

# KVH *journal*

## WAR ICH GUT?

*Antibiotika-Feedback für  
Hamburger Ärztinnen und Ärzte*



---

**VIDEOSPRECHSTUNDEN**  
*Neuregelung der Vergütung*

**OFFENER BRIEF**  
*Katheter legen im Notfalldienst*

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

## IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich  
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 12/2019 (Dezember 2019)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Die letzte Ausgabe eines Jahres nutzen die meisten Magazine, um Rückschau zu halten. Doch diesmal ist es deutlich spannender, nach vorne zu blicken. Natürlich haben wir (mal wieder) ein berufspolitisch turbulentes Jahr überstanden: Anbindung an die Telematik-Infrastruktur, der Kampf um das TSVG, der weitere Ausbau des „Arztruf Hamburg“ – allein diese Themen wären schon ein Resumee wert.

Doch das nächste Jahr wird spannender. Denn in 2020 wird sich zeigen, ob die Saat, die in diesem Jahr gelegt wurde, auch wirklich aufgeht und die Frucht bringen wird, die wir uns alle erhoffen. Das gilt vor allem für das TSVG.

Die in harten Auseinandersetzungen gefundenen Kompromisse müssen nun ihre Tragfähigkeit beweisen. Bewirken die Maßnahmen eine andere Einschätzung der Terminalsituation durch Politik und Medien? Kundige Thebaner wußten schon immer, dass es keine allgemeine Termin-Not gibt. Nun müßten eigentlich auch die einzelnen Stimmen, die immer behaupten, für eine „schweigende Mehrheit“ zu sprechen, nicht mehr das Gehör finden können wie in den vergangenen Jahren.

Ebenso spannend aber ist die Frage, ob die Kalkulationen zu den Honorarauswirkungen des TSVG bestätigt werden. Die Wirkmechanismen der Regelungen sind eindeutig: Der Sargnagel zum Budget ist gesetzt. Was wir nun benötigen, ist eine Zeit lang Stabilität, um den Mechanismus auch voll zur Anwendung kommen zu lassen.

Aktuell sieht es so aus, als ob die Bundespolitik diese Stabilität erreichen könnte. Es mehren sich die Anzeichen, dass die Bundesregierung die Legislaturperiode zu Ende bringen wird. Das würde ausreichen, um die TSVG-Ernte einfahren zu können. Wir bereiten uns darauf vor.

Insoweit besteht aller Grund, Ihnen zu danken für die Unterstützung, auf die sich die KV-Führung (nicht nur) im vergangenen Jahr verlassen konnte, und mit Zuversicht in das nächste Jahr zu gehen. Im Dezember 2020 werden wir dann Rückschau halten.

**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](mailto:redaktion@kvhh.de)**



**SCHWERPUNKT**

- 06**\_ Nachgefragt: Finden Sie das neue Antibiotika-Feedback hilfreich?
- 08**\_ Antibiotika-Feedback: Wie es entstand – und wie die ersten Reaktionen ausfielen
- 10**\_ Bundesvergleich: Hamburg liegt bei Verordnungsraten im Mittelfeld
- 12**\_ „Unsicherheit führt zu mehr Antibiotika-Verbrauch“: Interview mit dem Kinderarzt Roland Tillmann über die Initiative „Antibiotische Therapie in Bielefeld“ (AnTiB)

**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.



## AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14\_** Fragen und Antworten: Spezial zu Abrechnungsfragen
- 19\_** Videosprechstunden: Vergütung im EBM neu geregelt
- 20\_** TI-Finanzierung: Neue Pauschalen ab 2020
- 22\_** Offener Brief an die Kolleginnen und Kollegen im Notfalldienst: „Legen Sie doch mal wieder Katheter!“

## QUALITÄT

- 24\_** Spezial-Labor: KV fordert Unterlagen für Dokumentenprüfung an
- Diabetisches Fußsyndrom: Neue Qualitätssicherungsvereinbarung für hyperbare Sauerstofftherapie

## ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 25\_** Arzneimittel-Zulassungsbehörden informieren über Engpässe

## SELBSTVERWALTUNG

- 32\_** Versammlung des Kreises 3

## RUBRIKEN

- 02\_** Impressum
- 03\_** Editorial

## KOLUMNE

- 21\_** Zwischenruf von Dr. Matthias Soyka

## AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 25\_** Bekanntmachungen im Internet

## NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 26\_** Ist rotes Fleisch gesundheitsschädlich? Eine kürzlich veröffentlichte Leitlinie gibt Entwarnung

## TERMINKALENDER

- 34\_** Termine und geplante Veranstaltungen

## BILDNACHWEIS

Seite 3: Michael Zapf; Seite 8 und 9: Neirfy/stock.adobe.com; Seite 10: Pixelliebe/stock.adobe.com; Seite 12: Susanne Freitag; Seite 17: Felix Faller/Alina; Seite 18: AgenturfotografIn/stock.adobe.com; Seite 27, 29, 30: Denys/stock.adobe.com; Seite 34: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

## Finden Sie das neue Antibiotika- Feedback hilfreich?



**Dr. Wolfgang Wesiack,**  
Internist in Lurup

### Ärztliches Instrument der Qualitätssicherung

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das Antibiotika-Feedback, das wir von der KV zugeschickt bekommen, sorgt dafür, dass wir die Antibiotika-Problematik auf dem Radar behalten und unser eigenes Ordnungsverhalten kritisch hinterfragen. **Es ist kein Kontrollinstrument der Kostenträger, sondern ein ärztliches Instrument der Qualitätssicherung. Deshalb begrüße ich das Projekt.**

Die Arzneimittelhersteller bringen keine neuen Antibiotika mehr auf den Markt. Wir müssen mit den Wirkstoffen zurechtkommen, die wir haben. Wir müssen damit haushalten. Um die Bildung von Resistenzen einzudämmen, steht ein Punkt ganz oben auf der Liste: Die Behandlung fieberhafter grippaler Virus-Infekte mit Antibiotika sollte nicht nur reduziert, sondern ganz abgestellt werden. ■



**Dr. Stefan Renz**

Kinder- und Jugendarzt in Eimsbüttel



**Karen Haß**

Allgemeinmedizinerin in Farmsen-Berne

## Umsetzung könnte besser sein

Dass nun auch Hamburger Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit haben, das eigene Antibiotika-Verordnungsverhalten zu analysieren, freut mich sehr. Der Antibiotika-Report der KV Westfalen-Lippe ist allerdings optisch besser aufbereitet: Eine Grafik zeigt den Anteil von Arzneimittelpatienten an den Gesamt-Fällen im Vergleich zur Fachgruppe: Die eigene Praxis ist dabei orange eingefärbt, sodass man sein eigenes Verordnungsverhalten auf den ersten Blick einordnen kann. Das Hamburger Antibiotika-Feedback bezieht sich auch nicht auf Fälle, sondern auf die Gesamt-Arzneimittelverordnungen. **Das kann irreführend sein, wenn eine Ärztin oder ein Arzt Arzneimittel insgesamt eher restriktiv verordnet. Der Bezug auf Fälle wäre meines Erachtens aussagekräftiger.**

Übrigens wollen Hamburger Kinderärzte und Hausärzte dem Bielefelder Vorbild nun folgen (siehe Seite 12) und selbst lokale Leitlinien entwickeln, die speziell auf die Hamburger Situation zugeschnitten sind. ■

## Fördert die Diskussion unter Kollegen

Das Antibiotika-Feedback ist eine wertvolle Rückmeldung für uns Ärztinnen und Ärzte. Die Daten bestätigen möglicherweise, dass mein Ordnungsverhalten gar nicht so schlecht ist. Oder sie zeigen, dass ich aus dem Durchschnitt falle. Dann frage ich mich: Liegt das an meiner besonderen Patienten Klientel? Oder muss ich mein Ordnungsverhalten ändern? Auf jeden Fall fördert das Antibiotika-Feedback eine Diskussion unter den Kolleginnen und Kollegen. **Immer wieder sehe ich Patientinnen und Patienten, die ein unangemessen breit wirkendes Antibiotikum verschrieben bekommen haben – was Resistenzen geradezu züchtet.**

Darüber müssen wir ins Gespräch kommen. Insgesamt hat das Bewusstsein für die Resistenz-Problematik bei Ärzten und Patienten bereits deutlich zugenommen. ■

VON NATALI KRECKOW

# Antibiotika-Feedback für Hamburg

Vertragsärztinnen und -ärzte bekommen erstmals die Möglichkeit, das eigene Ordnungsverhalten mit dem ihrer Kollegen zu vergleichen



**A**nfang Oktober erhielten viele Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Hamburg zum ersten Mal ein Feedback zu ihren Antibiotikaverordnungen. Die Auswertungen wurden per Brief an Mitglieder jener Fachgruppen verschickt, die am häufigsten Antibiotika verordnen – also an Hausärzte einschließlich hausärztlich tätiger Internisten, hausärztlich tätige Kinder- und Jugendärzte, HNO-Ärzte, Urologen, Dermatologen und Gynäkologen.

Künftig wird ein solches Antibiotika-Feedback einmal pro Jahr verschickt. Es handelt sich um eine persönliche, arztbezogene Übersicht: Die im vergangenen Jahr verordneten Antibiotika werden nach ATC-Gruppen aufgelistet und ihre jeweiligen Anteile zueinander dargestellt. Außerdem wird die Gesamtheit der Antibiotikaverordnungen mit allen Arzneimittelverordnungen des Arztes in Beziehung gesetzt. Diesen Daten gegenübergestellt werden ei-

nerseits die Durchschnittswerte der jeweiligen Fachgruppe und andererseits die Durchschnittswerte aller Hamburger Kollegen.

Mit dieser Aktion bekommen Ärztinnen und Ärzte zum ersten Mal die Möglichkeit, das eigene Ordnungsverhalten mit dem ihrer Kollegen zu vergleichen.

Der Wunsch, an einem solchen Feedback-System teilnehmen zu können, war von KV-Mitgliedern wiederholt an die KV herangetragen worden.



Die Hamburger Vertragsärzteschaft hat bereits früh Anstrengungen unternommen, die Qualität der Antibiotikaversorgung zu erhöhen. Im Jahr 2013 gründeten sieben Ärztinnen und Ärzte das „Bündnis für gezielte Antibiotikatherapie“ und starteten eine Fortbildungs-Initiative (siehe dazu: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Verordnung → Antibiotika-Therapie → Bündnis für gezielte Antibiotikatherapie**). „Antibiotika sind, gezielt eingesetzt, eine hochwirksame Waf-

fe zur erfolgreichen Behandlung lebensbedrohender Erkrankungen“, so die Initiatoren des Hamburger Bündnisses. „Wir sollten dafür Sorge tragen, dass sie wirksam bleiben.“ Das Bündnis organisierte drei Fallkonferenzen und die Veröffentlichung einer Serie von Fachartikeln im *KVH-Journal*.

Im April 2018 stellte die Hamburger „Landeskonferenz zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung“ ein Strategie- und Maßnahmenpapier

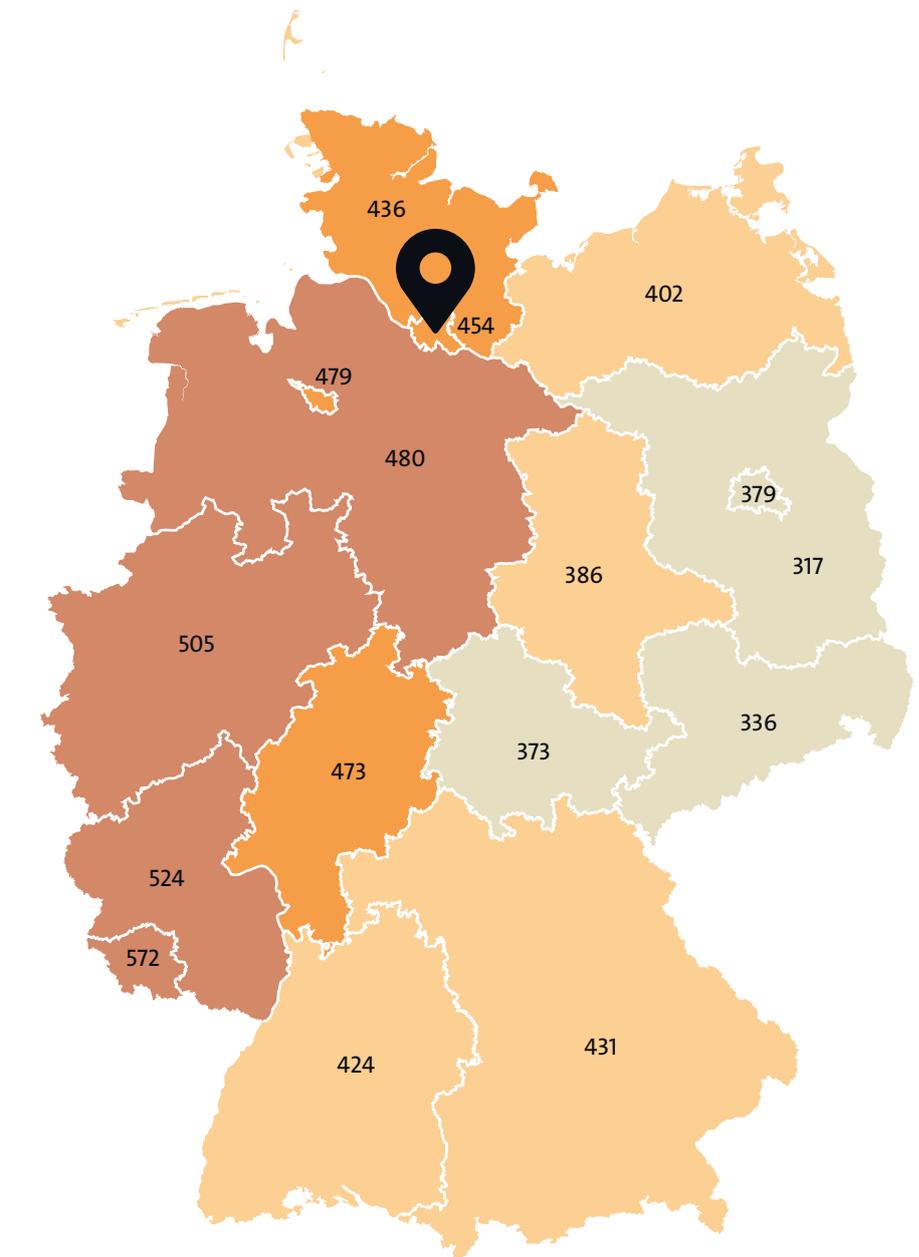
vor. Beteiligt an der noch laufenden Initiative „Antibiotika gezielt einsetzen“ sind unter anderem die Gesundheitsbehörde, die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer, die Krankenkassen und Patientenvertreter (siehe dazu: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Verordnung → Antibiotika-Therapie → Antibiotika gezielt einsetzen**). Die Beteiligten verabredeten unter anderem, Öffentlichkeitskampagnen durchzuführen und Informationsmaterial für Patienten zur Verfügung

zu stellen. Die KV Hamburg nahm das Antibiotika-Feedback-System für Ärztinnen und Ärzte in Angriff.

