

KVH journal



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

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

WER ZAHLT DIE WEITERBILDUNG?

*KV springt in die Bresche,
weil gesetzliche Regelungen fehlen*



STRUKTURFONDS

Förderung der hausärztlichen Versorgung

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Physiotherapie bei Kreuzschmerzen

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 11/2024 (November 2024)



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!

Ein wichtiges Ziel, das durch die Notfallreform erreicht werden soll, wird verfehlt: eine effektive Patientensteuerung. Knapp 50 Prozent der Notfall-Patienten in Hamburg machen sich direkt auf den Weg in die Notfallpraxis oder ins Krankenhaus, ohne zuvor die 116117 oder die 112 anzurufen. Viele von ihnen wären in der Regelversorgung besser aufgehoben, werden aber in Strukturen versorgt, die für Notfälle gedacht sind. Das ist teuer und unwirtschaftlich.

Eine Steuerung sollte möglichst früh einsetzen: indem die Patienten dazu verpflichtet werden, zunächst die 116117 zu kontaktieren und sich in die für sie passende Versorgung vermitteln zu lassen. Diesen Vorschlag hat die Regierung leider nicht in den Gesetzentwurf aufgenommen.

Auch mit Einführung von Integrierten Notfallzentren (INZ), wo am Tresen eine Ersteinschätzung zur Patientensteuerung vorgenommen wird, bleiben die Krankenhäuser ohne INZ weiterhin für Patienten offen, die auf eigene Faust als "Notfälle" kommen. Gerade in Hamburg werden das aufgrund der hohen Krankenhausdichte noch viele Häuser sein.

Außerdem sollen die KVen dazu verpflichtet werden, rund um die Uhr einen fahrenden Notdienst und eine Videoberatung anzubieten. Ärzte, die tagsüber Notdienst fahren, sind nicht in ihren Praxen. Ob solche Doppelstrukturen angesichts des Ärztemangels umsetzbar sind, kann nur auf lokaler Ebene anhand der konkreten wirtschaftlichen und kapazitären Gegebenheiten entschieden werden. Eine Verpflichtung, wie sie im Gesetzentwurf vorgesehen ist, ist nicht zielführend.

Inkonsistente Regelungen im Notdienst dürfen nicht zulasten der Ärzte gehen. Als Teil der Daseinsvorsorge ist die Akutversorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, muss voll aus Mitteln der Krankenkassen finanziert werden und darf nicht auf die Vertragsärzte und -psychotherapeuten abgeschoben werden.

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_** Unvollendete Reform: Warum es keine Weiterbildungsstellen für angehende Fachpsychotherapeut:innen gibt – und was die KV dagegen tun will
- 10_** Förderung der fachärztlichen Weiterbildung aus Mitteln des Strukturfonds
- 11_** Was ist der Strukturfonds?
- 12_** Förderung der hausärztlichen Versorgung aus Mitteln des Strukturfonds

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_** Fragen und Antworten
- 16_** Honorar: Knapp vier Prozent mehr in 2025
 Vergütungserhöhung im DMP-Vertrag Brustkrebs
- 17_** Blankoverordnung ab November auch für Physiotherapie möglich

QUALITÄTSSICHERUNG

- 18_** Hygiene und Medizinprodukte:
Aktualisierter Selbstbewertungs-
bogen

ARZNEIMITTEL

- 19_** Impftiterbestimmung nach
Schutzimpfungsrichtlinie

GESUNDHEITSPOLITIK

- 20_** "Lipozentrisches Weltbild": Sind
Statine die Rettung?

KVH-SERVICE

- 30_** Veranstaltung: So gelingt der
erfolgreiche Praxisstart

SELBSTVERWALTUNG

- 33_** Steckbrief: Dr. Jens Heidrich

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 22_** Bewegungstherapie für
Erwachsene mit nicht-
spezifischen Kreuz-
schmerzen

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 28_** Dr. Matthias Soyka: "Gibt
es eine Ärzteschwemme?"

FORUM

- 30_** Leserbrief zur Kolumne "F"
von Dr. Christine Löber

TERMINKALENDER

- 34_** Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.
com; Seite 3 und 9: Michael Zapf; Seite 9: Lubo-
mira Papke; Seite 25: Sebastian Kaulitzki/Stock.
Adobe.com; Seite 34: Michael Zapf; Iconmonster,
Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Ver-
nessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON HEIKE PEPPER UND DR. JOHANNES FREY

Unvollendete Reform

Warum es keine Weiterbildungsstellen für angehende Fachpsychotherapeut:innen gibt – und was die KV dagegen tun will.



Die ersten Jahrgänge der reformierten Psychotherapie-Ausbildung haben ihr Studium beendet, um im Anschluss die psychotherapeutische Weiterbildung zu absolvieren. Perspektivisch werden jährlich bundesweit etwa 2.500 Weiterbildungsplätze benötigt, um die Qualifikation des Nachwuchses für die psychotherapeutische Versorgung zu sichern.

Der Abschluss der Weiterbildung als Fachpsychotherapeut:in ist zukünftig Voraussetzung für die Erlangung der Fachkunde und für die Berechtigung zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen.

Doch trotz politischen Drucks durch Standesvertretungen und

Studierende hat es die Regierung bislang versäumt, die Finanzierung der Weiterbildung gesetzlich zu verankern.

Ohne Schaffung von Weiterbildungsstellen in zugelassenen Weiterbildungsstätten wird den jungen Psychotherapeut:innen der Weg in die Niederlassung versperrt. Sie werden gezwungen, sich andere Berufsfelder zu suchen.

Das ist ein Problem, denn viele der derzeit praktizierenden Vertrags-Psychotherapeut:innen stehen kurz vor der Rente. In Hamburg haben wir derzeit einen Versorgungsgrad von nominell 159 Prozent. Berücksichtigt man nur die unter 60-jährigen Vertrags-

Psychotherapeut:innen, sackt der Versorgungsgrad auf 85 Prozent ab. Es ist also notwendig, schon jetzt zu handeln, da andernfalls die Gefahr besteht, dass sich die Versorgungsengpässe in nicht allzu langer Zeit massiv verschärfen.

Der beratende Fachausschuss Psychotherapeutische Versorgung der KV Hamburg hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, um ein Konzept für die psychotherapeutische Weiterbildung aus Mitteln des Strukturfonds zu entwickeln.

Oberstes Ziel war, die psychotherapeutische Weiterbildung in ambulanten Praxen überhaupt erst in Gang zu bringen. Und es war klar: Wenn wir keine auskömmliche



Psychotherapie: Förderung der Weiterbildung

FÖRDERSUMME PRO VOLLZEIT- WEITERBILDUNGSSTELLE:

2.700 Euro pro Monat für maximal 24 Monate in derselben Weiterbildungseinrichtung

KONTINGENT: 20 Vollzeit-Weiterbildungsstellen

Fachpsychotherapie für Erwachsene

Systemische Therapie (2 Stellen)

Verhaltenstherapie (2 Stellen)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (2 Stellen)

Analytische Psychotherapie (2 Stellen)

(2 Stellen)

Fachpsychotherapie für Kinder und Jugendliche

Systemische Therapie (2 Stellen)

Verhaltenstherapie (2 Stellen)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (2 Stellen)

Analytische Psychotherapie (2 Stellen)

(2 Stellen)

Fachpsychotherapie für Neuropsychologische Psychotherapie

(4 Stellen)

FÖRDERVOLUMEN:

648.000 Euro pro Jahr

Finanzierung anbieten, werden sich die Praxen nicht auf die Schaffung von Weiterbildungsstellen einlassen können. Möglichst viele Weiterbildungsstätten mit geringen Beträgen zu fördern, wäre nicht zielführend. Deshalb sieht die Richtlinie nun die Förderung weniger Stellen vor, dies aber mit einer kostendeckenden Summe.

Dabei war uns wichtig, dennoch das gesamte Spektrum der Weiterbildung abzudecken: Es wird jeweils gesonderte Förderungen für die Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in für Erwachsene und zur Fachpsychotherapeut:in für Kinder und Jugendliche geben – und dies in allen vier Psychotherapieverfahren (Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie). Hinzu kommt eine Förderung für die Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut:in für Neuropsychologische Psychotherapie.

Damit kommen wir auf insgesamt 20 Vollzeit-Stellen, die pro Monat mit 2.700 Euro gefördert werden. Die Förderung läuft in derselben Weiterbildungseinrichtung maximal zwei Jahre lang. Das entspricht der Vorgabe, dass von der insgesamt fünfjährigen Weiterbildungszeit zur Fachpsychotherapeut:in mindes-

tens zwei Jahre im ambulanten Bereich stattfinden müssen.

Bis es eine gesetzliche Regelung zur Finanzierung der Weiterbildung in Praxen gibt, stellt die KV für die Förderung im psychotherapeutischen Bereich insgesamt 648.000 Euro pro Jahr aus Mitteln des Strukturfonds zur Verfügung.

Zum Hintergrund: Die Psychotherapie-Ausbildung wurde reformiert, um offensichtliche Missstände zu beheben. Bisher schloss sich an das Studium eine Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut:in

(PP) bzw. zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in (KJP) an. An deren Ende stand sowohl die Approbation als auch die Fachkundeprüfung. Damit konnte man die Berufsbezeichnung Psychotherapeut:in führen, Patient:innen behandeln und mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen (siehe Grafik nächste Seite).

Allerdings wurden die angehenden Psychotherapeut:innen (PiA) während der verpflichtenden praktischen Tätigkeit in psychiatrischen bzw. psychosomatischen Kliniken (18 Monate) wie Praktikant:innen behandelt. Das Psychotherapeutengesetz hatte diese verpflichtende Tätigkeit als Praktikum definiert, obwohl die Kolleg:innen bereits über einen Studienabschluss verfügen.

Sie waren nicht sozialversicherungspflichtig angestellt, hatten keinen Anspruch auf ein Gehalt oder mussten eine (geringe) Vergütung in langjährigen Protesten erstreiten.

