

KVH *journal*

DAS GUTACHTEN

*Was zählt vor Gericht bei der Frage,
ob Ärzte einen Fehler begangen haben?*



KV-VORSTAND

Walter Plassmann hört auf

VITAMIN D

Ende eines Hypes?

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 7-8/2021 (Juli/August 2021)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Hamburgs Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard hat sich des Gedöns entledigt. Mit dem westfälisch-flapsigen Ausdruck hatte der damalige Bundeskanzler Gerd Schröder 1998 kaschieren wollen, dass er den vollständigen Namen des neuen Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gerade nicht parat hatte. Also sprach er vom „Ministerium für Familie und Gedöns“, was einen veritablen Sturm der Entrüstung („Shitstorm“ gab es damals noch nicht) auslöste.

Frau Dr. Leonhard kam nach der Zuschlagung der Gesundheitsbehörde sogar auf fünf Aufgaben: Präses der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration. Das war wohl des „Gedöns“ ein wenig zu viel, und so schnurrte der Behörden-Name – weitgehend unbeachtet von der Öffentlichkeit – auf „Sozialbehörde“ zusammen. Dass diese Namensverdichtung nicht nur sprachökonomische Gründe hat, wurde deutlich, als die Senatorin in der Debatte der Bürgerschaft zum Doppeletat 2021/2022 sehr deutlich machte, dass die Sozialpolitik für sie die absolute Leitschnur ist. Gesundheitspolitik versteht die SPD-Landesvorsitzende nicht als eigenständiges Politikfeld, sondern als Teil der Sozialpolitik.

Damit werden – spätestens wenn die Pandemie abgeklungen sein wird – alte Konflikte in neuer Schärfe wieder aufflammen. Das wird von der Bedarfsplanung reichen über die Einbindung von Ärzten in soziale Projekte bis hin zur Verwendung von Mitteln aus dem Strukturfonds der KV Hamburg. In all diesen Fragen werden aus der Hamburger Straße deutlich andere Töne kommen, als wir das kannten aus Zeiten einer eigenständigen Gesundheitsbehörde.

Erste Vorboten dieser aufziehenden Auseinandersetzungen konnte ich erleben in einer hitzigen und von den Umgangsformen her inakzeptablen Sitzung des Sozialausschusses der Bezirksversammlung Bergedorf, in der zum wiederholten Mal eine Bedarfsplanung mindestens auf Bezirks-, besser noch auf Stadtteilebene gefordert wurde.

Alle sachlichen und rechtlichen Argumente gegen ein solches Vorhaben wurden einfach vom Tisch gewischt. „Sie haben in Ihren vielen Jahren an der KV-Spitze nichts dazugelernt“, schleuderte mir eine junge SPD-Abgeordnete entgegen. Sie sei froh, dass ich das Amt räumte und ein neuer Vorstand die Dinge dann anders sehen könnte.

Wenn das der Ton und der Weg der SPD-Gesundheitspolitik und der Sozialbehörde sein wird, dann wird es ungemütlich. Die KV wird die gesundheitliche Versorgung immer als eigenständiges Handlungs- und Politikfeld verstehen. Ärzte und Psychotherapeuten sind keine Sozialarbeiter und können auch prekäre Stadtteile nicht „drehen“. Da muss die Politik schon selbst ran. Ob mit oder ohne Gedöns.

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@kvvh.de



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_** Fragen und Antworten
- 17_** Urlaubszeit: Regeln für die Praxisvertretung
- 18_** BARMER-Vertrag zur ambulanten Erbringung der elektrischen Kardioversion
 Höhere Vergütung im Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der BIG direkt gesund
 Änderungen im DMP Diabetes mellitus Typ 1 ab 1. Juli 2021
 Neue DMP-Teilnahmeformulare für Versicherte seit 1. April 2021

SCHWERPUNKT

- 06_** Nachgefragt: Was können Sie zur Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen beitragen?
- 08_** Aus dem Leben von Gerichtsgutachtern: Welche Kriterien zählen bei der Frage, ob Ärzte einen Fehler begangen haben?

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.

QUALITÄT

19_ Frequenz- und Strukturprüfungen für 2021 wieder im Normalbetrieb

Aktualisierte Patientenkurzinformationen des ÄZQ

20_ Aktualisierte Neuauflage der Broschüre „Pandemieplanung in der Arztpraxis“

ARZNEI- UND HEILMITTEL

20_ Wirtschaftlicher Einsatz von Migräneantikörpern

SELBSTVERWALTUNG

25_ Steckbrief: Brigitte Uthoff-Allemeyer

28_ KV-Chef Walter Plassmann hört vorzeitig auf

29_ Versorgungsforschungstag 2021

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

22_ Vitamin D – das Ende eines Hypes?

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

AMTLICHE**VERÖFFENTLICHUNGEN**

16_ Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

26_ Zwischenruf
von Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENDER

30_ Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 7: Sandrina von Undin/Medizinischer Dienst Nord; Seite 16: Fleur Priess; Seite 28: Marco Grundt; Seite 30: Michael Zapf, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Markoagentur.de; Icons: iStockfoto



Behandlungsfehler: Was können Sie zur Klärung eines Vorwurfs beitragen?



Dr. Pedram Emami
Präsident der
Ärztekammer Hamburg

Weg der außergerichtlichen Einigung

Seit 45 Jahren bieten die Ärztekammern einen Weg der außergerichtlichen Einigung, wenn Patienten vermuten, Opfer eines ärztlichen Behandlungsfehlers geworden zu sein. Bisher war für Hamburger Patientinnen und Patienten die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover zuständig. Diese wird zum Ende des Jahres ihren Betrieb einstellen.

In Hamburg nimmt zum 1. Juli 2021 die „Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler“ ihre Arbeit auf. Sie besteht aus ehrenamtlich tätigen Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, Trägerschaften und Versorgungsbereiche sowie fachkundigen Juristinnen und Juristen. Sie sind nicht an Weisungen gebunden und

bei ihren Entscheidungen unabhängig. Mithilfe externer Gutachten klären sie, ob ein Haftungsanspruch dem Grund nach besteht. Die Teilnahme an dem Verfahren ist für beide Seiten freiwillig und für die Patienten kostenfrei. Satzung und Kostenordnung sind in der Juniausgabe des Hamburger Ärzteblattes nachzulesen und auf der Homepage der Ärztekammer (www.aerztekammer-hamburg.org) abrufbar. Für Patienten ändert sich inhaltlich nichts. Die Kontinuität ist uns wichtig, denn die Arbeit ist essenziell, wenn es darum geht, in der Ärzteschaft eine Fehlerkultur zu etablieren, die von Transparenz und Vertrauen geprägt ist. Es ist immer schlimm, wenn Patienten das Gefühl haben, Opfer eines Behandlungsfehlers geworden zu sein, und umso wichtiger, sie dabei zu unterstützen, den Sachverhalt aufzuklären.

Davon profitieren am Ende Patienten wie Ärzteschaft. Die Arbeit der Kommission ist auch ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung sowie wichtig für die Fortbildung. ■

■



Dr. Barbara Mörchen
Leiterin der Abteilung Ambulante
Versorgung des Medizinischen
Dienstes Nord

Prüfung im Auftrag der Kassen

Jedes Jahr reichen Krankenkassen für ihre Versicherten mehr als 3.000 Verdachtsfälle auf Behandlungsfehler beim Medizinischen Dienst Nord zur Prüfung ein. Meist kann bereits nach erster Sichtung

ausgeschlossen werden, dass ein Behandlungsfehler vorliegt. Übrig bleiben mehr als 800 Verdachtsfälle pro Jahr, die begutachtet werden. Bei bis zu 200 dieser Fälle – also in jedem vierten geprüften Fall – kann schließlich ein Behandlungsfehler nachgewiesen werden. Die meisten

Fehler werden in der Unfallchirurgie und bei orthopädischen Operationen festgestellt. Das Gutachten des Medizinischen Dienstes ist für die Versicherten kostenlos. Es kann Versicherte vor hohem persönlichen Aufwand und den erheblichen Kostenrisiken eines Gerichtsverfahrens bewahren, wenn das Gutachten schon vorher aufzeigt, dass sich ihre Vermutung nicht bestätigen lässt. Es kann Geschädigten aber auch dabei helfen, ihre Rechte wahrzunehmen. Wenn ein Behandlungsfehler vorliegt, kann das Gutachten für mögliche Schadenersatzforderungen oder Zivilklagen gegenüber dem Verursacher genutzt werden. Die Erfahrung zeigt, dass sich in 90 Prozent aller Fälle die Behandler und deren Haftpflichtversicherer mit den Versicherten außergerichtlich einigen und einen Vergleich anstreben. ■



Torsten Michels
Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Anhören und Schlichten

Die Beziehung zwischen Psychotherapeut*in und Patient*in ist ein besonders sensibles Verhältnis, in dem es im Behandlungsverlauf zu Missverständnissen in der

Kommunikation, zu Unzufriedenheit bezüglich der Therapie oder auch zu Behandlungsfehlern kommen kann. Die Psychotherapeutenkammer Hamburg (PTK) bietet verschiedene Möglichkeiten für Patient*innen, sich zu informieren bzw. zu beschweren. Zentrales Anliegen ist dabei, dass sich Betroffene mit ihrem Anliegen gehört und verstanden fühlen.

Patient*innen können sich zunächst (auch anonym) an die PTK wenden und über den Hintergrunddienst

der Beschwerdekommision erste Informationen, Aufklärung und Beratung erhalten, bevor eine Entscheidung über das Einreichen einer Beschwerde getroffen werden muss. Sollte der Verdacht auf einen Berufsrechtsverstoß vorliegen, berät die mit Kammermitgliedern und dem Kammer-Justiziar besetzte Beschwerdekommision darüber und legt dem Kammervorstand einen Beschlussvorschlag vor. Zur vertieften Prüfung eines Sachverhalts können Anhörungen mit Kammermitgliedern, gegen die eine Beschwerde vorliegt, den Beschwerdeführer*innen oder Sachverständigen durchgeführt werden. Wenn kein Berufsrechtsverstoß nachgewiesen werden kann, aber dennoch unaufgelöste Konflikte zwischen den Parteien bestehen, besteht die Möglichkeit eines Schlichtungsverfahrens, das auf einen Interessenausgleich angelegt ist. Dafür hat die PTK einen Schlichtungsausschuss eingerichtet. ■

VON PROF. DR. MARTIN SCHERER UND DR. HANS-OTTO WAGNER

»Das hätte er sehen müssen«

Welche Kriterien zählen bei der Frage, ob Ärzte einen Fehler begangen haben? Zwei Gerichtsgutachter schildern ihre Erfahrungen, stellen Fallbeispiele vor und leiten daraus Tipps für die Praxis ab.



