

KVH journal



ePAPER
Lesen Sie das
**KVH-JOURNAL
DIGITAL!**

Anmeldung
[www.kvhh.net/
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

»SIE HABEN MIR NICHTS ZU SAGEN!«

*Oder doch? Wann angestellte Ärztinnen
und Ärzte weisungsgebunden sind.*



HONORARVERTEILUNG
Wie funktioniert das PLB-System?

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
Spin Bias in der Medizin

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 Mitarbeitende

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 1/2025 (Januar 2025)



www.blauer-engel.de/uz195

- ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
- emissionsarm gedruckt
- überwiegend aus Altpapier

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!



Anmeldung

ePAPER

[www.kvhh.net/
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

Der ursprünglich vorgegebene Zeitplan zur Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist in den Praxen ganz offenbar nicht zu halten. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat bekannt gegeben, dass die Praxisverwaltungssoftware-Hersteller außerhalb der Modellregionen nicht mehr verpflichtet sind, alle Praxen bis zum 15. Januar 2025 mit einem ePA-Modul auszustatten.

Damit verbunden sind zwei Nachrichten des BMG an die Praxen. Erstens: Der bundesweite Rollout der ePA soll erst stattfinden, wenn die Erfahrungen in den Modellregionen als gut bewertet werden und die PVS-Hersteller vollständig zertifiziert sind. So weit, so gut.

Zweitens: Die Sanktionen gegen Praxen, die kein ePA-Modul installiert haben, sind vorerst ausgesetzt (aber nicht grundsätzlich aufgehoben, was wir scharf kritisieren).

Das heißt: Auf Seite der Praxen gibt es keinen konkreten Termin für den bundesweiten Rollout. Die Patientinnen und Patienten werden weiterhin wie geplant ab 15. Januar sukzessive mit der ePA ausgestattet – sodass die Praxen ihnen dann möglicherweise erklären müssen: „Tut uns leid, wir können noch nicht mit der ePA arbeiten.“

Das hätte vermieden werden können, wenn der Gesamtstart der ePA verschoben worden wäre. Was für ein Kommunikationsdurcheinander – das die Praxen wieder belasten wird.

Für einen erfolgreichen Rollout der ePA, die dann für Praxen und Patientinnen und Patienten gleichermaßen funktioniert, braucht es eine breite und auskömmliche Testung sowie die Festlegung von Kriterien, die vor einem bundesweiten Rollout erreicht werden müssen. Und eine transparente und klare Kommunikation mit einem passenden zeitlichen Vorlauf.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06** _ Veranstaltung für angestellte KV-Mitglieder: Zwischen Berufsethik und Arbeitgeber-Weisung
- 07** _ Gabriela Thomsen: Berufsrechtliche Fragen
- 08** _ Katharina von der Heyde: Arbeitsrechtliche Fragen
- 09** _ Prof. Dr. Alexandra Jorzig: Haftungsrechtliche Fragen

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

- 12_** Fragen und Antworten
- 14_** Ärztliches Attest für die Schule:
Muss die Praxis eine Bescheinigung ausstellen?

HONORAR

- 15_** Honorarverteilung:
Wie funktioniert das PLB-System?

SELBSTVERWALTUNG

- 25_** Steckbrief: Dr. Cornelia Behn

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 16_** Spin Bias – der
einseitige Dreh an
Studienergebnissen

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

KOLUMNE

22_ "F2" – Kolumne von
Dr. Christine Löber

TERMINKALENDER

26_ Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.
com; Seite 3: Marco Grundt; Seite 6, 7, 8: Michael Zapf; Seite 8: Jorzig Rechtsanwälte; Seite 26:
Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia;
Seite 28: Christoph Jöns, Vernessa Himmler,
Icons: iStockphoto, VectorStock

Zwischen Berufsethik und Arbeitgeber- weisung

Angestellte KV-Mitglieder befinden sich in einem spezifischen Spannungsfeld von Rechten und Pflichten. Die Selbstverwaltung hat dazu einen **INFORMATIONSSABEND** veranstaltet.

VON TILMAN DÖRKEN



Sprecher des Beratenden Fachausschusses angestellte Ärzte und Psychotherapeuten

Hamburgs ambulante Versorgung erlebt einen Strukturwandel – und das hat auch Auswirkungen auf die Mitgliederstruktur der KV. Waren im Jahr 2008 noch unter fünf Prozent der KV-Mitglieder in einem

Anstellungsverhältnis, ist der Anteil bis heute auf 34 Prozent gestiegen. In einigen Fachbereichen machen Angestellte bereits die weit überwiegende Mehrheit aus.

Seit 2017 gibt es in der KV Hamburg einen Beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten. Er wurde gemäß GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (§ 79c SGB V) eingerichtet und ergänzt seither die drei Beratenden Fachausschüsse für hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung und Psychotherapie. Die Aufgabe der Fachausschüsse ist es, den Vorstand in Fragen, die für die betreffende Versorgungsebene von grundlegender Bedeutung sind, zu beraten.

Schwerpunkt der Diskussionen in unserem Fachausschuss ist unter anderem die Sicherstellung der ambu-

lanten Versorgung für unsere Stadt. Dabei geht es zum einen um die großen gesundheitspolitischen Zusammenhänge auf Bundes- und Landesebene, zum anderen ganz konkret um den Arbeitsalltag in den Betriebsstätten. Wichtig ist immer die Frage: Wie schützen wir – mit Rücksicht auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit – die freie ärztliche Berufsausübung und die autonome fachliche Entscheidung?

Im Herbst haben wir eine Umfrage unter den angestellten KV-Mitgliedern zu ihrer Arbeit im Spannungsfeld von Arbeitgeber, KV und Patient durchgeführt. Auf die Frage, was Ärzte und Psychotherapeuten an der Anstellung schätzen, nennen die Umfrage-Teilnehmer an erster Stelle den geringen Umfang administrativer Aufgaben. Geschätzt werden auch die festen Arbeitszeiten und das stabile Einkommen. Mit großem Abstand wichtigster Belastungsfaktor für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten ist der Personalmangel. Gegen die Selbstständigkeit in eigener Praxis sprechen der Umfrage zufolge vor allem die hohe Bürokratielast und drohende Regresse. Auf die Frage, ob sie planen, sich irgendwann in einer eigenen Praxis niederzulassen, antworten dennoch 35 Prozent der Umfrage-Teilnehmer mit „vielleicht“ und 24 Prozent mit „ja“.

Die Umfrage machte allerdings auch deutlich, dass sich ein Großteil der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten mehr Information von der KV zu den Bedingungen ihrer Arbeit als Angestellte in der ambulanten Versorgung wünscht. Hier muss die KV künftig mehr Angebote machen.

Der Beratende Fachausschuss für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten hat zusammen mit der Abteilung Politik und Öffentlichkeitsarbeit am 13. November 2024 eine Info-Veranstaltung organisiert, zu der wir als Referentinnen Gabriele Thomsen (Ärzttekammer Hamburg), Katharina von der Heyde (Marburger Bund Hamburg) und Prof. Dr. Alexandra Jorzig (Fachwältin für Medizinrecht) eingeladen haben. Auf Grundlage dieser Veranstaltung haben wir im Folgenden einige wichtige Fragen und Antworten zu Berufsrecht, Arbeitsrecht und Haftungsrecht zusammengestellt. ■

Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Vorschläge für weitere Veranstaltungen haben. Wir freuen uns auf Ihre Beteiligung! Kontakt: redaktion@kvhh.de

VON GABRIELA THOMSEN



Justitiarin der
Ärzttekammer Hamburg

Berufsrechtliche Fragen

Ist eine angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt bei seinen Entscheidungen weisungsgebunden?

Man muss unterscheiden zwischen den organisatorisch-wirtschaftlichen Angelegenheiten einerseits und den fachlich-ärztlichen Angelegenheiten andererseits. In der konkreten Behandlungssituation entscheidet der angestellte Arzt völlig frei und eigenverantwortlich. Das lässt sich aus der Berufsordnung und der Bundesärzterordnung herleiten. Demnach ist der ärztliche Beruf seiner Natur nach ein freier Beruf. Hört man den Begriff „freier Beruf“, denkt man vielleicht an eine selbstständige Tätigkeit. Doch auch in Anstellung üben Ärztinnen und Ärzte einen „freien Beruf“ aus. Das bedeutet unter anderem, dass sie hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen frei sind und keine Weisungen von nichtärztlichen Personen entgegennehmen dürfen. Fachfremde und vor allem wirtschaftliche Erwägungen sollen die therapeutische Entscheidung nicht beeinflussen.

Darf ein ärztlicher Vorgesetzter einem angestellten Arzt fachliche Weisungen erteilen?

Nein. Auch ein ärztlicher Vorgesetzter darf sich nicht in eine Behandlungssituation einmischen und dem angestellten Arzt beispielsweise die Weisung erteilen, eine Therapie zu ändern. Das ist unzulässig. Allerdings ist es immer möglich, in eine fachliche Diskussion einzutreten. Dafür sollte der angestellte Arzt selbstverständlich

offen sein. Der ärztliche Vorgesetzte kann also einen Vorschlag machen – doch wenn der angestellte Arzt zu der Überzeugung gelangt, dass der Vorschlag ungeeignet ist, muss er ihn zurückweisen.