Bei der Umsetzung konnte man sich auf Erfahrungen in Westfalen-Lippe stützen. Dort war 2016 von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten das fachübergreifende Projekt „Antibiotische Therapie in Bielefeld“ (AnTiB) gegründet worden. Auf lokaler Ebene hatten die Ärztinnen und Ärzte in Eigeninitiative kurzgefasste „Empfehlungen für die Praxis“ entwickelt. Und sie hatten zusammen mit der KV Westfalen-Lippe ein „Antibiotika-Verordnungsreporting“ erarbeitet – als neutrale Orientierungshilfe, die selbstbestimmt genutzt werden kann, um die eigene Behandlungsqualität zu verbessern (siehe Interview Seite 12).

Dieses Reporting wurde zum Vorbild für das Antibiotika-Feedback in Hamburg. Allerdings konnte hier zunächst noch kein Bezug der Verordnungen zur Gesamtzahl der Patienten hergestellt werden. Das wird erst im nächsten Schritt umgesetzt.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Praxisberatung der KV Hamburg waren gespannt auf die Resonanz auf das erste Antibiotika-Feedback, die auch postwendend eintraf, vorwiegend telefonisch: Ganz schnell kamen Nachfragen aufgrund kleiner technischer Probleme: Durch das maschinelle Einlesen analoger Rezepte im Apothekenrechenzentrum war es gelegentlich zu Zahlendrehern gekommen, die ganz vereinzelt Arzneimittel fiktiven Ärzten zugeschrieben hatten,



unter 380    380 bis unter 436    436 bis unter 480    480 und mehr

## Hamburg liegt im Mittelfeld

Altersstandardisierte Verordnungsraten systemischer Antibiotika (Verordnungen pro 1.000 Versicherte) je Bundesland im Jahr 2018\*

was natürlich irritierte. Dieser kleine Digitalisierungsfehler wirkte sich glücklicherweise nicht statistisch relevant auf die Daten aus.

Gleich anschließend kamen die Anfragen derer, die sich bereits nä-

her mit den dargestellten Vergleichen beschäftigt hatten. Das Spektrum der Nachfragen reichte von „Das können nicht meine Werte sein!“ über „Was bedeutet das für mich, muss ich mit einem Regress

\* Quelle: KM6-Statistik [15] und bundesweite krankenkassenübergreifende Arzneiverordnungsdaten gemäß § 300 Abs. 2 SGB V. In: Holstiege J, Schulz M, Akmatov M, Steffen A, Bätzing J: Update - Die ambulante Anwendung systemischer Antibiotika in Deutschland im Zeitraum 2010 bis 2018 – Eine populationsbasierte Studie. Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Bericht Nr. 19/07 vom 21.8.2019

rechnen?“ bis hin zu „Welche Alternativen habe ich denn?“

Das Erstaunen über die eigenen Werte offenbarte den Nutzen der Aktion: Kaum eine Ärztin oder ein Arzt kann angesichts der Größe vieler Praxen und der vielschichtigen Anforderungen an bestmögliche therapeutische und wirtschaftliche Entscheidungen gleichzeitig den Überblick auf das Große und Ganze bewahren, schon gar nicht im Hinblick auf die zahlenmäßige Verordnung von Arzneimitteln. Unter anderem deshalb hat sich die KV Hamburg zu diesem Service entschieden.

Die Interpretation der eigenen Werte im Vergleich zu denen der Kollegen ist da schon komplizierter. Letztlich muss jeder für sich und sein Patientenspektrum entscheiden: Kann ich das noch besser? Entscheide ich im Einzelfall wirklich aufgrund objektiver Kriterien? Bin ich fachlich auf dem neuesten Stand, wenn es um den gezielten Einsatz der zur Verfügung stehenden Therapieoptionen geht?

Der Sorge vor wirtschaftlichen Konsequenzen oder Sanktionen konnten die KV-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter klar entgegen: Nein, hier geht es nicht um Gängelung oder Kontrolle. Es geht auch nicht um Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Hier geht es um einen Versuch der Sensibilisierung für das eigene Ordnungsverhalten. Die individuellen Übersichten sind und bleiben privat und liegen weder der Gemeinsamen Prüfungsstelle noch den Krankenkassen oder anderen Prüfinstanzen vor.

Außerdem gibt es zu den Verordnungen der Antibiotikagruppen keine Zielwerte – auch nicht in der Wirkstoffvereinbarung.

Ein Kollege beschwerte sich darüber, als „alter und erfahrener Arzt“ überhaupt angeschrieben worden zu sein. Gedacht ist die Feedback-Aktion aber als Angebot: Der Vergleich des eigenen Ordnungsverhaltens mit dem der Fachkollegen ist als weiterer Aspekt in der Entscheidungsfindung zur kalkulierten Antibiotika-Therapie nutzbar. Das kann einen großen Erfahrungsschatz doch nur ergänzen.

Jedenfalls freuen wir uns über die Diskussionen – und über Kritik und Vorschläge, die uns helfen, das Antibiotika-Feedback zu verbessern.

Zweck der Aktion ist der Service der individuellen Informierung des einzelnen Arztes. Diese wiederum sollte dazu beitragen, das eigene Ordnungsverhalten kritisch zu hinterfragen und sich gegebenenfalls zu öffnen für vielfältig zur Verfügung stehende Hilfestellungen.

#### **HILFEN FÜR EINE GEZIELTE VERORDNUNG VON ANTIBIOTIKA:**

##### **Diagnostik**

- Zur Unterscheidung zwischen viralen und bakteriellen Infektionen kann der quantitative CRP-Schnelltest (GOP 99061 bis 99068) im Rahmen eines Modellprojekts eingesetzt werden. Vertragspartner sind die KV Hamburg und die Mehrzahl der Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, BKKen, DAK-Gesundheit, IKK classic und ab 2020 die BIG direkt gesund). Eine Genehmigung für Speziallabor ist nicht erforderlich. Der CRP-Schnelltest belastet nicht das Laborbudget. Vertragstext und Teilnahmeformulare finden Sie im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Recht & Verträge** → **Verträge** → unter „C“ → **CRP**

- Bereits 2018 ist der EBM geändert worden, um den gezielten Einsatz von Antibiotika abzusichern. Beispielsweise wurde die GOP 32459 zur Bestimmung des Entzündungsmarkers Procalcitonin bei Atemwegserkrankungen in den EBM aufgenommen. Die Leistung wird extrabudgetär vergütet.

##### **Zielgerichtete Therapie**

- Konkrete fachgruppen- und indikationsspezifische Empfehlungen zur Antibiotikatherapie finden Sie auf unserer Homepage: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Verordnung** → **Antibiotika-Therapie** → **Antibiotika-Feedback** → **Empfehlungen für die Praxis (AnTiB)**

##### **Patienteninformationen**

- Kurze Patienteninformationen in mehreren Sprachen über die spezifische Wirksamkeit von Antibiotika können Sie bei der KV per E-Mail bestellen ([praxisberatung@kvhh.de](mailto:praxisberatung@kvhh.de)) oder aus dem Internet herunterladen: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Verordnung** → **Antibiotika-Therapie** → **Antibiotika gezielt einsetzen** → **Informationsmaterial für Patienten**

##### **Beratung**

- Die Abteilung Praxisberatung der KV Hamburg bietet Ihnen eine qualifizierte pharmakotherapeutische und pharmazeutische Beratung an (u.a. Ausbildung zum „Antibiotic Steward“ eines ärztlichen Beraters). ■

**Ansprechpartner: Abteilung  
Praxisberatung, Tel: 22802 -571 / -572**



##### **NATALI KRECKOW**

beratende Ärztin der  
Abteilung Praxisberatung  
der KV Hamburg

## INTERVIEW

# „Unsicherheit führt zu mehr Antibiotika-Verbrauch“

Der Bielefelder Kinder- und Jugendarzt **ROLAND TILLMANN** über eine lokale Initiative zur rationalen Antibiotikaverordnung, deren Projekte nun zum Vorbild für Hamburg geworden sind

## Wie ist die Initiative „Antibiotische Therapie in Bielefeld“ (AnTiB) entstanden?

**TILLMANN:** Wenn man sich Grafiken über den Antibiotika-Verbrauch in Deutschland ansieht, stellt man fest: Es gibt große Unterschiede zwischen den Regionen, die nicht epidemiologisch erklärbar sind. Auch im eigenen Umfeld sind wir mit Unterschieden konfrontiert: zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich, zwischen dem Alltagsbetrieb und dem Notfalldienst am Wochenende, zwischen der eigenen Praxis und der Vertretungspraxis. Ein Arzt verordnet Antibiotika, der andere Arzt hält das für unsinnig – so etwas sorgt für Reibung und untergräbt das Vertrauen der Patienten. Wir wollten uns 2016 auf ein gemeinsames Vorgehen einigen.

## Wie ging das konkret?

**TILLMANN:** Wir haben gesagt: Wir beginnen bei uns selbst. Die Bielefelder Kinderärzte setzten sich mit Vertretern der örtlichen Kinderklinik zusammen - ein übersichtlicher Kreis. Doch es war von Anfang an geplant, das Projekt auch auf andere Fachgruppen auszuweiten.

## Wie war die Reaktion der Kolleginnen und Kollegen?

**TILLMANN:** Es gab viel Unterstützung, denn die Unsicherheit wurde



**Roland Tillmann, Kinder- und Jugendarzt und Mit-Initiator der Initiative "Antibiotische Therapie in Bielefeld" (AnTiB)**

von den meisten Kolleginnen und Kollegen als problematisch empfunden. Man möchte nicht derjenige sein, der dem Patienten etwas vermeintlich Notwendiges vorenthält. So führt die Unsicherheit dazu, dass man zu viele Antibiotika verordnet.

## Aber es gibt doch Leitlinien?

**TILLMANN:** Leitlinien sind nicht immer praktikabel. Wir wollten ganz konkrete „Empfehlungen für die Praxis“. Der Entstehungsprozess der Empfehlungen sollte nicht von oben nach unten verlaufen wie bei den Leitlinien – sondern von unten nach oben. Wir trugen zusammen, was sich in der Praxis bewährt hat.

Begleitet wurden wir dabei von der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), die Fragen beantwortete und die Empfehlungen am Ende inhaltlich prüfte.

## Welche Rolle spielt das Antibiotika-Reporting der KV in diesem Projekt?

**TILLMANN:** Aus unserem Projekt heraus entstand die Idee, ein Reporting für Antibiotika-Verordnungen zu entwickeln. Wir fragten die KV Westfalen-Lippe, ob sie solche Daten zur Verfügung stellen kann. Anfangs ging es nur um die Bielefelder Kinderärzte. Später wurde das Antibiotika-Reporting auch an andere Fachrichtungen und dann Westfalen-Lippe-weit verschickt. Soweit ich weiß, war Westfalen-Lippe die erste Region, in der ein solches Antibiotika-Reporting realisiert wurde. Das ist eine gute Informationsquelle, um sein eigenes Ordnungsverhalten besser einschätzen und vergleichen zu können. Ich freue mich, dass es dieses Angebot nun auch in anderen Regionen gibt – unter anderem in Hamburg. ■

Die „Empfehlungen für die Praxis“ von AnTiB im Internet: [www.kvh.de](http://www.kvh.de) → Verordnung → Antibiotika-Therapie → Antibiotika-Feedback → Empfehlungen für die Praxis (AnTiB)



wir  
schärfen  
ihren

[ v i • s u s ]

/pharmakotherapieberatung

die gesundheit des patienten voranzustellen und dabei die regularien der wirkstoffvereinbarung und des wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten, gestaltet sich im praxisalltag oftmals als herausforderung. erfahrene ärzte beraten sie ganz individuell in der pharmakotherapieberatung der kvh. fragen sie uns einfach!

# 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

## ABRECHNUNG ARZT

**Einer meiner Patienten meldete sich aufgrund eines akuten Leidens heute Vormittag in meiner Praxis. Meine Arzthelferin vereinbarte daraufhin in der Nachmittagszeit einen Hausbesuch. Der Patient ging, ohne mir vorher Bescheid zu sagen, in die Notaufnahme, sodass ich bei meinem vereinbarten Besuch vor verschlossener Tür stand. Kann ich diesen Hausbesuch nach der GOP 01412 EBM abrechnen?**

Nein, leider nicht. Die GOP 01412 EBM ist nur dann berechnungsfähig, wenn ein Vertragsarzt in dringenden Fällen den Besuch unverzüglich durchführt. Wären Sie direkt nach Eingang des Gesprächs zum Patienten gefahren, wäre die Abrechnung der GOP 01412 EBM in voller Höhe möglich gewesen – und das auch bei Nichtantreffen eines Patienten.