Wenn Patienten glauben, Opfer eines Behandlungsfehlers geworden zu sein, stehen ihnen mehrere Wege offen: Sie können den Fall vom MDK oder von der Schlichtungsstelle der Ärztekammer prüfen lassen. Sie können Schadensersatzansprüche vor einem Zivilgericht geltend machen. Und sie können eine Körperverletzung anzeigen.

Medizinisch-wissenschaftliche Begutachtung ist eine spannende, aber nicht ganz freiwillige Arbeit: Wer sachkundig ist, kann als Gutachter verpflichtet werden – deshalb ist es für Lehrstuhlinhaber nur in Ausnahmefällen möglich, eine Zusammenarbeit mit den Gerichten

abzulehnen. Im Folgenden wollen wir einige Fälle vorstellen und daraus Tipps für die Praxis ableiten.

ERSTES FALLBEISPIEL

§ Eine 35-jährige Patientin stellt sich in der Hausarztpraxis vor. Sie klagt über Schmerzen im Brust- und Schulterbereich und Atemwegsbeschwerden. EKG unauffällig. Der Hausarzt diagnostiziert Myogelose im Schulter-Nackengebiet. Überweisung Orthopädie. Wochen später ist die Patientin mit ähnlichen Beschwerden (Brustschmerzen) in der Krankenhaus-Notaufnahme. EKG und Labor unauffällig. Diagnose Brustwand Syndrom.

Danach wieder in der Hausarztpraxis. Interkostalblockierung. Rezept Ibuprofen 600. Überweisung Orthopädie. Eine Woche später: Wegen Husten bei der Untersuchung empfiehlt der Orthopäde einen Röntgenthorax. Der wird am nächsten Tag von der Hausarztpraxis veranlasst. Diagnose Pneumonie. Antibiotikum. Laut Dokumentation empfiehlt der Hausarzt eine stationäre Aufnahme am nächsten Tag bei ausbleibender Besserung und Luftnot. Nächster Tag: Einweisung wegen Luftnot. Diagnose Perikarditis.

Die Patientin verklagte den Hausarzt auf Schadensersatz: Fehlerhafte Diagnostik habe zu anhaltender



Prof. Dr. med. Martin Scherer und Dr. med. Hans-Otto Wagner (seit 2005 und 2011 als Gerichtsgutachter tätig)

Leistungsminderung, chronischem Brustschmerz und rezidivierender Perikarditis geführt. Lag also ein Befunderhebungsfehler vor? Unserer Beurteilung nach nicht. Die Beschwerden, mit denen die Patientin die Hausarztpraxis aufgesucht hat, waren durchaus passend zu einer muskuloskeletalen Ursache. Hinweise auf eine Infektion oder eine anderweitige kardiale Ursache und insbesondere auf eine Perikarditis fehlten. Es ist nicht wahrscheinlich, dass die später diagnostizierte Perikarditis anfangs bereits feststellbar war oder überhaupt vorlag. Eine Röntgenaufnahme des Thorax oder eine Laboruntersuchung waren zunächst nicht indiziert – und wären

wohl auch nicht hilfreich gewesen. Entscheidend waren die sich entwickelnden Symptome: ausbleibende Besserung, Luftnot.

Grundsätzlich gilt: Die Ärztin oder der Arzt schuldet dem Patienten nicht in jedem Fall die objektiv richtige Diagnose – sondern die richtige Diagnostik. Die Frage, ob die Diagnostik korrekt und ausreichend durchgeführt wurde, spielt in Haftungsprozessen oftmals eine große Rolle. Normalerweise müssen die Patienten beweisen, dass ein Fehler kausal zu einem Schaden geführt hat. Doch wenn dem Arzt ein Befunderhebungsfehler nachgewiesen wird, kann sich die Beweislast umkehren: Dann muss die Ärztin

oder der Arzt nachweisen, dass der Fehler nicht kausal zu einem Schaden geführt hat. Deshalb beißen sich die Prozessbeteiligten oftmals am Thema „Befunderhebung“ fest.

Im vorliegenden Fall hätte beispielsweise strittig werden können, ob es doch schon zu Anfang Hinweise auf eine Perikarditis gab. Die Patientin hätte behaupten können, sie habe schon bei ihrem ersten Besuch über Luftnot geklagt, dies sei aber offenbar nicht dokumentiert worden. Wenn Aussage gegen Aussage steht, muss das Gericht entscheiden, welche Version es für glaubwürdiger hält.

Aus solchen Konstellationen lässt sich eine Empfehlung für den

Praxisalltag ableiten: Es ist wichtig, sauber zu dokumentieren. Wenn die Dokumentation insgesamt gewissenhaft geführt wurde, hat das Gericht keinen Grund, die Glaubwürdigkeit eines bestimmten Aspekts anzuzweifeln.

Ist die Dokumentation hingegen lückenhaft oder offensichtlich nachlässig, kann es vor Gericht zu endlosen Diskussionen kommen. Grund dafür muss nicht unbedingt böser Wille sein: Manchmal liegt die Behandlung bereits vier oder fünf Jahre zurück – und keiner der Beteiligten kann sich verlässlich daran erinnern, was wirklich geschehen ist.

Und noch ein Wort zur Dokumentation: Wenn die Ärztin oder der Arzt „red flags“ (also Warnhinweise für einen abwendbaren schweren Verlauf) dokumentiert, muss für

Der Arzt schuldet dem Patienten nicht in jedem Fall die objektiv richtige Diagnose – sondern die richtige Diagnostik.

das Gericht ersichtlich sein, welche Konsequenzen daraus gezogen wurden. Man kann also nicht einfach schreiben: Brustschmerzen, Luftnot, Ausstrahlung in den linken Arm – und fertig. Es muss nachvollziehbar sein, dass die Ärztin oder der Arzt die Gefahr erkannt hat, einen Infarktausschluss gemacht oder anderweitig reagiert hat und den Patienten nach Hause geschickt hat mit der Maßgabe, sich bei weiteren Beschwerden wieder vorzustellen.

ZWEITES FALLBEISPIEL

§ Ein 50-jähriger Patient stellt sich in der Hausarztpraxis vor. Er hat seit Jahren Rückenschmerzen, zwischenzeitlich immer wieder mit akuter Verschlimmerung. Der Patient hat gelegentlich Diclofenac und Cortison intramuskulär gluteal injiziert bekommen. Er lehnt andere Therapien ab und drängt darauf, ihm auch diesmal diese Spritzen zu verabreichen. Der Arzt gibt nach: Er injiziert vier Mal innerhalb von acht Tagen Diclofenac und Solu-Desortin intramuskulär. Es kommt am Ort der Injektion zur Abszessbildung mit anschließender invasiver Streptokokken-Infektion mit Sepsis und Multi-Organversagen. Der Patient verstirbt 14 Monate nach den Injektionen.

Die Frage an den Gutachter war: Hat der Beklagte eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen? Hat er einen Fehler begangen, der aus objektiver Sicht nicht verständlich erscheint, weil er einem Allgemeinmediziner schlechterdings nicht unterlaufen darf?

Antwort: Ja, das hat er. Es wurde eine Therapie gewählt, die seit über 20 Jahren nicht mehr dem

anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Die Therapie hat eine eindeutig negative Nutzen-Schadens-Bilanz. Leitlinien sind für einen Gutachter in Behandlungsfehler-Prozessen eine wichtige Orientierung - und für diese Therapie gibt es in der Leitlinie der DEGAM eine negative Empfehlung sowie zusätzlich Berichte in der Literatur über genau diese schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen. Darüberhinaus bestand für diese Art der Therapie keine medizinische Notwendigkeit. Aus dieser Kombination der „Fehler“ wurde ein grober Behandlungsfehler abgeleitet. Im nächsten Schritt war die Kausalität zu prüfen: Starb der Patient aufgrund des Behandlungsfehlers? Auch das traf zu. Es gab einen Abszess am Ort der Injektionen mit hämatogener Streuung. Die Verabreichung der Spritzen führte letztlich zum Tod des Patienten.

DRITTES FALLBEISPIEL

§ Dies ist ein Fall, der zunächst ähnlich aussieht: Patient mit Rückenschmerzen, die Ärztin gibt Diclo-Dexa intramuskulär. Dann aber: Überweisung an Orthopädie, dort Infiltration mit Lipotalon in den linken Oberschenkel. Vier Tage später Oberschenkel Phlegmone links, drei Wochen später stationär, Spaltung, Spülung, sekundärer Wundverschluss, Entlassung. Monate später bei der Hausärztin wieder Diclo-Dexa wegen Schmerzen bei HWS Schulter-Arm-

Syndrom. Ein Tag später Fieber Schüttelfrost, Einweisung wegen Muskel-Phlegmone, Rückenmarksinfektion im Bereich der Halswirbelsäule mit Staphylokokkus Aureus.

