

KVH journal

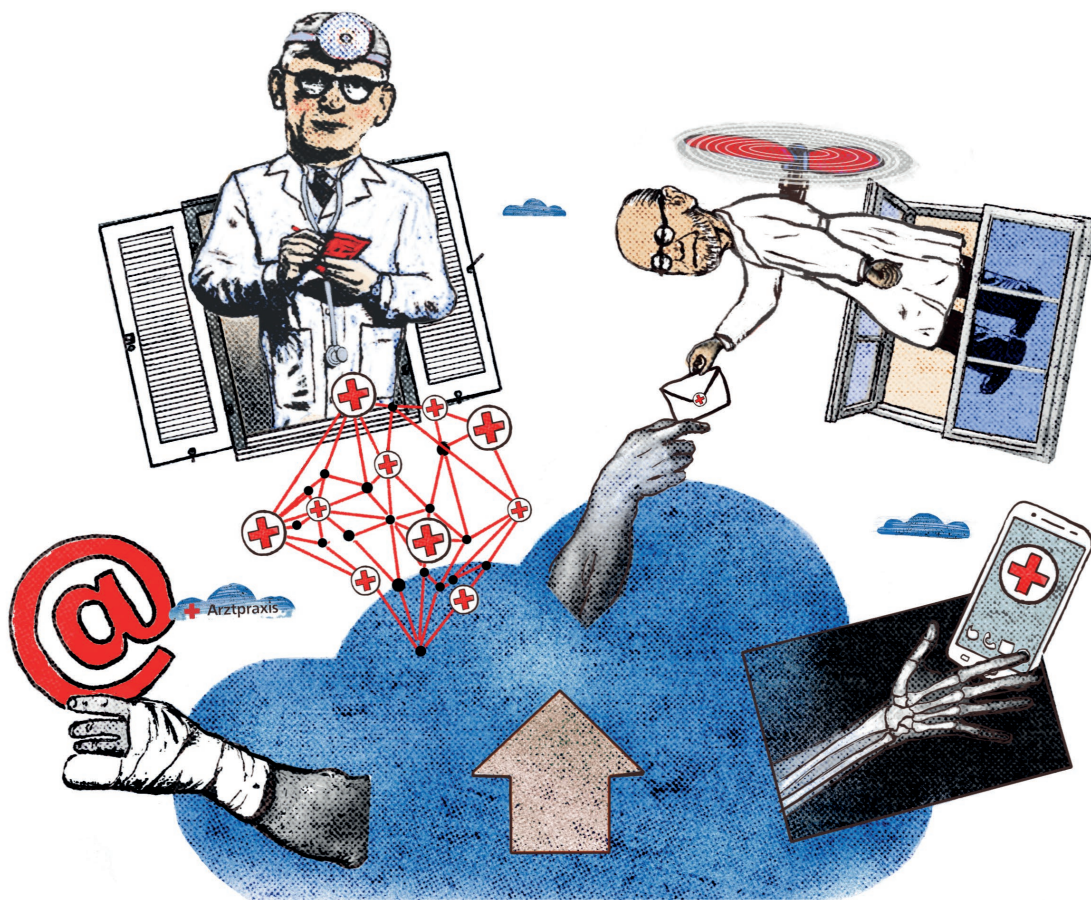


ePAPER
Lesen Sie das
KVH-JOURNAL
DIGITAL!

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

BLUTBILD AUF REISEN

Wie die Kommunikations-Wege zwischen Hausärzten und Spezialisten verbessert werden könnten



ÜBERSICHT

Angepasste Covid-Impfstoffe auf einen Blick

KOLUMNE

Die Investoren ziehen immer weiter

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 11/2023 (November 2023)



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!

Über Bedarfsplanung wird in Hamburg viel diskutiert – nun gibt es Neuigkeiten zu vermelden. In drei Fachbereichen wird die Zulassungssperre teilweise aufgehoben: Es kommen 9 Pädiatrie-Sitze, 8,5 hausärztliche Sitze und 4 Gynäkologie-Sitze hinzu. Ursache für die Erweiterung der Niederlassungsmöglichkeiten ist die demographische Entwicklung: Die Bevölkerung der Stadt Hamburg ist angewachsen – und das schlägt sich in der Bedarfsplanung nieder.

Von den Instrumenten der Bedarfsplanung nicht angemessen erfasst wird die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Situation ist seit vielen Jahren problematisch und hat sich durch die Pandemiemaßnahmen weiter verschärft.

In die KV-Vertreterversammlung am 11. Oktober 2023 wurde eine Resolution eingebracht, in der es heißt: „Die Wartezeiten für Kinder und Jugendliche auf eine vertragspsychotherapeutische Versorgung in Hamburg sind zu lang.“ Und in der Tat: Es wird höchste Zeit, dass die Bundesregierung die Ankündigung aus dem Koalitionsvertrag umsetzt und die vertragspsychotherapeutische Bedarfsplanung reformiert.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

06_ Kommunikation zwischen Hausärzten und Spezialisten: "Befundaustausch ist noch immer das Hauptproblem"

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

12_ Fragen und Antworten

14_ Übersicht: Angepasste Covid-Impfstoffe von BioNTech/Pfizer

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.

- 15_** Kein Regressrisiko für nicht verwendete Covid-Impfstoffe in Mehrdosenbehältnissen
Testungen auf SARS-CoV-2
Grippe-Impfung: KBV stellt Info-Material zur Verfügung

SELBSTVERWALTUNG

- 24_** Steckbrief: Dr. Christiane Jüngling
25_ Online-Fortbildungsveranstaltung: "Der Notfall in der Praxis – die Praxis als Notfall"



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 16_** Der Nocebo-Effekt:
Bedeutung für den klinischen Alltag

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 22_** Dr. med. Bernd Hontschik:
Die Investoren ziehen immer weiter

TERMINKALENDER

- 26_** Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Titelfoto: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3, 7,8,9: Michael Zapf; Seite 20: Universität Witten/Herdecke, Universitätsmedizin Göttingen; Seite 22: Barbara Klemm; Seite 26: Michael Zapf; Seite 28: Christoph Jöns, Vanessa Himmler, Icons: iStockphoto.

SCHNITTSTELLEN

»Befundaustausch ist noch immer das Hauptproblem«

Wie könnte die Kommunikation zwischen Hausärzten und Spezialisten verbessert werden? Wir haben die Vertreter der beiden Versorgungsebenen nach ihren Erfahrungen, Wünschen und Vorschlägen gefragt.

Welche Informationen braucht ein Spezialist, wenn er einen Patienten vom Hausarzt überwiesen bekommt?

FLAMM: Die Fragestellung des Hausarztes sollte so konkret wie möglich sein. Ich gebe Ihnen ein Beispiel aus meinem Fachbereich: Wenn wir nur die Information „Sehstörung“ bekommen, wissen wir nicht: Wie dringend ist das? Es wäre sinnvoller zu schreiben: „Patient ist zunehmend blendempfindlich“ – dann kann er

eventuell auch noch eine Woche warten. Oder „Patient sieht Blitze und Rußschwaden“ – dann wird er noch am gleichen Tag untersucht. Ich würde sagen: Eine präzise Fragestellung ist die wichtigste Grundlage beim Übergang von der hausärztlichen zur fachärztlichen Versorgung. Wenn klar ist, was der Hausarzt genau wissen will, hilft uns das bei der Einschätzung der Dringlichkeit, bei der Diagnostik und später auch beim Verfassen des Arztbriefes. Außerdem ist natürlich wichtig, dass

wir die für das Thema relevanten Vorbefunde erhalten, die dem Hausarzt vorliegen.

Wie kommen Sie an die Vorbefunde?