Da der Besuch jedoch verzögert stattfand, ist hier die Berechnung der GOP 01410 EBM möglich. Gleiches gilt für einen Besuch im organisierten Notfalldienst. Weitere Leistungen sind allerdings nicht berechnungsfähig.

## ABRECHNUNG ARZT

**Wann lässt sich die GOP 40144 EBM (Kostenpauschale Kopie, EDV-technische Abschrift) abrechnen und wann nicht?**

### Fotokopien

Die Kosten für Fotokopien können nur dann nach der GOP 40144 EBM berechnet werden, wenn es sich um Kopien von eigenen oder fremden Befunden handelt, die der berechnende Arzt für einen konsiliarisch tätigen oder mit- oder weiterbehandelnden Arzt (ambulant oder stationär) von sich aus oder auf dessen Verlangen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung anfertigt.

Fotokopien auf Wunsch des Patienten oder für Zwecke des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, Gesundheitsämter, Betriebsärzte, der Unfall- und Rentenversicherung, für die Privatversicherung, Beihilfen usw. können nicht nach der GOP 40144 EBM berechnet werden. Kopien für die eigenen Unterlagen sind ebenfalls nicht berechnungsfähig.

### E-Mails

Für das Ausdrucken eines per E-Mail empfangenen Befundes kann die GOP 40144 EBM angesetzt werden, nicht jedoch für die Versendung einer E-Mail.

### EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen

Die GOP 40144 EBM ist berechnungsfähig für technisch reproduzierte Befundmitteilungen. Hierbei handelt es sich um Ausdrucke von Befunddokumentationen – ggf. auch Röntgen-, CT- oder MRT-Bilder, Langezeit-EKG-



**SPEZIAL**  
**FRAGEN**  
**UND**  
**ANTWORTEN**  
 zur  
**Abrechnung**

Dokumentationen etc., die in einer EDV-Anlage gespeichert sind und zusätzlich zu der mit der Grundleistung abgegoltenen Dokumentations- und Berichtspflicht für einen weiteren Arzt ausgedruckt werden.

#### ABRECHNUNG ARZT

**Ich bin Hausarzt. Kann ich die GOP 03230 EBM (Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist) neben der Versichertenpauschale abrechnen?**

Ja, die Gesprächsleistung ist auch neben der Versichertenpauschale abrechenbar.

Bedenken Sie bitte, dass bei einer Nebeneinanderberechnung von diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen und der GOP 03230 EBM eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit, als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben, Voraussetzung für die Berechnung der GOP 03230 EBM ist.

Um eine übermäßige Ausweitung der Gesprächsleistung zu verhindern, wurde ein Gesprächskontingent pro Praxis im EBM beschlossen. Das Punktzahlvolumen für die GOP 03220 EBM beträgt 45 Punkte, multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle.

#### PSYCHOTHERAPIE

**Ich bin psychologische Psychotherapeutin. Ich habe bei meiner 26-jährigen Patientin die psychotherapeutische Sprechstunde am 17. Dezember 2018 (50 min), 19. Dezember 2018 (50 min) und dann nochmal am 04. Januar 2019 (50 min) abgerechnet. Wann darf ich bei dieser Patientin erneut die GOP 35151 EBM abrechnen?**

Die GOP 35151 EBM ist bei erwachsenen Patienten im Krankheitsfall höchstens sechs Mal á 25 Minuten berechnungsfähig. Der Krankheitsfall umfasst das Quartal, in dem die Sprechstunde zum ersten Mal abgerechnet wurde, und die drei darauffolgenden Quartale. Die psychotherapeutische Sprechstunde ist in diesem Beispiel daher bereits seit dem 1. Oktober 2019 wieder abrechenbar.

#### PSYCHOTHERAPIE

**Kann die biographische Anamnese nach der GOP 35140 EBM bereits während der Phase, in der die psychotherapeutische Sprechstunde stattfindet, erbracht und abgerechnet werden oder erst mit Beginn der probatorischen Sitzungen?**

Die Erstellung der biographischen Anamnese besteht aus der Erhebung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten des Patienten und der Bestimmung des psychodynamischen →

**SPEZIAL**  
**FRAGEN  
 UND  
 ANTWORTEN**  
 zur  
**Abrechnung**

→ bzw. verhaltensanalytischen Status, wobei kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich ist.

Ob die hierfür erforderlichen Daten während der probatorischen Phase oder während der Phase der psychotherapeutischen Sprechstunde erhoben worden sind, ist irrelevant. Insofern kann die biographische Anamnese nach der GOP 35140 EBM bereits während der psychotherapeutischen Sprechstunde erstellt und abgerechnet werden.

Die GOP 35140 EBM ist nicht in derselben Sitzung neben der GOP 35151 EBM (psychotherapeutische Sprechstunde) oder GOP 35150 EBM (probatorische Sitzung) berechnungsfähig.

**PSYCHOTHERAPIE**

**Ich bin psychologische Psychotherapeutin und betreue einen Patienten, der parallel in psychiatrischer Behandlung ist. Der Patient legte mir einen ausführlichen Arztbrief des ärztlichen Kollegen vor. Auf dieser Basis würde ich bei dem Patienten gerne die vertiefte Exploration nach der GOP 35141 EBM (Zuschlag zu der GOP 35140 für die vertiefte Exploration) erbringen. Ist dies möglich?**

Nein, die Leistung nach der GOP 35141 EBM kann nur von demjenigen Arzt oder Psychotherapeuten abgerechnet werden, der bei demsel-

ben Patienten auch die Leistung nach der GOP 35140 EBM (Biographische Anamnese) erbracht hat. Die Leistungserbringung auf der Basis eines vorliegenden Arztbriefes zu den Ergebnissen der Leistung nach der biographischen Anamnese ist ausgeschlossen.

**NOTDIENST**

**Bei welchen Erkrankungen sind die Schweregradzuschläge nach GOP 01223 EBM (Zuschlag zur Notfallpauschale zur GOP 01210 EBM) und GOP 01224 EBM (Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 EBM) berechnungsfähig?**

Bei beiden Zuschlagsziffern muss eine der folgenden Behandlungsdiagnosen gesichert vorliegen:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (So6.0 und So6.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

In Fällen, in denen diese Kriterien nicht erfüllt werden, aber auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung notwendig ist, können die Gebührenordnungspositionen 01223 EBM und 01224 EBM mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung im Ausnahmefall ebenfalls berechnet werden.



**SPEZIAL**  
**FRAGEN**  
**UND**  
**ANTWORTEN**  
 zur  
**Abrechnung**

NOTDIENST

**In welchen Fällen lässt sich der Schweregradzuschlag nach der GOP 01226 EBM (Zuschlag zur Notfallpauschale GOP 01212 EBM) berechnen?**

Dieser Schweregradzuschlag ist nur berechnungsfähig bei:

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern oder
- Patienten mit erheblichen krankheitsbedingten kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen) und/oder
- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination aus unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Gangschwierigkeit und verminderter körperlicher Aktivität) und/oder
- Patienten mit einer demenziellen Erkrankung (F00-F02), einer Alzheimer-Erkrankung (G30), einem primären Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerster Beeinträchtigung (G20.1 und G20.2)

NOTDIENST

**Ich bin Arzt und im fahrenden Notdienst tätig. Bei welchen Gebührenordnungspositionen ist die Angabe der Uhrzeit zwingend notwendig?**

Die Berechnung der Notfallpauschalen, Notfallkonsultationspauschalen und des dringenden Besuchs im organisierten Notfalldienst setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus (GOP 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 EBM).

Wenn innerhalb desselben Dienstes zeitlich getrennt mehrere Kontakte des Arztes mit demselben Patienten stattfinden (z. B. telefonisch und persönlich), sind jeweils Uhrzeitangaben für die verschiedenen Inanspruchnahmen erforderlich.

Infocenter Tel: 22802-900



**Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Antonia Schmidt-Lubda, Petra Timmann, Susanne Tessmer, Katja Egbers**

# Zusatzhonorar für Videosprechstunden

Vergütung im EBM neu geregelt

**V**ideosprechstunden können eine sinnvolle Ergänzung zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt sein. Seit Oktober 2019 dürfen Ärzte fast aller Fachgruppen bestimmte Leistungen per Video erbringen – ausgenommen sind nur Laborärzte, Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen. Auch ermächtigte Ärzte können ihre Patienten per Video behandeln.

Um Videosprechstunden anbieten zu können, wählt der Arzt/Psychotherapeut einen zertifizierten Videodienstanbieter aus, der für einen reibungslosen und sicheren technischen Ablauf der Videosprechstunde sorgt (Liste der zertifizierten Videodienstanbieter im Internet: [www.kbv.de/html/videosprechstunde.php](http://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php)).

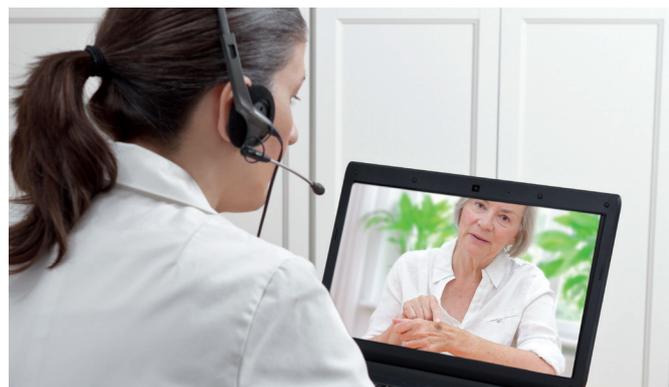
Ansonsten benötigen der Arzt/Psychotherapeut und der Patient im Wesentlichen einen Bildschirm mit Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung. Eine zusätzliche Software ist nicht erforderlich.

Der Patient muss eine schriftliche Einwilligung abgeben. Außerdem muss die Videosprechstunde in Räumen stattfinden, die vertrauliche Gespräche ermöglichen.

## VERGÜTUNG ÜBER GRUND- ODER VERSICHERTENPAUSCHALE

Für Videosprechstunden rechnen Ärzte/Psychotherapeuten nun ihre jeweilige Grund- oder Versichertenpauschale (ausgenommen GOP 03030, 04030, 12220 und 122259) beziehungsweise die Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung (GOP 25214) ab. Außerdem können die Ärzte – sofern die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind – folgende Zuschläge ansetzen:

- Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung (PFG-Zuschläge),
- Zusatzpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GOP 03040 / 04040),
- Zuschläge für die Unterstützung der hausärzt-



lichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 03060 / 03061),  
 ● Zuschlag für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte (GOP 06225).

Kommt der Patient in dem Quartal nicht mehr persönlich in die Praxis und bleibt es somit beim Kontakt in der Videosprechstunde, ist die Abrechnung mit der Pseudo-GOP 88220 zu kennzeichnen. In diesem Fall wird ein fachgruppenspezifischer, prozentualer Abschlag auf die jeweilige Pauschale/den jeweiligen Zuschlag vorgenommen (Abschlag 20, 25 bzw. 30 Prozent je nach Fachgruppe). Die Anzahl der ausschließlichen Video-Behandlungsfälle ist auf 20 Prozent aller Behandlungsfälle des Arztes/Psychotherapeuten beschränkt.

## ZUSCHLAG FÜR DIE AUTHENTIFIZIERUNG VON PATIENTEN

Die Stammdaten der Patienten können noch nicht über die elektronische Gesundheitskarte automatisiert erfasst werden. Deshalb wird vorläufig einmal im Behandlungsfall ein Zuschlag (GOP 01444 – 10 Punkte / 1,10 Euro) für die Authentifizierung von Patienten gezahlt, die im laufenden oder im Vorquartal nicht in der Praxis behandelt wurden. Ab Herbst 2021 sollen neue technische Verfahren den Zusatzaufwand zur Authentifizierung in der Praxis überflüssig machen.



### TECHNIKZUSCHLAG

Die Praxen erhalten einen Technikzuschlag (GOP 01450 – 40 Punkte / 4,39 Euro), der neben der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnungsfähig ist. Der Zuschlag soll die Kosten für den Videodienst abdecken. Der Zuschlag ist pro Quartal auf maximal 1.899 Punkte (208,54 €) gedeckelt.

### ANSCHUBFÖRDERUNG: ETWA 10 EURO JE VIDEOSPRECHSTUNDE

Außerdem gibt es eine Anschubförderung. Für bis zu 50 elektronische Visiten im Quartal werden 10,10 Euro je Sprechstunde zusätzlich gezahlt (also maximal 505 Euro im Quartal). Voraussetzung ist, dass die Praxis mindestens 15 Videosprechstunden im Quartal durchführt. Die Ziffer für den Zuschlag (GOP 01451 – 92 Punkte / 10,10 Euro) wird von der KV dann automatisch hinzugesetzt. Diese Anschubförderung ist auf zwei Jahre befristet.

### GESPRÄCHSLEISTUNGEN UND PSYCHOTHERAPIE PER VIDEO

In einer Videosprechstunde können hausärztliche und fachärztliche Gesprächsleistungen (GOP 03230, 04230, 04355, 04430, 14220, 14222, 16220, 21216, 21220, 22220, 22221, 23220 und 21216) und darüber hinaus Leistungen des Kapitels 35 (Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien) sowie des Abschnitts 30.11 (Neuropsychologische Therapie) erbracht werden. Maximal 20 Prozent der GOP je Arzt/Psychotherapeut und Quartal dürfen per Videosprechstunde erfolgen, für den Rest ist ein persönlicher Kontakt erforderlich.

Voraussetzung für psychotherapeutische Leistungen per Video ist, dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung vorausgegangen ist.