Ausfallzeiten beispielsweise durch Krankheit oder Schwangerschaft in der praktischen Tätigkeit waren nicht geregelt und gefährdeten oftmals den Abschluss. Gleichzeitig wurden PiA in der Regel in den Kliniken in die Patient:innen-Versorgung integriert und übernahmen verantwortungsvolle

BISHERIGER AUSBILDUNGSWEG



REFORMIERTER STUDIENGANG MIT WEITERBILDUNG



Tätigkeiten. Auch während der ambulanten Behandlungsphase blieb die finanzielle Situation der PiA vielfach prekär.

Für die bisherige Ausbildung gilt noch eine Übergangszeit bis 2032, deshalb befinden sich auch heute noch viele PiA in dieser prekären Situation.

Im Jahr 2019 wurde der Qualifikationsweg für Psychotherapeut:innen an den der Mediziner:innen angepasst: Im reformierten Ausbildungsgang steht am Ende des Psychotherapie-Studiums die Approbation. Daran schließt sich eine Fachweiterbildung an – nicht als gering vergütete

Praktikumszeit, sondern als eine in hauptberuflicher, sozialversicherungspflichtiger Anstellung zu absolvierende Weiterbildung.

Die nach neuem Recht qualifizierten Psychotherapeut:innen können, da sie wie Ärzt:innen ihr Studium mit einer Approbation abschließen, jetzt auch offiziell eigenständig verantwortliche Tätigkeiten ausüben – unter Anleitung und im Rahmen eines definierten Weiterbildungsrechts. Und sie werden ebenso wie die ärztlichen Weiterbildungsassistent:innen bezahlt.

Soweit die Theorie. Doch diese psychotherapeutischen Weiterbil-

dungsstellen gibt es bisher noch nicht, weil die Finanzierung fehlt. Die Politik hat den Ausbildungsweg reformiert und gesagt: „Die Weiterbildung regeln wir später.“ Aber später war gestern – es müssen jetzt Stellen finanziert werden! Die Berechnungen der tatsächlichen Kosten liegen vor, doch das Bundesministerium verweigert sich weiterhin dem dringenden Handlungsbedarf.

Die Absolvent:innen des neuen Studiengangs dürfen zwar die Berufsbezeichnung Psychotherapeut:in führen. Doch sie haben noch kein psychotherapeutisches Verfahren gelernt und können keine Richtlinienpsychotherapie



Info-Veranstaltung zur Weiterbildung



Am 8. Oktober 2024 kamen 60 Teilnehmer zur Info-Veranstaltung über psychotherapeutische Weiterbildung ins KV-Gebäude. Unter anderem ging es um die Zulassung von Weiterbildungsstellen und die Voraussetzungen für die finanzielle Förderung.

durchführen. Sie brauchen zwingend die Weiterbildung zum Erwerb von vertieften Fachkenntnissen und Handlungskompetenzen – mit theoretischer und praktischer Weiterbildung, Supervision und Selbsterfahrung – und sie brauchen dafür einen finanziell abgesicherten Rahmen.

Derzeit gibt es in Hamburg nur eine zugelassene Weiterbildungsstätte – die aber aktuell noch keine Weiterbildung anbietet.

Anders als im ärztlichen Bereich sind die Weiterbildungs-Angebote nicht unzureichend, sondern die Weiterbildung muss völlig neu aufgebaut werden.

Die von der KV Hamburg nun freigegebene Weiterbildungsförderung von 2.700 Euro pro Weiterbildungsstelle ist so kalkuliert, dass sie die finanzielle Deckungslücke für die Einrichtung von Weiterbildungsstellen schließt.

Durch diese Ausfinanzierung der 20 Weiterbildungsstellen in psychotherapeutischen Praxen ergibt sich die Möglichkeit, zur Qualifizierung der nachrückenden Psychotherapeut:innen beizutragen und sie für die Arbeit in der ambulanten Versorgung zu begeistern.

Wir danken allen Kolleg:innen, die bereit sind, sich für die Qualifikation des für die ambulante Versorgung benötigten psychotherapeutischen Nachwuchses zu engagieren. Nicht nur Praxen und MVZ, sondern auch bisherige Ausbildungsinstitute und einige Kliniken arbeiten bereits an Konzep-

ten, um Psychotherapeut:innen in Weiterbildung anzustellen.

Wir haben in Hamburg viele Einrichtungen, die große Kompetenz, viel Erfahrung und gute Strukturen vorweisen können. In der Weiterbildungsordnung ist explizit die Möglichkeit von Kooperationen vorgesehen. So könnten beispielsweise Einrichtungen, in denen Versorgung stattfindet, mit Einrichtungen kooperieren, in denen die in der Weiterbildungsordnung geforderte Theorie unterrichtet wird.

Die Förderung von Weiterbildungsstellen für angehende Fachpsychotherapeut:innen aus den Mitteln des Strukturfonds kann nur eine Anschubfinanzierung sein. Sie läuft, bis es eine gesetzliche Regelung gibt.

Wir hoffen, dass die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung bereits im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) berücksichtigt wird.

Es war notwendig und wir sind froh, dass die Psychotherapie-Ausbildung reformiert worden ist. Doch nun müssen die Strukturen und finanziellen Grundlagen geschaffen werden, um die Reform zum Abschluss zu bringen. ■

Die KV Hamburg hat Informationen zur Förderung an die Psychotherapeut:innen verschickt. www.kvhh.de → Praxis → Formulare → Assistenten → FAQ zur Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung aus Mitteln des Strukturfonds

Informationen zu den Voraussetzungen für die Zulassung als Weiterbildungsstätte finden Sie auf der Website der PTK Hamburg: <https://ptk-hamburg.de/aus-und-weiterbildung-fortbildung/weiterbildung/>



DIPL.-PSYCH. HEIKE PEPER, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Hamburg, ist

niedergelassen in Altona. Sie war Mitglied der KV-Arbeitsgruppe, die das Förderkonzept für die psychotherapeutische Weiterbildung entwickelte.



DR. JOHANNES FREY, stellvertretender Vorsitzender der KV-Vertreterversammlung, ist

niedergelassen in Eppendorf. Er war ebenfalls Mitglied der Arbeitsgruppe.

VON DR. CLEMENS FLAMM

KV Hamburg fördert Weiterbildung

Die Finanzierung der Weiterbildung in ambulanten Einrichtungen ist für die fachärztliche Versorgung nur unzureichend geregelt – und für die Psychotherapie gar nicht. Die Vertreterversammlung gibt nun Gelder aus dem Strukturfonds frei, um Unterversorgung zu verhindern.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat im August 2024 Konzepte zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung verabschiedet.

Der größte Teil der Fördergelder geht an Fachbereiche, bei denen aufgrund des hohen Anteils älterer Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahren eine Unterversorgung droht. Auch für die Fortbildung der übrigen fachärztlichen Fachbereiche mit Patientenkontakt werden Gelder bereitgestellt.

Die Vertreterversammlung will damit das bisherige Engagement der Weiterbilder erhalten und dazu beitragen, die fachärztliche Versorgung durch Ausweitung des Weiterbildungsangebots zukunftsfest zu machen.

Bisherige Weiterbildungsregelungen

Für den allgemeinmedizinischen Bereich besteht eine gesetzliche Regelung, wonach deutschlandweit 7.500 Weiterbildungsstellen gefördert werden. In Hamburg gibt es knapp 200 solcher Stellen.

Im fachärztlichen Bereich umfasst die gesetzliche Förderung deutschlandweit 2.000 ambulante Weiterbildungsstellen. Davon entfallen 44,54 auf Hamburg, wobei allerdings nur die Pädiatrie, Gynäkologie und Augenheilkunde berücksichtigt werden.

Die KBV erarbeitet gerade Konzepte zur Finanzierung einer breiteren fachärztlichen Weiterbildung. Doch bis eine bundesweite Regelung vereinbart ist, kann es noch dauern.

Neues Förderkonzept für die fachärztliche Versorgung

Der beratende Fachausschuss für Fachärzte der KV Hamburg hat deshalb die Initiative ergriffen und ein Förderkonzept mit zwei Komponenten erarbeitet. Eine „besondere Förderung“ erhalten Fachgebiete, bei denen künftig eine Unterversorgung droht. Kriterium hierfür ist die Frage: Welcher Versorgungsgrad ergibt sich für eine Fachgruppe, wenn man Ärztinnen und Ärzte herausrechnet, die heute bereits über 60 Jahre alt sind? Die Fachgruppen

Fachärztliche Versorgung: Weitere Förderung

Förderungssumme pro Vollzeit-Weiterbildungsstelle:

500 Euro pro Monat für maximal 12 Monate in derselben Weiterbildungseinrichtung

Kontingent: 43,75 Vollzeit-Weiterbildungsstellen in den übrigen fachärztlichen Fächern der patientenunmittelbaren Versorgung

Fördervolumen: 262.500 Euro

Urologie, Dermatologie, HNO, Neurologie, Orthopädie und Chirurgie wären dann unterversorgt. Deshalb werden diese Disziplinen bei der neuen Förderung besonders berücksichtigt.

Mit einer weiteren Förderkonzept-Komponente wird die Weiterbildung in den restlichen Fachgebieten der patientenunmittelbaren Versorgung unterstützt. Die Förderungssumme pro Vollzeit-Weiterbildungsstelle ist hier nur halb so hoch.

Insgesamt stellt die KV für die fachärztliche Fortbildung eine Summe von 742.500 Euro pro Jahr zur Verfügung, die dem Strukturfonds entnommen wird.

Angesichts des begrenzten Gesamtbudgets musste der beratende Fachausschuss die die Anzahl geförderter Weiterbildungsstellen gegen die Höhe der Fördersummen abwä-

Fachärztliche Versorgung: Besondere Förderung

Förderungssumme pro Vollzeit-Weiterbildungsstelle:

1.000 Euro pro Monat für maximal 12 Monate in derselben Weiterbildungseinrichtung

Kontingent: 40 Vollzeit-Weiterbildungsstellen in den Arztgruppen Urologie, Dermatologie, HNO, Neurologie, Orthopädie und Chirurgie

Fördervolumen: 480.000 Euro



gen. Am Ende wurde entschieden, möglichst viele Stellen zu fördern mit der Folge, dass die Fördersumme pro Stelle geringer ausfällt.