FLAMM: Das kann ziemlich umständlich sein. Ich habe immer wieder die Situation, dass ein Patient vor mir sitzt und beispielsweise sagt: „Vergangene Woche hat mein Hausarzt ein Blutbild gemacht.“ Dieses Blutbild würde ich gerne sehen, weil ich wissen



Dr. med. Clemens Flamm
ist Augenarzt in Niendorf und Sprecher des Beraten-
den Fachausschusses „Fachärztliche Versorgung“

Dr. med. Mike Müller-Glamann
ist Hausarzt in Bramfeld und Sprecher des Beraten-
den Fachausschusses „Hausärztliche Versorgung“

möchte: Hat der Patient erhöhte Entzündungszeichen? Ich bitte also meine MFA, in der Hausarztpraxis anzurufen. Meine MFA muss es ein paar Mal probieren, weil besetzt ist. Irgendwann erreicht sie eine MFA auf der anderen Seite, die aber noch mit dem Hausarzt kommunizieren muss, damit dieser den Befund freigibt. Das kann schon mal 25 Minuten dauern. Und dann bleibt noch die Frage: Auf welchem Weg wird der Befund übermittelt?

MÜLLER-GLAMANN: Ich habe auf dem Computer einen Knopf, mit dem ich ein Fax rauschicken kann: „Ich brauche Informationen über unseren gemeinsamen Patienten XY. Sie können mir antworten per FAX, per E-Mail, per Messenger. Und das hier ist meine KIM-Adresse.“ Viele Praxen reagieren allerdings nicht auf diese Anfrage. Bei manchen ist KIM falsch eingestellt, so dass ich zwar eine KIM-Nachricht erhalte, aber den Befund nicht öffnen kann.

Aber grundsätzlich ist KIM der beste Weg, um Informationen zu schicken?

MÜLLER-GLAMANN: Herr Flamm und ich haben in Vorbereitung auf dieses Gespräch versucht, per KIM zu kommunizieren. Das ist schon daran gescheitert, dass die KIM-Adressen der Kolleginnen und Kollegen nicht zu finden sind.

FLAMM: Ja, wir haben sehr gelacht. Für KV connect findet man die Adressen. Aber wir würden



Dr. med. Clemens Flamm

"Wir hängen noch immer in einer vorsintflutlichen Kommunikationsstruktur fest, die wir eigentlich längst verlassen haben wollten."

natürlich gerne den Kommunikationsweg nutzen, an den alle Kolleginnen und Kollegen verlässlich angeschlossen sind.

Was bedeutet es für den Arbeitsalltag, dass KIM oftmals nicht nutzbar ist?

FLAMM: Unter den gegebenen Umständen ist es das Beste, wenn der Hausarzt dem Patienten die Befunde und Bilder aushändigt. Doch der Patient muss sie dann auch vollständig mitbringen, und das ist nicht immer der Fall. Manche Dokumente kann man per FAX schicken, doch auch das funktioniert manchmal nicht reibungslos. Wir hängen also noch immer in einer vorsintflutlichen Kommunikationsstruktur fest, die wir eigentlich längst verlassen haben wollten.

MÜLLER-GLAMANN: Damit Ärzte und Krankenhäuser untereinander geschützt kommunizieren

können, wurde die Telematikinfrastruktur eingerichtet – doch die ist mangelhaft hoch fünf. Es gibt private Anbieter, die sehr gute Apps anbieten. Und auch manche Ärztenetze haben funktionierende digitale Kommunikationswege. Der offizielle Kommunikationsweg ist aber nun mal die KIM. Es könnte so einfach sein: Ich gehe auf die Seite der KV Hamburg. Im geschlossenen Bereich der Arzt suche gebe ich „Clemens Flamm“ ein, dann bekomme ich seine Kontaktdaten mitsamt der KIM-Adresse. So müsste das laufen.

FLAMM: Ja, das wäre prima. Allerdings müsste vereinbart werden, dass die Praxen ihre Nachrichten auch zeitnah abrufen, damit ein schneller Austausch sichergestellt ist. Wenn das funktionieren würde, wäre es für die Kommunikation zwischen Hausärzten und Fachärzten ein großer Fortschritt.

Welche Erfahrung haben Sie mit den TSVG-Vermittlungsfällen gemacht?

MÜLLER-GLAMANN: Ich finde, das System der Hausarzt-Vermittlungsfälle funktioniert ganz gut. Auch die Vermittlung über die TSS läuft ziemlich reibungslos. Allerdings würde ich mir wünschen, dass manche Facharztgruppen mehr Termine einstellen. Leider kommt es noch immer vor, dass Patienten zurück in die Hausarztpraxen geschickt werden, damit sie sich einen TSS-Dringlichkeitscode holen. Diesen Patienten wird in der Facharztpraxis gesagt: „Wir behandeln Sie nur, wenn Sie einen Dringlichkeits-Code haben.“ Oder: „Mit Dringlichkeits-Code bekommen Sie einen Termin in zwei Wochen, ohne Dringlichkeits-Code in sechs Monaten.“

FLAMM: Es gibt in jeder Berufsgruppe einen kleinen Teil, der sich nicht an die Regeln hält. Diese Leute gehen ihren Kolleginnen und Kollegen gehörig auf die Nerven und machen die Systeme kaputt. Irgendwann gibt es eine große Welle und dann eine Neuregelung – und alle anderen sind mitbestraft. Patienten dürfen vom Facharzt nicht aufgefordert werden, sich einen Dringlichkeitscode zu holen! Wenn der Hausarzt selbst für seine Patienten eine Dringlichkeit sieht, sollte er aber auch einen Dringlichkeitscode generieren oder die TSS nutzen.

Wie sieht ein guter Arztbrief aus?

MÜLLER-GLAMANN: Ich muss den Arztbrief schnell erfassen



Dr. med. Mike Müller-Glamann

"Wenn eine Therapieänderung vorgenommen wurde, muss ich als Hausarzt das wissen. Natürlich wäre es toll, wenn es dafür ein elektronisches System gäbe."

können. Länger als 30 Sekunden möchte ich mich bei einem normalen Patienten nicht mit diesen Informationen beschäftigen müssen. Das heißt konkret: Am Anfang des Briefes sollten die Diagnosen stehen. Dann: Warum er da ist? (Zum Beispiel: „Kommt mit Atemnot.“) Dann: Welche Medikamente hat er? Und: Und was ist der weitere Plan?

Was genau wollen Sie zu den Medikamenten wissen?

MÜLLER-GLAMANN: Ich würde mir eine Liste wünschen mit einer Kennzeichnung der Neuerungen. Und darunter: „Medikament XY in zwei Wochen kontrollieren und dann anpassen.“ Wenn eine Therapieänderung vorgenommen wird, muss ich als Hausarzt das wissen. Natürlich wäre es toll, wenn es dafür ein elektronisches System gäbe: Der Spezialist drückt auf eine Taste und schickt eine

KIM-Nachricht an den Hausarzt: „Herr Meyer kriegt jetzt Spironolacton doppelte Dosis morgens.“ Man kann natürlich auch einen QR-Code des Medikationsplans auf den Arztbrief bringen. Ein Traum wäre es, wenn die Krankenhäuser das umsetzen würden. Die Krankenhäuser nehmen ja immer viele Änderungen vor – und die müssen wir bisher mühevoll per Hand eintippen. Wenn auf dem Brief ein QR-Code wäre, könnte ich ihn einfach scannen – und die Daten werden automatisch auf meinen Rechner übertragen und in den Medikationsplan übernommen.

FLAMM: Bei der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Augenärzten haben wir in einigen Bereichen schlanke Papierlösungen, die möglicherweise in Zukunft auch digitalisiert werden könnten. Bei Diabetikern zum Beispiel wollen die Hausärzte wissen: Gibt es Schäden am Au-

genhintergrund? Dafür haben wir ein Protokoll, das Hausärzte und Augenärzte kennen. Wir kreuzen drei Kästchen an – und geben das Blatt dem Patienten wieder mit. Bei den DMP haben die Hausärzte ein Protokoll, das vorgibt, was gemacht werden muss. Da setzen wir als Augenärzte nur ein Häkchen. Es geht den Hausärzten hier nur um diese eine Information. Was die Bestandteile eines normalen Standard-Arztbriefes angeht, stimme ich Herrn Müller-Glamann zu. Das sollten kurze, schnell zu erfassende Informationen sein. Und, selbstverständlich: Wenn der Facharzt eine Therapie ansetzt oder ändert, muss der Hausarzt darüber informiert werden. Das ist ganz wichtig.