### ANPASSUNG DES CHRONIKERZUSCHLAGS

Videosprechstunden werden zudem beim Chronikerzuschlag angerechnet: Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte erhalten den Zuschlag

(GOP 03220 bis 03222 / 04220 bis 04222) auch dann, wenn von den drei erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakten ein oder zwei per Video stattgefunden haben. Die drei Kontakte müssen innerhalb der letzten vier Quartale erfolgt sein.

### VIDEOFALLKONFERENZEN

Fallkonferenzen in der Pflege können nunmehr öfter per Video erfolgen. Möglich waren sie bisher bereits zwischen Ärzten und Pflegekräften des Pflegeheimes, mit dem ein Kooperationsvertrag für den Versicherten besteht (GOP 37120 und 37320). Nun können solche Fallkonferenzen auch per Video erfolgen und abgerechnet werden, wenn der Patient zu Hause oder in einer beschützenden Einrichtung lebt. Dazu wurde die GOP 01442 (64 Punkte / 7,03 Euro) in den EBM aufgenommen.

Auch Fallkonferenzen und Fallbesprechungen nach den GOP 30210 (Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom), 30706 (Schmerztherapie), 30948 (MRSA-Fall- und/oder regionale Netzwerkkonferenz) und 37400 (Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase) sind nun als Videofallkonferenz durchführbar.

Den Technik-Zuschlag erhält nur der Arzt/Psychotherapeut, der die Videofallkonferenz initiiert. ■

### Eine tabellarische Übersicht zur Abrechnung und ausführlichere Informationen zur Videosprechstunde finden Sie im Internet:

[www.kbv.de/html/videosprechstunde.php](http://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php)

**Ansprechpartner:**  
Infocenter,  
Tel: 22802 - 900

### Formular zur Teilnahme

Wer Videosprechstunden abrechnen will, muss der KV anhand eines Formulars bestätigen, dass die Voraussetzungen in der Praxis erfüllt sind. Das Formular „Anzeige zur Durchführung und Abrechnung von Videosprechstunden nach Anlage 31b des Bundesmantelvertrages-Ärzte“ finden Sie im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Formulare und Infomaterial → Formulare → V → Videosprechstunde.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail oder per Post an den jeweiligen Sachbearbeiter der Abrechnungsabteilungen.  
KV Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



# Neue Pauschalen zur TI-Finanzierung

Die Pauschale für den Konnektor zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur wird ab 1. Januar 2020 auf 1.014 Euro abgesenkt (zuvor: 1.547 Euro). Der Erstattungsbetrag für stationäre Kartenterminals hingegen ist zum 1. Oktober 2019 angehoben worden. Die Krankenkassen zahlen nun 535 Euro für ein Gerät, 100 Euro mehr als bisher. Die Erstausrüstungspauschale, die die notwendigen Kosten für einen Konnektor und ein Kartenterminal decken soll, beträgt somit ab 1. Januar zusammengenommen 1.549 Euro. Für Praxen, die Anspruch auf zwei oder drei Kartenterminals haben, erhöht sich diese Pauschale dann pro Gerät um 535 Euro. Entscheidend für die Höhe der Pauschale ist weiterhin der Installationstermin.

## Weitere Anpassungen für eMP und NFDM

Außerdem gibt es Neuerungen bei der Finanzierung von Praxen, die sich für den elektronischen Medikationsplan (eMP) und das Notfalldatenmanagement

(NFDM) rüsten. Für beide Anwendungen benötigen Praxen weitere Kartenterminals. Für die Anschaffung dieser weiteren Terminals erhalten Ärzte seit Oktober 535 Euro pro Gerät. Anspruch darauf haben Ärzte, die ihre Praxis-IT auf den eMP und/oder das NFDM umstellen. Dabei ist die Anzahl der Terminals von der Zahl der Betriebsstättenfälle abhängig. Für den Aufwand der Praxen bei der Einführung des eMP und NFDM gibt es eine neue Zusatzpauschale von 60 Euro. Diese kann abhängig von der Zahl der Betriebsstättenfälle je Gerät abgerechnet werden. Der Zuschlag ist zeitlich befristet, er wird bis zum 30. September 2020 gezahlt. Damit Praxen mit dem eMP und dem NFDM arbeiten können, sind Updates von Konnektor und Praxisverwaltungssystem erforderlich. Die dafür ausgehandelte Pauschale beträgt 530 Euro. Bei Einsatz von NFDM/eMP wird ein Zuschlag zur Betriebskostenpauschale in Höhe von 4,50 Euro erstattet. ■

## TI: FINANZIERUNG DER ERSTAUSSTATTUNG, DER LAUFENDEN BETRIEBSKOSTEN UND DER AUSSTATTUNG FÜR NFDM/EMP

### Erstausrüstung der Praxis (einmalige Zahlung) ab 1.1.2020

Erstausrüstungspauschale	1.549 Euro (1.014 Euro für Konnektor, 535 Euro für Terminal) Für Praxen, die Anspruch auf 2 oder 3 Kartenterminals haben, erhöht sich die Erstausrüstungspauschale pro Gerät um 535 Euro
Komplexitätszuschlag für größere Praxen	entfällt
Starterpauschale	900 Euro (für PVS-Update, Installation, Schulung, Ausfallzeiten und zusätzlichen Aufwand in der Startphase)
Pauschale für mobiles Kartenterminal	350 Euro

### Laufende Betriebskosten wie bisher

Pauschale für eHBA	11,63 Euro pro Quartal und Arzt/Psychotherapeut
Pauschale für Praxisausweis	23,25 Euro pro Quartal und Ausweis
Betriebskostenpauschale	248 Euro pro Quartal (für Wartung Konnektor und VPN-Zugangsdienst)

### Ausstattung für Notfalldatenmanagement (NFDM) und elektronischen Medikationsplan (eMP) seit 1.10.2019

NFDM/eMP-Updates Konnektor und PVS	530 Euro
Zusätzliches Kartenterminal NFDM/eMP	535 Euro je Kartenterminal
Zusatzpauschale NFDM/eMP	60 Euro je angefangene 625 Betriebsstättenfälle (befristet bis 30.9.2020)
Zuschlag Betriebskosten	4,50 Euro je Quartal

Ansprechpartner: Abteilung IT-D, Tel. 22802-539 / -554 / -588

Quelle: KBV, Berlin



# Vergleichsweise Hohes Niveau

Kolumne von **Dr. Matthias Soyka**, Orthopäde in Hamburg-Bergedorf

**W**enn Ärzte darauf hinweisen, dass ihre Einkommen seit Jahren nicht an die Inflation angepasst wurden, wird ihnen gewohnheitsmäßig entgegnet, dass andere viel weniger verdienen als sie. Die Ärzte, so sagen zum Beispiel Fernsehmoderatoren, die für ein Kassenarzteinkommen nicht arbeiten wollten, klagten auf „vergleichsweise hohem Niveau“.

Bloß womit verglichen ist das Arzteinkommen ein hohes? Ça dépend!

Mein Vorschlag ist, eine Berufsgruppe als Vergleichsmaßstab zu wählen, die die Mitte der Gesellschaft abbilden soll – die Mitglieder der Deutschen Bundestages (MdB).

MdB sind für einen Vergleich mit den Kassenärzten gut geeignet, denn es gibt mehrere Gemeinsamkeiten: Eine Diäten-Erhöhung wird ebenso kritisch beäugt wie eine Erhöhung der Arzteinkommen. Besonders den Feinden der Demokratie sind die Diäten ein Dorn im Auge. Dabei wusste schon Perikles, wie wichtig es für die Demokratie ist, dass die Mitglieder des Parlaments finanziell unabhängig sind. Mein Vergleich stellt daher mitnichten eine Kritik an der Höhe der Diäten dar. Im Gegenteil, mir geht es um das Aufzeigen von Parallelen.

Ärzte wie MdB halten Sprechstunden ab. Mit ihren Mitarbeitern bilden sie so etwas wie eine „Praxis“. Und nicht zuletzt: Das Einkommen der MdB gilt als „Entschädigung“, was angesichts der bürokratischen Zumu-

tungen auch für das Arzteinkommen gelten kann.

Das Einkommen der Ärzte ist zweigeteilt in Kassen- und Zusatzeinnahmen, zum Beispiel durch Privatpatienten. Auch diese Zweiteilung haben MdB mit den Ärzten gemeinsam. Die Abgeordneten erhalten ihre Diäten und haben in den allermeisten Fällen noch zusätzliche Einkünfte.

Die Höhe der Diäten beträgt (lt. Wikipedia) zur Zeit 10.083,45 Euro pro Monat. Hierfür müssen Steuern gezahlt werden und der halbe Krankenkassenbeitrag. Die andere Hälfte zahlt der „Arbeitgeber“. Rentenbeiträge fallen nicht an. Sie sind wegen der Abgeordneten-Pensionen nicht erforderlich.

MdB erhalten noch eine Reihe anderer Zuwendungen, wie zum Beispiel eine Jahreskarte 1. Klasse der Bundesbahn.

Eine steuerfreie Kostenpauschale von 4.418,09 Euro pro Monat dient der Finanzierung eines Wahlkreisbüros, aber auch von Fachliteratur.

Zusätzlich dürfen MdB für Angestellte im Monat bis zu 22.201 Euro ausgeben. Wenn man sich einen MdB und sein Team wie eine Arztpraxis vorstellt, erhielte diese Praxis somit im Quartal: Diät:  $10.083 \times 3 = 30.249$  Euro; Kostenpauschale:  $4.418 \times 3 = 13254$  Euro; Mitarbeiterkosten brutto:  $22.201 \times 3 = 66.603$ . Zusammen ergibt das einen „Quartalsumsatz“ von 110.106 Euro, der teilweise steuerfrei ist.

Diese Summe wird nicht gemindert durch die Zahlung von Rentenbeiträgen, und natürlich muss auch kein Abgeordneter einen Kredit für den Kauf seines Sitzes abbezahlen. Allenfalls gehen noch drei Tausender für eine „Spende“ an die Parteien ab. Der Quartalsumsatz einer durchschnittlichen Arztpraxis 2017 hingegen beträgt 55.691 Euro.

Das Geld ist den MdBs in keiner Weise zu neiden. Es ist vernünftig, dass sie finanziell so gut gestellt und damit unabhängig sind.

Ihre Honorierung wäre auch ein gutes Vorbild für die Honorierung einer Kassenarztpraxis. In meinem Buch „Wahnsinn Wartezeit“ habe ich beschrieben, wie sich in den achtziger Jahren eine Großpraxis in den Hamburger Hochhaussiedlungen ökonomisch rechnete. Der Quartalsumsatz damals entsprach umgerechnet etwas mehr als den heutigen 110.000 Euro der „MdB-Praxis“.

Liebe Kollegen, wenn Sie einen MdB kennen, zeigen Sie ihm diese Kolumne. Viele gesundheitspolitische Probleme ließen sich sehr einfach und ohne jede Bürokratie lösen. Wenn der durchschnittliche Umsatz einer Kassenpraxis 110.000 Euro im Quartal – so wie noch 1992 – betragen würde, gäbe es weder Probleme um unterschiedliche Wartezeiten für Kassen- und Privatpatienten, noch Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von Kassensitzen. ■

OFFENER BRIEF AN DIE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN IM ÄRZTLICHEN NOTFALLDIENST

# Legen Sie doch mal wieder Katheter!

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,



Dr. Holger Passfeld

kennen Sie das? Diese Mischung aus Überraschung und Anerkennung im Gesicht der Rettungsassistentin oder des Assistenten, wenn man den Katheter aus der Tasche zieht, die Tupfer, Octenisept, Gleitgel und Handschuhe, und anfängt das Bett und den Patienten vorzubereiten, um einen Blasenkatheter zu legen?

Wahrscheinlich leider nicht. Denn im Notfalldienst werden fast keine Katheter gelegt. Man lässt legen. Im Regelfall stellt jemand von uns Einweisung und Transportschein aus und lässt es die Kolleginnen oder Kollegen in den Notaufnahmen erledigen.

Dass ausnahmsweise auch mal ein Katheter vor Ort gelegt wird, kommt so selten vor, dass etliche Pflegeheime gar nicht mehr den KV-Dienst anrufen, sondern direkt einen RTW ohne Sonderrechte, um den Patienten mit Harnverhalt in eine Notaufnahme bringen zu lassen, weil sie wissen: Der KV-Arzt hilft ihren Patienten sowieso nicht. Dabei spreche ich nicht vom 40-jährigen Patienten mit fortgeschrittenem Prostatakarzinom, dessen Urologin sich eine Woche vorher bei der Katheteranlage auch schon schwer getan hat, sondern vom Standardpatienten: 80, männlich, Heimpatient, Dauerkatheter seit Jahren, schmerzhafter Harnverhalt durch Katheterobstruktion oder -dislokation.

Diese unnötige Problemverschiebung bedeutet Mehrkosten für die Solidargemeinschaft der Versicherten in Höhe von 500-1200 Euro pro Katheter, je nachdem, ob der Hinweg per KTW oder RTW abgerechnet wird und ob die Feuerwehr oder ein Privatunternehmen den Transport durchführt. Dabei handelt es sich bei den Patienten meist um Dauerkatheterträger aus Pflegeheimen, die ein erhöhtes Risiko

mitbringen, multiresistente Keime in der ZNA weiterzugeben oder sich dort neue Keime mitzunehmen. Oft lassen die Krankenhauskollegen die Patienten deshalb gar nicht erst in die ZNA, sondern legen den Katheter gleich im Rettungswagen. Und der Rettungswagen steht nicht nur für die Fahrtdauer, sondern wegen potentiell resistenter Keime auch für die Zeit der anschließenden Grundreinigung der Notfallrettung nicht zur Verfügung.

Ich finde das beschämend für uns Ärztinnen und Ärzte, die den Notfalldienst der KV tragen, und für das Ansehen des KV-Dienstes bei den Patienten, der Pflege sowie den Kolleginnen und Kollegen in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser.