Förderkonzept für die psychotherapeutische Versorgung

Eine andere Gewichtung zwischen Anzahl der Weiterbildungsstellen und Höhe der Fördersumme hat der beratende Fachausschuss für die psychotherapeutische Versorgung vorgenommen: In der Psychotherapie werden weniger Stellen gefördert, doch die Fördersumme pro Stelle ist höher.

Psychotherapeutischen Weiterbildungsstrukturen müssen erst aufgebaut werden (vgl. Artikel von Heike Peper und Dr. Johannes Frey auf Seite 6). Bis es eine gesetzliche Regelung zur Finanzierung gibt, stellt die KV für die Förderung im psychotherapeutischen Bereich insgesamt 648.000 Euro pro Jahr aus dem Strukturfonds zur Verfügung.

Die KV Hamburg hat Informationen zur Förderung an die betreffenden Fachgruppen verschickt.

Nähere Informationen zu den Förderkriterien und zur Antragstellung finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Praxis → Formulare → Assistenten → FAQ zur Förderung der fachärztlichen Weiterbildung aus Mitteln des Strukturfonds

DR. CLEMENS FLAMM, Sprecher des beratenden Fachausschusses fachärztliche Versorgung, ist Augenarzt in Niendorf.

Was ist der Strukturfonds?

Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden 2019 gesetzlich dazu verpflichtet, einen Strukturfonds einzurichten. Mit den Mitteln des Strukturfonds sollen Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung finanziert werden (§ 105 Abs. 1a SGB V).

Die KV Hamburg zahlt jährlich 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein, die Krankenkassen entrichten einen Betrag in gleicher Höhe.

Die Mittel des Strukturfonds sollen laut Vertreterversammlung-Beschluss insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:

- Zuschüsse zu den **Investitionskosten bei der Neuniederlassung**, bei **Praxisübernahmen** oder bei der **Gründung von Zweigpraxen**,
- Zuschläge zur **Vergütung** und zur **Aus- und Weiterbildung**,
- Vergabe von **Stipendien**,
- Förderung von **Eigeneinrichtungen** und von **lokalen Gesundheitszentren** für die medizinische Grundversorgung,
- Förderung der Erteilung von **Sonderbedarfszulassungen**,
- Förderung des **freiwilligen Verzichts** auf die **Zulassung als Vertragsarzt**
- Förderung des Betriebs der **Terminservicestellen**,
- Förderung der **Niederlassung in strukturschwachen Gebieten**

In den Jahren 2020, 2021 und 2022 wurden jeweils etwa zwei Millionen Euro eingezahlt. Die Jahresberichte zum Strukturfonds werden auf der Internetseite der KV Hamburg veröffentlicht.

www.kvhh.de → Praxis → Recht & Verträge → Amtliche Bekanntmachungen

VON DR. BJÖRN PAREY

KV Hamburg fördert hausärztliche Versorgung

Die Vertreterversammlung befürchtet ein Wegbrechen der Versorgungsstruktur. Durch die Ausschüttung von insgesamt 6 Millionen Euro soll die Zeit bis zur Entbudgetierung überbrückt werden.

Viele Hamburger Hausarztpraxen stehen wirtschaftlich unter Druck. Vor dem Hintergrund historisch niedriger Auszahlungsquoten und einer Verzögerung der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigten Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen befürchtet die Vertreterversammlung ein Wegbrechen der Versorgungsstruktur: Hausarztpraxen stehen vor der Aufgabe oder finden keine Nachfolger mehr.

Um die Zeit bis zur Entbudgetierung zu überbrücken, hat die Vertreterversammlung beschlossen, Hausärztinnen und Hausärzte aus den Mitteln des Strukturfonds zu unterstützen. Insgesamt wird eine Fördersumme in Höhe von 6 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Die Laufzeit der Förderung ist begrenzt auf die Quartale 1/2024, 2/2024 und 3/2024.

Es gibt allerdings eine Voraussetzung dafür, dass die Fördersumme im jeweiligen Quartal tatsächlich ausgeschüttet wird: Die hausärztliche Auszahlungsquote muss geringer sein als 90 Prozent der fachärztlichen Auszahlungsquote – wobei hier die Kosten beziehungsweise die Kostenpauschalen nach EBM und Verträgen nicht mitgerechnet werden.

Ist diese Voraussetzung erfüllt, können Hamburger Hausarztpraxen gefördert werden, wenn sie

- von einer besonders niedrigen Auszahlungsquote für die hausärztlichen Leistungen betroffen sind und
- ein Mindestmaß an typischen hausärztlichen Versorgungsleistungen erbringen (wie z.B. die Betreuung chronisch kranker und geriatrischer Patienten, die Erbringung von palliativen Leistungen, Sonographien, Langzeitblutdruckmessungen, Spirometrien und kleinen chirurgischen Leistungen und die Behandlung von chronischen Wunden sowie die Durchführung von Impfungen und Präventionsleistungen).

Erfüllt eine Praxis alle Förderkriterien, wird ihre praxisindividuelle Auszahlungsquote auf den Fachgruppendurchschnitt plus 2 Prozent angehoben. Der Förderbetrag wird quotiert, wenn die Mittel nicht ausreichen.

Einer ersten Schätzung des KV-Vorstandes zufolge erfüllten im Quartal 1/2024 etwa 500 Hamburger Hausarztpraxen die Kriterien für eine Förderung. Der durchschnittliche Förderbetrag pro Praxis und Quartal würde dann etwa 4.000 Euro betragen.

Unterm Strich läge die hausärztliche Auszahlungsquote dieser Schätzung zufolge trotz Ausschüttung der gesamten Quartals-Fördersumme immer noch um 2 Prozentpunkte unter der schlechtesten Auszahlungsquote im fachärztlichen Versorgungsbereich. ■

Die Förderung einer Praxis wird auf Antrag gewährt. Die KV empfiehlt, dass jede hausärztliche Praxis einen Antrag stellt.

Wie bereits im KVH-Telegramm vom 2. September 2024 mitgeteilt, gelten für die einzelnen Quartale folgende Antragsfristen:

**Quartal 1/2024: 30. September 2024
Quartal 2/2024: 31. Dezember 2024
Quartal 3/2024: 31. März 2025**

Nähere Informationen zu den Förderkriterien und zur Antragstellung finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → (unten) Wichtige Informationen → Alle wichtigen Informationen zur Richtlinie Förderung der hausärztlichen Versorgung

DR. BJÖRN PAREY, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung, ist Allgemeinmediziner in Volksdorf.



Ambulant angestellt:

Ärzte und Psychotherapeuten
im Spannungsfeld von
Arbeitgeber, KV und Patient



Illustration: © Veressa Himmler

Unsere Top-Referenten beantworten Ihre Fragen zu den wichtigsten rechtlichen und organisatorischen Themen:

- **Prof. Dr. iur. Alexandra Jorzig,**

Fachanwältin für Medizinrecht, Professorin für Sozial- und Gesundheitsrecht an der IB Hochschule Berlin

- **Ass. jur. Gabriela Thomsen**

Bereichsleiterin Recht der Ärztekammer Hamburg

- **Katharina von der Heyde, LL.M.**

Syndikusrechtsanwältin, Geschäftsführerin des Landesverbandes Hamburg Marburger Bund

13. November 2024, 18:30-20:45 Uhr

im Hamburger Ärztehaus (Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg) • Einlass ab 18:00 Uhr

3 Fortbildungspunkte





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**

COVID-IMPfung

Werden die Corona-Impfstoffe weiterhin über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bezogen? Werden über dieses auch die Impfungen abgerechnet?

Nach wie vor ist der Kostenträger auf dem Kassenrezept zum Bezug der Corona-Impfstoffe das BAS. Die Impfungen hingegen werden über die jeweilige Krankenkasse der Patienten abgerechnet. Gleiches gilt auch für privat Versicherte, bei denen die Leistung nach GOÄ abgerechnet wird.

Eine wöchentliche Meldung der Impfungen über das Impf-DokuPortal der KBV ist nicht mehr erforderlich. Somit sind bei der Abrechnung lediglich die Chargennummer des eingesetzten Impfstoffes und die Stellung der Impfung in der Impfserie anzugeben.

HONORARBESCHEID

Wie kann ich meinen Honorarbescheid im Online-Portal einsehen?

Sie können Ihre Honorarabrechnung nur an einem direkt an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossenen Rechner abrufen. Bitte gehen Sie auf die Seite <https://portal.kvhh.kv-safenet.de> und klicken Sie im Navigationsbereich auf „Dokumente“ → „Dokumentenmanagement

- System starten“. Hier können Sie die Honorarabrechnung getrennt nach Leistungserbringern und Betriebsstätten abrufen. Nach Auswahl des gewünschten Dokuments klicken Sie auf der rechten Seite den Menüpunkt „View“ an.

Nur zugelassene Mitglieder haben das Recht, den Honorarbescheid einzusehen – nicht aber angestellte Ärzte oder das Praxispersonal.

ZAHLUNGSTERMINE

Wann sind die Termine für die Abschlags- und Restzahlungen?

Zahlungstermine der Abschläge im Jahresverlauf:

Für Januar	Am 23.01. eines Jahres
Für Februar	Am 07.03. eines Jahres
Für März	Am 23.03. eines Jahres
Für April	Am 23.04. eines Jahres
Für Mai	Am 07.06. eines Jahres
Für Juni	Am 23.06. eines Jahres
Für Juli	Am 23.07. eines Jahres
Für August	Am 07.09. eines Jahres
Für September	Am 23.09. eines Jahres
Für Oktober	Am 23.10. eines Jahres
Für November	Am 07.12. eines Jahres
Für Dezember	Am 21.12. eines Jahres

Termine für die Restzahlung:

Für das 1. Quartal	Am 23.08. des Jahres
Für das 2. Quartal	Am 23.11. des Jahres
Für das 3. Quartal	Am 22.02. des Folgejahres
Für das 4. Quartal	Am 23.05. des Folgejahres

DATENSCHUTZ

Kann mein Patient eine Löschung von Behandlungsdokumentationen trotz Aufbewahrungsfrist verlangen?

