätsmanagement, Terminsystem und Kommunikationstraining.

Termin: **Mo. 3.4.2017 bis Fr. 7.4.2017**

Teilnahmegebühr: € 650 inkl. Verpflegung

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

- 1. Nachtrag zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V mit der DAK-Gesundheit (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt).
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V i. V. m. §§ 87a Abs. 3 S. 2, Abs. 5 S. 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit für das Jahr 2017 mit der IKK classic (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem.

§ 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

- 39. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996: Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme mit Gültigkeit für das Jahr 2017 mit der IKK classic (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV)).

Hinweis: aktualisierte Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

- Anlage 1 zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 16. Januar 2017

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Infocenter, Tel: 22802 - 900

Arbeits- und Gesundheitschutz: Fortbildung

Die Fortbildung richtet sich an Praxisinhaber (oder von ihnen beauftragte geeignete Vertreter), die zuvor bereits eine Grundschulung absolviert haben. Um den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen zu können, muss sich der Praxisinhaber (oder der Vertreter) schulen lassen. Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich.

Schwerpunkte der Fortbildung sind: Erfahrungsaustausch, aktuelle branchenspezifische Themen und Gefährdungsbeurteilung, auch bzgl. Gefahr- und Biostoffe (Technische Regel Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen TRBA 250)

BGW-zertifiziertes Seminar

8 Fortbildungspunkte

Termin: **Fr. 7.4.2017 (15 bis**

20 Uhr), weiterer Termin:

17.5.2017 (15 bis 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 inkl.

Imbiss und Getränke

Ort: KV Hamburg, Heiden-

kampsweg 99, 20097 Hamburg

Anmeldung: AV-2

Arbeits- und Verkehrsmedizinische

Untersuchungsstelle;

Betriebsarztpraxis

Dr. Gerd Bandomer

Tel: 278063-47; Fax: 278063-48

E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen

Mit einem neuen Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) sollen Wundinfektionen nach einer Operation vermieden werden. Nach „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ liegt mit „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen“ bereits das zweite sQS-Verfahren vor.

Seit Jahresbeginn werden im Krankenhaus postoperative Wundinfektionen erfasst, die zu einer stationären Aufnahme geführt haben. Diese Daten werden mit Sozialdaten, die den Krankenkassen vorliegen, verknüpft. Damit ist es möglich, einen Bezug zwischen der stationär behandlungsbedürftigen postoperativen Wundinfektion und dem initialen Eingriff („Tracer-Eingriff“) herzustellen. Auch ohne dass im vertragsärztlichen Bereich eine QS-Dokumentation stattfindet, können damit Rückschlüsse auf die Behandlung gezogen werden.

Als weitere Maßnahme zur Qualitätssicherung ist ab 2018 eine jährliche Einrichtungsbefragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement im stationären und im ambulanten Bereich vorgesehen. Hierfür wird eine Dokumentationspflicht für alle Ärzte in operierenden Praxen, MVZ und Krankenhäusern eingeführt, welche im vorangegangenen Jahr einen „Tracer-Eingriff“ durchgeführt haben. Welche Eingriffe als „Tracer-Eingriffe“ gewertet werden, steht noch nicht fest. Die KV wird die betroffenen Ärzte direkt informieren. Die Datenerhebung beginnt im ersten Quartal 2018 und bezieht sich auf das einrichtungsbezogene Hygiene- und Infektionsmanagement des Jahres 2017. Den Dokumentationsbogen sowie das Indikatoren-Set der Einrichtungsbefragung hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bereits veröffentlicht und kann auf deren Internetseite eingesehen werden.

Um die dokumentationspflichtigen Ärzte zu unterstützen, hat die KBV gemeinsam mit einigen KVen Informationsangebote (Fortbildungen und Onlinetools wie „Mein Praxis-Check“) erarbeitet. Diese Angebote werden rechtzeitig zur Verfügung gestellt.

Weitere Informationen im Internet:

Richtlinie: www.g-ba.de → Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL)

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: www.iqtig.org

Ansprechpartner: Michael Bauer, Tel: 22 802-388

E-Mail: michael.bauer@kvhh.de



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Erhöht Kaviar das Risiko für Reichtum?