Was passiert, wenn die Fragestellung des Hausarztes beim Spezialisten nicht geklärt werden kann und ein weiterer Spezialist zu Rate gezogen werden muss?

MÜLLER-GLAMANN: Wir Hausärzte finden es natürlich nicht so toll, wenn unser Patient von einem Spezialisten zum nächsten Spezialisten überwiesen wird. Ein Patient beispielsweise, den ich wegen Luftnot zum Kardiologen schicke, sollte von dort aus nicht direkt an den Lungenfacharzt durchgereicht werden. Der Kardiologe weiß ja gar nicht, ob der Patient zuvor schon beim Lungenarzt war und nun in ein endloses Facharztkarussell gerät. Wir koordinieren die Versorgung. Deshalb ist es besser, wenn der Patient mit einem Vorschlag zur weiteren Diagnostik im Arztbrief zu uns zurückgeschickt wird.

→ Fortsetzung nächste Seite

→ Fortsetzung

FLAMM: Ja, das handhaben wir normalerweise auch so. Nur wenn es sich um einen dringenden Fall handelt, schicke ich ihn direkt zu einem anderen Spezialisten oder in die Notaufnahme. Ob ich den Hausarzt darüber sofort informiere, hängt davon ab, ob ich das Gefühl habe, dass er dies gerne möchte. Ansonsten ist meines Erachtens eine Kommunikation am Ende des Prozesses ausreichend, wenn der Patient wieder zum Hausarzt geht.

Ist es in Ordnung, wenn der Facharzt die Aufgabe, dem Patienten die Diagnose zu erklären, auf den Hausarzt abschiebt?

MÜLLER-GLAMANN: Nein, natürlich nicht. Wenn der Facharzt die Diagnose stellt, fällt es in seine Zuständigkeit, sie dem Patienten zu erläutern.

FLAMM: Wer die Diagnose stellt, muss sie erklären. Ist doch klar. Das Problem kennen wir auch aus dem Krankenhaus, wo der Patient auf eine Frage während der Visite manchmal zu hören bekommen: „Ne, ne, das erklärt Ihnen dann Ihr niedergelassener Arzt.“ Allerdings kann es vorkommen, dass man ausgiebig mit dem Patienten spricht und später trotzdem noch Fragen auftauchen. Manchmal braucht der Patient dieselbe Erklärung zweimal oder nochmal in anderen Worten. Manchmal möchte der Patient, dass der Hausarzt sagt: „Ja, ich sehe das genauso wie der Facharzt. Machen Sie das mal so.“

KV will die KIM-Adressen besser zugänglich machen

Derzeit ist es bei einigen KIM-Dienst-Programmen ziemlich kompliziert, die KIM-Adressen von Kolleginnen und Kollegen zu finden. Deshalb arbeitet die KV Hamburg daran, die KIM-Adres-

sen ihrer Mitglieder direkt über eine Suchfunktion im geschützten Internetportal der KV zur Verfügung zu stellen. Wir werden Sie informieren, sobald diese Suchmöglichkeit zur Verfügung steht.

Wer ist für die Veranlassung der Labordiagnostik zuständig, wenn ein Patient von mehreren Ärzten behandelt wird?

FLAMM: Grundsätzlich gilt: Wer das Laborergebnis für seine Untersuchung oder Diagnostik benötigt, ist für die Blutabnahme und die Veranlassung der Labordiagnostik zuständig. Manchmal haben Ärztinnen und Ärzte Angst um ihren Wirtschaftlichkeitsbonus. Wenn man die Veranlassung von Labordiagnostik an die Kollegen abschiebt, ist das aber natürlich unfair. Es gibt allerdings manchmal bereits Vorbefunde, und wenn wir die bekämen, würden wir die Zeit und das Geld für eine erneute Labordiagnostik sparen. Außerdem ist zum Beispiel bei einer präoperativen Diagnostik die Beurteilung des Hausarztes sehr hilfreich, da er den Patienten oft viel länger und besser kennt.

MÜLLER-GLAMANN: Das Gesamtbild der Laborwerte zusammenzuführen, die für einen bestimmten Patienten bei verschiedenen Ärzten erhoben wurden, ist allerdings meines Erachtens fast unmöglich. Deshalb würde ich das Blut immer bei mir in der Praxis

abnehmen lassen – auch wenn das auf Kosten meines Laborbudgets geht. Nicht alle Hausärzte sehen das so. Ich möchte den Verlauf der Werte über Jahre hinweg im Blick behalten können. Ideal wäre, wenn ich die von einem Spezialisten veranlassten Laborwerte über einen Zugangscode direkt vom Labor abrufen könnte, so dass diese automatisch in mein Praxisverwaltungssystem eingehen. Ich hoffe, dass die Hamburger Labore eine solche Funktion für die Hausärzte bald anbieten.

FLAMM: Das Hauptproblem bei der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten ist also nach wie vor der Befundaustausch: Irgendwo wurde eine Labordiagnostik veranlasst oder eine MRT gemacht. Das würde mich interessieren. Wie komme ich da ran? Herr Müller-Glamann und ich wollen darauf hinwirken, dass die KIM-Adressen in Hamburg bald leichter zugänglich werden. Dann testen wir, wie man mit der KIM in Hamburg auf eine pragmatische Weise umgehen könnte. Eventuell können wir auch schon bald neue Dienste wie den Messenger ausprobieren. Wir werden dann im KVH-Journal über unsere Erfahrungen berichten. ■



Sie verordnen – wir beraten!

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

Fragen Sie uns einfach!

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



Fragen und Antworten

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

ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Ich bin Frauenärztin. Meine Patientin befindet sich derzeit im Mutterschutz. Darf ich sie krankschreiben?

Nein. Nach der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie § 3 Absatz 2 kann keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt werden, da für die Dauer der Mutterschutzfristen das Arbeitsverhältnis ruht. Dasselbe gilt für die Elternzeit.

ELEKTRONISCHE DOKUMENTATION

Ich bin Frauenärztin und habe eine Patientin, die als „sonstiger Kostenträger“ abgerechnet wird. Muss ich hier keine elektronische Dokumentation im Rahmen der Früherkennung von Zervixkarzinom machen?

Nein, bei der besonderen Personengruppe „sonstige Kostenträger“ handelt es sich um Versicherte, die sich nicht in einem regulären Versicherungsverhältnis mit einer gesetzlichen Krankenkasse befinden. Somit muss eine Dokumentation für Patienten der besonderen Personengruppen nur in der PVS-Software und nicht im oKFE Dokumentationsmodul durchgeführt werden. Diese verbleibt in der Praxis und wird nicht an die Datenannahmestelle der KV Hamburg versandt.

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Ich möchte gerne die Funktionalität meines Online-Portals erweitern. Kann ich für meine Praxismitarbeiter eine Zugangsberechtigung vergeben lassen?

Ja, für ausgewählte Mitarbeiter ist es möglich, individuelle Portalzugänge zur Verfügung zu stellen, die auch eingeschränkt werden können. Hierbei kann beispielsweise eine Berechtigung für die Terminservicestelle vergeben werden, um die Termine verwalten zu lassen. Melden Sie sich hierfür im Online Portal an und wählen in der Menüleiste den Punkt „Einstellungen“ und anschließend „Mitarbeiterverwaltung“ aus. Nun haben Sie die Möglichkeit, ausgewählte Mitarbeiter anzulegen. Weitere Informationen sowie Anleitungen zur Zugangsberechtigung für Praxismitarbeiter finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.net → Menü → Praxis → Praxis-IT & Telematik → Zugang zum Online-Portal

VIDEOSPRECHSTUNDE

Ich habe gehört, dass der Authentifizierungszuschlag für Videosprechstunde bis Ende 2025 verlängert wurde. Ist das korrekt?

Ja, für die Überprüfung und die händische Erfassung der Daten der elektronischen Gesundheitskarte (Authentifizierung) von unbekanntem Patienten vor Videosprechstunden erhalten Ärzte und Psychotherapeuten weiterhin einen Zuschlag. Die zum Jahresende auslaufende

Regelung wurde bis zum 31. Dezember 2025 verlängert. Der Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale wird weiterhin mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 01444 abgerechnet. Dieser ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

MIT- UND WEITERBEHANDLUNG

Ich bin Hausarzt. Es kommt häufig vor, dass fachärztliche Kollegen gemeinsame Patienten, die ich zur Mit- oder Weiterbehandlung überwiesen habe, mit einer Therapieempfehlung an mich zurückschicken, damit ich die entsprechende Verordnung vornehme. Ist dieses Vorgehen überhaupt zulässig?