Warum läuft das so schlecht, und was bräuchte es, damit mehr von uns das Problem vor Ort beheben? Hauptsächlich fallen mir drei Gründe ein: Unsicherheit bei der Blasenkatheterisierung, finanzielle Optimierungstaktik und fehlende Ausrüstung.

In der aktuellen Fassung der Notdienstordnung heißt es: „Jeder am ÄNH teilnehmende Arzt ist verpflichtet, sich die erforderlichen Kenntnisse zur Durchführung des ÄNH anzueignen und zu aktualisieren“ (§3.3 NO ab 1.10.17). In den dazugehörigen Informationen heißt es weiter: „Die im Ärztlichen Notfalldienst tätigen Ärzte müssen grundsätzlich bereit und fachlich in der Lage sein, Katheterisierungen der Harnblase durchzuführen. Der Notfallkoffer muss deshalb auch entsprechend ausgerüstet sein; erforderlichenfalls ist bei der nächsten notdienstbereiten Apotheke die Ausrüstung entsprechend zu ergänzen.“

Selbstverständlich gibt es Krankheitsfälle, in denen die Größe der Prostata oder eine intensive Harnröhrenstriktur die Kathetereinlage unmöglich machen. In diesen Fällen ist der Pa-



tient dann an ein Krankenhaus zu verweisen“ (Notdienst in Stichworten von A-Z).

Aber steht es wirklich so schlimm um unsere Ausbildung? Können die meisten von uns wirklich keine Blasenkatheeter legen? Das hieße, streng genommen dürften die meisten von uns gar keine Notdienste mehr fahren. Ich kann mir das eigentlich nicht vorstellen. Was ich mir gut vorstellen kann, ist das Entstehen von Unsicherheit, nachdem man jahrelang keinen Blasenkatheeter mehr gelegt hat. Hier sehe ich die KV gefordert, urologische Fortbildungen anzubieten, gerne mit Puppen fürs praktische Training, analog zu den Reanimationsfortbildungen. Und wenn das Angebot nicht wahrgenommen wird, gerne auch als verpflichtende Fortbildung für alle am Notdienst teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Alternativ könnte die KV auch „Katheter-Praktika“ organisieren bei niedergelassenen Urologen, was gleichzeitig den kollegialen Austausch fördert, wenn wir Notdienstärzte uns jeweils bei den urologischen Kolleginnen und Kollegen in unseren Vierteln treffen.

Ein weiterer Grund für das fehlende Engagement bei Katheterproblemen dürfte ein finanzieller sein. Die zusätzliche Vergütung für das Legen eines transurethralen Dauerkatheters ist mit 7,35 Euro (EBM 03223) sicherlich unterbezahlt, genauso wie der SPK-Wechsel mit 5,43 Euro (EBM 03222). Lukrativer dürfte es sein, rasch zum nächsten Patienten aufzubrechen und den Patienten mit Blasenproblem einzuweisen. Aus unserem ärztlichen Ethos heraus verbietet sich solch ein finanzielles Optimieren, und geschätzte 2 bis 3 Katheteranlagen im Jahresdurchschnitt müssten für jeden von uns eigentlich drin sein ohne schmerzhaft finanzielle Einbußen. Da aber erfahrungsgemäß innerhalb der Ärzteschaft (und auch bei den Krankenversicherungen) finanzielle Steuerungsinstrumente die größte Wirksamkeit entfalten, schlage ich der KV vor, mit den Kassen über eine Zusatzhonorierung für die Katheter-

anlage im Notdienst in Höhe von beispielsweise 50 bis 80 Euro zu verhandeln, da es für die Kassen für jeden ambulant gelegten Katheter zu deutlichen Einsparungen käme.

Der dritte Grund ist am einfachsten zu ändern. Entgegen unserer Verpflichtung haben die meisten von uns keine Katheter und zugehöriges Material dabei im Notdienst. Es ist tatsächlich etwas umständlich, dass keine Kathetersets auf Kassenkosten zu bekommen sind, aber drei Blasenkatheeter und alle benötigten Materialien bis auf die sterilen Handschuhe (Privatkosten je nach Packungsgröße 0,50 bis 1,50 Euro für ein Paar) können wir uns nach Anlage 4 der Sprechstundenbedarfsverordnung über ein Notdienstbedarfsrezept in der Apotheke holen. Wie Christian Wieken, Leiter des Notdienstbüros, mir sagte, hat der Notdienstausschuss gerade angeregt, ob nicht die Ausstattung für die Blasenkatheeterisierung auf den AEF-Fahrzeugen vorgehalten werden kann. Das sollte unbedingt umgesetzt werden.

Oft hilft bei der Qualitätskontrolle der eigenen ärztlichen Arbeit ja auch die einfache Frage an sich selbst, was für ein ärztliches Handeln würde ich mir wünschen, wenn der Patient, die Patientin mein eigener Vater oder meine Mutter wäre.

Der Notfalldienst gibt uns guten Einblick in Probleme und Fehlentwicklungen in unserer Gesellschaft. Wahrscheinlich fragen sich alle von uns immer wieder mal, was wir da eigentlich machen angesichts von Besuchsgründen wie „ich hab Schnupfen seit einer Woche“ oder „ich kann nicht einschlafen“. Wie sinnvoll erlebt man die eigene Arbeit und Kompetenz dagegen, wenn man mit einer nebenwirkungsarmen, raschen, handwerklich einfachen Intervention in einem echten Notfall dem Patienten schnell zu Schmerzfreiheit verhelfen kann. Machen Sie es doch mal wieder.

**MIT FREUNDLICHEN KOLLEGIEN GRÜSSEN  
DR. MED. HOLGER PASSFELD**

## Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor: KV fordert Unterlagen für Dokumentenprüfung an

Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor muss die KV Hamburg prüfen, ob die Anforderungen der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ (Rili-BÄK) an die interne und externe Qualitätssicherung erfüllt werden. Dafür fordert die KV pro Jahr von mindestens 15 Prozent aller Ärzte, die genehmigungspflichtige Laborleistungen der Abschnitte 32.3 und 1.7 EBM abrechnen, Unterlagen für eine Dokumentenprüfung an.

Die einzureichenden Dokumente müssen Aussagen über das interne Qualitätsmanagement-System (z.B. Qualitätsmanagement-Handbuch, Gerätenachweise, Mitarbeiterqualifikation, Fehlermanagement) und die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung (Ringversuche) enthalten.

Die betroffenen Ärzte werden hierüber mit einem gesonderten Schreiben informiert. ■

**Weitere Informationen finden Sie unter:**  
[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Genehmigungen → Labor

**Ansprechpartner: Abteilung Qualitätssicherung**  
Michael Bauer, Tel: 22 802-388  
James Oteng, Tel: 22 802-601

## Diabetisches Fußsyndrom: Neue Qualitätssicherungsvereinbarung für hyperbare Sauerstofftherapie in Kraft

Zum 1. Oktober 2019 ist eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung für hyperbare Sauerstofftherapie in Kraft getreten und löst die Mindestvorgaben des entsprechenden EBM-Anhangs ab.

In der Vereinbarung sind die fachlichen, apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen für eine ambulante Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom mit der hyperbaren Sauerstofftherapie und die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation geregelt.

Ärzte können die Leistung seit rund einem Jahr ambulant zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung anbieten.

### Genehmigung der KV erforderlich

Für die Ausführung und Abrechnung der Leistungen ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Dies betrifft die Gebührenordnungspositionen 30216 (Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit) und 30218 (Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom). ■

**Ansprechpartner: Abteilung Qualitätssicherung**  
Monika Zieminski, Tel: 22 802 - 603  
monika.zieminski@kvhh.de  
Cornelia Wehner, Tel: 22 802 - 602  
cornelia.wehner@kvhh.de  
Lucas Rathke, Tel: 22 802 - 358  
lucas.rathke@kvhh.de



# Arzneimittel-Zulassungsbehörden informieren über Lieferengpässe

Der KV liegen keine darüber hinausgehenden Informationen vor

**D**ie KV Hamburg erreichen vermehrt Anfragen aus Praxen zu nicht verfügbaren Arzneimitteln – oftmals verbunden mit der Bitte, frühzeitig über Engpässe zu informieren. Aktuell betrifft dies vor allem Produkte mit dem Wirkstoff Venlafaxin.

Eine zeitnahe, verlässliche und vor allem umfangreiche Information aller Beteiligten im Gesundheitswesen (Ärzte, Apotheken, Versicherte) über das Ausmaß der Lieferengpässe einzelner Medikamente wäre wünschenswert, kann aber derzeit von keiner zuständigen Stelle in Deutschland angeboten werden.

Für die pharmazeutischen Unternehmer besteht bisher alleine eine Selbstverpflichtung zur Anzeige von Lieferengpässen an das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) beziehungsweise für Biologika an das PEI (Paul-Ehrlich-Institut). Ein Lieferengpass ist hier definiert als „eine über voraussichtlich zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung einer Auslieferung im üblichen Umfang oder eine (unerwartete) deutlich vermehrte Nachfrage, der nicht angemessen nachgekommen werden kann.“

Die Listung beziehungsweise Nicht-Listung eines Lieferengpasses lässt keinen direkten

Rückschluss auf die tatsächliche Verfügbarkeit am Markt zu: Auf der einen Seite können Engpässe bestehen, ohne dass diese in den Datenbanken gelistet sind – weil die pharmazeutischen Unternehmen bestehende Engpässe nicht melden müssen, weil die Verteilungsprobleme regional begrenzt sein können oder weil der Wirkstoff nicht als versorgungsrelevant eingestuft ist.

Auf der anderen Seite ist ein gelisteter Lieferengpass nicht zwingend gleichbedeutend mit einem Versorgungsproblem – beispielsweise, weil die regionale Bevorratung einen Engpass kompensiert oder weil Alternativen verfügbar sind.

Die KV Hamburg kann daher Ihren Mitgliedern keine weiteren Informationen zur Verfügung stellen und verweist auf die in den öffentlich zugänglichen Datenbanken enthaltenen Angaben. Diese finden Sie unter folgenden Links:

**BfArM:** [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) → Arzneimittel → Arzneimittelzulassung → Arzneimittelinformationen → Lieferengpässe  
**Paul-Ehrlich-Institut:** [www.pei.de](http://www.pei.de) → Arzneimittel → Impfstoffe → Lieferengpässe

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

## Amtliche Veröffentlichung

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

### Vertrag

1. Nachtrag zur Vereinbarung nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Vereinbarung) mit dem vdek

(Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

### Hinweis: Aufhebung des Vorbehalts

Im KVH-Journal 11/2019 wurde der 4. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

### Hinweis: Beitritt zu Vertrag

Modellvorhaben nach §§ 63, 64 SGB V „Modellhafte Erprobung von quantitativen CRP-Tests am Point-of-Care im Rahmen einer rationalen Antibiotikatherapie“: Die BIG direkt gesund tritt dem o. g. Vertrag zum 1. Januar 2020 bei.

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: 22 802 - 900**




---

AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

---

## Müssen wir unsere Fleischeslust zügeln?

Rotes und verarbeitetes Fleisch stehen im Ruf, der Gesundheit zu schaden. Sollten wir alle weniger davon essen? Eine kürzlich im Fachblatt *Annals of Internal Medicine* veröffentlichte Leitlinie kommt zu dem Schluss, dass dies aus individueller Sicht nicht notwendig sei. Worauf beruht diese Empfehlung, die sich so grundlegend von den bisherigen Ratschlägen unterscheidet?

---

VON GEORG RÜSCHEMEYER UND PROF. DR. JÖRG J. MEERPOHL IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (EBM-NETZWERK)

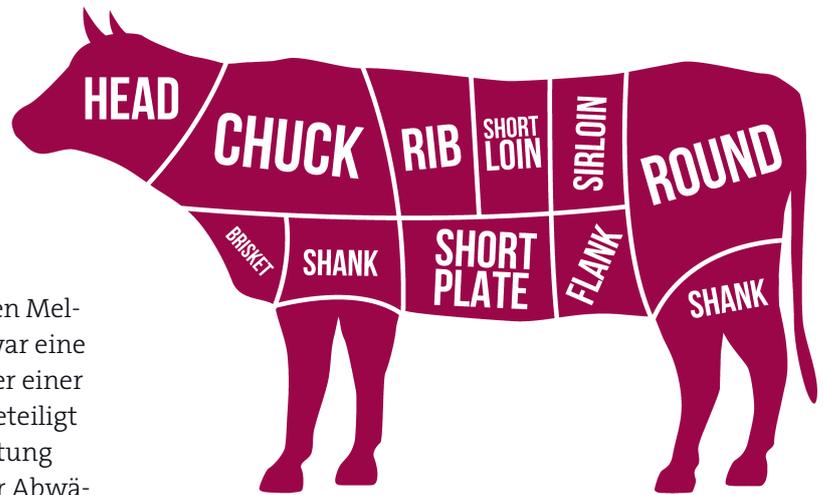
# WW

Wenn es um die Zuspitzung von Schlagzeilen geht, vollbringt das britische Boulevardblatt *The Sun* regelmäßig Spitzenleistungen. „Eine Scheibe Bacon am Tag ist tödlich“, war dort im April zu lesen – eine schockierende Nachricht für ein Land, in dem der in der Pfanne gebratene Frühstücksspeck mindestens so sehr zum nationalen Kulturgut gehört wie die gute alte Tasse Tee.