Nehmen wir an, ein Praxischef oder MVZ-Leiter verlangt von seinen angestellten Ärzten, möglichst viele IGe-Leistungen zu erbringen. Müssen die angestellten Ärzte eine solche Anweisung befolgen?

Nein. Die angestellten Ärzte entscheiden selbst, ob sie ihren Patienten solche Leistungen anbieten. Sie dürfen sich in ihrer fachlichen Entscheidung nicht beeinflussen lassen – schon gar nicht, wenn es um wirtschaftliche Interessen geht.

Gilt der Schutz der Therapiefreiheit auch für Ärzte in Weiterbildung?

Das ist eine Ausnahmesituation. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sind in Bezug auf ein bestimmtes Fachgebiet noch Lernende. Ihre Arbeit findet unter Anleitung statt. In dieser Konstellation ist der ärztliche Vorgesetzte weisungsbefugt.

In wieweit sind die angestellten Ärzte einer Praxis weisungsgebunden, wenn es um organisatorische oder wirtschaftliche Fragen geht?

In Angelegenheiten, die sich eindeutig dem organisatorisch-wirtschaftlichen Bereich zuordnen lassen, sind angestellte Ärzte weisungsgebunden. Die Praxisleitung ist beispielsweise berechtigt, den angestellten Ärzten Aufgaben zuzuweisen und Zuständigkeiten festzulegen. Die Weisungsbefugnis der Praxisleitung betrifft auch den Ort der Leistungserbringung oder die Arbeitszeiten: Wann beginnt die Arbeit, wann endet sie? Wann kann Urlaub genommen werden? Die Abgrenzung zwischen fachlich-medizinischen und organisatorisch-wirtschaftlichen Angelegenheiten ist aber nicht immer eindeutig. Wenn es beispielsweise um die Frage geht, mit welchem Material und mit welchen Geräten die Ärztinnen und Ärzte arbeiten oder welches Labor beauftragt wird, können sowohl fachlich-medizinische als auch organisatorisch-wirtschaftliche Aspekte berührt sein. Das kann zu Konflikten führen.

Oftmals werden Patienten von mehreren Ärzten einer Praxis behandelt. Gilt die ärztliche Schweigepflicht auch im Verhältnis von Ärzten untereinander?

Wenn Sie mit einer Kollegin oder einem Kollegen über einen Patienten sprechen, ist das nur zulässig, soweit dies der Behandlung dient. Ist der Austausch im Interesse des Patienten, kann man von einem stillschweigenden Einverständnis ausgehen. Ist der Austausch nicht im Interesse des Patienten, gilt die Schweigepflicht auch im Verhältnis von Ärzten untereinander. Es gibt aber gesetzlich festgelgte Ausnahmen – beispielsweise die Informationsweitergabe zum Zwecke der Abrechnung.

Weitere Hinweise und Empfehlungen zu Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung:
www.kbv.de/html/datensicherheit.php ■

VON KATHARINA VON DER HEYDE



Rechtsanwältin (Syndikusrechtsanwältin), Fachanwältin für Arbeitsrecht, Geschäftsführerin des Marburger Bund Landesverband Hamburg

Arbeitsrechtliche Fragen

Gibt es im ambulanten Bereich eine Tarifbindung für angestellte Ärztinnen und Ärzte?

Nein. Das ist ein elementarer Unterschied zur Anstellung im Krankenhaus. Im ambulanten Bereich gibt es für angestellte Ärztinnen und Ärzte keine Tarifbindung. Und das bedeutet: Die Arbeitsverträge werden frei ausgehandelt.

Woran kann ich mich bei Gehaltsverhandlungen orientieren?

Der Marburger Bund hält eine Orientierung am Oberarztgehalt für angemessen. Wichtig ist, dass Ihr Arbeitsvertrag eine Regelung für Gehaltsanpassungen enthält – indem Sie beispielsweise vereinbaren, dass jährliche Gehaltsgespräche stattfinden oder dass tarifliche Erhöhungen direkt auf Ihr Gehalt angewendet werden.

Bin ich verpflichtet, Überstunden zu leisten?

Wenn Sie sich im Arbeitsvertrag dazu verpflichtet haben, Überstunden zu leisten, darf der Arbeitgeber Überstunden anordnen. Wenn Sie im Arbeitsvertrag keine feste, sondern eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit vereinbart haben, darf der Arbeitgeber Überstunden anordnen. Und im Notfall darf der Arbeitgeber Überstunden anordnen. Liegen diese drei Fälle nicht vor, sind Sie grundsätzlich nicht dazu verpflichtet, Überstunden zu leisten. Natürlich können Sie mit Ihrem Arbeitgeber dennoch darüber sprechen, ob und unter welchen Voraussetzungen Sie bereit sind, Überstunden zu leisten.

Nehmen wir an, ich muss Überstunden leisten. Steht mir dafür eine separate Vergütung zu?

Eine Vergütung für die Leistung von Überstunden steht Ihnen zu, wenn dies vertraglich vereinbart ist – sonst nicht. Das ist ein sehr wichtiger Punkt, den man bei Arbeitsvertragsverhandlungen berücksichtigen muss. Alternativ zur Bezahlung der Überstunden können Sie einen Freizeitausgleich vereinbaren.

Habe ich als Angestellter im ambulanten Bereich einen gesetzlichen Kündigungsschutz?

Der gesetzliche Kündigungsschutz besteht für Praxen und MVZ, in denen regelmäßig mehr als zehn Vollzeitkräfte arbeiten. Dabei werden Ärzte, Medizinische Fachangestellte und alle anderen Berufsgruppen mitgezählt. Wenn Sie in einer kleineren Versorgungseinheit arbeiten, können Sie den Kündigungsschutz arbeitsvertraglich vereinbaren – sofern das für den Arbeitgeber eine tragbare Option ist.

Welche Regelungen zum Versicherungsschutz sollten im Arbeitsvertrag enthalten sein?

Aus der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers lässt sich dessen Pflicht ableiten, eine Haftpflichtversicherung für seine angestellten Ärzte abzuschließen. Sie sollten sich allerdings nicht blindlings darauf verlassen, dass der Arbeitgeber dieser Pflicht nachkommt. Deshalb sollten Sie im Arbeitsvertrag ein Einsichtsrecht vereinbaren, um selbst prüfen zu können, dass ein Versicherungsschutz besteht und wie hoch die Deckungssumme ist. Sinnvoll ist auch eine Hinweispflicht des Arbeitgebers für den Fall, dass der Versicherungsschutz geändert wird. Zudem empfehlen wir, eine Freistellung durch den Arbeitgeber von Ansprüchen Dritter und von Regressansprüchen zu vereinbaren. ■

VON PROF. DR. ALEXANDRA JORZIG



Niedergelassene
Fachanwältin für
Medizinrecht,
Professorin für Gesund-
heitsrecht an der IB
Hochschule für
Gesundheit und Sozia-
les in Berlin

Haftungsrechtliche Fragen

Wer haftet, wenn ein angestellter Arzt einen Fehler begeht?

In erster Linie haftet grundsätzlich der Arbeitgeber – denn der Patient hat den Behandlungsvertrag nicht mit dem Angestellten, sondern mit der Praxis oder dem MVZ abgeschlossen. Daneben gibt es auch eine deliktische Haftung. Hierüber kann der Arbeitneh-

mer auch neben dem Arbeitgeber haften. Ob es im Innenverhältnis zwischen Arbeitgeber und angestelltem Arzt dann zu einem Schadensausgleich kommt, ob der Arbeitgeber sich also Geld vom angestellten Arzt zurückholen kann, hängt von der Schwere des Verschuldens ab. Hat der angestellte Arzt leicht fahrlässig gehandelt, kann er nicht in Haftung genommen werden. Bei mittlerer Fahrlässigkeit wird er einen Teil der Schadenssumme zahlen müssen. Bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz haftet der angestellte Arzt in vollem Umfang. Die Beweislast liegt beim Arbeitgeber.

Muss ich als angestellte Ärztin eine Haftpflichtversicherung abschließen?

Grundsätzlich gilt: Ärztinnen und Ärzte müssen sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit versichern. So steht es in der Berufsordnung. In der Regel sind angestellte Ärzte aber über den Arbeitgeber mitversichert – dann entfällt die Pflicht, eine eigene Versicherung abzuschließen.

Ist es sinnvoll, eine über den Versicherungsschutz durch den Arbeitgeber hinausgehende eigene Versicherung abzuschließen?