Über das Risiko von Risikofaktoren

VON STEFAN SAUERLAND IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
(DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



In der medizinischen Forschung und der Laienpresse werden oft Risiken berichtet, ohne dass wirklich klar ist, was genau mit „Risiko“ gemeint ist. Mit einem satirischen Kommentar im British Medical Journal hat der Norweger Anders Huitfeldt seinem Unmut Luft gemacht und dazu aufgerufen, den Begriff klar zu definieren (1). Als Beispiel greift er die Schlagzeile auf, dass Kaviarkonsum das Risiko für erheblichen Reichtum erhöht. Die Schlagzeile ist fiktiv, aber Meldungen gleicher Art lassen sich fast täglich in den Medien finden. Und sie können höchst missverständlich sein.

Die Frage, ob Kaviar das Risiko von Reichtum erhöht, lässt sich diagnostisch, prognostisch, ätiologisch oder therapeutisch verstehen. Versteht man den Begriff **diagnostisch**, geht es um eine einfache Assoziation. Der zeitliche Ablauf spielt hierbei keine Rolle. Gefragt wird dann: Kann man anhand des gegenwärtigen Kaviarkonsums einer Person auf seinen gegenwärtigen Reichtum schließen? Schon eine einfache Quer-

schnittsstudie könnte diese Frage beantworten. Und wenn die Forscher hierfür die richtige Zielgruppe einschließen, ergäbe sich sicherlich ein deutlicher Zusammenhang, der statistisch als „Risiko“ dargestellt werden könnte: Ein Patient, der seinem Hausarzt bei der Ernährungsanamnese von regelmäßigem Kaviarkonsum berichtet, hat vermutlich ein 10- bis 20-fach höheres „Risiko“, sehr reich zu sein, sodass sich die entsprechende Sozialanamnese erübrigt.

Die Frage, ob Kaviarkonsum das Reichtums-Risiko erhöht, lässt sich aber auch **prognostisch** verstehen: Sind Normalverdiener, die Kaviar essen, in fünf oder zehn Jahren reicher als Personen, die keinen Kaviar essen? Eine prognostische Kohortenstudie zu dieser Frage würde vermutlich eine positive Assoziation finden, weil Normalverdiener, die es gewohnt sind, Kaviar zu speisen, wahrscheinlich reiche Eltern haben - und Reichtum vererbt wird. Eine Kausalität wird hierbei nicht vorausgesetzt, weil es bei Prognosen allein um die Vorhersage geht.

In ähnlicher Weise könnte man den Zusammenhang **ätiologisch** auffassen und viel detaillierter untersuchen: Welche Rolle hat der frühere Kaviarkonsum dabei gespielt, dass eine Person zum Millionär wurde? Gibt es eine physiologische oder psychologische Verknüpfung? Vermutlich wird sich keine Kausalitätsbeziehung nachweisen lassen, weil nach Berücksichtigung der Störvariablen in einer Kohorten- oder Fall-Kontroll-Studie keine Assoziation mehr nachweisbar ist. Die Frage nach der Rolle des Kaviarkonsums im Mechanismus der Anhäufung von Reichtum kann leider nicht geklärt werden.



Sollte Kaviar mit zukünftigem Reichtum assoziiert sein, läge es nahe, den Zusammenhang auch **therapeutisch** zu verstehen und zu nutzen. Haben Normalbürger ein höheres „Risiko“, reich zu werden, wenn man sie wöchentlich mit gutem Beluga-Kaviar versorgt? Lässt sich Reichtum also durch eine gezielte Ernährungsumstellung herbeiführen? Diese Frage ließe sich optimal in einer randomisiert-kontrollierten Studie überprüfen, auch wenn die Studienkosten sicher erheblichst wären und nicht von den üblichen Forschungsförderern getragen würden. In der statistischen Analyse würde sich wahrscheinlich herausstellen, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe kein erhöhtes „Reichtums-Risiko“ hat. Vermutlich lautete das Fazit der Studie sogar „Kaviar erhöht Armutsrisiko“, weil die Probanden sich an die neuen Essgewohnheiten rasch gewöhnen und nicht von den teuren Fischeiern lassen können.

Das Beispiel zeigt eindrucklich, dass die Frage „Erhöht A das Risiko für B?“ ungenau und missverständlich sein kann. Die Antworten fallen hier ganz unterschiedlich aus – je nachdem, ob ein diagnostisches, prognostisches, ätiologisches oder therapeutisches „Risiko“ gemeint ist.

Der sprachlichen Verwirrung kann man dann nur entkommen, wenn der Begriff des Risikos näher spezifiziert wird. Dies gilt im Englischen und im Deutschen. Anders Huitfeldt schlägt den Herausgebern von Fachzeitschriften vor, die Autoren von Artikeln über Risikofaktoren zu einer genauen Definition dessen zu zwingen, was gemeint ist: ein diagnostischer, prognostischer, ätiologischer oder therapeutischer Faktor.