Nein. Im BMV-Ä ist geregelt, dass bei einer Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung die gebietsbezogene Erbringung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Tätigkeiten an den weiterbehandelnden Arzt übertragen wird. Bei Mitbehandlung eines Patienten durch einen fachärztlichen Kollegen ist dieser also zur Verordnung der erforderlichen Medikamente seines Fachgebietes verpflichtet.

PSYCHOTHERAPIE

Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Ist es möglich, eine Probatorik während einer Krankenhausbehandlung in meiner Praxis durchzuführen?

Ja. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses sowie in den psychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden. Durch diese Regelungen soll eine erforderliche ambulante Psychotherapie noch während des stationären Aufenthaltes so weit vorbereitet werden, dass die Patienten nahtlos weiterbehandelt werden können. Hierbei sollen insbesondere Behandlungsunterbrechungen vermieden werden.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



Auf einen Blick: Die neu angepassten Impfstoffe von BioNTech/Pfizer

	Comirnaty 3 Mikrogramm/Dosis Omicron XBB.1.5 von BioNTech/Pfizer	Comirnaty 10 Mikrogramm/Dosis Omicron XBB.1.5 von BioNTech/Pfizer	Comirnaty 30 Mikrogramm/Dosis Omicron XBB.1.5 von BioNTech/Pfizer
Für Personen im Alter von	6 Monaten bis 4 Jahre	5 bis 11 Jahren	ab 12 Jahren
Anwendung	Grundimmunisierung und Auffrischimpfung		
			Auch für Schwangere verwendbar: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf
Dosen je Vial	10 Dosen je Vial	6 Dosen je Vial	6 Dosen je Vial
Kappenfarbe	rotbraun	blau	grau
Konzentrat/Fertiglösung	Konzentrat – vor Verabreichung mit NaCl verdünnen	Fertiglösung	Fertiglösung
Haltbarkeit/Lagerung	Aufgetaut und ungeöffnet: 10 Wochen im Kühlschrank bei 2 °C bis 8 °C (inklusive Zeit für Auftauen und Transport); 12 Stunden bei Raumtemperatur bis 30 °C Geöffnet: Innerhalb von 12 Stunden verimpfen, Lagerung bei 2 °C bis 30 °C (Aus mikrobiologischer Sicht sollte das Produkt sofort verwendet werden.)		
Bestellung	wöchentlich (Dienstag 12 Uhr) bei der beliefernden Apotheke		
Angaben auf Rezept	Anzahl der Dosen, z. B. „20 Dosen Comirnaty 3 Mikrogramm/Dosis Omicron XBB.1.5“ Kostenträger: Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS); IK 103609999 (für gesetz- lich und privat Versicherte)	Anzahl der Dosen, z. B. „18 Dosen Comirnaty 10 Mikrogramm/Dosis Omicron XBB.1.5“ Kostenträger: Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS); IK 103609999 (für gesetz- lich und privat Versicherte)	Anzahl der Dosen, z. B. „210 Dosen Comirnaty 30 Mikrogramm/Dosis Omicron XBB.1.5“ Kostenträger: Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS); IK 103609999 (für gesetz- lich und privat Versicherte)
Impfzubehör	Spritzen, Kanülen, ggf. NaCl-Lösung bestellen Praxen zusätzlich wie bei anderen Impfstoffen separat über Apotheke oder Hersteller NaCl- Lösung über SSB; Spritzen und Kanülen zulasten der Praxis		
Abrechnung	Pseudonummer 88342 plus entsprechendem Suffix: erste Impfung 88342A, zweite Impfung 88342B und dritte sowie weitere Impfung 88342R Bei Privatpatienten wird die ärztliche Leistung über GOÄ (Rechnung) abgerechnet (keine Abrechnung über BAS mehr)		
Dokumentation	Wöchentliche Meldung von tagesgenauen Impfdaten über das Impf-DokuPortal		

Stand: 11.10.2023 – Quellen: https://www.kbv.de/html/1150_65403.php; https://www.kbv.de/html/1150_65224.php

KBV-Themenseite zur COVID-19-Impfung:

www.kbv.de → (rechts oben) Themen A-Z → C → Coronavirus → Impfungen gegen SARS-CoV-2

Kein Regressrisiko für nicht verwendete Covid-Impfstoffe in Mehrdosenbehältnissen

Es gibt kein Regressrisiko für Ärztinnen und Ärzte, wenn trotz bedarfsgerechter Planung nicht der gesamte COVID-19-Impfstoff aus Mehrdosenbehältnissen verimpft werden kann. Das hat das Bundesgesundheitsministerium auf Nachfrage der KBV mitgeteilt. Der angepasste COVID-19-Impfstoff von BioNTech/

Pfizer wird nicht in Einzeldosen bereitgestellt, wie mehrfach von der KBV gefordert, sondern in Fläschchen mit sechs (für Jugendliche und Erwachsene sowie für Kinder) beziehungsweise zehn Dosen (für Kleinkinder) ausgeliefert. Deshalb kann es vorkommen, dass Impfstoff in den Fläschchen übrigbleibt und verfällt. ■

Testungen auf SARS-CoV-2

Seit dem 1. März 2023 übernimmt der Bund keine Kosten mehr für präventive Tests und Genesenzertifikate, die bis dahin nach der Coronavirus-Testverordnung möglich waren.

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung stehen PCR-Tests auf SARS-CoV-2 lediglich dann zur Verfügung, wenn Patienten nicht nur Symptome aufweisen, sondern sich aus einer positiven Testung auch Konsequenzen ergeben würden. Die Entscheidung zum PCR-Test trifft die Ärztin oder der Arzt.

Für COVID-19-Erkrankungen, den Verdacht auf die Erkrankung und Erregernachweise besteht weiterhin eine gesetzliche Meldepflicht. Darüber hinaus gelten derzeit keine besonderen Vorschriften, auch nicht zum Umgang mit erkranktem Praxispersonal. ■

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

Grippe-Impfung: KBV stellt Infomaterial zur Verfügung



Arztpraxen können mit einem Plakat und einer Infokarte auf die Grippe-Impfung hinweisen. Die Materialien für das Wartezimmer sind kostenfrei.

Eine Praxisinformation fasst zudem alles Wichtige für Ärzte und Praxisteams zusammen. ■

KBV-Themenseite mit Infomaterialien für die Praxis zum Herunterladen: www.kbv.de → (rechts oben) Themen A-Z → G → Grippe/Grippeschutzimpfung



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Der Nocebo-Effekt: Bedeutung für den klinischen Alltag

Definition, Abgrenzung verschiedener Typen des Nocebo-Effekts

VON DR. BARBARA PREDIGER UND PROF. DR. TIM MATHES IM AUFTRAG DES NETZWERKS
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Im Gegensatz zum Nocebo-Effekt ist das Phänomen des Placebo-Effektes den meisten Personen, auch außerhalb der Gesundheitsversorgung, inzwischen bekannt. Der Placebo-Effekt besteht darin, dass positive Änderungen der Körperfunktionen, sowohl subjektiv empfunden als auch tatsächlich messbar, die ausschließlich auf körpereigenen Mechanismen beruhen, als Reaktion auf eine medizinische Prozedur jeglicher Art wahrgenommen werden (1).

Der Nocebo-Effekt ist das Gegenteil des Placebo-Effektes (wörtlich: *nocebo* = ich werde schaden; *placebo* = ich werde gefallen). Der Nocebo-Effekt besagt, dass die Erwartung von einer negativen Änderung der Körperfunktion und die damit verbundenen affektiven Zustände diese negative Änderung bei dem Erwarteten auslösen (2). Genauso können

beim Nocebo-Effekt sowohl subjektiv empfundene oder tatsächlich messbare Änderungen der Körperfunktion auftreten.