Es kommt immer wieder vor, dass die Versicherung des Arbeitgebers aus irgendeinem Grund ausfällt oder dass die Deckungssumme nicht groß genug ist. Deshalb sollte man als angestellter Arzt zusätzlich eine subsidiäre Haftpflichtversicherung abschließen. Die Beiträge sind ziemlich günstig, denn die subsidiäre Versicherung springt nur ein, wenn die Versicherung des Arbeitgebers nicht zahlt. Ich empfehle dringend, sich vor Unterzeichnung des Arbeitsvertrages genau anzusehen, wie umfangreich die Haftpflichtversicherung des Arbeitgebers ist. Welche Versicherungssumme ist abgedeckt? Sind neben den dienstlichen auch freiberufliche, konsiliarärztliche Tätigkeiten oder Praxisvertretungen versichert? Unabdingbar ist, einen Versicherungsschutz für Strafverfahren zu haben. Falls dieser nicht in der Versicherung des Arbeitgebers enthalten ist, sollte man sich unbedingt selbst absichern.

Nehmen wir an, ich habe einen Schaden verursacht und erhalte Post vom Anwalt eines Patienten. Wie gehe ich vor? Wende ich mich zunächst an den Arbeitgeber?

Ja. Der angestellte Arzt gibt den Vorgang unverzüglich an den Arbeitgeber weiter – denn dessen Versicherung ist in erster Linie zuständig. Entscheidend ist, dass die Meldung über den Schadensfall innerhalb von einer Woche bei der Versicherung eingeht. Wenn der Brief liegenbleibt, weil die zuständige Praxis-Mitarbeiterin am nächsten Tag krank wird und für sechs Wochen ausfällt, wird die Versicherung sagen: „Leider zu spät. Sie haben die Obliegenheit verletzt, wir zahlen nicht.“ Deshalb sollte der angestellte Arzt die Angelegenheit weiter im Blick behalten und sicherstellen, dass der Vorgang tatsächlich an die Versicherung des Arbeitgebers weitergeleitet wird. Daneben muss der angestellte Arzt unverzüglich seine subsidiäre Versicherung ansprechen mit dem Hinweis: „Wahrscheinlich ist die Versicherung meines Arbeitgebers zuständig. Ich möchte den Fall aber sicherheitshalber aber auch Ihnen melden.“ Das ist notwendig, damit die subsidiäre Versicherung einspringt, falls die Versicherung des Arbeitgebers aus irgendeinem Grund nicht zahlt.

Ist es ratsam, nach einem Schadensfall mit dem betroffenen Patienten zu sprechen?

Unter Ärztinnen und Ärzten ist die Ansicht verbreitet, dass man über einen Schadensfall nicht sprechen sollte. Richtig ist: Man darf sprechen, man darf auch mit dem Patienten sprechen. Man darf aber kein Anerkenntnis abgeben. Das heißt, man darf nicht sagen: „Ja, ich habe einen Fehler begangen und übernehme die Kosten.“ Der Fall ist nämlich möglicherweise juristisch anders zu bewerten, als es den Anschein hat. Mit dem Patienten sprechen und Bedauern zum Ausdruck bringen, ist durchaus möglich und wäre sogar zu empfehlen. Meine Erfahrung ist: Wenn eine gute, einfühlsame Kommunikation mit dem Patienten stattgefunden hat, kommt es selten zu einem Haftungsprozess. ■



Zwischen ambulant und stationär:
**Wie erhalten wir eine bedarfsgerechte
Versorgung in Hamburg?**

Diskussion mit Hamburger Bürgerschaftsparteien

22.01.2025, 18-21 Uhr
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

John Afful (KV Hamburg), **Dr. Pedram Emami** (Ärztekammer Hamburg) und **Dipl.-Psych. Heike Peper** (Psychotherapeutenkammer Hamburg) diskutieren mit den gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprechern **Deniz Çelik**, (DIE LINKE), **Stephan Gamm** (CDU), **Claudia Loss** (SPD) und **Dr. Gudrun Schitteck** (GRÜNE) plus N.N. (FDP) angefragt

- + **Wissenschaftlicher Impuls-Vortrag**
- + **Impuls-Vortrag Nicole Wortmann** (apoBank)

Anmeldung unter:
www.kvhh.de



Wir freuen uns auf Sie!

Eine Veranstaltung von:

ÄRZTEKAMMER
HAMBURG 

 **apoBank**
Bank der Gesundheit

 **Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg**

 **Psychotherapeutenkammer
HAMBURG**



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Mitgliederservice-Team gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. **Mitgliederservice, Tel: 040 / 22802-802**

FORMULARE

Für meine Notdienst-Tätigkeit und für die Praxis benötige ich hin und wieder Todesbescheinigungen. Wo kann ich diese bestellen?

In Hamburg können die Todesbescheinigungen über den herkömmlichen Bezugsweg für Formulare, beim Paul-Albrechts-Verlag (PAV) bestellt werden. Insbesondere in hamburgischen Randbereichen tätige Ärztinnen und Ärzte benötigen bei einer Leichenschau außerhalb der Stadtgrenzen die dort gültigen Todesbescheinigungen. Für Schleswig-Holstein können geringe Formularmengen per E-Mail (formular@kvsh.de) über die KV Schleswig-Holstein bezogen werden. Für Niedersachsen können die Bescheinigungen auch über den PAV bestellt werden, jedoch nicht kostenfrei. Achten Sie hier bitte auf das gesonderte Bestellformular für Niedersachsen.

PSYCHOTHERAPIE

Wie viele Therapiestunden können pro Woche in der Richtlinien-Psychotherapie durchgeführt werden?

Es können pro Woche maximal drei Behandlungsstunden in der Einzeltherapie (à 50 Minuten) durchgeführt werden. Eine höhere Frequenz ist nur im Ausnahmefall zulässig und muss in der Regel bei Antragsstellung begründet werden.

eREZEPT

Welche Verordnungen werden weiterhin auf Muster 16 ausgestellt?

Folgende Verordnungen werden weiterhin auf dem Rezept in Papierform ausgestellt:

- Verbandmittel und Teststreifen (sonstige nach § 31 SGB V einbezogenen Produkte)
- Hilfsmittel
- Sprechstundenbedarf
- Blutprodukte, die von pharmazeutischen Unternehmen oder Großhändlern gemäß § 47 AMG direkt an Ärzte abgegeben werden
- Digitale Gesundheitsanwendungen
- enterale Ernährung
- Verordnungen zulasten sonstiger Kostenträger wie z. B. Sozialhilfe, Bundespolizei, Bundeswehr
- Verordnungen für im Ausland lebende Krankenversicherte

TERMINSERVICESTELLE

Ich würde meinem Patienten gern eine Überweisung mit einem Vermittlungscode ausstellen. Die Codes sind allerdings schon über ein Jahr alt. Kann ich diese überhaupt noch verwenden?

Ja. Die Vermittlungscodes verlieren ihre Gültigkeit nicht. Selbst, wenn Sie diese über Jahre nicht verbraucht haben, können Sie die Vermittlungscodes bedenkenlos verwenden. Ungültig wird ein Code nur dann, wenn dieser der Terminservicestelle mitgeteilt wurde, es aber zu keiner Terminbuchung durch den Patienten gekommen ist. Nach solch einer „Aktivierung“ ist der Code nur für die darauffolgenden sieben Tage gültig.

OFFENE SPRECHSTUNDE

Welche Fachgruppen müssen offene Sprechstunden anbieten?

Seit dem 1. September 2019 sind grundversorgende Fachärzte verpflichtet, mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde (ohne vorherige Terminabsprache) anzubieten. Konkret betrifft das folgende Fachgruppen:

- Augenärzte
- Chirurgen
- Gynäkologen
- HNO
- Dermatologen
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Nervenärzte
- Neurologen
- Neurochirurgen
- Orthopäden
- Psychiater
- Urologen

HEILMITTEL

Ich bin Hausarzt. Ein fachärztlicher Kollege bittet mich, für einen gemeinsamen Patienten eine Folgeverordnung für Krankengymnastik auszustellen, da er fürchtet, sein Budget zu überschreiten. Wie verhalte ich mich?

Es gibt seit langem keine Heilmittelbudgets mehr. Die letzten Prüfungen wurden bei einer deutlichen Überschreitung der Durchschnittswerte einer Fachgruppe durchgeführt. Heilmittelprüfungen können vermieden werden, wenn beim Verordnen überlegt wird, welche Heilmittel wie häufig verordnet werden müssen, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Nach der Heilmittel-Richtlinie soll außerdem geprüft werden, ob das Ziel mit anderen Maßnahmen, wie z. B. Eigenübungen, Hilfs- oder Arzneimittel genauso gut und kostengünstiger erreicht werden kann.

Grundsätzlich besteht kein Grund, eine als medizinisch sinnvoll erachtete Verordnung nicht auszustellen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Ulrike Hinz, Anna Spohn, Petra Timmann, Robin Schmidt und Adnana Cabric



Ärztliches Attest für die Schule

Muss die Praxis eine Bescheinigung ausstellen?

Praxen werden zunehmend gebeten, ärztliche Atteste für Schülerinnen und Schüler auszustellen, die dem Unterricht fernbleiben. Dies bedeutet zusätzliche Arbeit für Praxen, die möglicherweise ohnehin schon stark ausgelastet sind. Wie können Ärztinnen und Ärzte mit solchen Anfragen umgehen?

Grundsätzlich liegt es in der Verantwortung der Eltern, minderjährige Kinder für die Schule zu entschuldigen.