Auch hier die Bewertung: Die Behandlung entspricht nicht dem allgemeinärztlichen Therapiestandard. Doch gibt es einen kausalen Zusammenhang mit dem Schaden? Bei fast allen Fällen mit Sepsis nach i.m.-Injektion ist laut Literatur ein Abszess am Infektionsort deutlich nachweisbar. Das war hier offensichtlich nicht der Fall gewesen und an keiner Stelle dokumentiert. Anders als im vorherigen Fall war diesmal noch ein Orthopäde beteiligt, der ebenfalls ein Steroid injiziert hat. Und in den sehr umfangreichen Unterlagen fand sich nach akribischer Durchsicht durch den Gutachter eine vom Kläger nicht erwähnte i.v.-Opiat-Abhängigkeit: Offenbar hatte sich der Patient mit Erlaubnis eines anderen Arztes selbst Opiate i.v. gespritzt. Damit blieb die Ursache der Rückenmarksinfektion unklar. Das Gericht entschied: „Die Klage ist unbegründet. Der vom Kläger erhobene Anspruch hat keine kausale Substanz.“

VIERTES FALLBEISPIEL

§ Eine Frau, 56 Jahre alt, möchte sich vom Hausarzt eine Tätowierung im Dekolleté-Bereich entfernen lassen. Zum besten Ergebnis führt bekanntermaßen, wenn man eine Tätowierung weglassen lässt, doch die

Patientin möchte sie (aus Kostengründen) herausschneiden lassen. Der Hausarzt klärt die Patientin auf: Ich kann das machen, aber es wird nicht schön aussehen. Es folgt: 8 x 2 cm lokale Infiltrationsanästhesie,

Andere Therapien lehnt der Patient ab. Er drängt darauf, wieder Diclofenac und Cortison gespritzt zu bekommen.

ovaläre Hautexzision, Wundverschluss mit Nähten. Die Patientin wird angewiesen, Ruhe zu halten und zur Nachkontrolle zu kommen. Der erste Nachkontrolltermin wird eingehalten. Keine Auffälligkeiten. Zu den weiteren Nachkontrollterminen erscheint die Patientin nicht. Sechs Tage später eitriges Wundinfektion. Stationäre OP.

Die Patientin erhob Schadensersatzforderungen gegen den Arzt wegen des am Ende unschönen kosmetischen Ergebnisses. Die Frage an den Gutachter war: Durfte der Hausarzt diese chirurgische Behandlung durchführen? Antwort: Ja. Die Behandlung war entsprechend dem explizit – nicht zuletzt auch aus Kostengründen – so vereinbarten Standard in Ordnung. Ein Behandlungsfehler ist nicht zu erkennen.

Ebenso wie im zweiten Fallbeispiel hat sich der Arzt auch hier zu einer bestimmten Behandlung drängen lassen. Natürlich muss man auf die Wünsche der Patienten eingehen, aber die Grenze ist immer

der Facharztstandard: Eine Tätowierung „herausschneiden“ darf man, eine Diclo-/Cortison-Injektion i.m. geben bei Rückenschmerzen sollte man unterlassen. Wir lernen daraus: Über dem Willen des Patienten ste-

hen die Gebote der Professionalität, die Leitlinien und die Qualitätsstandards. Das Argument, der Patient oder die Patientin wollte das unbedingt so, zieht vor Gericht bei Fragen des Facharztstandards nicht.

FÜNFTES FALLBEISPIEL

§ Ein 54-jähriger Patient kommt in die Hausarztpraxis, um sich durchchecken zu lassen. Ein Jahr später unterzieht er sich beim Urologen einem Prostatakarzinomscreening. Es wird ein Prostatakrebs gefunden. OP, Behandlung, gute Prognose.

Der Patient verklagte seinen Hausarzt auf Schadensersatz, weil dieser das Prostatakarzinom schon früher hätte entdecken können. Die Frage an den Gutachter war: Wäre es Pflicht des Hausarztes gewesen, anlasslos (also aus präventiven Gründen) einen PSA-Test durchzuführen?

Der Gutachter erklärte vor Gericht, dass Prostatakarzinomscreening in der Hausarztpraxis nicht

indiziert ist, weil es dafür keine Evidenz gibt. Der Patient konnte das nicht nachvollziehen: „Ich bin doch der Beweis dafür, dass das Prostatakarzinomscreening nützlich ist. Es hat mich gerettet.“ Hier stand der Einzelfall gegen das Prinzip der evi-

Verdacht hat, der vorbehandelnde Kollege habe einen Fehler begangen? Besser, als sich in Anwesenheit eines Patienten über die vermutete Fehlbehandlung zu echauffieren, ist es, mit dem Kollegen zu telefonieren, um herauszufinden, wie er

Wenn Patienten spüren, dass man sich kümmert, dass man sie ernst nimmt und dass man sich gewissenhaft und verantwortungsvoll verhält, dann verzeihen sie sehr viel.

Ein Haftungsfall vor Gericht ist oftmals die Endstrecke eines zerrütteten Arzt-Patienten-Verhältnisses mit kommunikativen Störungen. Die Patienten kommen meist selbst zu den Verhandlungen und sind aufgewühlt. Sie wollen, dass ihnen Gerechtigkeit widerfährt, dass anerkannt wird, welchen Schaden und welches Leid sie erlitten haben. Natürlich geht es auch ums Geld, die Forderung nach Gerechtigkeit und nach Entschädigung hängen eng miteinander zusammen.

Am Ende kommt es manchmal gar nicht darauf an, wie die Gutachter den Fall einschätzen. Wir sind schon mehrfach an Gerichtsorte gereist, um unsere Gutachten im Prozess zu erläutern – und wurden dann gar nicht mehr gefragt. Bevor es in Anwesenheit aller Beteiligten zur streitigen Verhandlung im Gerichtssaal kam, einigten sich die Parteien moderiert durch das Gericht. ■

PROF. DR. MED. MARTIN SCHERER

Direktor des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin / Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

DR. MED. HANS-OTTO WAGNER

Arzt für Allgemeinmedizin am Institut und der Poliklinik für Allgemeinmedizin / Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Die Patienten kommen meist selbst in die Verhandlung und sind aufgewühlt. Sie wollen, dass ihnen Gerechtigkeit widerfährt.

denzbasierten Medizin, die Nutzen und Schaden in großen Kollektiven gegeneinander abwägt.

Und noch etwas wird an diesem Beispiel deutlich: die unterschiedliche Perspektive von Allgemeinmedizinern und Spezialisten. Auf die Idee, sie seien falsch behandelt worden, kommen Patientinnen und Patienten oftmals, wenn weiterbehandelnde Krankenhausärzte oder Spezialisten ihr Unverständnis über das Vorgehen des vorbehandelnden Kollegen zum Ausdruck bringen: „Wie konnte Ihr Hausarzt nur ...?“ „Warum hat er Ihnen den PSA-Test verweigert?“ „Warum hat er nicht viel früher reagiert?“ „Das hätte er sehen müssen.“ Die Allgemeinärztinnen und -ärzte haben eine Ex-ante-Sicht. Die Perspektive der weiterbehandelnden Spezialisten ist ex post. Sie blicken zurück mit dem Wissen um einen Verlauf, der nicht immer vorhersehbar war. Welches Verhalten wäre angemessen und fair, wenn man den

zu seiner Entscheidung gekommen ist. Unserer Erfahrung nach liegen die Dinge oft anders, als es zunächst den Anschein hat.

Und wie sollte man reagieren, wenn man selbst vermutet, einen Fehler begangen zu haben? Das wichtigste ist, dafür zu sorgen, dass dem Patienten kein (weiterer) Schaden entsteht. Wir raten dazu, den Patienten sachlich über die Fakten zu informieren und empathisch sein Bedauern über den Verlauf auszudrücken. Über die Fakten kann und sollte man offen sprechen, doch man sollte keinesfalls eine Einordnung im juristischen Sinne vornehmen: ob es sich um einen Behandlungsfehler handelt, ob es einen kausalen Zusammenhang zum Schaden gibt oder ob dem Patienten eine Entschädigung zusteht. Solche Einordnungen können den Versicherungsschutz gefährden. (Siehe hierzu: Jens Remmert: Richtiges Verhalten bei Behandlungsfehlern. *KVH-Journal* 12/2017, Seite 22)



Mit Sicherheit medizinisch vernetzt: kv.dox, der KIM-Dienst der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Arztbriefe, Befunde oder AU-Bescheinigungen sicher und dennoch so einfach versenden wie eine E-Mail an die Freundin oder den Freund: Mit kv.dox geht das. kv.dox ist der Dienst für Kommunikation in der Medizin (KIM), den die KBV für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bereitstellt. Mit kv.dox können Sie Dokumente innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) direkt aus Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) sicher und einfach verschicken – an die ärztliche Kollegin genauso wie an den Apotheker, das Krankenhaus, Pflegeheim oder Ihre Kassenärztliche Vereinigung. kv.dox passt zu allen Praxisverwaltungssystemen und allen E-Health-Konnektoren.

kv.dox: nur für KV-Mitglieder

6,55 €* im Monat zzgl. MwSt.

im Monat zzgl. MwSt.

Im Angebot enthalten sind:

- eine KIM-Adresse
- eine unbegrenzte Anzahl von Nachrichten
- die Bereitstellung KIM (inklusive Clientmodul)**
- der technische Support

Für die Finanzierung eines KIM-Dienstes erhält jede Praxis folgende Förderung:

- einmalig: 100 € für die Einrichtung des Dienstes
- monatlich: 7,80 € für die laufenden Betriebskosten

* plus 3,03 € Rechnungspauschale zzgl. MwSt. pro Quartal

** das KIM Clientmodul wird vom Kunden selbst installiert und betrieben

Jetzt bestellen unter
www.kvdox.kbv.de

Warum kv.dox als KIM-Dienst?



DER KIM-DIENST VON ÄRZTEN FÜR ÄRZTE:

Als Interessensvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bietet die KBV ein passgenaues Angebot.



EINE KIM-ADRESSE, EIN PREIS:

Sie zahlen 6,55 €* zzgl. MwSt. monatlich – egal, wie viele Nachrichten Sie versenden. Es fallen keine Einrichtungsgebühren an.



UNBEGRENZTE ANZAHL AN NACHRICHTEN:

Mit kv.dox können Sie so viele Nachrichten, Arztbriefe oder AU-Bescheinigungen digital versenden, wie Sie möchten.