Nein. Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen müssen beachtet werden. Innerhalb dieser Fristen kann Ihr Patient die Löschung von Behandlungsdokumentationen nicht verlangen. Ärztliche Unterlagen sind grundsätzlich für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften längere oder kürzere Aufbewahrungsfristen bestehen (zum Beispiel bei Überweisungen: ein Jahr / bei Röntgenaufzeichnung: 30 Jahre).

PSYCHOTHERAPIE

Kann ich die biografische Anamnese während einer laufenden Therapie abrechnen?

Nein, die biografische Anamnese (GOP 35140 und 35142 EBM) ist Teil der einer Psychotherapie vorausgehenden Diagnostik und kann auch abgerechnet werden, wenn drauf keine Psychotherapie folgt – da nicht indiziert oder unzweckmäßig. Sie kann aber nicht während einer laufenden Psychotherapie abgerechnet werden.

BONUSHEFT

Ich habe soeben im Bonusheft meines Patienten die Bestätigung (Stempel und Unterschrift) vorgenommen. Gibt es hierfür eine Abrechnungsziffer, die ich für die Leistung in Ansatz bringen kann?

Nein, das Ausfüllen eines Bonusheftes im Zusammenhang mit der Bestätigung von gesundheitsbewusstem Verhalten eines Versicherten gehört zur vertragsärztlichen Leistung und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden. Der Arzt muss diese Aufgabe allerdings nur dann ohne gesonderte Vergütung erledigen, wenn Durchführung und Dokumentation der Leistung im selben Quartal erfolgen.

Legt der Versicherte sein Bonusheft erst in einem späteren Quartal vor, stellt der Eintrag keine vertragsärztliche Leistung mehr dar und kann privat liquidiert werden (BMV-Ä § 36 Absatz 7).

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Anna Spohn, Petra Timmann, Robin Schmidt und Damla Eymur



Finanzierungsverhandlungen zwischen KBV und GKV: Knapp vier Prozent mehr in 2025

Die Finanzmittel für die ambulante Versorgung werden im kommenden Jahr um knapp vier Prozent angehoben. Dies entspricht einer Summe von 1,7 Milliarden Euro. Darauf haben sich KBV und GKV-Spitzenverband in den Finanzierungsverhandlungen für das Jahr 2025 geeinigt.

Der Orientierungswert und damit die Preise für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen steigt zum 1. Januar 2025 um 3,85 Prozent. Er beträgt dann 12,3934 Cent. Zusätzlich wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund einer veränderten Demografie und Krankheitslast bundesweit im Schnitt

um 0,14 Prozent angehoben. Zusammen ergibt sich ein Plus von knapp vier Prozent.

Bei den Personalkosten wurden in diesem Jahr erstmals auch die Tarifsteigerungen für Medizinische Fachangestellte unmittelbar berücksichtigt und nicht erst zwei Jahre später. Dies wird für die kommenden Orientierungswert-Abschlüsse regelhaft fortgeführt.

Anders als bei Tarifverhandlungen zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern ist der Rahmen bei den jährlichen Finanzierungsverhandlungen von KBV und GKV-Spitzenverband aufgrund der gesetzlichen Vorgaben eng eingrenzt. ■

Vergütungserhöhung im DMP-Vertrag Brustkrebs

Zum 1. Oktober 2024 wurde der seit 2004 bestehende DMP-Vertrag Brustkrebs an die aktuellen Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) des Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) angepasst.

Gleichzeitig konnte die KV Hamburg mit den Hamburger Krankenkassen/-verbänden eine Verdoppelung der Vergütungen für die vertraglich vereinbarten Gesprächsleistungen vereinbaren.

Um Leistungen nach dem DMP-Vertrag zu erbringen, bedarf es einer Abrechnungsgenehmigung, die der Arzt bei der KV beantragt. Ärzte, die bereits über eine Genehmigung verfügen, müssen keinen erneuten Antrag stellen. Bislang am DMP-Vertrag teilnehmende Brustkrebspatientinnen müssen auch nicht erneut ins DMP eingeschrieben werden.

Leistung	GOP	ALT Vergütung bis 30.9.24	NEU Vergütung ab 1.10.24
Ausführliche, symptomorientierte Beratung mindestens 15 Minuten, einmal im Dokumentationszeitraum	99212	7,50 €	15,00 €
Gespräch zur weiterführenden Therapieplanung vor der stationären Behandlung mindestens 30 Minuten, einmal pro Krankheitsfall	99213	15,00 €	30,00 €
Gespräch zur weiterführenden Therapieplanung nach der stationären Behandlung mindestens 30 Minuten, einmal pro Krankheitsfall	99214	15,00 €	30,00 €

DMP-Vertrag Brustkrebs mit allen Anlagen: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Recht & Verträge → Verträge → DMP

Ansprechpartner:
Mitgliederservice
 Tel: 040 / 22802 -802

Blankverordnung ab November auch für Physiotherapie möglich

Ab November können Ärztinnen und Ärzte eine Blankverordnung für Physiotherapie ausstellen. Möglich ist dies für Erkrankungen im Schulterbereich, zum Beispiel bei Luxationen, Frakturen oder starken Verbrennungen. In dem Fall bestimmen Physiotherapeuten Heilmittel, Menge und Frequenz der Behandlung und übernehmen auch die wirtschaftliche Verantwortung.

Grundlage ist ein Vertrag, den der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Heilmittelverbänden geschlossen hat.

Ablauf in der Praxis

Zunächst stellen Ärztinnen und Ärzte wie gewohnt die Diagnose und treffen die Entscheidung, dass Physiotherapie notwendig ist. Sie geben den ICD-10-Kode und die Diagnosegruppe „EX“, die im Heilmittel-Katalog für Erkrankungen der Extremitäten vorgesehen ist, in die Verordnungssoftware ein.

Die Software erkennt aus der Kombination von Kode und Diagnosegruppe, wenn eine Blankverordnung möglich ist und bietet diese

an. Spricht aus medizinischer Sicht nichts dagegen, klicken Ärztinnen und Ärzte dies entsprechend an. Die Software kennzeichnet die Heilmittelverordnung dann als Blankverordnung.

Einschränkung auf Schultererkrankungen

Blankverordnungen für Physiotherapie sind laut Vertrag bei mehreren Erkrankungen im Bereich des Schultergelenkes möglich. Dazu zählen zum Beispiel Luxationen des Schultergelenkes, Läsionen der Rotatorenmanschette, Frakturen der gelenkbildenden Knochen oder starke Verbrennungen in der Schulterregion. Dabei wurden viele Vorschläge der KBV zur Ergänzung der Schulterindikationen berücksichtigt. Vorschläge zur Einbeziehung weiterer Indikationsbereiche wurden von den Vertragspartnern jedoch leider nicht aufgegriffen. Hierfür hatte sich die KBV mehrfach während der langjährigen Vertragsverhandlungen und zuletzt im Zuge des gesetzlichen Stellungnahmerechts eingesetzt.

Keine Wirtschaftlichkeitsprüfung

Blankverordnungen unterliegen, wie Verordnungen im Rahmen eines langfristigen



Heilmittelbedarfes, nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung für ärztlich verordnete Heilmittel. Die wirtschaftliche Verantwortung übernehmen die behandelnden Physiotherapeuten.

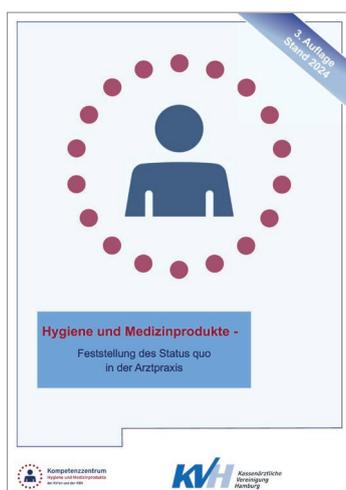
Die KBV stellt zur Blankverordnung für Physiotherapie und für Ergotherapie (bereits seit April möglich) eine Praxis-Info zur Verfügung:

www.kbv.de → Mediathek → Publikationen → Praxisinformationen → Heilmittel Blankverordnung

Ansprechpartner für Fragen zu Arznei- und Heilmitteln: Verordnung und Beratung
 Tel: 040 / 22802 -571, -572
verordnung@kvhh.de



Aktualisierter Selbstbewertungsbogen „Hygiene und Medizinprodukte“



Anhand des Selbstbewertungsbogens „Hygiene und Medizinprodukte – Feststellung des Status quo in der Arztpraxis“ können sich die Arztpraxen einen Überblick über den Umsetzungsstand der erforderlichen Maßnahmen rund um Hygiene und Medizinprodukte in der eigenen Einrichtung verschaffen.

Das Kompetenzzentrum (CoC) Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV legen den Selbstbewertungsbogen nun in dritter Auflage vor.

Strukturiert ist der Selbstbewertungsbogen in acht Themenbereiche und beinhaltet Aussagen zu verschiedenen hygiene relevanten Aspekten. Durch Bewertung der einzelnen Aussagen mit ja, nein oder teilweise kann der Ist-Zustand der Praxis selbst beurteilt werden. Der Bogen ermöglicht eine Einschätzung, inwieweit die rechtlichen Anforderungen erfüllt sind und wo möglicherweise noch Verbesserungspotenzial besteht.

Die Aussagen sind mit Erläuterungen hinterlegt, welche Hintergrundinformationen (z.B. in der Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ 2023), Umsetzungsvorschläge (z.B. „Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis“ 2024) aber auch konkrete Rechtsgrundlagen aufzeigen.