Das Tückische an der Frage, ob Kaviarkonsum das Risiko für Reichtum erhöht, ist die Richtung der Kausalität: Millionäre essen Kaviar, weil sie reich sind und es sich leisten können: Die Verfügbarkeit großer Geldsummen (ver-)führt zum Verzehr von Kaviar. Das ist die kausale Verbindung. Andersherum ist keine Kausalität nachzuweisen: Die Quantifizierung des Kaviar-Verzehrs hilft zwar bei der Diagnose von

Reichtum. Und die prognostische Kohortenstudie legt den Schluss nahe, dass Kaviar-Verzehr irgendwie zu Reichtum führt. Doch das Beispiel zeigt, dass man sehr vorsichtig damit sein sollte, Assoziationen kausal zu interpretieren, da es meist Störvariablen gibt, die eine Kausalität vorgaukeln (in unserem Fall: reiche Eltern). Die ätiologische Studie liefert keinen Hinweis auf einen kausalen Zusammenhang. Und die therapeutische Studie verneint eine positive Wirksamkeit des Kaviar-Konsums auf die Wohlstandsentwicklung.

Auch im ärztlichen Alltag können bisweilen verschiedene Arten von „Risikofaktoren“ unterschieden werden. Wichtig ist hierbei auch ein klarer Bezugspunkt im Erkrankungsverlauf: Erhöht es das Risiko für Herzinfarkt, ein Mann zu sein? Das gilt, wenn man „Risiko“ diagnostisch oder prognostisch versteht: Männer haben in der Tat ein höheres Risiko, einen Herzinfarkt zu bekommen. Bei der weiteren Prognose nach Herzinfarkt sieht die Sache anders aus: Denn Männer, die einen Herzinfarkt erlitten haben, haben bessere Überlebenschancen als Frauen.

Vielfach wird jeder Einflussfaktor vor einem Indexereignis als Risikofaktor bezeichnet, während jeder Einflussfaktor nach einem Indexereignis als Prognosefaktor gilt (2). Diese Doppeldeutigkeit je nach Betrachtungsrichtung trägt viel zur Missverständlichkeit des Risikobegriffs bei, denn in der Medizin ändert sich mit dem Erkrankungsverlauf die Betrachtungsrichtung ständig: Für einen Patienten mit koronarer Herzkrankheit stellt das Rauchen einen prognostisch ungünstigen Risikofaktor in Hinblick auf einen späteren Herzinfarkt dar. Wenn der Herzinfarkt dann eingetreten ist, würde man denselben Zusammenhang zwischen Rauchen und Herzinfarkt nun rückblickend anders bezeichnen: Das Rauchen wird als (ätiologischer) Risikofaktor des Herzinfarkts bezeichnet. In diesem Sprachgebrauch kann also mit Prognose- und Risikofaktor derselbe Zusammenhang gemeint sein. In vielen Fällen des ärzt-



lichen Alltags ist die Unterscheidung allerdings irrelevant. Cholesterin beispielsweise ist ein Risikofaktor für und bei kardiovaskulären Erkrankungen – egal welche der vier Definitionen man heranzieht.

- Ätiologie: Cholesterin spielt eine Rolle bei der Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen.
- Diagnose: Die Bestimmung des Cholesterinwerts hat eine diagnostische Bedeutung für die Erkennung von kardiovaskulären Erkrankungen.
- Prognose: Menschen mit einem erhöhten Cholesterinwert haben ein höheres Risiko, dass ihre kardiovaskuläre Erkrankung fortschreitet.
- Therapie: Eine Senkung des Cholesterinwerts senkt auch das Risiko, dass eine kardiovaskuläre Erkrankung fortschreitet und Probleme verursacht.

Solchermaßen methodisch gerüstet wird der Leser auch ohne Champagner und Kaviar den vielen Schlagzeilen in 2017 erfolgreich gegenüberreten können, wenn es wieder heißt: Reduzieren Sie Ihr Krebsrisiko durch die richtige Ernährung. Medikament A führt zu Komplikationsrisiko B. Oder auch: Patienten mit Erkrankung X haben ein erhöhtes Risiko für Erkrankung Y.