Volljährige Schülerinnen und Schüler können dies selbst tun. Nur in Ausnahmefällen kann die Schule ein ärztliches Attest verlangen, etwa wenn ein Schüler ungewöhnlich häufig fehlt oder wenn es um eine Befreiung vom Sportunterricht für einen längeren Zeitraum oder um das Versäumen wichtiger Leistungsnachweise geht.

Ärztinnen und Ärzte sind nicht verpflichtet, ein solches Attest auszustellen. Dennoch können Schülerinnen und

Schüler in bestimmten Situationen darauf angewiesen sein. Um Klarheit zu erhalten, kann die Praxis darauf bestehen, dass die Schule eine schriftliche Anforderung vorlegt.

Rechtlich kommt zwischen der Schule und der Praxis kein direktes Verhältnis zustande. Das Attest wird als Privatleistung von den Eltern oder dem volljährigen Schüler bezahlt. Üblicherweise erfolgt die Abrechnung nach der GOÄ-Ziffer 70 (2,3-facher Satz: 5,36 Euro). ■

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

Fortbildungsveranstaltungen 2025 Wir lotsen Sie durchs KV-System!

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

29.01.2025 von 14-18 Uhr

18.06.2025 von 14-18 Uhr

10.09.2025 von 14-18 Uhr

Information und Austausch in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Anmeldung unter: www.kvhh.de



Wir freuen uns auf Sie!
5 Fortbildungspunkte

Honorar: Wie funktioniert das PLB-System?

In der fachärztlichen Versorgung wird das MGV-Honorar seit Anfang 2024 anhand von Praxisbezogenen Leistungsbudgets (PLB) verteilt. Jeder Praxis wird ein bestimmtes PLB zugeteilt, bis zu dessen Grenze alle erbrachten Leistungen voll vergütet werden. Hier einige Fragen, die zu diesem Honorarverteilungssystem immer wieder gestellt werden.

Warum hängt die Höhe meines künftigen PLB davon ab, wie viel Honorar ich aktuell anfordere? Grundlage für die Zuteilung des PLB ist der individuelle Anteil des Arztes am Leistungsbedarf der Arztgruppe im Vorjahresquartal. Zunächst wird ein Individuelles Leistungsbudget (ILB) für den einzelnen Arzt errechnet. Die ILB von fachgleichen Ärzten einer Praxis werden dann addiert und ergeben das PLB. Der individuelle Vorjahresbezug sorgt dafür, dass das Leistungsgeschehen in einer Praxis auch Auswirkungen auf die Folgejahresquartale hat.

Ich möchte gern mein PLB erhöhen. Erreiche ich das, indem ich mehr Leistungen erbringe?

Wenn Sie mehr Leistungen erbringen, erhöhen Sie die Chancen, dass Ihr PLB steigt. Ob das tatsächlich geschieht, hängt allerdings von mehreren Faktoren ab. Wenn Sie mehr Leistungen erbringen, während das Leistungsgeschehen im Rest Ihrer Arztgruppe gleichbleibt, wird sich Ihr PLB im Folgejahresquartal erhöhen. Das geschieht auf Kosten der anderen Mitglieder der Arztgruppe, denn es steht nur eine bestimmte Geldmenge zur Verfügung. Für die Praxen innerhalb der Arztgruppe gibt es eine Verlustbegrenzung von 97 Prozent. Das bedeutet, dass eine Praxis nicht mehr als 3 %, bezogen auf ihren relativen Anteil an der Honorarauszahlung der Arztgruppe, verlieren darf. Diese Regelung begrenzt entsprechend auch den PLB-Anstieg für eine Praxis, die mehr Leistungen erbringt.

Kann eine Arztgruppe ihr Honorarbudget auf Kosten anderer Arztgruppen ausweiten?

Der hausärztliche und der fachärztliche Versorgungsbereich sind strikt getrennt. Für den fach-

ärztlichen Versorgungsbereich gilt: Wenn die Praxen einer Arztgruppe insgesamt mehr Leistungen erbringen als im Vorjahresquartal, kann ihr Honorarbudget auf Kosten anderer Arztgruppen steigen – auch dies allerdings nur begrenzt. Denn auch im Verhältnis zwischen den Arztgruppen gibt es eine Verlustbegrenzung – in diesem Fall von 99 Prozent. Das heißt: Das Honorarbudget einer Arztgruppe kann maximal auf 99 Prozent des relativen Anteils des Vorjahresquartals absinken. Entsprechend begrenzt ist die Möglichkeit einer anderen Arztgruppe, durch mehr Honoraranforderung ihr Budget auszuweiten.

Was sagt die Auszahlungsquote aus? Die Auszahlungsquote beantwortet die Frage, wie viel Prozent Ihrer Honoraranforderung an Sie ausgezahlt wurde. Bis zur PLB-Grenze werden alle von der Praxis erbrachten Leistungen voll vergütet. Darüber hinausgehende Honoraranforderungen werden quotiert ausgezahlt. Wenn Sie eine hohe Auszahlungsquote haben, zeigt das, dass der Teil Ihrer Honoraranforderung, der über die PLB-Grenze hinausgeht, verhältnismäßig gering ist. Zudem kann die Auszahlungsquote einen Hinweis auf die Entwicklung des PLB im Folgejahresquartal geben: Eine im Vergleich zur eigenen Arztgruppe deutlich unterdurchschnittliche Auszahlungsquote erhöht die Chance auf ein höheres PLB, eine deutlich überdurchschnittliche hingegen lässt ein zukünftig sinkendes PLB erahnen. ■

Weitere Informationen zum PLB: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Abrechnung & Honorar → Praxisbezogene Leistungsbudgets (PLB)



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Spin Bias: Der einseitige Dreh an Studienergebnissen

VON INGA C. BROUER, BSC, UND PROF. DR. PHIL. ANNE C. RAHN IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Der „Spin Bias“ beeinflusst, wie Informationen wahrgenommen, interpretiert und weitergegeben werden und damit auch Entscheidungsprozesse, zwischenmenschliche Interaktionen und die Bildung innerer Überzeugungen.

In einer zunehmend informationsgetriebenen Gesellschaft gewinnt das Verständnis solcher Verzerrungen an Bedeutung, da sie nicht nur individuelle Entscheidungen, sondern auch gesellschaftliche Diskurse und politische Maßnahmen prägen können.

Aktuellen Anlass zur Auseinandersetzung bietet die Analyse von Pörschmann (2023) [1] zu ernährungsbedingten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Mortalität in 54 Ländern der WHO-Region Europa. Sie zeigt exemplarisch, wie Spin Bias in wissenschaftlichen Publikationen entsteht und über Pressemitteilungen sowie mediale Berichterstattung weiterverbreitet wird. Solche Dynamiken beeinflussen nicht nur, welche Informationen die Öffentlichkeit

erreichen, sondern möglicherweise auch, wie diese interpretiert und welche Handlungsimpulse daraus abgeleitet werden.

Anhand dieser Studie wollen wir veranschaulichen, wie der Spin Bias entsteht und welche Mechanismen ihm zugrunde liegen, sowie mögliche Auswirkungen beleuchten – mit dem Ziel, ein kritisches Bewusstsein für diese Form der Verzerrung zu schärfen.

DER SPIN BIAS IN DER MEDIZIN

In der Medizin ist der Spin Bias sowohl im Rahmen von Forschungsberichten und deren Aufnahme in Medienberichten von besonderer Bedeutung als auch in der Werbung für Medikamente und in der Kommunikation.

Im Bias-Verzeichnis vom „Oxford Centre for Evidence-Based Medicine“ der Universität Oxford (Vereinigtes Königreich) wird der Spin Bias definiert als „die absichtliche oder unabsichtliche verzerrte Interpretation von Forschungsergebnissen, die ungerechtfertigterweise günstige oder ungünstige Ergebnisse suggeriert, was zu irreführenden Schlussfolgerungen führen kann“ (Übersetzung durch die Autorinnen) [2]. Die Daten sprechen also nicht mehr für sich selbst [3].

Den Ergebnissen einen „Dreh zu geben“ kann verführerisch sein und zum Beispiel durch die Behauptung erfolgen, dass eine Hypothese korrekt ist, wenn dies nicht der Fall ist, oder dadurch „Wirkungen“ zu demonstrieren, oder durch die Anwendung als Marketinginstrument, um die Nutzer:innen der Forschung zu beeinflussen.

Die Zuschreibung von Kausalität, wenn Studiendesign und -analyse dies nicht rechtfertigen, ist hier-

bei eine Manifestation des Spin Bias [2] (siehe Kastentext rechts für weitere Manifestationen des Spin Bias).

Barakat et al. (2022) zeigen, dass kausale Sprache in Beobachtungsstudien häufig verwendet wird, obwohl solche Studien aufgrund ihres Designs

keine kausalen Zusammenhänge belegen können. In ihrer Untersuchung wurden 116 Beobachtungsstudien zu Hüft- und Knieendoprothetik analysiert, die 2020 in vier orthopädischen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden. 79% der Titel und Abstracts verwendeten konsistent kausale oder inkonsistent kausale Sprache, während 21% konsequent nichtkausal formuliert waren. In den Volltexten fanden sich 41% der Studien mit durchgängig kausaler Sprache, 49% mit inkonsistenter kausaler Sprache und nur 10% mit vollständig nicht-kausaler Ausdrucksweise [4].