Sowohl bei einem Nocebo-Effekt als auch einem Placebo-Effekt handelt es sich um psychologische Prozesse, die durch Konditionierung und Beobachtungslernen verursacht werden. Analog zum Placebo-Effekt liegt der Nocebo-Effekt neurobiologischen Mechanismen zugrunde. Die verbal induzierte Verstärkung von Schmerzen wurde mit einer erhöhten Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse in Verbindung gebracht.

Es gibt verschiedene ähnliche Effekte, die sich unter dem Begriff Nocebo-Effekt bündeln lassen. Dabei ist der primäre Nocebo-Effekt vom Placebo-Nebeneffekt abzugrenzen. Der primäre Nocebo-Effekt beschreibt, dass die Person eine Verschlechterung der Gesundheit (z. B. Krankheit, Schmerzen) als Ergebnis erwartet und eine Verschlechterung eintritt. Somit sind die Erwartung und das Ergebnis negativ.

Der Placebo-Nebeneffekt tritt auf, wenn eine Verbesserung der Gesundheit (z. B. Heilung) durch die Behandlung erwartet wird und eine (zusätzliche) Verschlechterung auftritt. Das heißt, die Erwartung ist positiv, aber das Ergebnis negativ. Gleichzeitig kann auch ein Nocebo-Nebeneffekt auftreten, der umgekehrt eine negative Erwartung voraussetzt und in einem positiven oder neutralen Ergebnis endet. Beispielsweise wird durch eine Behandlung Übelkeit erwartet, diese

tritt aber nicht ein oder die Behandlung führt zu einer unerwarteten Verbesserung des Zustandes.

Innerhalb des primären Nocebo-Effektes kann zwischen der spezifischen und der generellen Form unterschieden werden. In der spezifischen Form wird ein bestimmtes negatives Ergebnis durch eine Intervention erwartet (z. B. Erbrechen nach Medikamenteneinnahme). Dieses bestimmte Ergebnis tritt auch ein, aber nicht ursächlich durch die Intervention, sondern durch psychosomatische Prozesse aufgrund der Erwartung über das Ereignis. In der generellen Form haben Personen eher eine vage negative Erwartung hinsichtlich einer Behandlung. Negative Ereignisse wie Schmerzen, Übelkeit etc. treten ein, ohne dass diese spezifisch erwartet wurden (3).

In der Abgrenzung zu einem „echten“ Nocebo-Effekt besteht die Fehlattribution als falsche Zurechnung von negativen Wirkungen zu einer Behandlung. Dieses ist der Fall, wenn unspezifische Symptome (z. B. Übelkeit), aufgrund von zeitlicher Nähe des Auftretens mit der Behandlung (z. B. Schmerzmittel) fälschlicherweise der Behandlung zugeordnet werden, obgleich eine andere Ursache verantwortlich war (z. B. verdorbene Mayonnaise). Diese unterliegen anderen Entstehungsprozessen als der wahre Nocebo-Effekt, werden aber mitunter als Nocebo-Effekt wahrgenommen und haben eine ebenso wichtige Rolle in der Versorgung (z. B. Adhärenz). Eine Abgrenzung vom wahren Nocebo-Effekt

und einer Fehlattribution ist allerdings in der Praxis nur schwer oder überhaupt nicht möglich (4).

Der Nocebo-Effekt hat aber nicht nur direkte negative Folgen für die Patient:innen, sondern kann zudem zu einer verringerten Adhärenz führen, was wiederum die Effektivität der Behandlung reduziert. Der Nocebo-Effekt ist weit weniger untersucht und bekannt als der Placebo-Effekt, obgleich er bereits in den 1960ern zum ersten Mal in der Literatur erwähnt wurde (5). Allerdings wurde die Untersuchung des Nocebo-Effektes in den vergangenen 30 Jahren intensiviert, da man die hohe Relevanz dieses Phänomens für die Gesundheitsversorgung erkannte (4).

EMPIRISCHE EVIDENZ ZUR EXISTENZ DES NOCEBO-EFFEKTS

Der Nocebo-Effekt nimmt vermutlich einen großen Anteil der unerwünschten Ereignisse in Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten ein. Durch die individuell sehr unterschiedlich gelernten Erwartungshaltungen sowie Persönlichkeitsmerkmale ist es nicht möglich, diesen Anteil allgemein zu definieren. Ergebnisse großer, randomisiert-kontrollierter Arzneimittelstudien zeigen, dass der Nocebo-Effekt zwischen 40 % und 100 % der unerwünschten Ereignisse ausmachen kann (6).

Zum Beispiel zeigen Studien mit Patient:innen, die Statine einnehmen, dass Muskelschmerzen als unerwünschtes Ereignis durch die Einnahme von Statinen



in der Gruppe, die das richtige Medikament erhält, genauso häufig auftreten wie in der Gruppe, die lediglich ein Placebo erhält (7). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine systematische Übersichtsarbeit bei Parkinson-Patient:innen. Hier konnte bei 56 % der Patient:innen eine Nocebo-Response festgestellt werden (7).

Studien, die den Nocebo-Effekt untersuchen, berichten vor allem subjektive Endpunkte wie Schmerzen, Übelkeit, Hauttrockenheit und kardiorespiratorische Effekte (8, 9). Die Wirkung des Nocebo-Effektes kann aber mitunter so stark sein, dass sie auch medizinische Interventionen nach sich ziehen kann (10).

PATIENTENCHARAKTERISTIKA/PERSÖNLICHKEITSTYPEN, DIE FÜR DEN NOCEBO-EFFEKT ANFÄLLIG SIND

Der Nocebo-Effekt wird über Erwartungshaltung und Angst moderiert. Die Vulnerabilität hierfür hängt mit vielfältigen Persönlichkeitsmerkmalen zusammen. Das heißt, Auswirkungen des Nocebo-Effektes können je nach kulturellem Umfeld, Sozialisation und anderen Faktoren wie Alter und Geschlecht sehr unterschiedlich ausfallen (3).

So zeigt sich, dass optimistische Personen offenbar weniger anfällig für den Nocebo-Effekt sind (11). Die Suggestibilität, ein Persönlichkeitsmerkmal, das die Empfänglichkeit, suggestiv übermittelter Informationen in das eigene Denken zu integrieren, beschreibt, scheint Personen für den positiven und/oder negativen Kontext empfänglich zu machen, was zu stärkeren Placebo- und Nocebo-Reaktionen führen kann (12). Außerdem scheint eine hohe Eigenschafts- und Zustandsangst den Nocebo-Effekt zu fördern (13). Möglicherweise spielen auch Extraversion und Intraversion der Person eine Rolle (14).

Weitere Merkmale wie Resilienz, Altruismus, Geradlinigkeit und Feindseligkeit beeinflussen den Placebo Effekt (15). Die Vermutung, dass diese auch den Nocebo-Effekt beeinflussen könnten liegt nahe, wurde aber bisher nicht ausreichend untersucht.

Es zeigt sich, dass Frauen eher von einem Nocebo-Effekt betroffen sind, während Männer eher von einem Placebo-Effekt betroffen sind (16). Es wird vermutet, dass der Nocebo-Effekt bei Frauen vorwiegend das Ergebnis einer erlernten Reaktion ist, während der Placebo-Effekt bei Männern vorwiegend durch (verbale) Suggestion von Erwartungen hervorgerufen wird (17). Es konnte zudem eine erhöhte Prävalenz des Nocebo-Effektes in der älteren Bevölkerung festgestellt werden. Der Einfluss des Alters auf den Nocebo-Effekt ist allerdings noch nicht ausreichend erforscht. Insbesondere, da im Alter auch mehr Risikofaktoren bzw. Störfaktoren für einen Nocebo-Effekt vorliegen (z. B. Ängste, Depressionen, chronische Erkrankungen, eigene Erfahrungen mit unerwünschten Arzneimittelereignissen) (18). Das kulturelle Umfeld sowie die Sozialisation prägt durch Konditionierung und Beobachtungslernen die Erwartungshaltung und auch den Effekt eines Nocebos oder Placebos (19).