Der Bogen kann ausgedruckt und direkt vor Ort oder digital ausgefüllt werden. Die

digitale Bearbeitung hat insbesondere den Vorteil, dass die Erläuterung zur Aussage schnell per Maus-Klick aufgerufen werden kann und verlinkte Rechtsgrundlagen direkt im Internet einsehbar sind. Zudem werden am Ende des Bogens alle eingetragenen Bemerkungen zusammengefasst. ■

Der Selbstbewertungsbogen sowie weitere Informationen rund um die Hygiene in der Arztpraxis finden Sie unter: www.kvhh.de → Praxis → Qualität → Hygiene & Medizinprodukte → Basisinformationen → „Hygiene und Medizinprodukte – Feststellung des Status quo in der Arztpraxis“

Ansprechpartnerin:
Sabine Daub,
Tel: 040 / 22 802 -659
HygieneundMedizinprodukte@kvhh.de

Impftiterbestimmung nach Schutzimpfungs-Richtlinie

Die Schutzimpfungs-Richtlinie sieht bei festgelegten Impfungen in bestimmten Konstellationen und Indikationen auch serologische Testungen vor. Diese können seit 1. Oktober 2024 in Hamburg zu Lasten der GKV abgerechnet werden.

Serologische Kontrolle des Impferfolgs bei Patienten mit Immundefizienz (Kriterium A)

Patientinnen und Patienten mit Immundefizienz haben Anspruch auf serologische Testungen zur Kontrolle des Impferfolgs, wenn dies medizinisch notwendig ist. Die Testungen müssen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Impfung stattfinden. Ist die Immundefizienz medikamentös hervorgerufen worden, kann die serologische Testung maximal bis sechs Monate nach Beendigung einer Chemo- oder Immuntherapie durchgeführt werden.

Serologische Testung vor Impfung nur in Ausnahmefällen (Kriterium B)

Eine serologische Testung im Zusammenhang mit den Impfungen Herpes zoster, Varizellen, Hepatitis A und Hepatitis B ist zudem in folgenden Ausnahmefällen indiziert.

● **Herpes zoster und Varizellen:** Bei Patientinnen und Patienten vor geplanter immunsuppressiver Therapie oder Organtransplantation soll eine serologische Vortestung auf Varizellen erfolgen. Im Falle von Seronegativität soll dann keine Impfung mit Herpes-zoster-subunit-Totimpfstoff durchgeführt werden, sondern eine Varizellen-Impfung.

Bei Frauen mit Kinderwunsch und unklarer Varizellenanamnese kann eine serologische Vortestung erfolgen.

● **Hepatitis A und Hepatitis B:** Für die Hepatitis-A-Impfung kann eine serologische Vortestung auf anti-HAV erfolgen, wenn Personen länger in Endemiegebieten gelebt haben oder in Familien aus Endemiegebieten aufgewachsen sind oder vor 1950 geboren wurden.

Eine serologische Vortestung für die Hepatitis-B-Impfung kann erfolgen, wenn Personen ein hohes anamnestic Expositionsrisiko haben. (Eine serologische Kontrolle des Impferfolgs 4 - 8 Wochen nach der 3. Impfstoffdosis

soll bei allen Personen erfolgen, die Indikationsimpfungen gegen Hepatitis-B erhalten mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen nach der Grundimmunisierung. Nähere Erläuterungen zur Kontrolle des Impferfolgs und zum weiteren Vorgehen siehe Epidemiologisches Bulletin Nr. 36/37 vom 9. September 2013.) ■

Schutzimpfung	Kriterium A ¹	Kriterium B ²
Diphtherie	x	
FSME	x	
Haemophilus influenzae Typ b (Hib)	x	
Hepatitis A	x	x
Hepatitis B	x	x
Herpes zoster	x	x
Masern	x	
Mumps	x	
Pneumokokken	x	
Poliomyelitis	x	
Röteln	x	
Tetanus	x	
Tollwut	x	
Varizellen	x	x
SARS-Cov-2	x	

¹ Serologische Kontrolle des Impferfolgs bei Patienten mit Immundefizienz

² Serologische Testung im Zusammenhang mit den Impfungen Hepatitis A, Hepatitis B, Herpes zoster und Varizellen in den genannten Ausnahmefällen

Hamburger Schutzimpfungs-Vereinbarungen im Internet: www.kvhh.de → Praxis → Recht & Verträge → 5. Nachtrag zur Vereinbarung nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen ... (Schutzimpfungs-Vereinbarung)

Details zur Abrechnung und Informationen zur Beauftragung des Labors finden Sie in unserem Abrechnungsnewsletter: www.kvhh.de → Praxis → Abrechnung & Honorar → Abrechnungsnewsletter

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

VON DR. THOMAS MAIBAUM

„Lipidozentrisches Weltbild“: Sind Statine die Rettung?

Der Bundesgesundheitsminister will Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch gießkannenmäßige Verteilung von medizinischer Prävention bekämpfen. Sinnvoller wäre es, sich auf die Versorgung von Menschen mit hohem Risiko zu konzentrieren.

Spätestens seit der Studie von Jasilionis et al. (The underwhelming German life expectancy. Eur J Epidemiol 2023), die eine deutlich reduzierte, insbesondere aufgrund kardiovaskulärer Ereignisse postulierte Lebenserwartung in Deutschland festgestellt haben will, überschlagen sich die Vorschläge, wie diesem Problem zu begegnen ist und ob eine medizinisch-medikamentöse Lösung der beste Weg sein könnte.

Insbesondere Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach, seines Zeichens Epidemiologe und ursprünglich Gründungsmitglied des Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin, ist hier publizistisch wie gesetzgeberisch besonders aktiv.

Selbst wenn man über die vielen Fragen, die sich bei der Jasilionis-Studie zeigen, hinwegsieht, bleibt unklar: Ist der Weg, alles über noch mehr ärztliche Präventionsmaßnahmen und Medikamente zu lösen, für die Bevölkerung als Ganzes, aber auch für das Individuum optimal? Aus Sicht vieler Fachgesellschaften und Organisationen wird hier nämlich selbst im optimalen Fall das Pferd von hinten aufgezäumt.

Statt Medizin für die zu machen, die es am nötigsten haben, werden denen, die eh schon zu Checks gehen und sich eher gesundheitsbewusst verhalten, weitere Checks und Medikamente angeboten. Fachwort: Inverse Care Law.

Statt uns (den gefühlt immer weniger werdenden) Ärzten mehr Zeit für die Versorgung von akuten (und chronischen) Erkrankungen zu geben, sollen wir nun noch mehr Zeit für präventive Maßnahmen aufwenden? Laut mehreren Studien machen letztere jetzt schon zwischen 50 und 80 Prozent unserer Arbeitszeit aus.

Statt Verhaltensprävention (z.B. Tabakwerbeverbot, Zuckersteuer) oder Verhältnisprävention (z.B. Infrastrukturmaßnahmen, wie Fahrradwege- oder Sportplätzebau) zu unterstützen, sollen jetzt Statine (im neuesten Gesetzentwurf sogar ganz pauschal „Lipidsenker“) die Rettung bringen.

Kritiker nennen dies ein „lipidozentrisches Weltbild“.

Statt partizipative Entscheidungsfindung zu unterstützen, die neben den rein biologischen Parametern ja grundsätzlich auch Elemente wie das Recht auf Nicht-Wissen oder sozialpolitische

Elemente wie Risikozuschläge bei Lebensversicherungen oder „Nicht-Verbeamtung“ mit berücksichtigen, wird ein paternalistischer Weg empfohlen.

Das ist ja so was von „letztes Jahrhundert“! Statt wirklich Evidenz zu suchen und zu erforschen (wie der Ende August 2024 erschiene IQWiG-Report zum Cholesterinscreening bei Kindern und Jugendlichen, die Nationalen Versorgungsleitlinien, aktuelle Cochrane-Reviews oder die britische NICE Guideline zur Behandlung von Hyperlipoproteinämien), werden selektiv Studien herangezogen, die gerade genehm sind, und nicht systematisch recherchierte „Konsensus Statements“ zitiert und einseitig Score-Empfehlungen ausgegeben.

Natürlich sind sehr hohe Cholesterinwerte ein kardiovaskuläres Risiko. Und natürlich gibt es sehr robuste Hinweise, dass insbesondere Statine sowohl in der Primär-, als auch in der Sekundär- und Tertiärprävention ein wichtiger Bestandteil der Therapie sein können.

Auch werden Statine allermeistens gut vertragen, sind extrem gut erforscht und mittlerweile – da generisch verfügbar – auch recht preiswert. Vergessen wird dabei



aber oft, dass eine relative Risikoreduktion (20 bis 30 Prozent) eben bei einem recht niedrigen Ausgangsrisiko nur eine recht geringe absolute Risikoreduktion bedeutet und die „number needed to treat“ dementsprechend steigt.

Einen bevölkerungsbezogenen wie auch für das Individuum viel größeren absoluten Nutzen haben wir aber sicherlich, wenn wir uns erst einmal darauf konzentrieren,

hinaus sehr bedenklich, wenn nun eben auch in der Primärprävention nicht nur Statine, sondern auch andere Substanzgruppen wie Bempedoinsäure, Ezetimib und PCSK9-Hemmer diskutiert werden (hier rede ich nicht von Hochrisikogruppen wie Personen mit einer – genetisch bewiesenen – familiären Hypercholesterinämie).

Und ganz nebenbei verabschieden wir uns so von dem „WANZ

anderen Berechnungen bis zu 20 Millionen zusätzliche Patienten) unsere Bevölkerung tatsächlich glücklicher und gesünder macht, ist zumindest sehr fraglich.

Viel besser wäre es aus meiner Sicht, die eh schon im internationalen Vergleich sehr hohen Ausgaben im Gesundheitssektor auf eine breitere und evidenzbasiertere Basis zu stellen: Dazu konnten bezahlte Tabakentwöhnungsprogramme gehören (die stehen im aktuellen Gesetzentwurf sogar drin); breite Aufklärungskampagnen für gesundheitsbewusstes Verhalten (z.B. die Patienteninformationen des Ärztlichen Zentrums für Qualität – ÄZQ -, das abgeschafft und gerade dieser Teil des AZQ geopfert wurde); mehr Gelder für Strukturmaßnahmen und den Breitensport, Sozialarbeit und die Stärkung der Gesundheitskompetenzen insbesondere in sozial schwachen Regionen; und letztendlich: Die Betrachtung des Menschen in seiner Gänze, und das ist eben nicht nur biologisch, sondern biopsychosozial! ■

Statt wirklich Evidenz zu suchen und zu erforschen, werden selektiv Studien herangezogen, die gerade genehm sind.

dass die Menschen, die ein besonders hohes Risiko haben, auch wirklich optimal versorgt werden.