Eine weitere Untersuchung von Kim et al. (2023) bestätigt diese Problematik auch in Beobachtungsstudien zur DIEP-Rekonstruktion, einer Methode der Brustrekonstruktion nach einer Mastektomie, bei der körpereigenes Gewebe aus dem Unterbauch unter Schonung der Bauchmuskulatur verwendet wird. In einer systematischen Analyse von 77 Studien, die zwischen 2015 und 2022 veröffentlicht wurden, wurde eine Spin-Prävalenz von 87% festgestellt. Besonders häufig wurden kausale Sprache oder Behauptungen (53%) eingesetzt, gefolgt

MÖGLICHE MANIFESTATIONEN DES SPIN BIAS

Zuschreibung von Kausalität, wenn Studiendesign und -analyse dies nicht rechtfertigen

Ungerechtfertigte Fokussierung auf einen sekundären Endpunkt

Hervorhebung eines statistisch signifikanten primären Endpunkts und Ignorieren statistisch nicht signifikanter primärer Endpunkte

Behauptung der Nicht-Unterlegenheit/Gleichwertigkeit für einen statistisch nicht signifikanten Endpunkt

Andeutung von Signifikanz durch Verweis auf Trends

Ableitung von Signifikanz aus statistischen Unterschieden in Untergruppen

Betonung der Per-Protokoll-Analyse anstelle der Intention-to-Treat-Analyse

Übersetzung nach <https://catalogofbias.org/biases/spin-bias/>

von unangemessener Verallgemeinerung auf größere Populationen (35%). Auch der Verzicht auf eine angemessene Berücksichtigung von Limitationen (27%) trug zu dieser hohen Prävalenz bei [5].

Darüber hinaus kann der Spin Bias möglicherweise auch Gesundheits-

entscheidungen durch die Interpretation von Studienergebnissen beeinflussen, wenn beispielsweise Risiken nicht kommuniziert werden oder die Vorteile von Behandlungsoptionen übertrieben dargestellt werden [6], [7], [8], [9] (siehe Abbildung Seite 19 für ein fiktives Beispiel mit Gegenüberstellung).

Allerdings gibt es in der wissenschaftlichen Community durchaus schon länger Bewegung zu der Frage, wann das Vertrauen in die Evidenz aus Beobachtungsstudien sicherer ist. So kann es in der Beurteilung von Beobachtungsstudien nach GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) hinsichtlich der Einschätzung des Vertrauens in die Evidenz und der Stärke von Empfehlungen in beispielsweise Leitlinien oder systematischen Übersichtsarbeiten zu einer Heraufstufung der Qualität der Evidenz kommen, wenn entsprechende Kriterien (zum Beispiel mindestens zweifache Reduktion oder Anstieg des Risikos ohne plausible Störfaktoren [10]) erfüllt werden [11]. Im JAMA ist die Nutzung von kausaler Sprache derzeit ausschließlich für den Bericht von klinischen Studien vorgesehen. Eine



kürzlich erschienene Publikation in diesem Journal hat nun ein Framework zur Frage publiziert, ob und wie die kausale Sprache bei der Beschreibung von Beobachtungsstudien verwendet werden kann [12].

BEISPIEL ZUM SPIN BIAS

Anhand der Analyse von Pörschmann (2023) [1] zu ernährungsbedingten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Mortalität in 54 Ländern der WHO-Region Europa verdeutlichen wir beispielhaft, wie Spin Bias von der ursprünglichen Publikation über die Pressemitteilung bis zur medialen Weiterverarbeitung entstehen kann.

In dieser Studie wurden Zusammenhänge zwischen spezifischen Ernährungsrisiken und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (CVDs) untersucht. Die Studie basiert auf einer Sekundäranalyse der Global Burden of Disease (GBD)-Studie und ist somit eine klassische Beobachtungsstudie. Laut Pörschmann et al. sind im Jahr 2019 in der WHO-Region Europa 1,55 Millionen Todesfälle (95 % UI, 1,2-1,9 Millionen) auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, begünstigt durch eine suboptimale Ernährung, zurückzuführen. Diese ernährungsbedingten CVD-Todesfälle (DRCDs) machten laut den Autoren 16% aller Todesfälle und 38% der CVD-bedingten Todesfälle aus.

Um den Anteil ernährungsbedingter Todesfälle in der WHO-Region Europa zu berechnen, nutzte die Studie das Comparative-Risk-Assessment (CRA)-Modell der Global-Burden-of-Disease (GBD)-Studie, das 13 spezifische Ernährungsrisiken und 13 kardiovaskuläre Erkrankungen berücksichtigt. Die analysierten Ernährungsrisiken umfassen unter anderem eine geringe Aufnahme von Vollkornprodukten und Hülsenfrüchten sowie eine hohe Natriumaufnahme.

Alle Ernährungsdaten beruhen jedoch auf Eigenangaben der Probanden, deren Genauigkeit nicht überprüft werden konnte. Diese Datengrundlage weist

daher Unsicherheiten auf, die die Ergebnisse beeinflussen könnten. Die Risiken wurden in vier Regionen und 54 Ländern der WHO-Region Europa in Verbindung mit den jeweiligen Todesfällen analysiert.

Die Methodik berücksichtigt Anpassungen, um Überlappungen zwischen Ernährungsrisiken zu minimieren, kann jedoch nicht alle potenziellen Störfaktoren (sogenannte Confounder) wie sozioökonomische Bedingungen, psychische Gesundheit oder Lebensstilfaktoren erfassen. Die Todeszahlen und altersstandardisierten Sterberaten wurden auf Grundlage nationaler und subnationaler Daten berechnet und in einem 95%-Unsicherheitsintervall (UI) dargestellt, um die Präzision der Schätzungen widerzuspiegeln.

Statt potenzielle Korrelationen zu beschreiben, die zur Hypothesenbildung dienen könnten, suggeriert die Studie an mehreren Stellen kausale Zusammenhänge, die jedoch wissenschaftlich nicht nachweisbar sind.

So könnte fälschlicherweise der Eindruck erweckt werden, dass eine kausale Beziehung zwischen einzelnen Ernährungsfaktoren und CVD-Todesfällen besteht, da Formulierungen kausaler Sprache verwendet werden. Ein Beispiel hierfür ist der Satz: „In terms of CVD deaths in the WHO ER, more than every third death is attributable to an unbalanced diet, making the diet one of the most important factors in preventing premature CVD death in the WHO ER.“ Der Ausdruck „is attributable to“ wird laut Thapa et al. (2020) als kausale Sprache eingestuft [13], da er suggeriert, dass Ernährung unmittelbar für die Todesfälle verantwortlich sei.

Tatsächlich handelt es sich jedoch lediglich um Assoziationen, die von vielen weiteren Faktoren beeinflusst werden könnten, darunter Genetik, sozioökonomische Bedingungen oder andere Lebensstilfaktoren, die in derartigen Modellen nicht vollständig abgebildet werden können. Solche Formulierungen vereinfachen komplexe Zusammenhänge und können irreführend



Darstellung von Vitamin-D-Effekten: Spin Bias vs. wissenschaftliche Fakten [23]

sein, da sie eine kausale Beziehung nahelegen, die wissenschaftlich nicht belegt ist. Eine präzise Kommunikation würde Begriffe wie „könnte mitverantwortlich sein“ oder „potenzieller Zusammenhang“ nutzen, um die Unsicherheiten klarer zu machen.

Insgesamt bieten die Ergebnisse der Studie wichtige Hinweise für die Hypothesenbildung zu ernährungsbedingten Risikofaktoren, ohne jedoch kausale Zusammenhänge zu belegen.

An dem Beispiel lässt sich zudem sehr gut aufzeigen, wie es dann in der Kommunikation der Studien zur Weiterführung des Spin Bias kommt. Das *Deutsche Ärzteblatt* gibt dem Beitrag zum Artikel eindeutig eine Portion Spin mit: „Jeder dritte kardiovaskuläre Todesfall geht auf falsche Ernährung zurück“ (Titel) [14]. Der Titel fußt vermutlich auf der Pressemitteilung der Friedrich-Schiller-Universität Jena, die den gleichen Titel trägt [15]. Im Untertitel wird der Begriff Zusammenhang genutzt, im Artikel ist es unterschiedlich. Die zitierte Erstautorin Theresa Pörschmann spricht im Verlauf des Beitrages beispielsweise passend von Assoziationen, während im Einleitungssatz eine kausale Sprache genutzt wird. Ein weiterer Autor der Studie [1], der Ernährungswissenschaftler Prof. Stefan Lorkowski, hat in einem Interview für den *Ärztinnenachrichtendienst* eine eindeutig kausale Formulierung genutzt, um auf die Frage „Zu welchen Ergebnissen kamen Sie bei der Auswertung?“ wie folgt zu antworten: „Zu durchaus besorgniserregen-

den Ergebnissen! Denn unsere Datenauswertungen ergaben, dass eine falsche Ernährung einen gesundheitlichen Schaden verursacht, der jedem dritten vorzeitigen kardiovaskulären Todesfall entspricht, wobei es hier durchaus länderspezifische Unterschiede gibt, bei einem deutlichen Süd-Nord- und West-Ost-Gefälle.“ Nach diesem starken

Eingangsstatement nutzt der Autor im weiteren Verlauf des Interviews eher Begrifflichkeiten, die dem Studiendesign entsprechen [16].