HOHE FLEXIBILITÄT UND BESTER SERVICE:

kv.dox passt zu jedem PVS und ist monatlich kündbar. Das Serviceteam von kv.dox steht Ihnen kostenfrei zur Verfügung.

Ihr Weg zu KIM mit kv.dox

Über das Portal www.kvdox.kbv.de können Sie kv.dox ganz einfach online bestellen und installieren. So geht's:

- 1 KIM-Adresse bestellen und Registrierungscode erhalten
- 2 kv.dox-Clientmodul installieren
- 3 KIM-Mailadresse im zentralen Verzeichnisdienst registrieren
- 4 kv.dox in das Praxisverwaltungssystem einbinden lassen
- 5 Nachrichten sicher online versenden



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

IMPFPASS-NACHTRAGUNG

Ein Patient bittet mich, die Corona-Impfung, die er in einem Impfzentrum erhalten hat, in seinem Impfpass nachzutragen. Darf ich das?

Ja. Gemäß § 22 Abs. 2 Satz 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist jeder Vertragsarzt berechtigt, eine von ihm nicht selbst vorgenommene Schutzimpfung im Impfpass nachzutragen, wenn der Patient einen Impfnachweis vorlegen kann. Sie sind dazu allerdings - im Gegensatz zum Gesundheitsamt - nicht verpflichtet und können diese Leistung privatärztlich abrechnen.

NEUE IK-NUMMER

Meine Apotheke teilte mir mit, dass ich ab dem 1. Juli 2021 ein neues Institutionskennzeichen (IK) bei der Impfstoffbestellung über das Muster 16 angeben muss. Stimmt das?

Ja, die Bundesvereinigung Deutscher Apothekenverbände (ABDA) und die KBV haben sich darauf geeinigt, aus technischen Gründen als Kostenträgerkennung ein neues IK einzuführen. Geben Sie auf dem Muster 16 als Kostenträger das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit der IK-Nummer 103609999 an. Diese ist ab 1. Juli 2021 im Praxisverwaltungssystem (PVS) hinterlegt. Die neue IK-Nummer gilt nur für die Impfstoffbestellung und ist nicht mit einer Änderung des Abrechnungsprozederes verbunden.

ABRECHNUNG

Darf ich die Versichertenpauschale neben der Impfleistung abrechnen?

Sofern in demselben Behandlungsfall kurative Leistungen durchgeführt werden, ist die Versicherten- bzw. Grundpauschale neben der Impfleistung berechnungsfähig. Handelt es sich um einen GKV-Patienten, können beide Leistungen auf einem Behandlungsschein abgerechnet werden. Bei Privatversicherten erfolgt nur die Abrechnung der Impfung über das Bundesamt für Soziale Sicherung. Die Krankenbehandlung ist weiterhin privat in Rechnung zu stellen.

IMPFPORTAL

Ich bin weder an der Telematikinfrastruktur (TI) angebunden noch habe ich einen KV-SafeNet-Anschluss. Wie kann ich die Impfdokumentation über das Online Portal an das Robert-Koch-Institut (RKI) schicken?

Die von der KBV erstellte Impfdokumentation ist ausschließlich über das Sichere Netz der KVen, entweder über einen TI- oder KV-SafeNet-Anschluss, erreichbar. Derzeit gibt es keine andere Möglichkeit, die durchgeführten Impfungen zu dokumentieren.



BOOSTERIMPfung

Bei einem bereits in der Vergangenheit an COVID-19-Erkrankten wird empfohlen, nur eine Impfung durchzuführen. Wie muss ich das dokumentieren?

Bei immungesunden Personen, die eine labor-diagnostisch gesicherte SARS-CoV-2-Infektion (PCR-bestätigt) durchgemacht haben, sollte eine einmalige Impfung frühestens sechs Monate nach Genesung erwogen werden. Da die einmalige Impfung eines bereits an COVID-19 Erkrankten als Abschlussimpfung anzusehen ist, ist dies auch als Abschlussimpfung bzw. als Zweitimpfung zu melden und abzurechnen.

PRIVATPATIENTEN

Wie rechne ich eine Covid-19-Impfung bei Privatpatienten ab?

Wie auch bei den Corona-Testungen werden die privatversicherten Personen über den Kostenträger Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) abgerechnet. Es muss ein Behandlungsschein mit folgenden Angaben angelegt werden:

- VKNR 48850 (Bundesamt f. Soz. Sicherung (BAS))
- IK Nr. 100 048 850
- Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB) Sozialhilfeträger, ohne Asylstellen (SHT) (06)
- Name, Vorname, Geburtsdatum sowie Adresse der geimpften Person
- Angabe der Pseudo-GOP für die entsprechende Impfung und Angabe der Chargennummer
- Auf diesem Schein sind ausschließlich Leistungen nach Corona-Impfverordnung bzw. Corona-Testverordnung berechnungsfähig

ANTIKÖRPER

Mein Patient war an Covid-19 erkrankt und wurde damals nicht mittels PCR getestet. Kann ich ihm seine Krankheit schriftlich bestätigen, damit er als genesen gilt und nur einmal geimpft werden muss?

Nein. Ein PCR-Test ist zwingend erforderlich, da ausschließlich der PCR-Test als Nachweis gilt. Auch ein Antikörper-Nachweis reicht hier nicht aus.

IMPfBERATUNG

Darf ich die ausschließliche Impfbberatung zusammen mit einer Impfleistung abrechnen?

Dies ist nicht möglich, da die Impfbberatung bereits in der Impfleistung enthalten ist. Die Impfbberatung kann nur abgerechnet werden, wenn anschließend **keine** Impfung stattgefunden hat. Der Abrechnungsausschluss bezieht sich hierbei auf einen Krankheitsfall. Sollte sich der Patient in einem der darauffolgenden Quartale nach der ausschließlichen Beratung doch für eine Impfung bei Ihnen entscheiden, so wird die Differenz zwischen Beratung und Impfung in Höhe von 10 Euro vergütet. Diese Prüfung erfolgt automatisch. Sie können in diesen Fällen wie gewohnt die zutreffende Impfziffer in Ansatz bringen. →



SPEZIAL
**CORONA-
IMPfung**



→ **AUSLAND**

Mein Patient ist zwar aufgrund einer Vorerkrankung impfberechtigt, hat allerdings seinen festen Wohnsitz in Frankreich und ist dort auch versichert. Der Patient ist zu Besuch in Hamburg und möchte sich impfen lassen. Darf ich das?

Nein, laut Impfverordnung § 1 Abs. 1 haben Personen Anspruch auf eine Impfung, die in der Bundesrepublik Deutschland in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung versichert sind oder ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in der Bundesrepublik Deutschland haben.

SCHWANGERSCHAFT

Ich bin Frauenärztin. Meine Patientin ist schwanger und wünscht eine Coronaimpfung. Wie soll ich mich verhalten? Darf ich den Impfstoff nach STIKO überhaupt injizieren?

Die Impfung von Schwangeren wird zum jetzigen Zeitpunkt (Stand: 03. Juni 2021) von der STIKO nicht ausdrücklich empfohlen, sondern kann einzelnen Schwangeren unter definierten Umständen (mit Vorerkrankungen und einem daraus resultierenden hohen Risiko für eine schwere COVID-19-Erkrankung oder mit einem erhöhten Expositionsrisiko aufgrund ihrer Lebensumstände) nach Nutzen-Risiko-Abwägung und nach ausführlicher Aufklärung mit einem mRNA-Impfstoff ab dem 2. Trimenon angeboten werden.

HAFTUNG

Ich bin Allgemeinmedizinerin. Hafte ich als Ärztin, wenn es bei meinen Patienten unter 60 Jahren zu Nebenwirkungen durch die Impfstoffe von Johnson & Johnson und AstraZeneca kommt?

Nein, die Impfung von unter 60-Jährigen mit Johnson & Johnson und AstraZeneca ist von der aktuellen STIKO-Empfehlung gedeckt. Voraussetzung ist ein dokumentiertes Aufklärungsgespräch mit dem Arzt und die Einwilligungserklärung des Patienten. Eine entsprechende Klarstellung erfolgte mit der Änderung des § 60 IfSG rückwirkend zum 27.12.2020.

ABRECHNUNG

Gebe ich für die Indikation „Allgemein“ des Impfstoffherstellers Johnson & Johnson in der Abrechnung ein Suffix an?

Nein. Die Abrechnungsziffer 88334 wird für diese Indikation ohne Suffix angegeben und als Abschlussimpfung abgerechnet bzw. dokumentiert ■.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartner im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Christine Pöpke

Quelle: Epidemiologisches Bulletin 19/2021 (rki.de) S. 26



Ab in die Ferien

Welche Regeln gelten für die Praxis-Vertretung während des Urlaubs?

Die vertragsärztliche Tätigkeit muss grundsätzlich persönlich ausgeübt werden. Wenn Sie Urlaub machen, müssen Sie vom ersten Tag an für eine Vertretung sorgen, damit eine lückenlose Behandlung Ihrer Patienten gewährleistet ist.

Findet die Vertretung in einer anderen Praxis statt, müssen Sie dies in geeigneter Weise bekannt geben (zum Beispiel durch Hinweis auf der Website, Ansage auf dem Anrufbeantworter und Anschlag an der Praxistür). Die Vertretung muss jeweils mit der vertretenden Ärztin oder dem vertretenden Arzt abgesprochen werden.

Den ärztlichen Notfalldienst oder die Notaufnahme eines

Krankenhauses als Vertretung anzugeben, ist nicht zulässig.

Dauert die Vertretung länger als eine Woche, müssen Sie der KV unter Benennung des Vertreters eine Mitteilung machen. Bei einer internen Vertretung innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ist dies nicht verpflichtend – wir empfehlen jedoch aus Transparenzgründen, die Vertretung anzuzeigen. **Das entsprechende Formular finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Formulare → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → Vertretung**

Innerhalb von zwölf Monaten können Sie sich unterm Strich maximal drei Monate lang genehmigungsfrei vertreten lassen. Für eine über diesen Zeitraum hinausgehende Vertretung ist eine vorherige Genehmigung durch die KV erforderlich.