So gibt es Erhebungen aus Baden-Württemberg, die darlegen, dass ein Jahr nach Myokardinfarkt gerade mal dreiviertel der betroffenen Patienten noch ihr ASS und nur gut die Hälfte noch ihr Statin nehmen. Ganz zu schweigen von der niedrigen Beteiligung am Herzsport und der immer noch viel zu hohen Raucherquote

Sowohl was die Daten als auch die Verträglichkeit angeht und erst recht den Preis, ist es darüber

Prinzip“: „wirtschaftlich“, „ausreichend“, „notwendig“ und „zweckmäßig“. Dies sollte eigentlich immer wieder durch die Gremien der Selbstverwaltung und nicht durch einen Gesundheitsminister allein ausgelotet werden!

Inwieweit nun eine gießkannenmäßige Verteilung von noch mehr (evidenzarmen) Gesundheitsuntersuchungen, Blutwertkontrollen, Disease-Management-Programmen und Cholesterinsenkern (nach Berechnung des Bundesgesundheitsministeriums ergebe dies zwei Millionen Patienten mehr, nach

DR. THOMAS MAIBAUM ist Hausarzt in Rostock und Präsidiumsmitglied – Sektion Prävention – der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM).



 AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Bewegungstherapie für Erwachsene mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen

Von der evidenzbasierten Empfehlung zur Heilmittelverordnung

VON PROF. DR. CORDULA BRAUN UND PROF. DR. KATJA EHRENBRUSTHOFF IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

D

Die Beratung von Menschen mit Kreuzschmerzen ist ein alltägliches Thema in der Haus- und allgemeinmedizinischen Praxis.(1) Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um „nicht-spezifische“ Kreuzschmerzen.(1) Als solche werden im Allgemeinen Kreuzschmerzen bezeichnet, denen sich keine spezifische pathologische Ursache wie z. B. ein Wirbelbruch, eine Spinalkanalstenose oder ein entzündlicher Prozess zuordnen lässt.(2) Bezüglich ihrer Dauer lassen sich Kreuzschmerzen in akute (bis zu 6 Wochen), subakute (6 bis 12 Wochen) und chronische Kreuzschmerzen (länger als 12 Wochen) unterteilen.(3)

Eine Frage, vor der Ärzt:innen im Rahmen der Betreuung von Patient:innen mit Kreuzschmerzen immer wieder stehen, ist die nach einer geeigneten Heilmittelverordnung, das heißt danach, welche Heil-

mittel geeignet sind, und wie es um die Evidenz für ihre Wirksamkeit und Sicherheit steht. Dieser Beitrag geht dieser Frage unter Berücksichtigung aktueller evidenzbasierter Leitlinienempfehlungen, wissenschaftlicher („externer“) Evidenz und physiotherapeutischer Expertise („interner Evidenz“) nach. Dabei wird auch der „Brückenschlag“ zwischen der Evidenz und dem Heilmittelkatalog (4), aus dem Ärzt:innen die geeigneten Heilmittel für ihre gesetzlich versicherten Patient:innen auswählen müssen, betrachtet.

Beide Autorinnen dieses Beitrags verfügen über eine langjährige Expertise und Erfahrung sowohl in der physiotherapeutischen Betreuung von Menschen mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen als auch in der Wissenschaft und Evidenzbasierten Medizin (EbM).

LEITLINIEN FÜR DIE EVIDENZBASIERTE VERSORGUNG

Eine für alle in der Gesundheitsversorgung tätigen Ärzt:innen und Gesundheitsfachpersonen wichtige Ressource für die evidenzbasierte Versorgung von Menschen mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen ist die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“.(5) Wie alle evidenzbasierten Leitlinien wurde die NVL für eine evidenzbasierte, optimierte Versorgung entwickelt.(5)

Dass körperliche Inaktivität, insbesondere aber Bettruhe, im Allgemeinen keine geeignete Strategie zur Behandlung von nicht-spezifischen Kreuzschmer-

zen jeglicher Dauer sind, ist wissenschaftlich belegt (6). In der NVL findet sich hierzu entsprechend eine starke Negativempfehlung ((5), Empfehlung 5.3). Da akute Kreuzschmerzen zudem häufig selbstlimitierend sind (7), bedürfen diese in den meisten Fällen, vor allem bei erstmaligem Auftreten, jenseits Beratung mit der Empfehlung, aktiv zu bleiben, sowie ggf. einer kurzfristigen Schmerzmedikation, keiner weiteren Behandlung ((5), Statement 4.6). Die Frage nach weiteren geeigneten therapeutischen Maßnahmen stellt sich somit in der Regel in erster Linie bei Menschen mit länger andauernden Kreuzschmerzen.

Eine zentrale und starke Empfehlung in der NVL für die Behandlung von Menschen mit subakuten und chronischen Kreuzschmerzen ist die Durchführung einer „Bewegungstherapie“. Hierzu heißt es in der NVL ((5), Empfehlung 5.5): „Bewegungstherapie, kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien, soll zur primären Behandlung subakuter und chronischer nicht-spezifischer Kreuzschmerzen zur Unterstützung der körperlichen Aktivität angewendet werden.“

VON DER LEITLINIENEMPFEHLUNG ZUR HEILMITTELVERORDNUNG

Für eine Bewegungstherapie werden Patient:innen mit Kreuzschmerzen in aller Regel via Heilmittelverordnung an Physiotherapeut:innen überwiesen. Als erste Ansprechpartner:innen sehen sich Ärzt:innen

jedoch häufig mit Fragen ihrer Patient:innen konfrontiert wie: „Was genau soll ich tun?“ oder „Wird eine Bewegungstherapie mir helfen?“. Welche Antworten gibt die Wissenschaft, und welches Heilmittel ist zu wählen, wenn eine Bewegungstherapie verordnet werden soll?

Bei der Betrachtung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes ist zu beachten, dass der Begriff „Bewegungstherapie“ ein breites Spektrum von „Konzepten“ umfasst, deren Gegenstand die Anleitung zu bzw. Durchführung von spezifischen Bewegungen, Bewegungsabläufen und/oder Aktivitäten ist.(8,9) Das Ziel ist die Verringerung von Schmerzen, funktionellen Einschränkungen und weiteren patientenrelevanten Ergebniskriterien.

Physiotherapeut:innen wählen dabei in aller Regel Elemente aus unterschiedlichen Konzepten, seien es spezifisch physiotherapeutische oder globalere wie „Yoga“ oder „Pilates“, aus und kombinieren diese auf Grundlage ihrer Expertise und Erfahrung sowie der Bedürfnisse und Präferenzen ihrer Patient:innen. Dies macht aus verschiedenen Gründen Sinn. Einer ist, dass die Abgrenzung einzelner spezifischer Konzepte voneinander weniger „trennscharf“ ist als sie scheinen mag und mitunter propagiert wird, adressieren sie doch alle die motorischen Grundfähigkeiten (Kraft, Beweglichkeit, Koordination, Ausdauer oder Schnelligkeit).(10) Ihre Unterschiede liegen im Wesentlichen in ihrer spezifischen Gestaltung sowie



ggf. der zugrunde gelegten „Philosophie“. Darüber hinaus kann die Kombination von Elementen aus unterschiedlichen Konzepten dabei helfen, herauszufinden, wie Patient:innen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnisse und Präferenzen zu (mehr) Bewegung und körperlicher Aktivität motiviert werden können. Entsprechend macht die Frage nach der „einen besten“ Bewegungstherapie aus physiotherapeutischer Sicht wenig Sinn.

Dieser Beitrag fokussiert auf „Bewegungstherapie“ für Menschen mit chronischen Kreuzschmerzen. Weitere Behandlungsoptionen, darunter z. B. multimodale Versorgungskonzepte, werden nicht thematisiert, sind aber in der NVL (5) ebenfalls adressiert.

WELCHE ANTWORTEN GIBT DIE WISSENSCHAFT ZUR FRAGE DER WIRKSAMKEIT UND SICHERHEIT EINER BEWEGUNGSTHERAPIE FÜR MENSCHEN MIT CHRONISCHEN NICHT-SPEZIFISCHEN KREUZSCHMERZEN?

Der Blick in die wissenschaftliche Literatur ergibt eine große Zahl von Arbeiten, die sich mit dieser Frage befassen haben. Unter diesen findet sich eine große Zahl von systematischen Reviews. Systematische Reviews fassen die Evidenz aus (idealerweise allen verfügbaren) klinischen Studien zu einer spezifischen Fragestellung zusammen und sind daher eine wichtige Informationsquelle für die evidenzbasierte Entscheidungsfindung.(11)

Wer nach systematischen Reviews zu Bewegungstherapien für Menschen mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen sucht, dürfte jedoch schnell bemerken, dass viele Arbeiten auf einem spezifischen Konzept fokussieren, und dass verschiedene Reviews zu verschiedenen Konzepten häufig zur selben oder zumindest ähnlichen Aussage kommen, einem positiven Ergebnis zugunsten der interessierenden Intervention. Ein Grund hierfür könnte die beschriebene

Schwierigkeit der Abgrenzbarkeit der verschiedenen Konzepte untereinander sein.