STUDIEN ZUR VERBALEN UND SCHRIFTLICHEN KOMMUNIKATION (RISK-FRAMING), UM DEN NOCEBO-EFFEKT ZU BEEINFLUSSEN

Erwartungshaltung und Angst von Patient:innen können durch Kommunikation beeinflusst werden. Auf diesem Weg kann auch Einfluss auf den Nocebo-Effekt genommen werden. Die verbale Kommunikation von Schmerzen, die durch eine Intervention ausgelöst werden können, kann die Wahrnehmung der Schmer-

zintensität beeinflussen. Dies zeigten Studien aus der Schmerzmedizin. Das trifft sowohl auf Scheininterventionen, d. h. Interventionen die eigentlich keinen Schmerz hervorrufen, als auch auf aktive Behandlung zu. In einer randomisierten kontrollierten Studie traten mehr Kopfschmerzen nach einer Scheinbehandlung auf, wenn für das Auftreten dieser ein höheres Risiko kommuniziert wurde (20).

Gleichermaßen gaben Patient:innen in einer randomisierten kontrollierten Studie, in der durch Histamingabe und einen leichten Stromschlag Juckreiz und Schmerz provoziert werden sollte, geringeren Juckreiz und Schmerz an, wenn die verbale Suggestion niedrige Erwartungen für Jucken und Schmerzen vorsah. (21).

Auch der Placebo-Nebeneffekt konnte bereits in kontrollierten Studien nachgewiesen werden. In einer randomisierten kontrollierten Studie bei Männern, die Silodosin einnehmen, wurden mehr Potenzprobleme berichtet, wenn diese zuvor auch als Nebenwirkungen angegeben waren (22). In einer randomisierten Studie zu unterschiedlichen Packungsbeilagen wurde ebenfalls ein unterschiedliches Angstniveau und eine Tendenz zu weniger Nebenwirkungen bei Patient:innen festgestellt, die nicht die übliche Packungsbeilage, sondern keine oder eine positiv formulierte Packungsbeilage erhalten hatten (23), wobei diese Tendenz für Nicht-Aufklärung am stärksten war.

VERMEIDUNG DES NOCEBO-EFFEKTS IN DER PRAXIS

Insgesamt bestehen zunehmend Belege dafür, dass neutrales oder positives Formulieren (sogenanntes positives Framing) von negativen Wirkungen den Nocebo-Effekt reduzieren kann (20). Eine neutrale Risikokom-

munikation wäre beispielweise das Berichten von genauen numerischen Häufigkeitsangaben (z. B. jede 10. Person leidet unter Übelkeit) anstatt von verbalisierten Häufigkeitsangaben (z. B. Übelkeit tritt häufig auf), für die bekannt ist, dass sie zu einer Fehleinschätzung des Risikos führen (24). Beim positiven Framing wird das gewünschte hervorgehoben (z.B. 9 von 10 Personen leiden nicht unter Übelkeit).

Da so gut wie jede medizinische Maßnahmen auch ungewollte negative begleitende Wirkungen haben kann, besteht somit in der medizinischen Praxis erhebliches Potential, den Nocebo-Effekt durch geeignete Kommunikation zu reduzieren. Ansatzpunkte für den Alltag sind neben der verbalen und non-verbalen Kommunikation insbesondere schriftliche Aufklärungsdokumente, die regelhaft in der Praxis verwendet werden (z.B. Packungsbeilagen, Operationsaufklärung).

Neben der Sachebene, die über verbale oder schriftliche Kommunikation vermittelt wird, können jedoch auch die Arzt-Patientenbeziehung sowie Eigenschaften des Arztes eine Rolle spielen (19). Allerdings ist sowohl für die verbale als auch die schriftliche Kommunikation bisher unklar, wie genau die „beste“ Art der Kommunikation im Sinne der Reduktion des Nocebo-Effekts gestaltet werden soll (20, 25).

Zudem besteht bei der praktischen Umsetzung einer auf Minimierung des Nocebo-Effekts ausgerichteten Kommunikation mitunter das Problem, dass insbesondere das Vorenthalten von negativen Wirkungen (z. B. OP-Risiken, Nebenwirkungen) mit dem Recht der Patient:innen auf ausreichende Aufklärung und/oder dem Haftungsrecht in Konflikt stehen. Einigkeit besteht hingegen darüber, dass die Aufklärung der Patient:innen über den Nocebo-Effekt erfolgen sollte,



da dieses allein schon einen positiven Effekt bzw. Reduktion des Nocebo-Effekts bewirken kann (26). Zudem scheint auch eine positive non-verbale Kommunikation den Nocebo-Effekt reduzieren zu können (27).

Der Nocebo-Effekt ist für den klinischen Alltag jedoch nicht nur bzgl. einer adäquaten Risikokommunikation von Bedeutung. Es muss auch davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Nebenwirkungen, über die Patient:innen berichten, eigentlich auf den Nocebo-Effekt zurückzuführen sind. Dabei lässt sich feststellen, dass der Nocebo-Effekt mit Berichten in (sozialen) Medien im Zusammenhang stehen kann.

So wurden beispielweise Assoziationen zwischen der Intensität medialer Berichte von Nebenwirkungen und berichteten Nebenwirkungen in der Praxis gefunden (28, 29).

Dass berichtete Symptome von Patient:innen mitunter (auch) durch den Nocebo-Effekt (mit) ausgelöst werden, sollte daher insbesondere in Zeiten hoher medialer Aufmerksamkeit bestimmter Erkrankungen oder therapeutischer Maßnahme bedacht werden. Das Phänomen, sich durch die Beobachtung anderer „anzustecken“, ist auch als "psychogenes Massenleiden" bekannt (3). ■



DR. RER. MEDIC.

BARBARA PREDIGER

Abteilungsleitung Evidenzbasierte Versorgungsforschung, IFOM - Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Universität Witten/Herdecke



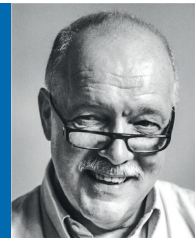
PROF. DR. RER. MEDIC.

TIM MATHES

Gruppenleiter AG "Klinische Epidemiologie und Gesundheitsökonomie" am Institut für Medizinische Statistik, Universitätsmedizin Göttingen