Die Vertretung hat in der Regel durch einen anderen (Vertrags-)Arzt zu erfolgen,

der über eine identische oder zumindest fachverwandte Zulassung verfügt. Der Vertretene ist für die Auswahl seines Vertreters verantwortlich.

Ein angestellter Arzt kann grundsätzlich unter denselben Voraussetzungen wie ein Vertragsarzt vertreten werden.

Eine Besonderheit gilt für Psychotherapeuten: Wegen der besonders engen Patienten-Therapeuten-Beziehung ist eine Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen unzulässig, wobei von diesem Grundsatz in Härtefällen abgewichen werden kann. ■



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



BARMER-Vertrag zur ambulanten Erbringung der elektrischen Kardioversion

Seit dem 1. Juli 2021 können Kardiologen aufgrund eines Vertrages der KV Hamburg mit der BARMER bei bestimmten BARMER-Versicherten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen eine elektrische Kardioversion ambulant erbringen. Die Leistung darf nur nach Genehmigung, die bei der KV Hamburg zu beantragen ist, erbracht werden. Der Vertrag sieht ferner vor, dass auch Versicherte ihre Teilnahme am Vertrag erklären müssen. ■

Vertragstext, Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte im Internet: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Recht & Verträge → Amtliche Bekanntmachungen

Höhere Vergütung im Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der BIG direkt gesund

Zum 1. Juli 2021 wurde mit der BIG direkt gesund eine dynamisch an die Entwicklung des Punktzahlvolumens und des Punktwerts der regionalen Euro-Gebührenordnung gekoppelte Vergütungsregelung vereinbart. Damit wird die Vergütung an das jeweils gültige EBM-Niveau angeglichen. Konkret bedeutet das, dass die Hautvorsorgeuntersuchung im Jahr 2021 bei BIG direkt gesund-Versicherten bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres mit 28,61 EUR (GOP 94505) vergütet wird. ■

Den vollständigen Vertragstext finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Recht & Verträge → Amtliche Bekanntmachungen

Änderungen im DMP Diabetes mellitus Typ 1 ab 1. Juli 2021

Der DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 wurde zum 1. Juli 2021 angepasst, da durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Vorgaben zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) aktualisiert wurden. Darüber hinaus konnte mit den Hamburger Krankenkassen/-verbänden die Aufnahme der Transition als neue Leistung vereinbart werden, mit der der koordinierte Übergang von der pädiatrisch-diabetologischen Versorgung des Patienten zum Erwachsenen-Diabetologen vertraglich abgebildet und vergütet wird. Die bisherige Vergütungsregelung für die Versorgung von Gestationsdiabetikerinnen wurde neu gestaltet. ■

Den vollständigen Vertragstext finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Recht & Verträge → Amtliche Bekanntmachungen

Neue DMP-Teilnahmeformulare für Versicherte seit 1. April 2021

Seit dem 1. April 2021 gibt es ein neues indikationsübergreifendes DMP-Teilnahmeformular für Versicherte. Dieses ersetzt alle bisherigen DMP-Teilnahmeformulare. Das neue Formular ist beim PAV bestellbar. Alte Formulare können noch bis Ende des Jahres aufgebraucht werden.

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900



Qualitätssicherung: Frequenz- und Struktur- prüfungen für 2021 wieder im Normalbetrieb

Für das Jahr 2021 gelten wieder die normalen Regelungen für die Frequenz- und Strukturprüfungen. Vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie hatte die KV Hamburg für das Jahr 2020 bestimmte Qualitätssicherungs-Maßnahmen ausgesetzt oder gelockert. Dies betraf vornehmlich Frequenzregelungen sowie Vorgaben zu Fortbildungsmaßnahmen, da viele Seminare oder auch andere Veranstaltungen, wie regelmäßige Konferenzen, nicht mehr als Präsenzveranstaltung stattfinden konnten.

In den vergangenen Monaten wurden immer mehr technische Voraussetzungen geschaffen, um solche Veranstaltungen „online“ durchzuführen, sodass mittlerweile wieder ein breitgefächertes Angebot an eLearning-Maßnahmen, Webinaren oder sonstigen Angeboten zur Verfügung steht.

Wie die KV Hamburg bereits am 18. Februar 2021 auf ihrer Website mitgeteilt hat, berücksichtigt die Abteilung Qualitätssicherung für das Jahr 2021 wieder die Bundesvorgaben der einzelnen Qualitätssicherungsvereinbarungen. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
E-Mail: qualitaetssicherung@kvhh.de

Aktualisierte Patienten- Kurzinformationen des ÄZQ

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat Patienten-Kurzinformationen zu verschiedenen Erkrankungen auf den neuesten Stand gebracht. Auf jeweils zwei Seiten werden in verständlicher Form die wichtigsten Fakten zu den Erkrankungen vermittelt. Die Grundlage dafür bilden Leitlinien, Patientenleitlinien sowie systematische Literaturrecherchen. Ärzte, Pflegekräfte und andere medizinische Fachleute können die Kurzinformationen kostenfrei ausdrucken, an Interessierte weitergeben oder im Wartebereich auslegen.

Folgende Kurzinformationen wurden überarbeitet:

- Essstörungen
- Marfan-Syndrom
- Nephrotisches Syndrom bei Kindern
- Nierenkrebs
- Stottern



Sie finden alle Kurzinformationen des ÄZQ alphabetisch sortiert auf der Seite der KV Hamburg: www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Presse → Publikationen → Patienteninformatio-
nen des ÄZQ



Aktualisierte Neuauflage der Broschüre „Pandemieplanung in der Arztpraxis“



Ansprechpartner:
Sabine Daub
Tel: 22802 – 659
E-Mail:
Sabine.Daub@kvhh.de

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV (CoC) hat die Broschüre „Pandemieplanung in der Arztpraxis“ überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. So wurde der Inhalt unter anderem um die Themen „Schnell- und Selbsttests“ und „Impfung“ ergänzt.

Die erste Auflage war im Oktober 2020 erschienen. Die Broschüre beschreibt übersichtlich, was zur Festlegung von geeigneten Hygienemaßnahmen und einer strukturierten Pandemie-Planung in der Arztpraxis zum Schutz der dort Tätigen sowie der Bevölkerung wichtig ist. Es wurden diverse Checklisten erstellt, die beispielsweise die

organisatorischen Maßnahmen zur zeitlichen und räumlichen Trennung der Patientenkontakte beschreiben. Mehrere Mustervorlagen wie zum Beispiel die „Ergänzung zum Hygieneplan bzgl. COVID-19“ eignen sich zur schnellen Anpassung der erforderlichen Maßnahmen an die eigene Praxis. Abgerundet werden die Checklisten und die Mustervorlagen durch Hinweise und Hintergrundinformationen. ■

Die Broschüre steht auf der Website der KV Hamburg zur Verfügung: www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Qualität → Qualitätsmanagement → Hygiene und Medizinprodukte

Wirtschaftlicher Einsatz von Migräneantikörpern

Die gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel von Krankenkassen und der KV Hamburg versendet im Juli ein Informationsschreiben an etwa 120 Hamburger Praxen, die Migräneantikörper in relevanter Menge verordnen. In dem Brief wird die aktuelle Datenlage knapp erläutert und der Einsatz der neuen Arzneimittel zur Prophylaxe der Migräne in die bisher verfügbaren Therapieoptionen eingeordnet. Die neuen Wirkstoffe sollen nur nach Versagen oder bei Unverträglichkeit anderer Arzneimittel zur Migräneprophylaxe einge-

setzt werden, da in den Studien nur diese Patienten eingeschlossen waren und außerdem Langzeitdaten zur Verträglichkeit noch fehlen. Aufgrund der hohen Kosten gegenüber der Standardtherapie werden diese neuen Präparate außerhalb dieser Empfehlung als unwirtschaftlich eingestuft. Die Einleitung und Überwachung der Behandlung soll durch in der Diagnose und Therapie von Patienten mit Migräne erfahrenen Ärzten erfolgen. ■

Sie finden den Volltext unter: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Verordnung → Arzneimittel

Wer ist die Arbeitsgruppe Arzneimittel?

Im Rahmen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2021 haben sich die Kassen und die KV Hamburg gemeinschaftlich verpflichtet, kontinuierlich die Arzneimittelverordnungsdaten zu bewerten, mit dem Ziel, Wirtschaftlichkeitspotentiale festzustellen und Maßnahmen zu deren Realisierung zu empfehlen. Schwerpunkte der Arbeitsgruppe Arzneimittel sind dabei Weiterentwicklung der Wirkstoffvereinbarung und die Umsetzung/Empfehlung von Maßnahmen zur Steigerung des wirtschaftlichen Ordnungsverhaltens.

Ansprechpartner: KV Hamburg, Abteilung Praxisberatung, E-Mail: praxisberatung@kvhh.de, Tel: 22802 -571/-572 AOK Rheinland/Hamburg, Andreas Großmann, E-Mail: andreas.grossmann@rh.aok.de, Tel: 0211 8791 -57108 DAK Gesundheit, Team Arzneimittel, E-Mail: AM_003220@dak.de, Fax: 040 33470 -903270



Amtliche Veröffentlichungen

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

Verträge:

- Vertrag zur mehrstufigen ambulanten Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen durch Kardioversion gem. § 140a SGB V (Vertrag Kardioversion) mit der BARMER ab 1. Juli 2021 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- 2. Nachtrag zum Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit der BIG direkt gesund (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- Neufassung des Vertrages über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das

Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

- Vereinbarung zwischen der Freien und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg), zur finanziellen Absicherung der Vergütungsansprüche der Vertragsärzte bei der Versorgung von Schutzsuchenden aus dem Resettlement-Verfahren nach § 23 Abs. 2/4 AufenthG
- 4. Nachtrag zum Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen der AG Vertragskoordination (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- Fortgeltung der Vereinbarung mit den Hamburger Krankenkassen /-verbänden zu DMP-Schulungen als Videosprechstunde bis 30. September 2021

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten:

- Im KVH-Journal 6/2021 wurde der 4. 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 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Vertrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 5/2021 wurde der 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2021 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

Hinweis: Austausch von Anlagen in Verträgen

- Anlage 9 zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie mit dem BKK-Landesverband NORDWEST: Die Liste wurde lediglich ‚kosmetisch‘ angepasst: Teilnahme seit 01.01.2021: vivida bkk (Rechtsnachfolge-BKK der zuvor teilnehmenden Krankenkasse „atlas BKK ahlmann“)
- Anlage 1 zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 7. Juni 2021: Die Liste wurde wie folgt aktualisiert: Ende zum 30.06.2021: BKK Achenbach Buschhütten (Fusion mit VIACTIV Krankenkasse: Rechtsnachfolge-BKK ist bereits Teilnehmer am Vertrag) Namensanpassung: BKK HMR (zuvor BKK Herford Minden Ravensberg)

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

Ansprechpartner Infocenter: Tel: 22802 – 900



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Vitamin D – das Ende eines Hypes?