Ein 2021 publizierter Cochrane Review hat einen breiteren Ansatz gewählt und sich der Frage nach der Wirksamkeit und Sicherheit von „Bewegungstherapie“ im Sinne „jeglicher Form von Bewegungstherapie“ für Menschen mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen angenommen.(8)

Es handelt sich um unser Kenntnis nach um den bislang umfassendsten systematischen Review zu diesem Thema, dazu eine Arbeit, die nach den hohen methodischen Qualitätsstandards der Cochrane Collaboration erstellt wurde.(12) Diese Arbeit wurde nach Fertigstellung der initialen Version der NVL publiziert und wurde daher für diese noch nicht berücksichtigt. Im Folgenden wird der Review zusammenfassend dargestellt. Weitere Details sind im frei zugänglichen Volltext, die Zusammenfassung in einfacher Sprache auch in deutscher Sprache verfügbar. (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009790.pub2/full>)

COCHRANE-EVIDENZ ZU BEWEGUNGSTHERAPIE FÜR ERWACHSENE MIT CHRONISCHEN KREUZSCHMERZEN

In den Review wurden 249 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) mit über 24.000 Teilnehmenden eingeschlossen, in denen die Wirkungen einer Bewegungstherapie bei Erwachsenen mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen untersucht wurde. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 43,7 Jahren; 59% waren weiblichen Geschlechts. Knapp die Hälfte der Studien stammte aus europäischen Ländern. Das Biasrisiko (Verzerrungsrisiko) der Ergebnisse wurde für die meisten Studien als „hoch“ bewertet. Ein wesentlicher Grund hierfür war die Tatsache, dass sich die Durchführung von Bewegungstherapie nicht bzw. nur sehr schwer verblinden lässt. Die Kenntnis



der Zuteilung der Teilnehmenden zur Interventions- oder Kontrollbehandlung könnte daher die Ergebnisse beeinflusst haben.

Die interessierenden Vergleiche umfassten keine Behandlung, die medizinische Regelversorgung (z. B. eine Schmerzmedikation), eine Placebo-Behandlung (im Fall dieses Reviews eine inaktive Elektrotherapie) oder eine andere konservative Behandlung ohne bewegungstherapeutische Anteile (z. B. eine Elektrotherapie

oder passive physiotherapeutische Maßnahmen). Die folgend dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die primären Endpunkte Schmerz und funktionelle Einschränkungen und den Nachbeobachtungszeitraum 6-12 Wochen nach Behandlungsende.

Der Review ergab, dass eine Bewegungstherapie für Erwachsene mit chronischen Kreuzschmerzen wahrscheinlich effektiver ist als keine Behandlung, die übliche Versorgung oder eine Placebo-Behandlung. Die Größe des Effekts wurde für beide Endpunkte als klein, für die Schmerzintensität jedoch als klinisch bedeutsam eingeschätzt. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für dieses Ergebnis wurde als moderat bewertet.

Der Review ergab weiter, dass eine Bewegungstherapie für Erwachsene mit chronischen Kreuzschmerzen wahrscheinlich effektiver ist als verschiedene andere konservative Behandlungen. Die Größe des Effekts wurde für beide Endpunkte als klein und klinisch nicht bedeutsam eingeschätzt. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für dieses Ergebnis wurde als moderat bewertet. Subgruppenanalysen erbrachten Hinweise darauf, dass eine Bewegungstherapie wahrscheinlich effektiver ist als einige andere konservative Behandlungen wie z. B. eine alleinige Beratung oder Elektrotherapie.

Das Auftreten unerwünschter Ereignisse, ein sekundärer Endpunkt, wurde in lediglich 12 der eingeschlossenen Studien systematisch erhoben. Daher konnten für diesen Endpunkt keine robusten Schlussfolgerungen formuliert werden.

Der Review stützt die evidenzbasierte NVL-Empfehlung für die Durchführung einer Bewegungstherapie für Menschen mit chronischen nicht-spezifischen Kreuzschmerzen.(5). Gleichzeitig zeigt er eine Reihe von Problemen der Evidenzbasis auf, zu denen insbesondere die sehr kleine Teilnehmendenzahl vieler Stu-



dien, methodische Mängel und eine defizitäre Berichterstattung zählen. Entsprechend sind die Ergebnisse weniger robust, als man bei einer Evidenzbasis dieses Umfangs erwarten könnte.

DER BRÜCKENSCHLAG ZUR HEILMITTELVERORDNUNG

Beim „Brückenschlag“ von der Leitlinienempfehlung und Evidenz zur „geeigneten“ Heilmittelverordnung wird es etwas komplizierter. Der wesentliche Grund hierfür ist, dass der Heilmittelkatalog (4) nach „Heilmitteln“, nicht nach „spezifischen Therapien“ strukturiert ist. Dies erklärt die Schwierigkeit, von der evidenzbasierten Leitlinienempfehlung und Evidenz zum „passenden Heilmittel“ zu gelangen.

Drei im Heilmittelkatalog als „vorrangig“ gelistete Heilmittel, „Allgemeine Krankengymnastik“, „Krankengymnastik am Gerät“ und „Manuelle Therapie“, können per Definition bewegungstherapeutische Maßnahmen beinhalten und kommen damit für Menschen mit chronischen Kreuzschmerzen infrage. Die drei lassen sich inhaltlich ähnlich gestalten.

Ihre Unterschiede liegen in erster Linie in Vorgaben bezüglich der fachlichen Qualifikation der betreuenden Physiotherapeut:innen und der Ausstattung der Physiotherapie-Praxen. So dürfen „Krankengymnastik am Gerät“ und „Manuelle Therapie“ nur von Physiotherapeut:innen abgegeben werden, die eine spezifische Fortbildung absolviert haben, und darf „Krankengymnastik am Gerät“ nur in Physiotherapie-Praxen abgegeben werden, die über eine bestimmte räumliche Ausstattung und eine bestimmte Mindestausstattung an Trainingsgeräten verfügen.

„Krankengymnastik am Gerät“ kann, und wird in aller Regel, zudem nicht als Einzelbehandlung, sondern in einer Gruppe mit bis zu drei Patient:innen, abgegeben, und beinhaltet, im Gegensatz zur „Allgemeinen Krankengymnastik“ und „Manuellen Therapie“ keine begleitenden passiven Maßnahmen.

Aus dieser „Gemengelage“ lässt sich nicht viel mehr Hilfestellung ableiten als die folgenden Hinweise: „Allgemeine Krankengymnastik“ und „Manuelle Therapie“ ermöglichen die Kombination einer aktiven Bewegungstherapie mit passiven Maßnahmen wie z. B. mobilisierenden Techniken zur Verbesserung der Beweglichkeit der Wirbelsäule.

Eine „Manuelle Therapie“-Verordnung stellt sicher, dass manualtherapeutischen Maßnahmen von entsprechend fortgebildeten Physiotherapeut:innen durchgeführt werden.

„Krankengymnastik am Gerät“ hingegen ist als ausschließlich aktive Therapie einzuordnen, erfolgt dafür aber in der Regel in Praxen, die durch ihre räumliche Ausstattung gute Voraussetzungen für eine aktive Bewegungstherapie bieten.

Welches der drei Heilmittel das für eine bestimmte Person zu einem bestimmten Zeitpunkt „passendste“ ist, sollte idealerweise im Austausch mit den betreuenden Physiotherapeut:innen geklärt werden. Dies betrifft auch Entscheidungen für oder gegen die Verordnung weiterer, optionaler oder ergänzender Heilmittel, die nicht Gegenstand dieses Beitrags sind (s. ggf. NVL). Die Evidenzlage für die meisten dieser Heilmittel ist sehr unsicher, entsprechend ist auch hier der Einbezug von „interner Evidenz“ unabdingbar.

EVIDENZBASIERTE LEITLINIEN UND INTERPROFESSIONELLER AUSTAUSCH FÜR EINE HOCHWERTIGE VERSORGUNG

Allen Ärzt:innen, die Erwachsene mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen betreuen, sei die Nutzung der NVL „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ (5) noch einmal explizit empfohlen.

Die derzeit verfügbare, 2017 publizierte 2. Auflage der Leitlinie wird derzeit aktualisiert. Der Aktualisierungsprozess ist bereits weit fortgeschritten. Aufgrund der von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) beschlos-

senen Schließung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) zum Jahresende 2024 (13) ist die Arbeit an der Leitlinie jedoch zurzeit unterbrochen, ihre Fertigstellung und weitere Zukunft ungewiss. Es ist sehr zu hoffen, dass es gelingen wird, die Arbeit an dieser sowie an allen anderen Leitlinien aus dem NVL-Programm in derselben Qualität fortzuführen. Neben der Berücksichtigung

von Leitlinien und Evidenz und unter Berücksichtigung der dargestellten Probleme des „Brückenschlags“ zum Heilmittelkatalog ist es wünschenswert, dass Ärzt:innen bei der Auswahl des geeigneten Heilmittels zur Verordnung einer Bewegungstherapie den Austausch mit Physiotherapeut:innen suchen, die darin ausgebildet sind, eine Bewegungstherapie gemeinsam mit den Patient:innen zu gestalten. ■



PROF. DR. CORDULA BRAUN
Studiengang Physiotherapie,
Hochschule 21, Buxtehude



PROF. DR. KATJA EHRENBRUSTHOFF
Department für Pflege-, Hebammen
und Therapiewissenschaften,
Studienbereich Physiotherapie,
Hochschule für Gesundheit Bochum

Literatur

- 1) Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*. 2021 Feb 12;25(2):275–95. doi: 10.1002/ejp.1679.
- 2) Jess M-A, Hamilton S, Ryan C, Wellburn S, Alexanders J, Spence D, et al. Exploring the origin of pain subclassification, with emphasis on low back pain: a scoping review. *JBI Evid Synth*. 2021 Feb;19(2):308–40. doi: 10.11124/JBISIR-D-19-00383.
- 3) Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low backpain. *Lancet*. 2021 Jul;398(10294):78–92. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00733-9.
- 4) Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Heilmittelrichtlinie - Heilmittelkatalog. 2024. <https://www.g-ba.de/richtlinien/12/> [eingesehen 18.09.2024].
- 5) Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2.Auflage. Version 1. 2017. <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz> [eingesehen 18.09.2024].
- 6) Shaheed AC, Maher CG, Williams KA, McLachlan AJ. Interventions available over the counter and advice for acute low back pain: Systematic review and meta-analysis. *J Pain*. 2014;15(1):2–15. doi: 10.1016/j.jpain.2013.09.016.
- 7) Itz CJ, Geurts JW, van Kleef M, Nelemans P. Clinical course of non-specific low back pain: A systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain*. 2013 Jan 28;17(1):5–15. doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00170.x.
- 8) Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Sep 28;2021(10). doi: 10.1002/14651858.CD009790.pub2.
- 9) Uzelberg W, Oosterhuis T, Hayden JA, Koes BW, van Tulder MW, Rubinstein SM, et al. Exercise therapy for treatment of acute non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Aug 30;2023(8). doi: 10.1002/14651858.CD009365.pub2.
- 10) Foster NE, Anema JR, Cherkov D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018 Jun;391(10137):2368–83. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6.
- 11) Mulhem A. Why do we need systematic review and meta-analysis, and what are their potentials: The exponential proliferation of healthcare literature and the potential of research synthesis. Centre for Evidence-based Medicine, Oxford. 2023. <https://www.cebm.ox.ac.uk/news/views/why-do-we-need-systematic-review-and-meta-analysis> [eingesehen 18.09.2024].
- 12) Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ WV (editors), editor. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.5 (updated August 2024). Cochrane, 2024. www.training.cochrane.org/handbook [eingesehen 18.09.2024].
- 13) Deutsches Ärzteblatt [online]. Ärztliches Zentrum für Qualität wird aufgelöst. *Dtsch Arztebl*. 2024. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150717/Aerztliches-Zentrum-fuer-Qualitaet-wird-aufgeloest> [eingesehen 18.09.2024].