Referenzen

1. Popkirov S. Der Placebo-Effekt und funktionelle Überlagerung. In: Popkirov S, editor. Funktionelle neurologische Störungen: Erkennen, verstehen, behandeln. Bochum: Springer-Verlag GmbH Deutschland; 2020.
2. Hahn RA. Expectations of sickness: Concept and evidence of the nocebo phenomenon. How expectancies shape experience. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1999. p. 333-56.
3. Hahn RA. The nocebo phenomenon: concept, evidence, and implications for public health. *Preventive medicine*. 1997;26(5 Pt 1):607-11.
4. Faasse K, Helfer SG, Barnes K, Colagiuri B, Geers AL. Experimental Assessment of Nocebo Effects and Nocebo Side Effects: Definitions, Study Design, and Implications for Psychiatry and Beyond. *Front Psychiatry*. 2019;10:396.
5. Kennedy WP. The nocebo reaction. *Medical world*. 1961;95:203-5.
6. Mahr A, Golmard C, Pham E, lordache L, Deville L, Faure P. Types, frequencies, and burden of nonspecific adverse events of drugs: analysis of randomized placebo-controlled clinical trials. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2017;26(7):731-41.
7. Faasse K, Huynh A, Pearson S, Geers AL, Helfer SG, Colagiuri B. The Influence of Side Effect Information Framing on Nocebo Effects. *Annals of Behavioral Medicine*. 2018;53(7):621-9.
8. Daniali H, Flaten MA. Placebo Analgesia, Nocebo Hyperalgesia, and the Cardiovascular System: A Qualitative Systematic Review. *Front Physiol*. 2020;11:549807.
9. Bagarić B, Jokić-Begić N, Sangster Jokić C. The Nocebo Effect: A Review of Contemporary Experimental Research. *International journal of behavioral medicine*. 2022;29(3):255-65.
10. Reeves RR, Ladner ME, Hart RH, Burke RS. Nocebo effects with antidepressant clinical drug trial placebos. *General hospital psychiatry*. 2007;29(3):275-7.
11. Kern A, Kramm C, Witt CM, Barth J. The influence of personality traits on the placebo/nocebo response: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*. 2020;128:109866.
12. De Pascalis V, Chiaradia C, Carotenuto E. The contribution of suggestibility and expectation to placebo analgesia phenomenon in an experimental setting. *Pain*. 2002;96(3):393-402.
13. Woo KY. Unravelling nocebo effect: the mediating effect of anxiety between anticipation and pain at wound dressing change. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(13-14):1975-84.
14. Shi Y, Huang S, Zhan H, Wang Y, Zeng Y, Cai G, et al. Personality Differences of Brain Networks in Placebo Analgesia and Nocebo Hyperalgesia: A Psychophysiological Interaction (PPI) Approach in fMRI. *Neural Plasticity*. 2020;2020:8820443.
15. Peciña M, Love T, Stohler CS, Goldman D, Zubieta JK. Effects of the Mu opioid receptor polymorphism (OPRM1 A118G) on pain regulation, placebo effects and associated personality trait measures. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2015;40(4):957-65.
16. Vambheim SM, Flaten MA. A systematic review of sex differences in the placebo and the nocebo effect. *Journal of pain research*. 2017;10:1831-9.
17. Enck P, Klosterhalfen S. Does Sex/Gender Play a Role in Placebo and Nocebo Effects? Conflicting Evidence From Clinical Trials and Experimental Studies. *Front Neurosci*. 2019;13:160.
18. Kravvariti E, Kotsani M, Mitsikostas DD, Sfikakis PP. Nocebo phenomena may be enhanced in aging: Implications for clinical practice. *Maturitas*. 2021;143:10-6.
19. Rossettini G, Camerone EM, Carlino E, Benedetti F, Testa M. Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. *Arch Physiother*. 2020;10:11.
20. Barnes K, Faasse K, Geers AL, Helfer SG, Sharpe L, Colloca L, et al. Can Positive Framing Reduce Nocebo Side Effects? Current Evidence and Recommendation for Future Research. *Front Pharmacol*. 2019;10:167.
21. van Laarhoven AJ, Vogelhaar ML, Wilder-Smith OH, van Riel PL, van de Kerkhof PC, Kraaijmaat FW, et al. Induction of nocebo and placebo effects on itch and pain by verbal suggestions. *Pain*. 2011;152(7):1486-94.
22. Sertkaya Z, Ozkaya F. Silodosin Has Nocebo Effect on Sexual Adverse Effects: A Randomized Controlled Trial. *Eurasian J Med*. 2019;51(3):277-9.
23. Prediger B, Meyer E, Büchter R, Mathes T. Nocebo effects of a simplified package leaflet compared to unstandardised oral information and a standard package leaflet: a pilot randomised controlled trial. *Trials*. 2019;20(1):458.
24. Webster RK, Weinman J, Rubin GJ. People's Understanding of Verbal Risk Descriptors in Patient Information Leaflets: A Cross-Sectional National Survey of 18- to 65-Year-Olds in England. *Drug Saf*. 2017;40(8):743-54.
25. Bühn S, Huppertz E, Weise A, Lühnen J, Steckelberg A, Büchter RB, et al. The effects of modifying elements of written informed consent forms for elective surgical or invasive procedures: A systematic review. *Patient education and counseling*. 2023;107:107576.
26. Evers Andrea WM, Colloca L, Blease C, Annoni M, Atlas Lauren Y, Benedetti F, et al. Implications of Placebo and Nocebo Effects for Clinical Practice: Expert Consensus. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2018;87(4):204-10.
27. Daniali H, Flaten MA. A Qualitative Systematic Review of Effects of Provider Characteristics and Nonverbal Behavior on Pain, and Placebo and Nocebo Effects. *Front Psychiatry*. 2019;10:242.
28. MacKrell K. Impact of media coverage on side effect reports from the COVID-19 vaccine. *Journal of psychosomatic research*. 2023;164:111093.
29. MacKrell K, Gamble GD, Bean DJ, Cundy T, Petrie KJ. Evidence of a Media-Induced Nocebo Response Following a Nationwide Antidepressant Drug Switch. *Clinical Psychology in Europe*. 2019;1(1):1-12.



Die Investoren ziehen immer weiter

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

Während auf der lauten Bühne der Schlagzeilen und Talkshows heftiger Streit um die Zukunft unserer Krankenhäuser tobt, spielen sich hinter der Bühne heimlich still und leise die eigentlichen dramatischen Veränderungen ab, die unser Gesundheitswesen zerstören dürften.

Hier spielen nicht Bundes- und Landesminister, nicht Verbandsfunktionäre und sogenannte Gesundheitsökonominnen die Hauptrolle, sondern Investoren.

Laut Wikipedia ist ein Investor „ein Wirtschaftssubjekt, das auf dem Finanz-, Immobilien- oder Rohstoffmarkt ein Finanzprodukt bzw. andere Wirtschaftsobjekte zum Zwecke der Vermögensmehrung nachfragt“.

Schaut man nach Großbritannien, wo dieses Monopoly schon länger gespielt wird, sieht man: Solche Ketten gehen – wie alle Schneeballsysteme – irgendwann pleite.

Diese Definition mutet recht veraltet an, denn Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen sind ja weder auf dem Finanz- noch auf dem Immobilien- noch auf dem Rohstoffmarkt tätig. Seit unser

Gesundheitswesen aber Schritt für Schritt zu einer Gesundheitswirtschaft umgebaut worden ist, haben international tätige Investoren diesen Wirtschaftszweig längst als ein lukratives Spielfeld zur „Vermögensvermehrung“ entdeckt.

Erst die Klinik, dann MVZ, später Konzern

Der Berliner Verein „Finanzwende“ hat am Beispiel von Arztpraxen und Medizinischen Versorgungszentren beleuchtet (<https://www.finanzwende.de/ueber-uns/aktuelles/rendite-vor-patientenwohl/>), mit welchen Methoden man in der Gesundheitswirtschaft exorbitante Renditen generieren kann.

Zunächst kaufen Investoren ein Krankenhaus, egal wo und welches.

Der Besitz eines Krankenhauses oder einer vergleichbaren Gesundheitseinrichtung ist laut Gesetz für Nicht-Ärzte Voraussetzung dafür, um nun im ambulanten Bereich tätig werden zu können. Im nächsten Schritt kaufen oder gründen die Investoren ein Medizinisches Versorgungszentrum, um unter diesem Dach immer weitere Arztpraxen aufzukaufen.

Im Handumdrehen entsteht auf diese Weise ein Praxiskoncern. Der Praxiskoncern kann von vornherein auf lukrative Medizinbereiche abgestellt werden, beispielsweise auf operative Augenheilkunde oder Orthopädie, positiver Cashflow garantiert.

Gewinne durch medizinische Tätigkeiten sind aber nur ein Nebenprodukt.

Der eigentliche Gewinn entsteht dadurch, dass immer mehr Schulden aufgenommen werden, um immer mehr Praxen aufzukaufen. Dadurch sinkt das Eigenkapital dieses immer größeren Unternehmens ständig, umgekehrt steigt dadurch die Eigenkapitalrendite immer weiter.

Nachdem man eine Zeit lang möglichst wenig Eigenkapital investiert und möglichst viel Geld abgeschöpft hat, folgt am Ende der entscheidende gewinnbringende Schritt: Der ganze Konzern wird an den nächstgrößeren Investor weiterverkauft.

Solche Investoren haben weder mit Deutschland noch mit Gesundheit irgendetwas am Hut, sondern

nur mit Geld und immer wieder Geld. Zu der hohen Eigenkapitalrendite addiert sich, dass sie ihren Sitz zumeist in Steueroasen haben. Auf diese Weise kommt man in dem an sich völlig unterfinanzierten Gesundheitswesen zu Renditen von fünfzehn bis zwanzig Prozent.

Dann stehen die Kranken auf der Straße

Ein konkreter Fall: Eine Mini-Klinik kaufte in kurzer Zeit 125 Augenarzt-MVZ in ganz Deutschland. Als bald entstand ein augenärztlicher Konzern, die Ober-Scharrer-Gruppe.