Screening auf Vitamin-D-Mangel ohne Nutznachweis

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

D

Die US Preventive Services Task Force (USPSTF) hat der routinemäßigen Messung von Vitamin-D-Spiegeln (25-hydroxyvitamin D) neuerlich eine Absage erteilt (1). Die amerikanische Wissenschaftsbehörde zur Beurteilung von präventiven gesundheitlichen Maßnahmen hat die Evidenz zum Screening auf Vitamin-D-Mangel aktualisiert (2). Randomisiert-kontrollierte Studien (RCT), die gezielt den Nutzen des Screenings untersuchen, fehlen weiterhin. Andererseits konnten 46 RCT zur Supplementierung mit Vitamin D ausgewertet werden. Die Gutachter konnten keine Wirksamkeit einer Behandlung niedriger Vitamin-D-Spiegel belegen, weder auf Mortalität noch das Auftreten von Knochenbrüchen, Stürzen, Diabetes, kardiovaskulären Krankheiten, Krebs oder Depression. Die Effekte auf Infektionskrankheiten und körperliche Funktionalität bleiben ungeklärt.

Die USPSTF nennt mehrere Gründe für ihre Negativ-Empfehlung (1). So ließe sich kein Schwellenwert fest-

legen, der allgemein gültig einen Mangel an Vitamin D definieren könnte. Der Bedarf an Vitamin D wäre individuell sehr variabel. Die Messmethoden seien nicht ausreichend zuverlässig. Zudem gibt es keinen Konsens zu Zielwerten von Vitamin-D-Spiegeln, die einen optimalen Gesundheitsstatus anzeigen. Teilweise fehlen aussagekräftige Interventionsstudien zur Supplementierung. Soweit RCT vorliegen, können sie einen Nutzen der Supplementierung nicht belegen.

Die Empfehlungen beziehen sich nicht auf institutionalisierte Personen wie Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen. Auch Studien zu schwangeren Frauen wurden nicht berücksichtigt.

BEWERTUNG VON SCREENING-MASSNAHMEN

Für Screening-Untersuchungen an gesunden bzw. beschwerdefreien Menschen gelten seit 1968 definierte Kriterien der WHO und anderer Institutionen, wie sie auch zur Bewertung von Krebsfrüherkennung oder dem Neugeborenen-Screening zur Anwendung kommen (3). Screening-Maßnahmen bestehen aus dem Test bzw. dem Testverfahren, das eingesetzt wird, und den aus den Testergebnissen folgenden therapeutischen Interventionen. Wenn jedoch ein Nutzen einer Supplementierung von Vitamin D nicht nachweisbar ist, dann gibt es auch keinen Nutzen einer Messung von Vitamin-D-Spiegeln. Letztlich müsste die Wirksamkeit des gesamten Screening-Programms in kontrollierten Studien nachgewiesen werden. Die unerwünschten Nebenwirkungen und die Kosten müssen beurteilbar und vertretbar sein (3).

VITAMIN D – DIE GESCHICHTE EINES HYPES

Vitamin D spielt zweifelsohne eine wichtige Rolle bei der Calciumhomöostase und beim Knochenstoffwechsel. Es sorgt für die Aufnahme und den Einbau von Calcium in die Knochenmatrix. Vitamin D kann nur bei ausreichender Calcium-Versorgung wirksam werden. Schwere Vitamin-D-Mangel führt bei Kleinkindern zu Rachitis und im Erwachsenenalter zu Osteomalazie. Beide Krankheitsbilder sind hierzulande kaum noch zu finden.

Folglich konzentrierten sich die frühen klinischen Studien auf den Nachweis eines möglichen Nutzens einer Supplementierung von Vitamin D (mit und ohne Calcium) auf die Prävention und Behandlung von Osteoporose. Schon vor 20 Jahren wurden in den USA im Rahmen der Frauengesundheitsstudien (WHI) die ersten Ergebnisse aus RCT veröffentlicht. Die Tabelle (siehe rechts) zeigt exemplarisch die Ergebnisse einer der größten Placebo-kontrollierten RCT zur Prävention von Knochenbrüchen bei Frauen ab der Menopause. Die Ergebnisse waren enttäuschend. Statistisch signifikant waren in dieser Studie lediglich die unerwünschten Wirkungen auf Nierensteine. Die USPSTF hat 2018 von einer generellen Supplementierung mit täglich 400 IE Vitamin D und 1000 mg Calcium oder niedrigeren Dosierungen ausdrücklich abgeraten (4).

VIEL HILFT NICHT VIEL

Die Protagonisten der Vitamin-D-Supplementierung gaben sich jedoch mit den negativen Ergebnissen nicht zufrieden. Sie formulierten die These, dass es höhere Dosen an Vitamin D (und Calcium) braucht, um klinisch nachweisbare Effekte zu erzielen. Weitere großangelegte RCT wurden initiiert. Inzwischen liegen Ergebnisse vor. Sie zeigen, dass auch hochdosiertes Vitamin D keine bessere Wirksamkeit hat. Im Gegenteil: In einzelnen Studien kam es zu mehr Stürzen, Verletzungen oder Brüchen. In einer kürzlich prominent publizierten RCT führten Vitamin-D-Gaben von mehr als 1000 IE/Tag zu

TABELLE: Ergebnisse einer der größten Placebo-kontrollierten RCT zur Prävention von Knochenbrüchen bei Frauen ab der Menopause

Frauen mit ...	Calcium+Vit. D Pro 1000 Frauen über 7 Jahre	Placebo Pro 1000 Frauen über 7 Jahre
Hüftbruch	10	11
Wirbelbruch mit Beschwerden	10	11
Unterarm- oder Handgelenkbruch	31	31
irgendeinem Knochenbruch	115	119
Nierensteinen	25	21

Knochenbrüchen vorbeugen mit täglich 1000 mg Calcium plus 400 IU Vitamin D3 (WHI-Studie: 36.282 Frauen, 50 bis 79 Jahre) (N Engl J Med 2006;354:669-83)

einer Erhöhung der Sturzneigung bei älteren gebrechlichen Menschen, es gab statistisch signifikant mehr Krankenhauseinweisungen und Todesfälle (5). Auch zu extraosären Effekten sind die Studienergebnisse mit höher dosierten Vitamin-D-Gaben überwiegend negativ oder unklar.

INDIKATION WEITERHIN BEI MEDIKAMENTÖSER BEHANDLUNG VON OSTEOPOROSE

Einsatz findet Vitamin D in Kombination mit Calcium weiterhin bei der Behandlung der Osteoporose, wenn Medikamente verabreicht werden, die in den Knochenstoffwechsel eingreifen, um Hypokalzämien vorzubeugen (6).

Es lohnt sich, vor dem Einsatz von Vitamin D die aktuellen Cochrane Reviews zu sichten. Derzeit sind es etwa 20 Cochrane Reviews, die Fragestellungen zu Vitamin D analysieren.

VON FRÜHEREN VITAMINSTUDIEN GELERNT

Niedrige Vitamin-D-Spiegel werden bei einer Vielzahl von Krankheiten und chronischen Leiden gemessen. Es stellt sich die Frage nach Ursache

oder Wirkung. Ähnliche Phänomene wurden schon vor mehr als 40 Jahren zu Vitamin A und E beobachtet. Vitamin A und E wurden als antioxidative Substanzen beworben und eingesetzt. RCT hatten jedoch gezeigt, dass die Supplementierung mit Vitamin A bzw. seiner Vorstufe Beta-Carotin bei Rauchern nicht zur erhofften Abnahme von Lungenkrebs, sondern einer Zunahme von Lungenkrebs und Mortalität an Lungenkrebs führten (7,8). Auch die Versprechungen an Vitamin E als Antioxidans Krebs und Herzinfarkten vorzubeugen, haben sich in RCT nicht bestätigt.

Die Forschungen zu Vitamin A und Vitamin E können als Sternstunden der klinischen Epidemiologie gesehen werden. Man hat sich nicht mit Surrogat-Parametern (Vitamin-Spiegel, pathophysiologische Parameter), Laborexperimenten und Beobachtungsstudien zufrieden gegeben, sondern aussagekräftige RCT mit klinisch relevanten Endpunkten durchgeführt, die schließlich Klarheit schafften (7,8).

Auch die Studien zu Vitamin D haben sich an diesem methodischen Herangehen orientiert. In-

sofern sind dies positive Beispiele für medizinische Forschung. Dem gewissenhaften methodischen Vorgehen internationaler Forschergruppen steht jedoch der andauernde mediale Hype um Vitamin D gegenüber.