Die Pressemitteilung wurde breit aufgegriffen, ein gewisser Spin ist aber überall zu finden. Auch in der Fachzeitschrift *Ernährungs Umschau* (Ausgabe 6/2024) wurde die Studie thematisiert, allerdings ohne diese kritisch zu hinterfragen [17]. Der Artikel übernahm die Ergebnisse weitgehend unkommentiert und fokussierte sich auf die ernährungsbedingten Risiken und Todesfälle. Die fehlende Differenzierung zwischen Assoziation und Kausalität zeigt, dass die wissenschaftliche Kommunikation oft unreflektiert bleibt. Dies unterstreicht, wie leicht der Spin Bias in der medialen und wissenschaftlichen Berichterstattung weitergetragen wird.

SPIN BIAS IN PRESSEMITTEILUNGEN UND DER MEDIALEN WELT

Die Wichtigkeit für die Sensibilisierung und ggf. Trainings zur Interpretation und Kommunikation von wissenschaftlichen Daten zeigt eine Analyse von 176



Schlagzeilen der Rubrik „News“ vom *Deutschen Ärzteblatt*. Die Untersuchung fand Übertreibungen in 45% (80/176) der Schlagzeilen im Vergleich zu den Schlussfolgerungen des entsprechenden Zeitschriftenartikels [12]. Fünfundsechzig von 137 unbedingten kausalen Aussagen der Schlagzeilen waren im anschließenden Nachrichtentext schwächer formuliert.

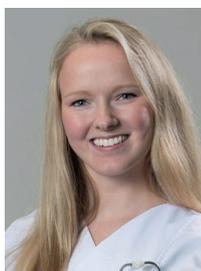
Von den 100 Schlagzeilen, zu denen es eine entsprechende Pressemitteilung gab, wurden 78 als uneingeschränkt kausal eingestuft. Ein Beispiel hierfür ist die Schlagzeile „Kaffeetrinker leben länger“ aus dem *Deutschen Ärzteblatt* [18]. Während die Überschrift eine kausale Aussage suggeriert, wird im Artikeltext klargestellt, dass es sich lediglich um eine Assoziation handelt. O’Leary et al. 2023 haben kürzlich ihre Technik zur Identifizierung von Spin Bias im Rahmen einer Systematischen Übersichtsarbeit publiziert [19].

In einem Artikel für das „Oxford Centre for Evidence-Based Medicine“ beschreibt Kamal Mahtani, dass für viele Forscher die Anzahl der Veröffentlichungen und die Wirkung dieser Veröffentlichungen die übliche

Währung ist, um ihren beruflichen Wert zu messen. Dazu gehört vermehrt auch die Diskussion der Arbeit in der Öffentlichkeit über Mainstream- und soziale Medien [20].

Besonders Pressemitteilungen scheinen sich hier für eine schmückende und motivierende Sprache zu eignen. Eine Kohortenstudie zu onkologischen Studien hat sich angeschaut, welche Faktoren mit medialer Aufmerksamkeit assoziiert waren [21]. Zu den wichtigsten Einflussfaktoren für eine hohe Online-Medienaufmerksamkeit zählten das Vorhandensein einer Pressemitteilung und der Impact-Faktor der Fachzeitschrift. Es gab keine Hinweise darauf, dass ein Studiendesign mit hohem Evidenzgrad und die Art der Schlussfolgerung im Abstrakt mit einer hohen Online-Medienaufmerksamkeit assoziiert waren.

Insgesamt zeigt sich, wie wichtig es ist, besonders die Artikel, die für die Verbreitung in der medialen Welt gedacht sind und somit potenziell von allen Zielgruppen gelesen und weiterverbreitet werden, hinsichtlich des Auftretens des Spin Bias zu prüfen [22]. ■



INGA CATHARINA BROUER

Masterstudentin im Fach Nutritional Medicine, Universität zu Lübeck / Medizinische Ernährungswissenschaftlerin, Bsc Gesundheits- und Krankenpflegerin
inga@familiebrouer.de



PROF. DR. PHIL.

ANNE CHRISTIN RAHN

Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege / Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität zu Lübeck
anne.rahn@uksh.de

Referenzen

- [1] T. Pörschmann, T. Meier, und S. Lorkowski, „Cardiovascular mortality attributable to dietary risk factors in 54 countries in the WHO European Region from 1990 to 2019: an updated systematic analysis of the Global Burden of Disease Study“, *Eur J Prev Cardiol*, S. zwae136, Apr. 2024, doi: [10.1093/eurjpc/zwae136](https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwae136).
[2] K. Mahtani, I. Chalmers, und D. Nunan, „Spin bias“, *Catalog of Bias*. Zugegriffen: 18. November 2024. [Online].
Verfügbar unter: <https://catalogofbias.org/biases/spin-bias/>
- [3] R. H. Fletcher und B. Black, „Spin in scientific writing: scientific mischief and legal jeopardy“, *Med Law*, Bd. 26, Nr. 3, S. 511–525, Sep. 2007.
- [4] N. Barakat, W. M. Novicoff, B. C. Werner, und J. A. Browne, „High Prevalence of Causal Language and Inferences in Observational Hip and Knee Arthroplasty Database Studies: A Review of Papers Published Across Four Orthopaedic Journals“, *J Arthroplasty*, Bd. 38, Nr. 5, S. 945–949, Mai 2023, doi: [10.1016/j.arth.2022.12.008](https://doi.org/10.1016/j.arth.2022.12.008).
[5] P. J. Kim u. a., „Spin in Observational Studies in Deep Inferior Epigastric Perforator Flap Breast Reconstruction: A Systematic Review“, *Plast Reconstr Surg Glob Open*, Bd. 11, Nr. 6, S. e5095, Juni 2023, doi: [10.1097/GOX.0000000000005095](https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000005095).
- [6] S. F. Nielsen und B. G. Nordestgaard, „Negative statin-related news stories decrease statin persistence and increase myocardial infarction and cardiovascular mortality: a nationwide prospective cohort study“, *Eur Heart J*, Bd. 37, Nr. 11, S. 908–916, März 2016, doi: [10.1093/eurheartj/ehv641](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv641).
- [7] A. J. Nelson, R. Puri, und S. E. Nissen, „Statins in a Distorted Mirror of Media“, *Curr Atheroscler Rep*, Bd. 22, Nr. 8, S. 37, Juni 2020, doi: [10.1007/s11883-020-00853-9](https://doi.org/10.1007/s11883-020-00853-9).
[8] A. Matthews u. a., „Impact of statin related media coverage on use of statins: interrupted time series analysis with UK primary care data“, *BMJ*, Bd. 353, S. i3283, Juni 2016, doi: [10.1136/bmj.i3283](https://doi.org/10.1136/bmj.i3283).
- [9] I. Boutron u. a., „Three randomized controlled trials evaluating the impact of “spin” in health news stories reporting studies of pharmacologic treatments on patients'/caregivers' interpretation of treatment benefit“, *BMC Medicine*, Bd. 17, Nr. 1, S. 105, Juni 2019, doi: [10.1186/s12916-019-1330-9](https://doi.org/10.1186/s12916-019-1330-9).
[10] G. H. Guyatt u. a., „GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence“, *Journal of Clinical Epidemiology*, Bd. 64, Nr. 12, S. 1311–1316, Dez. 2011, doi: [10.1016/j.jclinepi.2011.06.004](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.06.004).
[11] H. Schünemann, J. Brożek, G. Guyatt, und A. Oxman, „GRADE handbook“. Zugegriffen: 18. November 2024. [Online].
Verfügbar unter: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
- [12] S. Buhse, A. C. Rahn, M. Bock, und I. Mühlhauser, „Causal interpretation of correlational studies – Analysis of medical news on the website of the official journal for German physicians“, *PLOS ONE*, Bd. 13, Nr. 5, S. e0196833, Mai 2018, doi: [10.1371/journal.pone.0196833](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196833).
- [13] D. K. Thapa, D. C. Visentin, G. E. Hunt, R. Watson, und M. Cleary, „Being honest with causal language in writing for publication“, *Journal of Advanced Nursing*, Bd. 76, Nr. 6, S. 1285–1288, 2020, doi: [10.1111/jan.14311](https://doi.org/10.1111/jan.14311).
- [14] D. Ä. G. Ärzteblatt Redaktion Deutsches, „Jeder dritte kardiovaskuläre Todesfall geht auf falsche Ernährung zurück“, *Deutsches Ärzteblatt*. Zugegriffen: 21. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151128/Jeder-dritte-kardiovaskulaere-Todesfall-geht-auf-falsche-Ernaehrung-zurueck>
- [15] U. Schönfelder, „Jeder dritte kardiovaskuläre Todesfall geht auf falsche Ernährung zurück“, *Friedrich-Schiller-Universität Jena*. Zugegriffen: 21. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.uni-jena.de/246499/jeder-dritte-kardiovaskulaere-todesfall-geht-auf-falsche-ernaehrung-zurueck>
- [16] J. Heinze und Ärztenachrichtendienst Verlags-AG, „Fehlernährung beeinflusst maßgeblich jeden dritten kardiovaskulären Todesfall“, *Ärztenachrichtendienst*. Zugegriffen: 21. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://www.aend.de/article/229080>
- [17] Ernährungsumschau, „Fehlernährung und vorzeitige Todesfälle“. Zugegriffen: 12. Juni 2024. [Online].
Verfügbar unter: <https://www.ernaehrungs-umschau.de/print-news/12-06-2024-fehlernaehrung-und-vorzeitige-todesfaelle/>
- [18] D. Ä. G. Ärzteblatt Redaktion Deutsches, „Thema Koffein“, *Deutsches Ärzteblatt*. Zugegriffen: 21. November 2024. [Online].
Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/64824/Kaffeetrinker-leben-laenger>
- [19] R. O'Leary, G. R. M. L. Rosa, R. Vernooij, und R. Polosa, „Identifying spin bias of nonsignificant findings in biomedical studies“, *BMC Research Notes*, Bd. 16, S. 50, Mai 2023, doi: [10.1186/s13104-023-06321-2](https://doi.org/10.1186/s13104-023-06321-2).
- [20] K. R. Mahtani, „Beware evidence, spin; an important source of bias in the reporting of clinical research“. Zugegriffen: 18. November 2024. [Online].
Verfügbar unter: <https://www.cebm.ox.ac.uk/news/views/beware-evidence-spin-an-important-source-of-bias-in-the-reporting-of-clinical-research>
- [21] R. Haneef, P. Ravaud, G. Baron, L. Ghosn, und I. Boutron, „Factors associated with online media attention to research: a cohort study of articles evaluating cancer treatments“, *Res Integr Peer Rev*, Bd. 2, S. 9, 2017, doi: [10.1186/s41073-017-0033-z](https://doi.org/10.1186/s41073-017-0033-z).
- [22] N. Khan, „The media, healthcare messaging, and the doctor–patient relationship | *British Journal of General Practice*“. Zugegriffen: 18. November 2024. [Online]. Verfügbar unter: <https://bjgp.org/content/74/743/264.long>
- [23] Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit, „BVL - Gesundheitsbezogene Aussagen - Health Claims - Auszug aus der deutschen Liste“. Zugegriffen: 1. Dezember 2024. [Online]. Verfügbar unter: https://www.bvl.bund.de/SharedDocs/Downloads/01_Lebensmittel/healthclaims/dok2.html;jsessionid=8D3F2A7059B1E1E57CA28C7C3AEFC399.internet952?nn=11035636