PD Dr. med. Stefan Sauerland
Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG),
Im Mediapark 8, D-50670 Köln;
Tel.: 0221 / 356 85 – 359;
E-Mail: stefan.sauerland@iqwig.de

Quellen:

- (1) Huitfeldt A. Is caviar a risk factor for being a millionaire? BMJ 2016; 355: i6536
 (2) Fletcher RH, Fletcher SW. Klinische Epidemiologie: Grundlagen und Anwendung. Huber, 2007

EbM-Kongress

9.-11.03.2017
 Hamburg

Klasse statt Masse

Wider die
wertlose Wissenschaft

Die Zukunft einer
evidenzbasierten
Gesundheitsversorgung

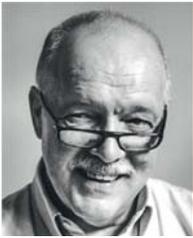


18. Jahrestagung
 Deutsches Netzwerk
 Evidenzbasierte Medizin e.V.
 (DNEbM)

Tagungsorganisation:
 Geschäftsstelle des DNEbM
 Kuno-Fischer-Straße 8
 14057 Berlin

Tel: 030 / 308 336 60
 Fax: 030 / 308 336 62
 E-Mail: kontakt@ebm-netzwerk.de





Armutszeugnis

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

Alle Welt kennt Bad Segeberg. Das kleine Städtchen im Norden zwischen der Trave und dem Großen Segeberger See ist nicht wegen seiner Kurkliniken, nicht wegen seines prächtigen Kurhauses, nicht als Heimstatt der europäischen Fledermausnacht berühmt, sondern wegen der Karl-May-Festspiele. Zur Zeit gelangt Bad Segeberg aber wegen der Folgen einer der unzähligen Gesundheitsreformen zu neuer Bekanntheit.

Zu ihrem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ erklärte die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im Februar 2007 vor dem Deutschen Bundestag: „Jede und jeder ist künftig gegen das Krankheitsrisiko versichert. Für Menschen ohne Schutz heißt es jetzt: Willkommen in der Solidarität!“ Begeistert rief sie aus, dass sich „die Krankenversicherung wie ein Band um die vielen Eventualitäten des Erwerbsleben herumlegen“ werde.

Daraus ist leider nichts geworden. Im Gegenteil. Die neu eingeführte Versicherungspflicht führte nicht zum Schutz der bislang unversicherten Personen, sondern zu deren Insolvenz. Jetzt waren zwar alle versichert, aber sie konnten es

nicht bezahlen, und so verloren sie den Versicherungsschutz wieder. Es entstanden Beitragsrückstände von inzwischen fast drei Milliarden Euro.

Statt in den Ruhestand zu gehen, hat Dr. Uwe Denker daher im Jahr 2010 in Bad Segeberg seine „Praxis ohne Grenzen“ eröffnet. Nach dreißig Jahren als Hausarzt wusste er allein in seinem Einzugsbereich von 50 Familien, die nicht krankenversichert waren. In seiner „Praxis ohne Grenzen“ werden alle Patienten umsonst behandelt. Einmal wöchentlich findet eine Sprechstunde für fünf bis zehn Patienten statt, Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Assistenzpersonal arbeiten ehrenamtlich, telefonische Beratung findet jeden Tag statt, auch samstags und sonntags. Miete, Versicherungen, Anschaffungen und Medikamente, auch Krankenhausbehandlungen werden durch Spendengelder finanziert.

Dr. Denker gewann inzwischen über siebzig Ärztinnen und Ärzte zur Mitarbeit in seinem Netzwerk „Gesundheitsforum“. Seine Initiative hat in neun Städten in Schleswig-Holstein weitere „Praxen ohne Grenzen“ initiiert, wo man den Menschen und ihren Familien beisteht, die das Krankenversicherungssystem ausgespuckt

hat. Offiziell ist die Rede von etwa 100.000 Nichtversicherten, aber Dr. Denker kann vorrechnen, dass es etwa 800.000 Betroffene sind.

Er hatte Obdachlose, Menschen ohne Papiere und Flüchtlinge in seiner Bad Segeberger „Praxis ohne Grenzen“ erwartet. Es kamen aber viele Mittelständler und Selbständige zwischen 50 und 60 Jahren.

Die medizinische Grundversorgung müsse für alle gewährleistet sein, Gesundheit sei ein Grundrecht. Dr. Denker fordert eine Grundversicherung für alle, die Aussetzung der Verzinsung von ausstehenden Kassenbeiträgen und eine Notfallversorgung für Nichtversicherte in Praxen und Krankenhäusern.