Auch wenn die *Sun* für maßlose Übertreibungen bekannt ist, so hatte die Meldung doch einen wahren Kern: Seit Jahren warnen Wissenschaftler und Gesundheitsbehörden vor möglichen Risiken des Konsums von rotem Fleisch (also dem von Säugetieren wie Rind, Schwein oder Lamm), insbesondere auch in

seiner verarbeiteten Form als Wurst, Schinken – oder eben Bacon. 2015 stufte die Internationale Agentur für Krebsforschung, kurz IARC, derart verarbeitetes Fleisch offiziell als „krebserregend“ ein, unverarbeitetes rotes Fleisch landete in der Kategorie „vermutlich krebserregend“. Rotes und verarbeitetes Fleisch (in der Folge auch einfach „Fleisch“) gilt als Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes und Darmkrebs. Doch im Oktober gab es – glaubt man der *Sun* – eine 180-Grad-Kehrtwende: „Bacon ist sicher – ohne Wenn und Aber“ war diesmal auf der Titelseite zu lesen. Das hätten neue Veröffentlichungen in der Fachzeitschrift *Annals of Internal Medicine* ergeben.

Die beiden Schlagzeilen stehen beispielhaft für das mediale Wechselbad der Gefühle, dem Konsumenten in vielerlei Ernährungsfragen ausgesetzt sind. Egal ob Fett, Zucker, Kaffee, Alkohol oder eben Fleisch: Mal sind sie wahre Killer, dann wieder war alles nur falscher Alarm. Kein Wunder, dass das Hü und Hott der widersprüchlichen Meldungen in der Öffentlichkeit Frustration und Gleichgültigkeit erzeugt. Und die nagen ganz allgemein am Vertrauen in die Wissenschaft – was soll man noch glauben, wenn sich die Forscher nicht einmal bei so etwas Simplem wie Frühstücksspeck einig sind? Wozu sich noch an den Rat von Experten halten, wenn alles (und nichts) gefährlich scheint?



## DIE „ENTWARNUNG“

Grundlage der auch in Deutschland vielzitierten Meldung zum vermeintlich doch sicheren Bacon war eine Arbeit in den *Annals of Internal Medicine*, an der einer der Autoren dieses Artikels (JJM) als Koautor beteiligt war. Tatsächlich kommt die Leitlinie nach Sichtung sämtlicher verfügbarer Evidenz und sorgsamer Abwägung zu dem Schluss, dass die spezifischen Gesundheitsrisiken durch normalen Fleischkonsum offenbar gering sind – wenn sie überhaupt existieren. Denn die vorhandene Evidenz, welche für die Arbeit mit großem Aufwand in fünf systematischen Übersichtsarbeiten zusammengefasst wurde, ist sämtlich von geringer bis sehr geringer Vertrauenswürdigkeit. Aufgrund dieser Ergebnisse kommt die Leitliniengruppe zu der Empfehlung, dass Erwachsene ihren gegenwärtigen Konsum von unverarbeitetem rotem Fleisch wie auch jenen von verarbeitetem Fleisch beibehalten können.

Diese Empfehlung widerspricht tatsächlich dem, was IARC, nationale Gesundheitsbehörden und viele Experten seit Jahren propagieren – nämlich, der eigenen Gesundheit zuliebe den Fleischkonsum zu reduzieren. Sie löste nicht nur in den Medien, sondern auch in Fachkreisen eine hitzige Diskussion aus. Wir (GR und JJM) möchten hier etwas genauer erklären, wie die Gruppe zu diesen auf den ersten Blick revolutionären Schlüssen kam.

## WAS GENAU WURDE UNTERSUCHT?

Hinter der Veröffentlichung der Arbeiten in den *Annals* steht das Nutritional Recommendations Consortium (NutriRECS), ein internationales Konsortium von ausgewiesenen Experten für Evidenzbewertung, das sich zum Ziel gesetzt hat, unabhängige, evidenzbasierte Empfehlungen für Leitlinien im Ernährungsbereich zu erarbeiten. Diese sollen auf Basis einer methodisch rigorosen Vorgehensweise die verfügbare wissenschaftliche Evidenz berücksichtigen und dabei mit Hilfe des etablierten GRADE-Systems (1) auch deren Vertrauenswürdigkeit bewerten – ein Aspekt, der in vielen Leitlinien und erst recht in deren öffentlicher Diskussion zu

wenig Raum erhält. Zudem versuchen NutriRECS-Empfehlungen, neben der rein medizinischen Evidenz auch Wertvorstellungen und Präferenzen der Konsumenten zu berücksichtigen.

In der von den NutriRECS-Autoren verantworteten Artikelserie in den *Annals of Internal Medicine* vom 1. Oktober 2019 ging es nun um die Frage, welche Evidenz es dafür gibt, dass ein reduzierter Konsum von rotem Fleisch und Fleischprodukten mit geringeren Risiken für Krebs, kardiovaskuläre Erkrankungen und Gesamt-Mortalität einhergeht und welche konkreten Handlungsempfehlungen für Konsumenten sich daraus ableiten lassen. Als realistische Reduzierung gingen sie dabei von drei Portionen weniger pro Woche aus – eine Portion entspricht ca. 65 Gramm gebratenem oder verarbeitetem Fleisch.

Eine wichtige Anmerkung vorweg: Es gibt durchaus gute nicht-medizinische Gründe, den Fleischkonsum zu reduzieren, sei es das Tierwohl oder der höhere Beitrag einer Fleischkost zum globalen Klimawandel. Die NutriRECS-Empfehlungen beziehen sich jedoch explizit nur auf die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen eines reduzierten Fleischkonsums, und das wiederum ausdrücklich aus Sicht des individuellen Konsumenten, nicht aus einer Public-Health-Perspektive.

Als Evidenzgrundlage der Empfehlung dienten die Ergebnisse von fünf eigens erstellten systematischen Übersichtsarbeiten zu spezifischen Fragestellungen, die in derselben Ausgabe der *Annals* erschienen (2-6):

- eine systematische Übersichtsarbeit auf Basis von 70 Kohortenstudien mit insgesamt rund sechs Millionen Teilnehmern zu den Zusammenhängen verschie- →



- dener genereller Ernährungsmuster (z.B. „westlich“) mit unterschiedlich hohem, aber zumeist nicht präzise angegebenem Fleischanteil,
- eine systematische Übersichtsarbeit auf Basis von mehr als 100 Kohortenstudien mit mehr als sechs Millionen Teilnehmern zum Einfluss eines reduzierten Fleischkonsums auf die Inzidenz und Mortalität von Krebserkrankungen,
  - eine systematische Übersichtsarbeit auf Basis von 55 Kohortenstudien mit 4,2 Millionen Teilnehmern zu Gesamt-Mortalität und kardiovaskulären Endpunkten,
  - eine systematische Übersichtsarbeit auf Basis von 12 randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs) zu den Effekten einer fleischreduzierten Ernährung auf kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs (hier dominierte eine Studie mit fast 49.000 Frauen stark die Ergebnisse),
  - und eine weitere systematische Übersichtsarbeit, die Studien zusammenfasst, welche die Einstellungen und Präferenzen von Verbrauchern in Sachen Fleischkonsum untersuchen.

Diese umfangreichen Reviews (Stand der Literaturrecherche: April 2019) wurden von Experten für systematische Übersichtsarbeiten durchgeführt (darunter auch Vertreter von Cochrane Polen und Cochrane Iberoamerica). Tatsächlich unterscheiden sich die Ergebnisse der vier neuen systematischen Übersichtsarbeiten zu gesundheitlichen Effekten nicht grundlegend von denen früherer Arbeiten zum Thema, welche die Grundlage ganz anderer Empfehlungen waren. Die entscheidenden Unterschiede sind also nicht in der Datenbasis selbst zu finden, sondern in deren Aufarbeitung und Interpretation.

Die Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeiten sind angesichts des enormen Aufwands ernüchternd: Zwar legen die Analysen eine Tendenz zu günstigen Effekten eines reduzierten Fleischkonsums auf die Gesundheit nahe. Doch diese sind absolut gesehen allesamt klein und basieren auf Evidenz, deren Vertrauenswürdigkeit wir nach dem vierstufigen GRADE-System als „niedrig“ bis „sehr niedrig“ bewertet haben.

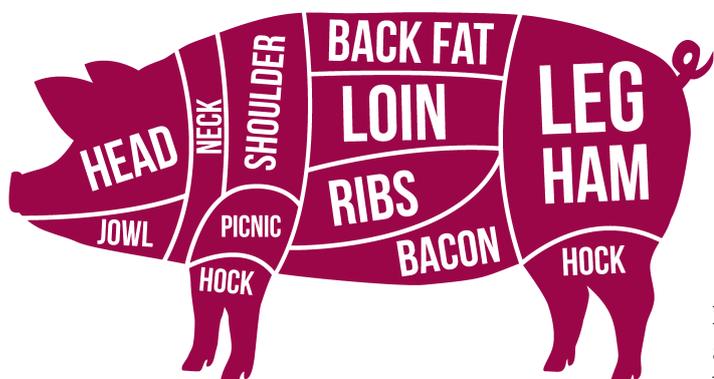
Nun könnte man wie frühere Empfehlungen zu dem Schluss kommen, dass nach dem Vorsorgeprinzip auch kleine, unsichere Risiken Grund genug sind, einen reduzierten Fleischkonsum zu empfehlen. Hier kommt die fünfte Übersichtsarbeit aus den *Annals* über Einstellungen und Präferenzen von Fleischessern ins Spiel. Sie legt nahe (allerdings ebenfalls mit niedriger bis sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse), dass Menschen, die Fleisch essen, dies mehrheitlich gerne und aus Überzeugung tun.

Dies ist die schwierige Ausgangslage, auf deren Basis das 14-köpfige NutriRECS-Panel schließlich konkrete Empfehlungen für Konsumenten ableiten sollte. Die Mitglieder des Gremiums stammen aus sieben Ländern mit hohem Einkommen (weil hier ein hoher Fleischkonsum am weitesten verbreitet ist), darunter auch drei Konsumentenvertreter. Für seine Empfehlungen folgte das Panel einem strengen und transparenten Verfahren unter Verwendung des „GRADE Evidence to Recommendation framework“ (EtD)(7). Eine Mehrheit von elf Stimmen sprach sich für die „schwache Empfehlung“ aus, dass Erwachsene ihren gegenwärtigen Fleischkonsum beibehalten können. Die Entscheidung war allerdings nicht einstimmig: Drei Panel-Mitglieder, darunter auch einer der Ko-Autoren dieses Artikels (JJM), sahen genug Argumente für eine – ebenfalls schwache – Empfehlung, den Konsum von rotem und verarbeitetem Fleisch zu reduzieren.

### **BEOBSACHTUNGSTUDIEN: STATISTISCHES RAUSCHEN ODER DAS BESTE, WAS WIR HABEN?**

Die Diskussion ums Fleisch zeigt es einmal mehr: Obwohl weitgehende Einigkeit herrscht, dass die Ernährung eine wichtige Bedeutung für ein langes, gesundes Leben hat, und obwohl viel Geld und Aufwand in Studien gesteckt wird, die diese Zusammenhänge untersuchen, bleibt es schwierig, aus den Ergebnissen eindeutige Schlussfolgerungen zu ziehen.

Das liegt in der Natur der Sache: Beim absoluten Gros der Ernährungsstudien handelt es sich um Beob-



achtungsstudien, in denen die Variable von Interesse (hier: der Fleischkonsum) kaum entwirrbar mit anderen Lebensstilfaktoren verbandelt ist. Wer weniger Fleisch isst, achtet vielleicht generell mehr auf einen gesunden Lebensstil, hat im Schnitt einen anderen Bildungs- und sozioökonomischen Standard und unterscheidet sich auch sonst in einer Vielzahl von Merkmalen. Manche Forscher gehen wegen dieser Limitationen soweit, Beobachtungsstudien generell als weitgehend wertlos zu erachten. Ihr prominentester Vertreter ist John Ioannidis von der Stanford University in Kalifornien, der der *New York Times* gegenüber kürzlich ein Ende solcher Studien forderte. Es sei extrem unwahrscheinlich, dass wir im Rauschen der irreführenden Korrelationen ein starkes Signal für den Einfluss einer bestimmten Ernährung auf die Gesundheit übersehen hätten, so Ioannidis.

Beobachtungsstudien sind allerdings meist der einzig gangbare Weg, um über lange Zeiträume (zum Teil viele Jahrzehnte) Gesundheitsdaten aus dem echten Leben (sogenannte Real World Data) von großen Probanden-Populationen zu sammeln. Ihre Ergebnisse können daher durchaus wertvoll sein, um auf mögliche Zusammenhänge hinzuweisen, man denke nur an den Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs, der zunächst als Korrelation in Patientendaten identifiziert wurde. Viele Forscher halten daher an der Beobachtungsstudie fest. Zu ihnen gehört auch Frank Hu von der Harvard Medical School: Die Ergebnisse solcher Studien zum Fleisch als Gesundheitsgefahr seien zwar problematisch, räumt Hu im selben Artikel der *New York Times* ein. Was den Studienergebnissen zu Ungunsten von Fleisch aber Glaubwürdigkeit verleihe, sei ihre Konsistenz über viele Jahre. Man dürfe daran eben nicht die gleichen strengen Evidenzstandards anlegen wie an klinische Medikamentenstudien.

Dabei gilt es allerdings zu bedenken: Konsistente Ergebnisse aus Beobachtungsstudien sind zwar besser als inkonsistente, doch sollte man stets im Hinterkopf behalten, dass solche Tendenzen auch das Ergebnis systematischer Verzerrungen (confounding) sein können.

In vielen Bereichen der Medizin stellen randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) die deutlich aussagekräftigere Alternative zu Beobachtungsstudien dar und gelten zu Recht als Goldstandard der vergleichenden Evaluation von Therapiealternativen beziehungsweise präventiven Maßnahmen. Häufig sind sie jedoch wenig praktikabel. Das gilt insbesondere auch im Ernährungsbereich. So kann man kaum eine große Zahl von Menschen nach dem Zufallsprinzip dazu verdonnern, jahrelang eine bestimmte Ernährungsweise zu befolgen, um dann nach zehn oder zwanzig Jahren zu schauen, woran sie erkranken oder sterben. Sofern die untersuchte Ernährungsweise unter dem Verdacht steht, schädlich zu sein, wird es auch aus ethischer Sicht problematisch. RCTs im Ernährungsbereich untersuchen daher häufig Ernährungseffekte nur über einen kürzeren Zeitraum hinweg, oder sie untersuchen als Intervention edukative Maßnahmen oder Trainingsprogramme.