"F II"

Kolumne von **Dr. Christine Löber**, HNO-Ärztin in Hamburg-Farmsen

Anknüpfend an meine letzte Kolumne zur Unbeholfenheit mit F-Menschen im Kolleg:innenkreis möchte ich heute zu diesem sehr relevanten Thema ein paar praktische Hinweise geben.

Die erste große (und per se unüberwindliche) Hürde ist eine annähernd reale Vorstellung der psychischen Krankheit, die man da vor sich hat. Offensichtlich geht das aber gar nicht so richtig, denn es ist uns – vielleicht glücklicherweise – nicht möglich, in fremde Köpfe

Diese Gefühle, die das Leben eigentlich immer grundlegend verändern, sind selbst für die Erkrankten manchmal nicht mit Wörtern zu erklären. Ich habe für ein permanentes, diffuses Angstgefühl, das mich seit der Jugend begleitet hat und jahrzehntelang Normalität war, das englische Wort „doom“ benutzt, weil ich keinen treffenden Begriff für dieses lauende Unwohlsein hatte. Wohlgermerkt habe ich erst begonnen, dies Wort zu benutzen, als dies Gefühl zufällig medikamentös mit-

seinem unendlichen Leid mit der DEPRESSION berichtet. Nota bene, ich kenne diese Krankheit in allen ihren Facetten und weiß, dass das in jeder Hinsicht die Hölle auf Erden ist (ich finde normalerweise nicht viele Dinge schlimm).

Depression klingt nach AU-Verlängerung, starren Blicken auf Sofas, unnötigem Rumgeheule und dem Wollen zum Nichtwollen.

Der Wecker des Kollegen klingelt um 6, er ist aber seit halb 5 wach und hat panische Angst. Vor allem. Vor dem Aufstehen, vor dem Weg zur Arbeit, der nicht bewältigbar zu sein scheint, vor der Arbeit. Ihm ist übel. Er kann sich nicht krankmelden. Er kann sich nicht hinsetzen im Bett zum Aufstehen. HF 300/min. Im Kopf ist nichts. Vor zwei Wochen wurde ihm das weggenommen, als hätte jemand alles ausgemacht und eine verlassene Welt dagelassen. Er weiß, dass er krank ist, er ist ein vorbildlicher Patient. Zwei Psychotherapien immer pünktlich beim Psychiater, immer alle Tabletten genommen. Er weiß, dass ihn der Kopf belügt und dass das alles so nicht stimmt. Aber zu diesem Wissen gibt es kein Gefühl, es gibt ja nichts mehr.

Er sitzt auf der Bettkante und kann nicht aufstehen. Die Kopflähmung ist natürlich auch eine Körperlähmung. Wo nichts mehr ist und nichts mehr entsteht, kann auch nichts weitergegeben werden.

Er kommt in den Raum, grinst, sagt "Moin, Digga" zu seiner Kollegin, die lacht und fragt, ob er bescheuert sei. Er lacht laut und sagt "ja". Lustiger Kollege, war er schon immer.

zu gucken. Fremde Köpfe, die in einigen Bereichen noch ganz anders funktionieren als der eigene, sind eine nicht zu bewältigende Aufgabe. Genauso ist es natürlich andersherum. Jemand mit einer psychischen Besonderheit kann sich schwer vorstellen, wie so ein durchschnittlicher „gesunder“ Kopf sich anfühlt.

Und im Wesentlichen geht es ja darum: Gefühle. Aber eben keine labberigen Liebes- oder Drama-Gefühle, sondern um Sorten, die aus schwer zugänglichen zerebralen Untiefen auf den Hirneigner hereinbrechen.

beseitigt wurde. Bis dahin wusste ich nicht, was Glück wohl ist. Als ich es wusste, habe ich angefangen zu weinen. Das ist wenige Jahre her. Insofern kann diese Emotionswelt im Kopf auch für die psychisch Anderen oft verwirrend sein.

Nun ein Ausflug in die Welt des F-Kollegens. Ich nehme der Einfachheit halber eine Krankheit, die mich auch häufig heimsucht, die von der Verpackung her unfassbar langweilig und nervtötend wirkt, und auch ich rolle intuitiv mit den Augen, wenn jemand von

Er hat solche Angst. Er würde weinen, wenn es ginge, aber Weinen ist so anstrengend, dass es nicht geht. Venlafaxin 300.

In der Frühbesprechung ist alles wie immer. Er kommt in den Raum, grinst, sagt „Moin, Digga“ zu seiner Kollegin, die lacht und fragt, ob er bescheuert sei. Er lacht laut und sagt „ja“. Sie gehen in der Gruppe auf Station, er geht kurz ganz hinten und ruht sein Gesicht aus, bis jemand sich umdreht, dann macht er wieder Quatsch. Lustigster Kollege, war er schon immer. Er ist so müde, er schläft ja auch kaum. *Zolpidem sine effectu*. Die anderen gehen hoch, er sagt, er raucht noch. Sein Kollege sagt, „Da mach ich dann wohl mit!“ Etwas in ihm fällt zusammen, er hätte diese Pause gebraucht.

Arbeit hilft immer ein bisschen. Er weiß das, deswegen versucht er, immer hinzugehen, auch wenn er nicht hingehen kann. Dann fährt er Auto. Er ist so langsam. Es wird nie aufhören. Er will sich jedes Mal umbringen, „Das nächste Mal mache ich das nicht mehr“. Heute morgen hat er sich den Rasierer angeguckt. Aber wenn es wieder weg ist, geht es ja. Dann macht er es doch wieder mit und irgendwann wird er sich umbringen, das weiß er.

Er ist trotzdem froh, als die Arbeit zu Ende ist, und er zurück in den Horror alleine kann.

Wir sehen die F-Krankheiten meistens nicht, was nicht gut ist, aber auch nicht unsere Schuld. Wir sollen sie ja auch nicht sehen. Für unseren Beruf ist an diesem Versteckspiel nichts gut. Am Beispiel des Kollegen: Was wäre, wenn er das sagen könnte, und das Kollegium sagen würde, „Alles klar, was meinst du, KANNST du machen?“ Das Arbeiten mit einer psychischen Krankheit ist vordergründig schwierig. Kann so jemand überhaupt arbeiten oder ist er eine Gefahr für alle anderen?