Die Ergebnisse der sehr umfangreichen und teuren wissenschaftlichen Arbeiten, an denen inzwischen an die Hunderttausend Menschen in RCT teilgenommen haben, sollten nun akzeptiert werden. Für das routinemäßige Checken von Vitamin-D-Spiegeln gibt es jedenfalls keine Evidenz. ■



**UNIV.-PROF. DR. MED.
INGRID MÜHLHAUSER**

Universität Hamburg
MIN Fakultät

Gesundheitswissenschaften

E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de

Tel: 040 42838 3988

Literatur:

- 1) US Preventive Services Task Force. Screening for Vitamin D Deficiency in Adults - US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021;325(14):1436-1442.
- 2) Kahwati LC, Le Blanc E, Weber RP et al. Screening for Vitamin D Deficiency in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2021 Apr 13;325(14):1443-1463.
- 3) Vorsorgeuntersuchung und Screening: ein kurzer Leitfaden. Wirksamkeit erhöhen, Nutzen maximieren und Schaden minimieren. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2020, Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 4) US Preventive Services Task Force. Vitamin D, Calcium, or Combined Supplementation for the Primary Prevention of Fractures in Community-Dwelling Adults: Recommendation Statement. JAMA. 2018 Apr 17;319(15):1592-1599.
- 5) Appel LJ, Michos ED, Mitchell CM et al. The Effects of Four Doses of Vitamin D Supplements on Falls in Older Adults: A Response-Adaptive, Randomized Clinical Trial. Ann Intern Med. 2021 Feb;174(2):145-156.
- 6) Bundesministerium für Gesundheit. Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 20. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation) Vom 16. Januar 2020. BAnz AT 08.04.2020 B1, Seite 1-9.
- 7) The Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study Group.
- 8) Omenn GS, Goodman GE, Thornquist M D et al. Effects of a combination of beta-carotene and vitamin A on lung cancer and cardiovascular disease. N Engl J Med 1996; 334: 1150-1155.





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Brigitte Uthoff-Allemeyer**
Mitglied des Beratenden Fachausschusses angestellte Ärzte
und Psychotherapeuten

Name: **Brigitte Uthoff-Allemeyer**

Geburtsdatum: **5.7.1957**

Familienstand: **verheiratet, 2 erwachsene Kinder**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Hobbys: **Wandern, Garten, Musik, Theater und Politik**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Im Rückblick auf 30 Jahre ärztliche Tätigkeit in Klinik, eigener Praxis und angestellter Praxistätigkeit habe ich meinen Beruf als sehr erfüllend erlebt. Meine hausärztliche Tätigkeit führe ich weiterhin mit Begeisterung und Neugier aus.

Das Fach Allgemeinmedizin hat sich in den vergangenen 20 Jahren zurecht zu einem spannenden und immer wichtiger werdenden Fach in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Neugierde und Interesse an berufspolitischen Themen. Als früher niedergelassene und heute angestellte Ärztin möchte ich Erfahrungen weitergeben und Gestaltungsmöglichkeiten im Interesse der Kolleginnen und Kollegen wahrnehmen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Die Freiheit des Arztberufs erhalten. Ich möchte die Integration von angestellten Kolleginnen und Kollegen in der Selbstverwaltung voranbringen und ein gutes Miteinander in der Ärzteschaft fördern.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Jüngere Kollegen und Kolleginnen zu einer Tätigkeit in eigener Niederlassung zu ermutigen. Weniger Bürokratie und eine angemessene Honorierung der hausärztlichen Versorgung.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Weiterhin physisch und mental fit zu bleiben. Die Coronavirus-Pandemie zu überwinden, dabei die Lebensfreude nicht zu verlieren und im Sommer wieder in Südtirol zu wandern. ■



App statt Arzt?

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

Was ist denn mit Ihnen los?“, fragt der Hausarzt seinen Patienten, der sich nur mal kurz eine Überweisung zum HNO Arzt abholen will, weil er Ohrenrauschen hat. „Nichts, nur ein bisschen Stress.“ Mit der Antwort gibt sich der erfahrene Kollege nicht zufrieden, zu blass und zu kaltschweißig ist der kräftig gebaute Geschäftsmann. Vor ein paar Monaten sah er noch deutlich gesünder aus. Jetzt zeichnet sich der arrhythmische Puls an den Halsgefäßen ab. Der Hausarzt veranlasst eine Blutentnahme und ein EKG. Weil dieses eine absolute Arrhythmie und eine ST-Hebung zeigt, wird

auch ohne lästige Untersuchung schnell zu dem Facharzt kommen, von dem sie annehmen, er sei der richtige. Das kann in manchen Fällen durchaus klappen, aber viel zu oft wird es kostbare Zeit kosten und zu gefährlichen Situationen führen.

Die Erfahrung des Arztes, aber auch seine körperlich sinnliche Wahrnehmung - wie Hautkolorit, Puls, aber auch der Geruch und das Verhalten des Patienten – führen Ärzte und Psychotherapeuten oft zur richtigen Diagnose. Das ist in fast allen Disziplinen so, und dieser von Wissen und Erfahrung gespeiste intuitive Erkenntnisvorgang ist

beobachten. Den Praxisinhaber kannte ich schon lange. Ich konnte mitverfolgen, wie er nach Gründung seiner Hausarztpraxis im täglichen Praxisbetrieb wuchs und sich in vielen Gebieten fortbildete. Er war ein selbstbewusster Kümmerer mit hoher Fachkompetenz, der eine zunehmende Schar von Patienten von sich begeisterte. Vor einiger Zeit verkaufte er die Praxis an zwei Kollegen, die natürlich einiges änderten, aber es dabei doch vielleicht etwas übertrieben.

Alte Patienten beklagten, dass sie nicht mehr angehört und ernstgenommen wurden, Einwände nicht diskutiert wurden. Einer fasste es so zusammen: „Ständig muss man irgendwelche Bögen ausfüllen, es geht nur noch um irgendwelche ‚Scores‘. Ich habe das Gefühl, die sehen ihre Hauptaufgabe in Verwalten, Abwiegeln und Kosten sparen.“

Ich erklärte ihm, dass das durchaus auch notwendige Aspekte des Arztberufes sind. Wir waren uns aber einig, dass der Arztberuf sich darauf nicht reduzieren lassen darf. Jedenfalls haben die meisten Patienten dieser Praxis inzwischen den Rücken gekehrt.

Die Übertreibung des Standardisierens und Schematisierens birgt daher auch eine große Gefahr für das Bild, das die Menschen von uns haben. Wollen wir als souveräne Ärzte wahrgenommen werden, oder nur als Verwalter und Abhaker? Nicht immer bin ich mit der Antwort einverstanden.

Fragebögen haben ihre Berechtigung, aber nach dem Ausfüllen geht es erst richtig los.

aus dem HNO Besuch heute nichts. Wochen später, als der Patient schon längst wieder aus der Klinik entlassen ist, steht er mit einem Blumenstrauß vor der Rezeption. Der Arzt freut sich und denkt: „Was hätte wohl eine App gemacht? Und was macht der Patient dann mit seinem Blumenstrauß?“

Wenn es nach unserem Gesundheitsminister geht, hätte der Patient erstmal eine App konsultiert und diese hätte die Überweisung nach einigen digital beantworteten Fragen bewilligt. Denn natürlich würden notorische Überweisungsabholer in kürzester Zeit lernen, die Fragen so zu beantworten, dass sie

ein sehr mächtiges Instrument.

Nicht jeder Kollege mag dieses Instrument nutzen oder sich darauf verlassen. Und in manchen Fällen dürfte ein strukturierter Fragebogen oder auch eine digitale Abfrage eine gute Ergänzung des persönlichen Arztkontakts sein. Aber nur darauf zu setzen, kann gefährlich sein, nicht nur für die Gesundheit der Patienten, sondern auch für das Arzt-Patienten-Verhältnis und letztlich auch für den wirtschaftlichen Erfolg der Praxis.

Wie das geht, konnte ich vor kurzem bei einer meiner langjährigen Zuweiserpraxen aus einer entfernten norddeutschen Stadt

Wer zum Beispiel glaubt, dass das schematische Abhaken von „Red Flags“ ausreicht, um beim Rückenschmerz gefährliche Pathologien zu identifizieren, hat nicht kapiert, worum es dabei ursprünglich ging. Listen, Schemata und Algorithmen haben ihre Berechtigung in Ergänzung zu einer ärztlichen Untersuchung, aber sie können sie nicht ersetzen. Sie helfen dem Arzt, nichts Wichtiges zu vergessen, aber nach dem Ausfüllen eines Fragebogens geht es erst richtig los. Das muss, wie in dem Anfangsbeispiel beschrieben, gar nicht lange dauern.

Bei Ärzten, die ihren Job gut machen, kulminiert ihr gesamtes, über Jahre erarbeitetes Wissen in dem kurzen Augenblick der Untersuchung. Ein Arzt, der seine Weiterbildung ernstgenommen und genutzt hat, verfügt über ein großes Hin-

tergrundwissen, und er ist deshalb in der Lage, auch intuitiv richtige Entscheidungen zu treffen.

Wenn bei diesen Entscheidungen schwere Erkrankungen erkannt oder verhindert werden, bewirkt das die Glücksgefühle und die Motivation, die die meisten Mediziner antreibt. Wenn die Ärzteschaft sich diese Kompetenzen aus der Hand nehmen ließe, würde das unsere Tätigkeit entleeren und zu einem frustrierenden Geschäft machen.

Der gebildete und aufmerksame Arzt ist das, was nahezu jeder Patient will. Niemand will, dass irgendeine Krankheit übersehen wird, weil nicht an sie gedacht wird.

Natürlich ist Häufiges häufig, aber die Spezialitäten zu kennen, ist die wesentliche Voraussetzung dafür, dass der Patient Vertrauen haben kann, wenn sein Arzt sagt: „Es ist alles in Ordnung.“

Doch leider ist die Bequemlichkeit und die fehlende Frustrationsbereitschaft beim Warten die andere Seite des Wollens vieler Patienten. Daher würden die Apps schon ihre Kunden finden. Und nicht bei jedem dürften die Maschinenkollegen falsch liegen. Aber die, die eine Fehldiagnose trifft, werden bedauern, nicht lieber einen echten Arzt aufgesucht zu haben.