Bevor ich sein Buch gelesen hatte (Praxis ohne Grenzen - Medizin in einem reichen Land; edition wartenau; 14,80 Euro), wusste ich schon, dass es Nichtversicherte gibt, aber ich wusste nicht um das gewaltige Ausmaß dieses Problems in Deutschland. Ich dachte, das sei doch eher ein Problem der USA. Ich wusste nicht von den Schwierigkeiten für die Betroffenen, einen Ausweg aus diesem Desaster zu finden. Die Initiative von Dr. Denker braucht Unterstützung.

Weiterlesen:

www.praxisohne Grenzen.de

chirurg@hontschik.de, www.medicinHuman.de

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Gregor Brinckmann**
Mitglied der neuen Vertreterversammlung

Name: **Gregor Brinckmann**

Geburtsdatum: **2.12.1967**

Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin, Sportmedizin, Chirotherapie**

Weitere Ämter: **Schriftführer im Hausarztverband Hamburg, Mitglied des beratenden Fachausschusses Hausärzte, Leiter des Hausärztlichen Qualitätszirkels Hamburg Bergedorf**

Hobbies: **Bogenschießen, Snooker, Computer, Sci-Fi**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ich möchte nichts Anderes machen! Ich liebe die Arbeit mit Menschen, an Menschen und für Menschen. Besonders in der Allgemeinmedizin und ihrer Betrachtung und Versorgung des Menschen in seiner Gesamtheit erfüllt sich für mich unser schöner Beruf.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Die vor über 10 Jahren gewachsene Überzeugung, dass die Allgemeinmedizin in Hamburg unter die berufspolitischen Räder zu geraten drohte. Zudem war ich immer der Überzeugung, dass nicht Meckern sondern nur Mitwirkung hilft.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?

- Die Wahrnehmung der Allgemeinmedizin als eigene und echte Versorgungsebene in Gesellschaft, Politik und KV. Die Ausrufung von "fachärztlichen Grundversorgern" ist für mich eindeutig der falsche Weg.
- Leitlinien konsequent für beide Versorgungsebenen erarbeiten
- Weiterentwicklung der HzV, denn nichts hat unsere Versorgungsebene so vorangebracht wie das Etablieren ebendieser
- Gute Zusammenarbeit aller Fachgruppen miteinander – denn wir brauchen uns gegenseitig

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Als Allgemeinmediziner in einer echten Einzelpraxis ist es manchmal schwer, die Zeit für Berufspolitik abzuknapsen und die überbordende Bürokratie hilft auch nicht richtig weiter.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Die sind größtenteils verwirklicht. Trotz aller berufspolitischen Widrigkeiten die Zufriedenheit zu erhalten, wäre auch schon etwas. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do, 6.4.2017 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Tatort Praxis Für Ärzte und Praxispersonal: Das Seminar vermittelt Strategien zur Konfliktprävention: Vorbeugende Maßnahmen, Deeskalation im Aggressionsmoment. 5 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi, 15.3.2017 (14-18 Uhr) € 85 (inkl. Imbiss und Getränke)	Mitarbeiter professionell einarbeiten Für Ärzte und Praxispersonal: Das Seminar zeigt, wie man professionelle Strukturen für die Ausbildung von MFA und die Einarbeitung neuer Mitarbeiter aufbaut. 10 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi, 29.3.2017 (9.30-17 Uhr) € 149 (inkl. Imbiss und Getränke)	Intensivkurs Qualitäts- und Praxismanagerin Für Praxispersonal: Fünftägiger Kurs zur Vorbereitung auf die Übernahme von delegierten Führungsaufgaben zur Entlastung des Praxisinhabers. Mit Abschlussprüfung (optional) Mo, 3.4. bis Fr, 7.4.2017 € 650 (inkl. Verpflegung)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer Für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen; BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE Mi, 5.4.2017 (15-20 Uhr); weitere Termine: 10.5.2017, 12.5.2017 € 226 (inkl. Imbiss und Material)	Fortbildung Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildung erforderlich. BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE Fr, 7.4.2017 (15-20 Uhr), weiterer Termin: 17.5.2017 € 226 (inkl. Imbiss und Material)	Gefährdungsbeurteilung Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften Mi, 26.4.2017 (15-18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss, und Material)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 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: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → Stichwort → Zi-DMP Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b, Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekhh.de , Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS

1. QUARTAL 2017 VOM 1.4. BIS 18.4.2017
2. QUARTAL 2017 VOM 1.7. BIS 14.7.2017
3. QUARTAL 2017 VOM 2.10. BIS 16.10.2017
4. QUARTAL 2017 VOM 2.1. BIS 16.1.2018

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!