Sie hatte in der Folge nacheinander vier verschiedene Eigentümer:

2011 die Londoner Private-Equity-Gesellschaft Palamon Capital Partners, 2018 dann den schwedischen Nordic Capital Fund, und ab 2021 gehörten sie zu Veonet, einem augenärztlichen Leistungsanbieter in Deutschland, der Schweiz, Spanien, Holland und Großbritannien mit etwa 250 Augenarztzentren. Veonet wurde zuletzt im Dezember 2021 an den kanadischen Pensionsfonds Ontario Teacher's Pension Plan Board bei einer Gewinnerwartung von 125 Millionen Euro für geschätzte zwei Milliarden Euro verkauft.

Geht ein solches Spiel unendlich weiter? Natürlich nicht. Schaut man nach Großbritannien, wo dieses

Monopoly schon sehr viel länger gespielt wird, dann sieht man, dass solche Ketten – wie alle Schneeballsysteme – irgendwann pleite gehen. Mit anderen Worten: Der Praxiskonzern wird früher oder später insolvent, die Arztpraxen gibt es dann nicht mehr, die Kranken stehen auf der Straße. Die Investoren aber ziehen weiter. ■

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

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

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





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Christiane Jüngling**
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Christiane Jüngling**

Geburtsdatum: **2.10.1960**

Familienstand: **verheiratet, ein erwachsener Sohn**

Fachrichtung: **Psychologische Psychotherapie - Erwachsene**

Weitere Ämter: **Mitglied Beratender Fachausschuss Psychotherapie, Stellvertreterin Zulassungsausschuss PT, Mitglied des Fort- und Weiterbildungsausschusses, Vertreterin in der Prüfungskommission Systemische Therapie in der Psychotherapeutenkammer HH**

Hobbys: **Chor, Konzerte, Kunst, Lesen, Schwimmen, Skifahren, Spaziergänge und Training mit unserem Hund**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt?

Durch die Erfahrung, wie viel Psychotherapie bewirken kann, ist mein Berufsleben sehr zufriedenstellend verlaufen. Den intensiven Kontakt zu den Patientinnen und Patienten im Laufe eines Psychotherapieprozesses schätze ich besonders. Auch die Flexibilität des Berufs mit der Möglichkeit, sich in vielen weiteren, auch gesundheits- und berufspolitischen Feldern zu engagieren, entspricht mir sehr. Hier haben sich meine Wünsche erfüllt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Die berufspolitischen Erfahrungen seit den 90er Jahren zeigen, dass die besondere Qualität und die strukturellen Bedingungen der psychotherapeutischen Versorgung immer wieder neu erklärt und verteidigt werden müssen. Dies geht nur durch Engagement und aktive Interessenvertretung der Psychotherapeut:innen in der Selbstverwaltung.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Realistische Bedarfsplanung und mehr Psychotherapeutenplätze. Bessere Vernetzung und Kooperation mit Kolleg:innen verschiedener Fachgruppen (z. B. in Qualitätszirkeln). Fachliche Anerkennung, Gleichstellung und bessere finanzielle Absicherung von Psychotherapeut:innen. Chancengleichheit und stärkere Repräsentation von Frauen in der KV. Weiterbildung von jungen Kolleg:innen mit neuem Approbationsstudium sicherstellen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Die anerkannten Angebote der Vertragspsychotherapie stehen unter Legitimationsdruck. Therapien sollen verkürzt und „effektiviert“ werden. Seit langem besteht eine hohe Nachfrage nach Psychotherapie, der Bedarf ist durch die Pandemie weiter gestiegen. Die zunehmende Standardisierung, Reglementierung und Digitalisierung als Reaktion auf steigende Bedarfe sehe ich kritisch. Die Patient:innen wollen sofort einen Psychotherapieplatz. Hier Erwartungen zu enttäuschen und keine Alternativen anbieten zu können, ist belastend.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Längere Reisen (Traumziel Island auf dem Pferderücken), Muße für Fremdsprachen lernen und Musik machen.



John Afful, Vorsitzender der KV Hamburg



Dr. Jochen Kriens, Pressesprecher der KV Hamburg



Dr. Andreas Bollkämper, Vorsitzender des Protest-Komitees



Dr. Sven-Peter Augustin, Allgemeinmediziner und Notfallmediziner



Dr. Sven-Peter...

Protest- und Fortbildungsveranstaltung

Rund 800 Arzt- und Psychotherapeutenpraxen sind am Montag, den 2. Oktober 2023, in Hamburg zeitweilig geschlossen geblieben – aus Protest gegen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung.

Die Praxisteams nahmen an einer Online-Fortbildungsveranstaltung mit dem renom-

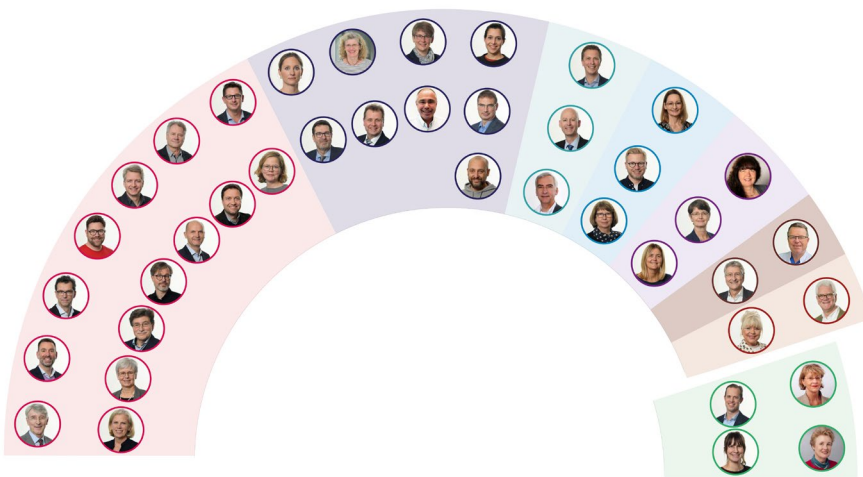
mierten Referenten für Notfallmedizin Dr. Sven-Peter Augustin teil: „Der Notfall in der Praxis – die Praxis als Notfall?“

Die Fortbildung fand während der regulären Praxisöffnungszeiten statt – als deutliches Zeichen gegen eine Gesundheitspolitik, die im Begriff ist, die Versorgung kaputt zu sparen.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 8. November 2023

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Verhaltensorientierte Gewaltprävention in Praxen (online)
Do. 16.11.2023 (15 - 18.30 Uhr)
 5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Praxisorganisation an der Anmeldung (online)
Mi. 29.11.2023 (15 - 18.30 Uhr)
 6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Arbeitsrecht (online)
Mi. 13.12.2023 (9 - 14 Uhr)
 9 FORTBILDUNGSPUNKTE

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



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

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL**

**Betriebliches Gesundheits-
management**

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in
gesunden Betrieben

Mi. 15.11.2023 (18 - 22 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße
Saal 5 + 6
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**ENT-
FÄLLT**

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

**Fortbildungen für Ärztinnen und
Ärzte**

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

Fortbildungen für MFA

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

Ansprechpartnerin:

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

**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, zertifizier-
te Datenschutzbeauftragte

Fr. 10.11.2023 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

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

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

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

**ULTRASCHALL-KURSE
HELIOS-KLINIK UND
AK WANDSBEK**

Teil 1

Grundlagen

Fr. 12.5.2023 (14 - 18 Uhr) /

Sa. 13.5.2023 (8 - 13.30 Uhr)

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 2

Leber, Gallenblase, Gallengang

Fr. 23.6.2023 (14 - 18 Uhr) /

Sa. 24.6.2023 (8 - 13.30 Uhr)

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Teil 3

Nieren, Harnwege, Darm

Fr. 15.9.2023 (14 - 18 Uhr) /

Sa. 16.9.2023 (8 - 13.30 Uhr)

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 4

Milz, Pankreas, Schilddrüse

Fr. 17.11.2023 (14 - 18 Uhr) /

Sa. 18.11.2023 (8 - 13.30 Uhr)

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

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

**Weitere Informationen und
Anmeldung:**

<https://sonoboomer.com/>

Ansprechpartner:

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

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!