Die Erfahrung zeigt auch, dass die anfängliche Begeisterung der Teilnehmer, sich an Ernährungs-Vorgaben zu halten, über längere Zeiträume meist stark nachlässt, was die Aussagekraft solcher Studien weiter vermindert. Eine Alternative können RCTs mit schneller beeinflussbaren Surrogat-Endpunkten wie Blutdruck oder Cholesterinspiegel sein. Doch hier bleibt oft fraglich, wie gut diese die eigentlich interessierenden Endpunkte repräsentieren. Auch die in RCTs idealerweise geforderte Verblindung von Studienleitern und -teilnehmern und der Einsatz von Placebo sind in Ernährungsstudien kaum machbar. Unter anderem aus diesen Gründen ist die Vertrauenswürdigkeit von Studienergebnissen zu Ernährungsfragen in aller Regel nur als gering bis sehr gering einzustufen – eine →



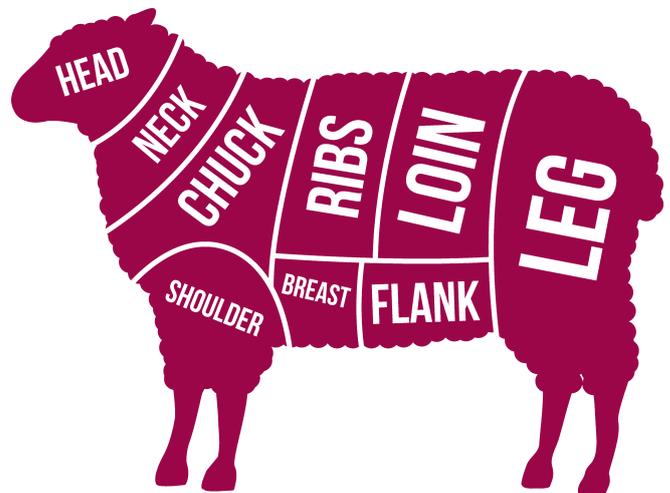
→ Bewertung, zu der das NutriRECS-Panel auch im Fall der verfügbaren RCTs und Beobachtungsstudien zum Konsum von rotem und verarbeitetem Fleisch kam.

### RELATIVE UND ABSOLUTE RISIKEN AM BEISPIEL DARMKREBS

Die Vertrauenswürdigkeit von Studienergebnissen ist das eine Problem. Das andere ist die Bewertung der Effektgröße. Nehmen wir als Beispiel den oft zitierten Zusammenhang zwischen Fleischkonsum und Darmkrebs: Die Arbeiten in den *Annals of Internal Medicine* ergaben bei einer Reduktion des Fleischkonsums um drei Portionen pro Woche – relativ gesehen – ein um rund 7 Prozent geringeres Risiko für Darmkrebs. Angenommen, dieser Wert entspräche der Realität, so bleibt zu bedenken, dass es sich hierbei um eine relative Reduzierung des Basisrisikos handelt.

Was bedeutet das in der Praxis? Dem Krebsregister des Robert-Koch-Instituts zufolge liegt das Risiko, im Laufe des Lebens an Darmkrebs zu erkranken, in Deutschland bei etwa 6 Prozent. Eine Reduzierung dieses Basisrisikos um 7 Prozent für eine fleischreduzierte Ernährung ergibt ein neues Risiko von 5,6 Prozent, im Leben an Darmkrebs zu erkranken. Oder, anschaulicher gesagt: Von 1.000 Menschen erkranken normalerweise 60 irgendwann im Laufe ihres Lebens an Darmkrebs. Für die Annahme einer Reduzierung um 7 Prozent läge diese Zahl bei einer fleischreduzierten Diät bei 56, also 4 weniger. Oder, nochmals anders gesagt: 250 Menschen müssten dauerhaft ihre Ernährung umstellen, um einen Krebsfall zu vermeiden.

Ob das nun viel oder wenig ist, kommt ganz auf die Sichtweise an. Betrachtet man den Wert aus einer Public-Health-Perspektive, erscheint die Reduktion durchaus relevant: In Deutschland erkranken laut RKI jedes Jahr rund 60.000 Menschen an Darmkrebs. Wenn sich diese Zahl durch eine flächendeckende Reduzierung des Fleischkonsums aller 80 Millionen Deutschen um sieben Prozent reduzieren ließe, so würde dies immerhin 4.200 Krebs-Kranke weniger bedeuten – pro



Jahr. Allerdings stellt das geringe Vertrauen in die Evidenzgrundlage diesen vermeintlichen Effekt in Frage. Er könnte in Wahrheit größer, aber auch noch deutlich kleiner sein – wir wissen es einfach nicht genau.

Für die aktuelle NutriRECS-Studie war diese Perspektive aber ohnehin nicht entscheidend. Sie fokussierte sich von vornherein und explizit auf die Entscheidung des individuellen Konsumenten von Fleisch. Aber reicht die ungewisse Aussicht, sein persönliches Darmkrebsrisiko von 6,0 Prozent auf 5,6 Prozent zu reduzieren, aus, um dem Durchschnittsverbraucher eine Änderung seiner Ernährungsgewohnheiten zu empfehlen? An diesem Punkt kommt die Evidenz für die subjektiven Wertvorstellungen und Präferenzen ins Spiel, das Thema des fünften Reviews in den *Annals*. Sie legt nahe, dass Fleisch für viele Omnivoren ein wichtiger Teil ihrer subjektiven Lebensqualität ist. Die Aussichten einer Ernährungsleitlinie, an dieser Gewohnheit viel zu ändern dürften eher gering sein, insbesondere wenn man die Unsicherheiten ehrlich und transparent kommuniziert.

Bleibt die Gretchenfrage, welche konkreten Handlungsempfehlungen man vor diesem Hintergrund formulieren soll. Der von dem NutriRECS-Team verwendete GRADE Evidence to Recommendations-Ansatz sieht vier mögliche Empfehlungsstufen vor, nämlich eine starke oder schwache Empfehlung für oder gegen die untersuchte Maßnahme (in diesem Fall den Verzicht auf drei Portionen Fleisch pro Woche beziehungsweise den Beibehalt der bisherigen Gewohnheiten).

Die Mehrheit des Panels sprach sich nach ausführlicher und intensiver Diskussion für die Empfehlung zur Beibehaltung des aktuellen Fleischkonsums aus. Leider wurde diese Empfehlung in den Medien teilweise (und

fälschlicherweise) so interpretiert, als hätte das NutriRECS-Team einen durchschnittlichen Fleischkonsum für aktiv gesundheitsförderlich erklärt oder sich gar dafür stark gemacht, mehr Fleisch zu essen. Tatsächlich kam das Gremium lediglich zu dem Schluss, dass Vertrauenswürdigkeit und Effektgröße der analysierten Evidenz in Anbetracht der Werte und Präferenzen der meisten Fleischesser nicht ausreichen, um eine Empfehlung für einen Fleischverzicht auszusprechen.

Drei Panel-Mitglieder, darunter auch ich (Jörg Meerpohl), konnten sich dieser Empfehlung nicht anschließen und stimmten für eine schwache Empfehlung für eine Reduktion. Meine persönlichen Gründe für diese Entscheidung sind die folgenden:

- Auch wenn es mir wichtig erscheint, die Bürger über ihre geringe individuelle Risikoreduktion aufzuklären, finde ich die vollkommene Nicht-Berücksichtigung der Public Health-Perspektive problematisch.
- Auch wenn transparent in den Artikeln beschrieben wird, dass ethische und ökologische Überlegungen keinen Eingang gefunden haben, ist ein vollständiges Loslösen einer Empfehlung von diesen Aspekten meines Erachtens nach nicht sinnvoll möglich.
- Drittens erscheint es mir auch methodisch in Anbetracht der beiden o. g. Punkte nicht unproblematisch, auf

der Basis von Evidenz mit niedriger oder sehr niedriger Vertrauenswürdigkeit gängige Empfehlungen – möglicherweise vorschnell – über den Haufen zu schmeißen.

Was kann man nun aus dieser komplexen Gemengelage für sich persönlich mit nach Hause nehmen? Gordon Guyatt von der kanadischen McMaster-Universität, Begründer des Begriffs der evidenzbasierten Medizin und Mit-Initiator der NutriRECS-Initiative und überzeugter Pescetarier (Vegetarier, die Fisch essen), formulierte es gegenüber der *New York Times* so: „Bevor ich in diese systematischen Reviews involviert wurde und mir die Evidenz genau ansah, hatte ich drei Gründe, kein Fleisch zu essen – das Tierwohl, die Umwelt und die Gesundheit. Jetzt habe ich nur noch zwei Gründe, kein Fleisch zu essen.“ ■

**Georg Rüschemeyer,**  
Science Writer bei Cochrane Deutschland

**Prof. Dr. Jörg J. Meerpohl,**  
Direktor Cochrane Deutschland sowie  
Direktor des Instituts für Evidenz in der Medizin  
am Universitätsklinikum Freiburg

#### References

- 1) Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924-6. [PMID:18436948] doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD19.
- 2) Han MA, Zeraatkar D, Guyatt GH, et al. Reduction of red and processed meat intake and cancer mortality and incidence. A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Ann Intern Med*. 1 October 2019 [Epub ahead of print]. doi:10.7326/M19-0699
- 3) Vernooij RWM, Zeraatkar D, Han MA, et al. Patterns of red and processed meat consumption and risk for cardiometabolic and cancer outcomes. A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Ann Intern Med*. 1 October 2019 [Epub ahead of print]. doi:10.7326/M19-1583
- 4) Zeraatkar D, Johnston BC, Bartoszko J, et al. Effect of lower versus higher red meat intake on cardiometabolic and cancer outcomes. A systematic review of randomized trials. *Ann Intern Med*. 1 October 2019 [Epub ahead of print]. doi:10.7326/M19-0622
- 5) Zeraatkar D, Han MA, Guyatt GH, et al. Red and processed meat consumption and risk for all-cause mortality and cardiometabolic outcomes. A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Ann Intern Med*. 1 October 2019 [Epub ahead of print]. doi:10.7326/M19-0655
- 6) Valli C, Rabassa M, Johnston BC, et al. Health-related values and preferences regarding meat consumption. A mixed-methods systematic review. *Ann Intern Med*. 1 October 2019 [Epub ahead of print]. doi:10.7326/M19-1326
- 7) Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, et al; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016;353:i2089. [PMID: 27365494] doi:10.1136/bmj.i2089



VON DR. ISOLDE DE VRIES

## Versammlung des Kreises 3

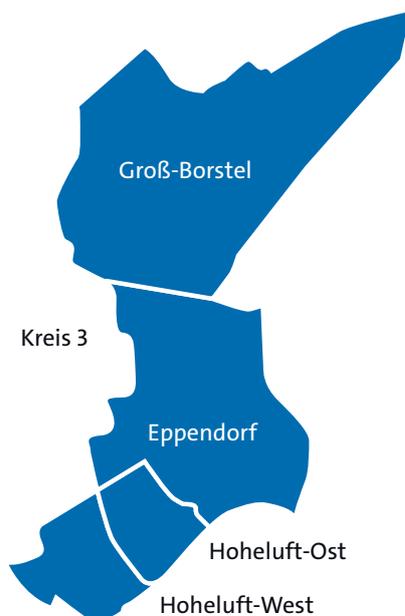
Das TSVG wird kritisch hinterfragt. Der Tenor: Mehr Arbeit für potenziell mehr Geld

Unsere Kreisversammlung am 24. Oktober 2019 begann in bewährter Tradition mit der Vorstellungsrunde. Unter den 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern befanden sich zwei neue Kollegen von Hausarztpraxen sowie ein Kollege aus der Neurochirurgie.

Da sich mit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) viele Änderungen ergeben haben, hielt Dr. Jochen Kriens, Pressesprecher der KV Hamburg, einen klar strukturierten Vortrag zu den Neuerungen und stellte die Inhalte anhand einer ausführlichen Präsentation dar.

Zunächst machte Dr. Kriens deutlich, dass wir in Hamburg angesichts von 19 Millionen Behandlungen im Jahr sehr gut arbeiten, ausgelastet sind und – gerade im Hinblick auf die Vorgabe der verlängerten Sprechzeiten – kaum mehr freie Kapazitäten haben. Zudem erläuterte er unter anderem die neuen Abrechnungsvoraussetzungen gemäß TSVG und die Vergütung nach den Bereinigungszeiträumen (siehe *KVH-Journal* 10/2019).

Auch wenn die KV bereits im Vorfeld ausführlich über das TSVG berichtet und informiert hatte, war der Input doch hilfreich und nötig, denn vielen Kolleginnen und Kollegen waren die genauen Abläufe noch nicht in jedem Detail klar. Auch herrschte generell eine eher zurückhaltende Stimmung, da mit dem neuen Gesetz ein hoher Dokumentationsaufwand verbunden ist. Ganz abgesehen davon, dass es schon vor TSVG-Zeiten



schwierig war, kompetente Arzthelferinnen und Arzthelfer zu finden, die den erhöhten bürokratischen Aufwand stemmen müssen.

Die Diskussionen waren intensiv. Konkret gab es beispielsweise die Rückfrage, wie die Bereinigung vonstattengehen wird. Auch wurde darauf hingewiesen, dass die kollegialen Kontakte durch die Terminservicestelle (TSS) unterlaufen würden. Statt der bewährten, kurzen Wege in einem funktionierenden Netzwerk drohe damit eine Effizienzminderung. Auch kam die Frage auf, ob unter dem TSVG überhaupt noch eine persönliche Arztwahl möglich sei.