Deshalb werden die Apps – anders als die Schachcomputer – auf Dauer gegen den Menschen den Kürzeren ziehen. Sie werden ein wunderbares Geschäft für die Lieblingsunternehmer des Gesundheitsministers werden, aber das Ansehen einer ärztlichen Diagnose und Therapie werden die digitalen Diagnosen und Ratschläge nicht erlangen – vorausgesetzt allerdings, dass wir Ärzte nicht selbst agieren und handeln wie eine App. ■

In dieser Rubrik drucken wir abwechselnd Texte von Dr. Matthias Soyka und Dr. Bernd Hontschik.

SCHRITT FÜR SCHRITT IN EINE **BARRIEREFREIE** PRAXIS

Wie
barrierefrei
ist Ihre Praxis?
Wir beraten Sie
kostenlos!

Rund 176.000 Menschen in Hamburg haben eine Behinderung. Können Sie diesen Menschen entgegen – Schritt für Schritt.

Mit wenig Aufwand lassen sich große Effekte erzielen.

Wir beraten Sie gern und kostenlos.

Wir machen Ihre Pluspunkte sichtbar!

Alle Infos auch auf
kvhh.de/Barrierefreiheit

KVH

BARRIEREFREI
WIR SIND DABEI

Die Beratung ist unabhängig vom Barrierefreiheitsaudit. www.kvhh.de
Landesfachstellenverein für Barrierefreiheit Hamburg



KV-Chef Walter Plassmann hört vorzeitig auf

Der Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann, hat die Vertreterversammlung am 20. Mai 2021 gebeten, seinen Dienstvertrag zum Ende des Jahres aufzulösen. Die Vertreterversammlung hat diesem Wunsch entsprochen.

Plassmann versicherte, sein Rückzug habe weder politische noch gesundheitliche Gründe. Er begründete seine Entscheidung damit, dass mit dem bevorstehenden Ende der Pandemie eine neue Zeit für die KV Hamburg anbrechen werde. Diese solle besser durch die nächste Generation gestaltet werden. Plassmann wies darauf hin, dass die KV Hamburg hervorragend aufgestellt sei und in einer Art und Weise in die gesundheitliche Versorgung der Hamburger Bürger eingebunden sei wie noch nie. Diese Stellung gelte es zu festigen und auszubauen.

Darüber hinaus stünden viele weitere Themen an, mit denen die



Zukunft gestaltet werden müsse. Beispielsweise müsse die Selbstverwaltung attraktiv gemacht werden für jüngere Ärzte und Psychotherapeuten, die häufig sehr bewusst in Angestelltenverhältnissen arbeiten würden und ein anderes Verständnis von dem Verhältnis von Beruf und Privatleben hätten als die ältere Generation.

Die Stelle eines hauptamtlichen Vorstandsmitglieds wird ausgeschrieben. Am 9. September sollen sich die vom Findungsausschuss ausgewählten Kandidaten der Vertreterversammlung vorstellen. In einer weiteren Sitzung am 20. Oktober soll der neue Vorstandsvorsitzende gewählt werden. Erst dann wird auch der konkrete Termin der Übergabe feststehen. Plassmann hat der Vertreterversammlung zugesichert, in jedem Fall bis zum Antritt der Nachfolge im Amt zu bleiben.

Mit der Ankündigung seines Rückzugs geht für Plassmann eine über 20jährige Zeit in der KV Hamburg zu Ende. Von 1999 bis Ende 2004 leitete er den Bereich „Versorgungsmanagement und Qualität“. Mitte 2004 wurde er zudem zum stellvertretenden Hauptgeschäftsführer ernannt. Dem Vorstand gehört er seit 2005 an, seit 2013 als Vorsitzender. ■

Geschichte der KV Hamburg (1919 – 2019)

Kostenlos für KV-Mitglieder

Das zweibändige Werk ist die erste Gesamtdarstellung der Geschichte der KV Hamburg von der Gründung 1919 bis in die Gegenwart. Die Autoren zeichnen die stürmischen Zwanzigerjahre, die »Gleichschaltung« unter nationalsozialistischer Herrschaft und den Wiederaufbau ab 1945 nach. In der Ära des sich entwickelnden Sozialstaats brachte die KV Hamburg eine Fülle von Reformprojekten auf den Weg – vom Ausbau des ärztlichen Notfalldienstes über die Konzeption der Praxisklinik Mümmelmannsberg bis hin zur Einrichtung von Schwerpunktpraxen.



KV-Mitglieder können die Bücher kostenlos bestellen.
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de



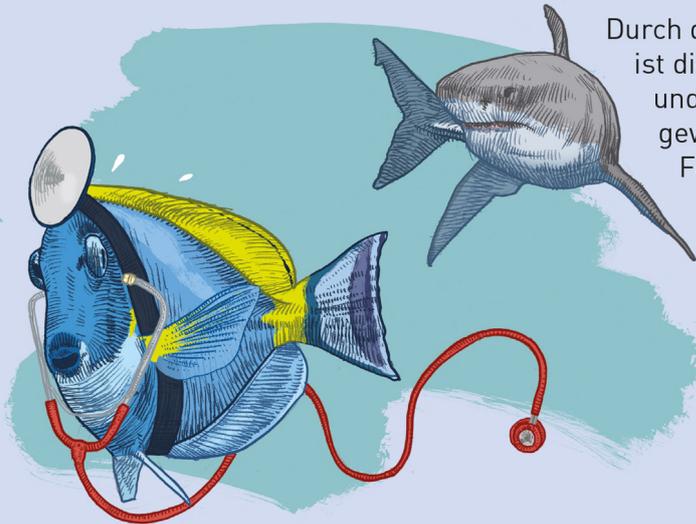


EINLADUNG

3. Hamburger Versorgungsforschungstag

1. September 2021 / Ärztehaus Hamburg
Hybrid-Veranstaltung

MVZ - Der Vertragsarzt im Haifischbecken?



Durch die Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist die vertragsärztliche Versorgung in den letzten Jahren mehr und mehr zum Spielball des globalen spekulativen Investments geworden. Große Krankenhauskonzerne und Private Equity Fonds drängen zunehmend in unser solidarisches Gesundheitssystem, das darauf weder ausgerichtet ist noch vorbereitet scheint.

Welche Auswirkungen haben diese Einflüsse systemfremder Player auf das deutsche Gesundheitswesen, auf die Versorgung der Patienten und konkret auf die Situation der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, auf Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung? Und wie kann man ihnen begegnen?

Der 3. Hamburger Versorgungsforschungstag „MVZ – Der Vertragsarzt im Haifischbecken?“ widmet sich einem der spannendsten und kontroversesten gesundheitspolitischen Themen – und beleuchtet es aus unterschiedlichen Perspektiven, mit Top-Referenten aus Wissenschaft und Praxis, Selbstverwaltung und Politik, Krankenhaus und Wirtschaft.

Melden Sie sich an!

Das Programm und die Infos zur Anmeldung finden Sie unter:

www.versorgungsforschungstag-hamburg.de

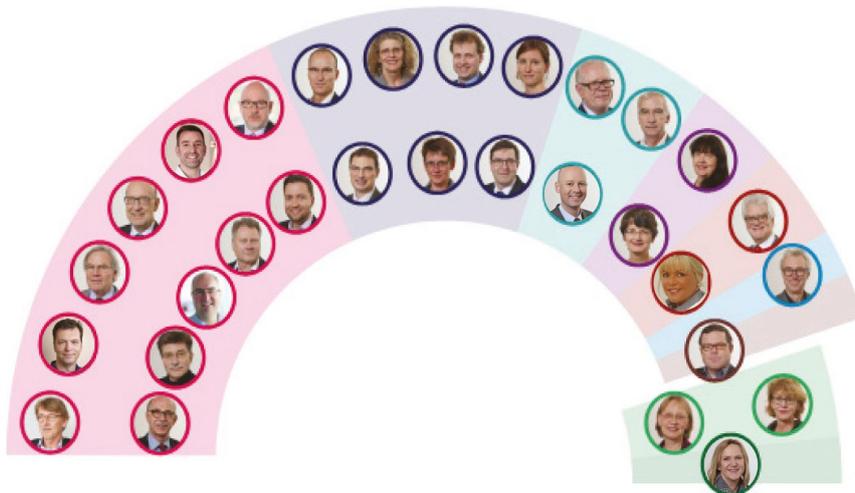
Bei Fragen schreiben Sie uns gern eine Mail an:

versorgungsforschungstag@kvhh.de.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 20. Oktober 2021 (jeweils ab 19.30 Uhr)

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



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Praxisorganisation an der Anmeldung
Mi. 11.8.2021

Hygiene
Mi. 18.8.2021

Ausbildung zum/zur Praxismanager/-in
Mo. 30.8. bis Fr. 3.9.2021

QEP Einführungsseminar
Fr. 10.9.2021

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de → Fortbildung → Termine
Oder über QR-Code



Ansprechpartnerinnen:
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858
Michael Bauer, Tel: 22802-388
Laura Goldmann, Tel: 22802-574
qualitaetsmanagement@kvhh.de

ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 2 (Winterhude)

Kreisobfrau: **Dr. Rita R. Trettin**

"Digitalisierung im medizinischen Alltag – Möglichkeiten und Grenzen"

Referentin: Caroline Roos, stellv. Vorsitzende der KV Hamburg

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 11.8.2021 (18.30 Uhr)

(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

Aktuelle Informationen zu Veranstaltungen finden Sie im Internet: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

**Medizinische
Fachangestellte:
Planen Sie Ihre
Fortbildungen für 2021!**



**Das neue Fortbildungsprogramm
für medizinische Fachangestellte ist da.**

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der zweiten Jahreshälfte 2021 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Kopfschmerz und Migräne
Neue Optionen und Erfahrungen mit modernen Behandlungsmethoden

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 22.9.2021 (18 - 21 Uhr)
(unter Einhaltung der Hygiene-Regeln)

**Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**
Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
Anmeldung bitte per E-Mail an:
praxis@neurologiewinterhude.de

**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNGEN**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 27.8.2021 (14.30 - 17 Uhr)
Fr. 19.11.2021 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:
€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis
bei bis zu drei Teilnehmern
(unter Einhaltung der Hygiene-Regeln)

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

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

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

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!