Viele psychische Erkrankungen haben weniger mit richtig/falsch zu tun als mit schnell/langsam. Man kann durchaus in depressiven Phasen arbeiten, muss nur wissen, dass es langsamer geht. Noch günstiger ist, wenn die anderen das auch wissen und man Aufgaben entsprechend einteilen kann. Eine geschulte Selbsteinschätzung ist wichtig. Man kann auch manisch/hypoman arbeiten, wenn man sicher weiß, dass man nur sehr schnell ist und nicht das Krankenhaus kaufen will. Und ja, individuell können diese Sachen gut einschätzbar sein.

Der Kollege mit der Panikstörung ist im Moment vielleicht nicht der Richtige für einen großen Vortrag. Genau wie „somatische“ (als wäre das Gehirn was anderes als ein Körperteil) Krankheiten

häufig gut in den Arbeitsalltag integriert werden können, kann das auch mit den F-Besonderheiten geschehen. Offensichtlich bleibt der Umgang mit diesen Dingen aber so schwierig, dass sogar in einem Berufsstand, der permanent mit Krankheiten zu tun hat, keine vernünftige Entstigmatisierung zu erzielen ist. Das ist auch insofern schade und problematisch, als dass man die betroffenen Kolleg:innen viel gezielter einsetzen und – ohne zu romantisieren – manche Aspekte der Erkrankungen sogar recht klug nutzen könnte. Eine gut eingestellte hypomane Manikerin erledigt fokussiert drei Stationen, wo Gesunde eine schaffen. Der depressive Kollege erledigt in Ruhe alle MD-Anfragen und Entlassungsbriefe, Schreibkram fertig. In beiden verkürzten Beispielen profitieren alle.

Ich hoffe, Ihnen einen kleinen Einblick in die Welt der Verrückten (ich habe das Wort immer als positiv empfunden) gegeben zu haben, es gäbe natürlich noch viel mehr zu sagen und zu diskutieren.

Ich würde mir sehr wünschen, dass wir als Mediziner:innen ein fortschrittlich-positives Beispiel im Umgang mit allen Krankheiten werden könnten.

Und zuletzt: Bleiben Sie alle ein bisschen verrückt. ■



© Vernessa Himmler

**SAVE THE
DATE**

Die Frauenkommission der KV Hamburg lädt ein:

Diskussionsveranstaltung

Ist die ambulante Versorgung in Hamburg in Gefahr? Herausforderungen und Lösungsansätze

Wann: 12. Februar 2025, 20:00–21:30 Uhr (Einlass ab 19:30 Uhr)

Wo: Hamburger Ärztehaus der KV Hamburg (Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg)

Die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung steht vor großen Herausforderungen: Unterfinanzierung, Fachkräftemangel und bürokratische Hürden bei steigendem Versorgungsbedarf belasten die Praxen. Die nachrückende Generation von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen stellt neue Ansprüche an die Work-Life-Balance. Gleichzeitig bewirkt die Gesundheitspolitik die zunehmende Ausbreitung investorengeführter MVZ. Diese Entwicklung verändert die Versorgungslandschaft.

Welche Lösungen gibt es für diese Herausforderungen?

Gemeinsam mit dem KVH-Vorsitzenden John Afful und der Leiterin Operatives Geschäft Martina Kemme, diskutieren wir über:

- Wie sichern wir die Zukunft der freiberuflichen patientenzentrierten Tätigkeit?
- Welche gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen erschweren die ambulante Versorgung?
- Wie können wir jüngere Kolleg:innen für die Niederlassung gewinnen?
- Wie können dabei die spezifischen Anforderungen von Frauen berücksichtigt werden?
- Wie lassen sich bürokratische Hürden abbauen und Strukturen transparenter gestalten?
- Was tun gegen die wachsende Marktmacht investorengeführter MVZ?

Fortbildungspunkte sind beantragt.

Wir freuen uns über die Teilnahme aller Mitglieder der KV und der Ärztekammer!





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Cornelia Behn**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Cornelia Behn**
Geburtsdatum: **17.12.1963**
Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**
Hobbys: **Hobbys: Garten, Segeln, Lesen, Singen**

Haben sich Ihre Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit der Berufswahl verbunden waren? Im Großen und Ganzen ja: Ich liebe meinen Beruf, das tägliche Gespräch und die Auseinandersetzung mit Menschen – Patient:innen und Kolleg:innen. Ich bin froh über die Zusammenarbeit in einem Team, in dem man sich austauscht, wertschätzt, hält und trägt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Letztlich wurde ich von einer Kollegin angesprochen. Ich finde es sinnvoll, diese wichtige Arbeit ein wenig mit zu unterstützen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Ein Primärarztsystem in Deutschland mit der Möglichkeit, die knappen Kapazitäten der Spezialist:innen sinnvoller zu nutzen, dazu die Schaffung effizienter und ressourcenschonender Organisationsstrukturen. Dabei ist dringend eine kalkulierbare und faire Vergütung unserer Arbeit anzustreben. Es braucht mehr Wertschätzung für unser Tun – wir müssen weg von immer mehr Kontrollen und überbordender Bürokratie. Und last not least, den unglaublich engagierten Kolleg:innen in den Gremien etwas Support zu geben.

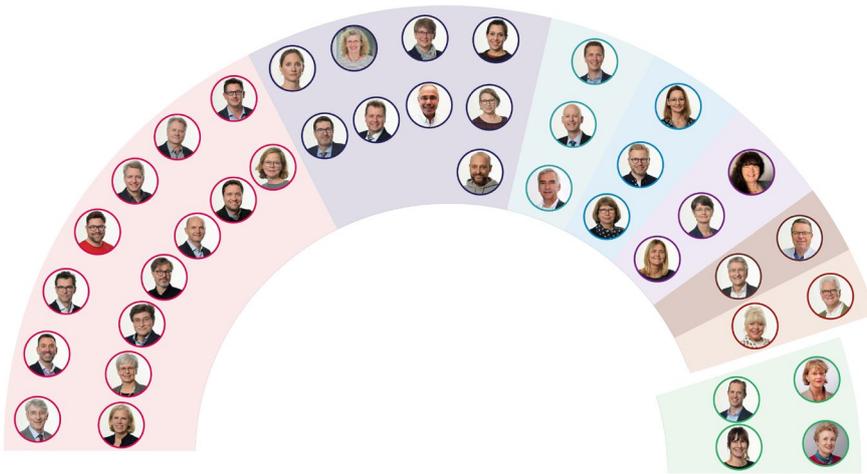
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer täglichen Arbeit in der Praxis? Als angestellte Ärztin den täglichen Spagat zwischen der nötigen Zeit für individuelle Schicksale und Nöte der Patient:innen zu finden, dabei den finanziellen Interessen der Praxis Rechnung zu tragen und noch auf die eigenen Ressourcen zu achten. Die völlig unzureichende Vergütung der sprechenden Medizin ist hier nur exemplarisch eines der zu nennenden Probleme. Dazu ein Berg von praxisfernen unausgereiften überbordenden Auflagen, mit denen uns Gesetzgeber und Krankenkassen ideenreich überschütten.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Nochmal mit den inzwischen großen Kindern eine gemeinsame Reise machen. Mal länger in Schottland oder der Bretagne segeln. Ansonsten, bis auf die oben genannten Probleme, eigentlich wunschlos zufrieden. ■

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 2. April 2024 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 8.10.2025 (18 - 21 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Saal 5 + 6
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP® aktuell (online)

Do. 6.2.2025 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Einführungsseminar QEP für Arztpraxen und Psychotherapeuten (Präsenz)

Zweitägig:

Fr. 28.2.2025 (15 - 20 Uhr) und

Sa. 1.3.2025 (9 - 16 Uhr)

Teilnahmegebühr:

1. Person: 270 €,

2. Person: 215 €

20 FORTBILDUNGSPUNKTE

Hygiene in der Arztpraxis (online)

Do. 6.3.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Schutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen (online)

Mi. 16.4.2025 (15 - 18.30 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Weitere Informationen und
Anmeldung: www.kvhh.de →
(oben rechts) Menü → Praxis →
Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2-858

Lena Belger, Tel: 040 / 22802-574

qualitaetsmanagement@kvhh.de

**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNG**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.
Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 4.7.2025 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.
neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können.

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Nervenkompressionssyndrome

Symptomatik - Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 12.2.2025 (18 -22 Uhr)

Angst- und Zwangsstörungen

Ursachen - Diagnostik - Therapieoptionen

Mi. 18.6.2025 (18 -22 Uhr)

**Bewegung – der perfekte
Stressabbau**

Couch vs. Sport – der große Unterschied

Mi. 17.9.2025 (18 -22 Uhr)

Alkoholabhängigkeit und Epilepsie

Zusammenhänge – therapeutisches Vorgehen – differentialdiagnostische Besonderheiten

Mi. 19.11.2025 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Ansprechpartnerin:

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

**Medizinische
Fachangestellte:
Planen Sie Ihre
Fortbildungen für 2025!**



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2025 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

KVH



Kurze Info gefällig?

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

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

 **040 22 802 802**

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