Für detaillierte Informationen über die neuen Regelungen verwies Dr. Kriens auf den KV-Abrechnungs-Newsletter, für den man sich aktiv anmelden muss ([www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Abrechnung → Newsletter).

Als Fazit nahmen wir mit, dass das TSVG für uns mehr Arbeit bedeutet für potenziell mehr Geld, wobei deren Höhe durch die Bereinigung noch nicht eindeutig absehbar ist. Es blieb die kritische Haltung gegenüber der Frage, ob das Gesetz tatsächlich zu einer besseren Versorgung der Patienten führen kann. Schließlich gab uns Dr. Kriens noch mit auf den Weg: "Richten Sie Ihre Praxisorganisation noch nicht auf das TSVG aus, sondern arbeiten Sie erst mal weiter wie bisher."

Im Anschluss wurde Dr. Henrik Suttman aus dem Fachbereich Urologie als Nachfolger von Christian Aust einstimmig zum stellvertretenden Obmann des Kreises 3 gewählt. Christian Aust war bereits zum 31. Dezember 2018 in den Ruhestand gegangen – an dieser Stelle möchte ich mich für sein Engagement und die Zusammenarbeit im Rahmen der Kreisversammlungen bedanken.

Das nächste Treffen des Kreises 3 wird am 19. März 2020 beim W.E.T. in der Erikastraße 196 stattfinden. Dr. Henrik Suttman hat bereits angekündigt, dort einen Fall aus seiner Praxis vorzustellen. ■

### Dr. Isolde de Vries



Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Eppendorf und Obfrau des Kreises 3



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Stefan Schwade**  
Vorsitzender der Qualitätssicherungs-Kommission  
Arthroskopie

Name: **Dr. Stefan Schwade**  
Geburtsdatum: **4.12.1957**  
Familienstand: **verheiratet**  
Fachrichtung: **Orthopädie**  
Hobbys: **Tennis, Segeln**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Bis heute voll und ganz. Die Möglichkeit des direkten Patientenkontaktes auf der einen, das direkte Feedback, das man bei operativer Tätigkeit hat, auf der anderen Seite sind Faktoren, die diesen Beruf für mich jeden Tag spannend machen.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission?** In einer Zeit sehr kritischer Medien und zunehmend schlecht recherchierter Berichte mit dem ausschließlichen Ziel der Auflagensteigerung ist es wichtig, mit einer überprüfbaren Qualität Ergebnisse vorzuweisen, die den Sinn und die Vorteile dokumentieren, die durch diese modernen Operationsmethoden gewährleistet werden.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?** Wir brauchen dringend eine aktualisierte Gebührenordnung, sowohl im Bereich der GKV wie auch der privaten Krankenversicherungen, die den wissenschaftlichen Fortschritt mit neuen Behandlungsmethoden zu spiegeln imstande ist.

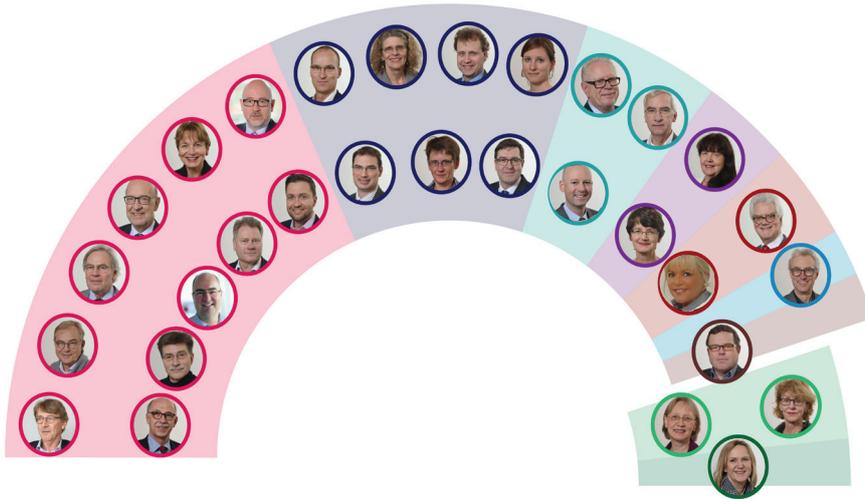
**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg?** Der Aufkauf vieler Praxen durch institutionelle Anleger und Krankenhausträger in letzter Zeit droht, die inhabergeführte Praxis zunehmend zu verdrängen, was meiner Meinung nach zu einer schlechteren, weil ausschließlich gewinnorientierten Versorgung der Patienten führen wird.

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Drei Jahre um die Welt reisen.

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

**Do. 12.12.2019 (ab 19.30 Uhr)**

Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

**JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS**

**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**

**QEP Datenschutz**

Im Seminar werden Sie mit allen relevanten organisatorischen und technischen Aspekten vertraut gemacht. Schwerpunkte sind die gesetzlichen Grundlagen, der Umgang mit Patientendaten sowie Diskretion in der Praxis. Außerdem werden Erfordernisse und Aufgaben eines Datenschutzbeauftragten besprochen.

**13 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 5.2.2020 (9.30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

**QEP-Hygiene**

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren, welche Aufgaben ein Hygienebeauftragter hat, wie sich die Praxis auf Behördenbegehungen vorbereiten kann, wie Hygiene-, Reinigungs- und Hautschutzpläne erstellt werden u.v.m.

**13 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 12.2.2020 (9.30 - 17 Uhr)**

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

**Einführungsseminar für Psychotherapeuten**

Das eineinhalb-tägige Seminar richtet sich speziell an psychotherapeutische Praxen, die ihr QM-System unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und ihrer Praxisbesonderheiten aufbauen möchten. Im Seminar wird Ihnen gezeigt, wie der QEP-Qualitätszielkatalog aufgebaut ist und wie Sie QM in Ihrem Praxistag anwenden können.

**21 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 21.2.2020 (15 - 21 Uhr) und**

**Sa. 22.2.2020 (8.30 - 16.30 Uhr)**

Gebühr: € 200 inkl. Imbiss + Getränke

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg**

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Fortbildung → Termine

**Ansprechpartnerinnen:**

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

E-Mail: [qualitaetsmanagement@kvhh.de](mailto:qualitaetsmanagement@kvhh.de)

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE  
DER ÄRZTEKAMMER**

**Konflikt-Lösungs-Kompetenz für  
Führungskräfte in Praxis und Klinik**

Für Ärzte und medizinische Fachan-  
gestellte: Konflikte regulieren, Eskala-  
tion vermeiden, Lösungen finden.

**9 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Sa. 7.12.2019 (9 - 16 Uhr)**

Gebühr: € 175

**Zi-DMP Schulung für  
Patienten mit Hypertonie/KHK**

Kursteilnahme ist eine der Voraus-  
setzungen für die Genehmigung zur  
Abrechnung von Patienten-  
schulungen.

**5 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 6.12.2019**

**15 - 17.30 Uhr (für Ärzte und  
Praxispersonal)**

**17.30 - 19 Uhr (für Praxispersonal)**

**Mi. 11.12.2019**

**9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)**

Gebühr: € 165

**Ort: Fortbildungsakademie der  
Ärztekammer / Ebene 13  
Weidestr. 122b, 22083 Hamburg**

Anmeldung:

[www.aerztekammer-hamburg.org/  
akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html) → ins  
Feld „Stichwort“ bitte Veranstaltungs-  
name eingeben

**Ansprechpartnerin:**

Bettina Rawald  
Fortbildungsakademie

Tel: 202299-306

E-Mail: [akademie@aekhh.de](mailto:akademie@aekhh.de)

**ARBEITS- UND GESUND-  
HEITSSCHUTZ**

**Grundschulung für Unternehmer**

Praxisinhaber sind für die Arbeitssi-  
cherheit und den Gesundheitsschutz  
ihrer Mitarbeiter verantwortlich.

Um den Arbeitsschutz selbst in die  
Hand nehmen zu können, muss sich  
der Praxisinhaber (oder ein von ihm  
beauftragter geeigneter Vertreter)  
schulen lassen.

BGW-zertifiziertes Seminar

**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 13.12.2019 (15 - 20 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss  
und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**

Anmeldung:

AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizin-  
sche Untersuchungsstelle;  
Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer,  
Tel: 278063-47, Fax: 278063-48  
E-Mail: [betriebsarzt@dr-bandomer.de](mailto:betriebsarzt@dr-bandomer.de)

**QUALITÄTSZIRKEL**

**Winterhuder Qualitätszirkel**

**Funktionelle Störungen in  
Hausarzt- und Facharztpraxis**  
Ein Überblick – Therapieansätze

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 12.2.2020 (18 Uhr)**

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

**Ansprechpartnerin:** Dr. Rita Trettin

E-Mail: [praxis@neurologiewinterhude.de](mailto:praxis@neurologiewinterhude.de)  
[www.neurologiewinterhude.de](http://www.neurologiewinterhude.de)

**EMPFOHLENE DATENSCHUTZ-  
JAHRESSCHULUNGEN**

**Für Praxisinhaber und Mitarbeiter**

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte  
Datenschutzbeauftragte

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 24.4.2020 (14.30 - 17 Uhr)**

**Fr. 28.8.2020 (14.30 - 17 Uhr)**

**Fr. 13.11.2020 (14.30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 49 pro Teilnehmer / € 129 pro Praxis  
(bis zu drei Teilnehmern)

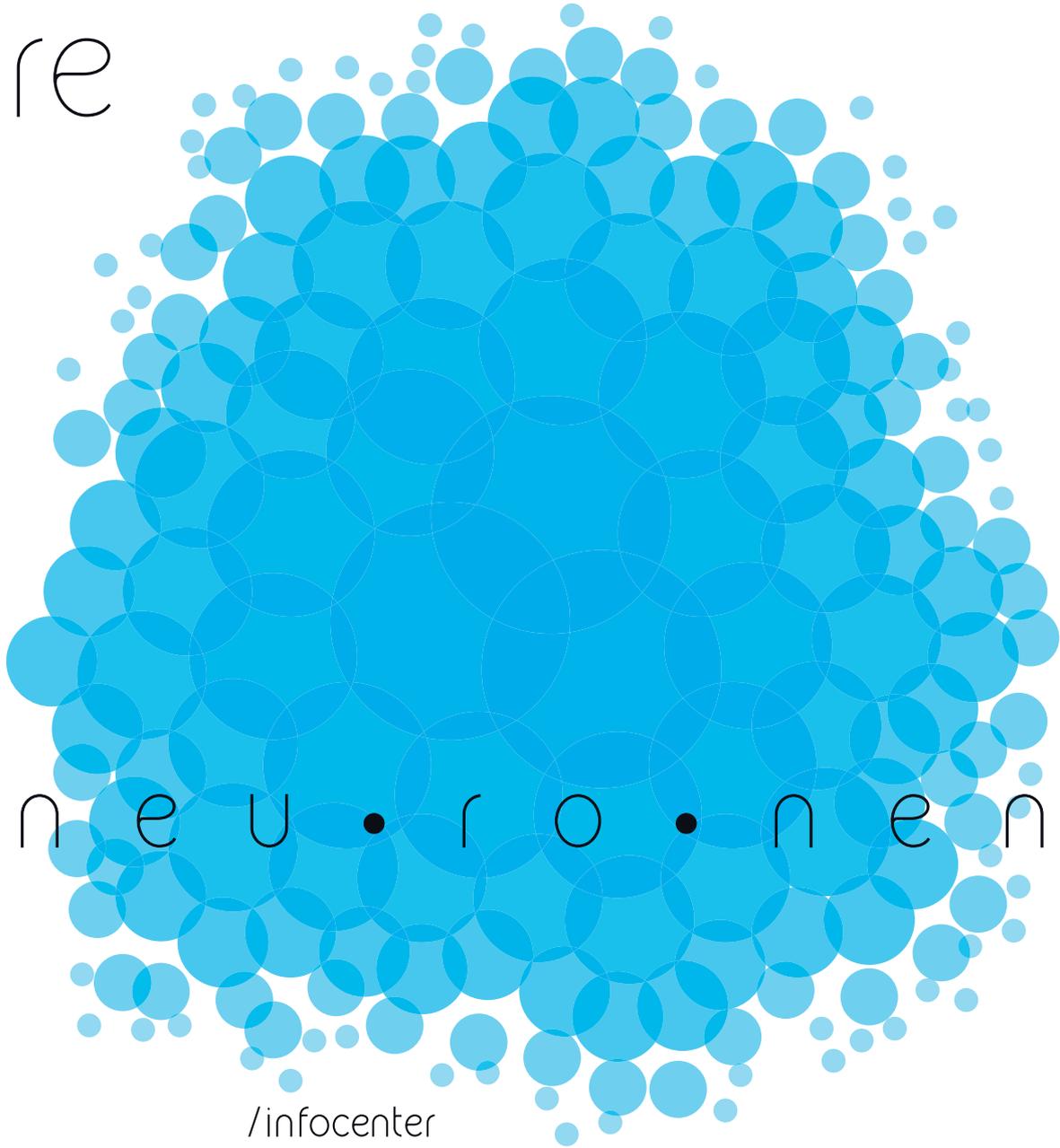
**Ort: Ärztehaus Winterhude,  
1. OG, Hudtwalckerstr. 2-8,  
22299 Hamburg**

**Ansprechpartnerin:** Dr. Rita Trettin,

E-Mail: [praxis@neurologiewinterhude.de](mailto:praxis@neurologiewinterhude.de)  
[www.neurologiewinterhude.de](http://www.neurologiewinterhude.de) oder:  
[www.datenschutz.neurologiewinterhude.de](http://www.datenschutz.neurologiewinterhude.de)

Bitte nutzen Sie ausschließlich die auf  
den Webpräsenzen veröffentlichten  
Anmeldeformulare.

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!