Gibt es eine Ärzteschwemme?

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

In den achtziger Jahren gab es eine Ärzteschwemme. Man sagte, es gäbe zu viel von uns jungen Ärzten und ließ uns das ziemlich deutlich spüren.

Trotzdem konnte ich meine erste Stelle noch wählen. Ich nahm die dritte Zusage an. Weil die Chefs der beiden anderen Kliniken ziemlich angesäuert reagierten, zweifelte ich schon damals an der Ärzteschwemme. Doch sie diente als Argument, junge Ärzte für die ersten vier Jahre um eine Stufe im Bundesangestellten-tarifvertrag abzusenken. Das kostete jeden von uns ein paar 1000 Euro.

Noch schlimmer wurde es, als man den Arzt im Praktikum einführte. Jetzt mussten Ärzte für ein Drittel des bisherigen Gehalts ihre ersten

bei der Durchsetzung eigener Positionen Nachwirkungen bis heute.

In den letzten Jahren war von einer Ärzteschwemme keine Rede mehr. Im Gegenteil, man sprach sogar von Ärztemangel. Aber anscheinend habe ich danach etwas verpasst. Es muss inzwischen wieder eine Ärzteschwemme geben. Denn anders ist nicht zu erklären, wie Politik und Kassen gerade versuchen, den Arztberuf maximal unattraktiv zu machen.

Ein paar aktuelle Beispiele: Der Punktwert für die ärztliche Versorgung von Kassenpatienten wurde gerade um beschämende 3,85 Prozent erhöht. Doch selbst diese minimale Erhöhung kommt bei den Ärzten gar nicht an, weil sie durch das Gesamt-

chen Dienst, saftige Gehaltserhöhung einfahren, gehen die Ärzte leer aus.

Wenn es keine Ärzteschwemme gäbe, müsste sich die Politik jetzt sehr bemühen, den Arztberuf nicht noch unattraktiver zu machen. Doch sie tut das genaue Gegenteil. Deshalb drängt sich ein Verdacht auf:

Vielleicht gibt es doch wieder zu viele Ärzte, und meine Kollegen und ich haben es gar nicht gemerkt. Denn sonst würden Kassen und Politik den Ärzten zumindest etwas Honig ums Maul schmieren, wie damals in der Pandemie. Stattdessen hat man den Eindruck, dass sich Politik und Kassen einen Wettbewerb darum liefern, die Motivation der Ärzte noch weiter in den Keller zu treiben.

Mit Sachzwängen und knappen Kassen halten sich die Kassen gar nicht erst auf, sondern tönen ganz ungeniert, Ärzte seien sowieso schon gut bezahlt. Die Forderung der Ärzte nach einem Inflationsausgleich sei „ritualisierte Kritik“.

Die Bestensverdiener in den Vorstandsetagen der Kassen fordern offensiv die Budgetierung ein, die selbst von der Politik inzwischen als Problem zumindest benannt wird. Allerdings hat die Regierung zwar die Abschaffung der Budgetierung der Hausärzte in ihren Koalitionsvertrag geschrieben, aber bis jetzt noch nicht einmal dieses kleine Entgegenkommen umgesetzt. Dass die Entbudgetierung der Hautärzte vor dem absehbaren Ende der Koaliti-

Politik und Kassen führen sich auf, als gäbe es auf dem Markt Unmengen arbeitssuchender Mediziner, mit denen man machen kann, was man will.

1,5 Berufsjahre durchhalten. Auch hier die Begründung: Ihr seid zu viele. Wenn man sich beim Chef oder der Verwaltung beschwerte, bekam man zu hören: Es gibt Ärzte wie Sand am Meer. Was wollen Sie eigentlich?

Als Konsequenz trauten sich viele Jungärzte gar nichts mehr zu sagen. Vielleicht hat die daraus resultierende Unsicherheit und Schüchternheit

budget aufgefressen wird. Zum Teil gibt es sogar eine Absenkung der Vergütung. Ein echter Inflationsausgleich wird den niedergelassenen Ärzten nicht zugestanden. Selbst der Ausgleich der dringend nötigen Tarifierhöhungen für medizinische Fachangestellte bewirkte keine höhere Steigerung des Punktwerts. Während andere Berufe, vor allem im öffentli-

on kommt, ist inzwischen mehr als unwahrscheinlich - und ob sie den Namen auch wirklich verdient und nicht eine weitere Mogelpackung ist, erst recht.

Derweil nimmt der Stress in vielen Praxen zu. Konnektoren fallen aus oder verursachen Störungen im Praxisverwaltungssystem. AU oder Rezepte können oft nicht ausgestellt werden, weil der Computer wieder streikt oder die Verbindung nach draußen nicht funktioniert.

Das Misstrauen gegen die elektronische Patientenakte ist also nicht unberechtigt. Die Erfahrungen der letzten digitalen Großtaten legen eigentlich nah, die neue ePA ausführlich zu testen, bevor sie flächendeckend eingeführt wird. Doch es sind nur vier Wochen dafür vorgesehen.

Stattdessen sollen alle Abrechnungsdaten, auch die der Vergangenheit, für die Patienten einsehbar auf der ePA abgelegt werden. Es wird die Stimmung der Ärzte sehr heben, wenn sie mit Patienten darüber diskutieren müssen, warum vor drei Jahren ein psychosomatisches Gespräch geführt wurde. Selbstverständlich werden die Preise der Leistungen, die die Patienten auf ihrer elektronischen Gesundheitskarte finden, nicht dem entsprechen, was der Arzt wirklich erhalten hat. Denn die Auswirkungen der Budgetierung sind darin nicht zu sehen,

wodurch das Arzteinkommen maßlos überschätzt wird. Das ist natürlich gewollt und lässt viel Raum für Sozialneid.

Im September dislozierte der GKV-Spitzenverband ein Positionspapier an die Presse, das sich wie ein Programm zur Ärztevergraulung liest.

Nach der rituellen Ärztebeschimpfung und Forderung der Budgetierung folgt der eigentliche Hammer. Es ist die Forderung nach einer „Flexibilisierung der Sprechstundenzeiten“. Hierunter verstehen die Kassen einen Rundum-Dienst der Praxen, auch nachts, am Wochenende oder Weihnachten.

Unter dem Stichwort „Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags“ fordert der GKV Verband zudem einen verpflichtenden Leistungsrahmen für alle Vertragsärzte. Damit soll erreicht werden, dass auch jene Leistungen zwangsweise erbracht werden, die sich wirtschaftlich gar nicht mehr durchführen lassen, wie zum Beispiel Tonsillektomien durch HNO-Ärzte.

Das Sahnehäubchen dieser Kontrollfantasien ist die Forderung nach einer verpflichtenden, zentralen digitalen Terminvergabe. Ärzte sollen einen Großteil ihrer Termine an ein zentrales Portal unter Kontrolle der Kassen melden und so die Terminvergabe aus der Hand geben. Freie Praxisentscheidungen, sogar das

Festlegen des eigenen Urlaubs, wären dann nicht mehr möglich. Es ist ein perfektes Überwachungs- und damit auch Demotivierungsprogramm.

Gibt es also doch wieder eine Ärzteschwemme, von der wir noch nichts wissen? Haben wir etwas verpasst? Oder leben diese Krankenkassenfunktionäre in einem Paralleluniversum, jenseits der Realität?

Ihr Handeln würde Sinn machen, wenn es Unmengen von Ärzten gäbe, die keiner braucht. Das war aber schon damals nicht so und heute erst recht nicht. Fünftausend Hausarztstellen sind nicht besetzt. Selbst gut gehende Facharztpraxen finden nur noch schwer einen Nachfolger. Doch Kassen und Politik führen sich auf, als gäbe es auf dem Markt Unmengen arbeitssuchender Mediziner, mit denen man machen kann, was man will. Sie treiben die alten in den vorzeitigen Ruhestand und halten die jungen davon ab, an eine selbstständige Niederlassung als Arzt auch nur zu denken. Man könnte den Eindruck haben, das wäre genauso beabsichtigt. ■

DR. MATTHIAS SOYKA ist Orthopäde und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Dein Rückenretter bist du selbst“, Ellert&Richter, Hamburg. www.dr-soyka.de; Youtube Kanal „Hilfe zur Selbsthilfe“



Leserbrief

KVH-Journal Nr. 10/2024: „Kolumne „F“
von Dr. Christine Löber, Seite 34

Seelischer Stress unter Ärzt:innen stark verbreitet

Sehr geehrte Frau Löber, danke für Ihren gelungenen Artikel zum Thema der psychischen Belastung bei uns Ärzt:innen. Das haben Sie verdammt gut in ihrer direkten Sprache dargestellt finde ich.

Leider ist dieses Thema weiterhin sehr aktuell, wenn man die hohe Suizidrate vor allem bei Ärzt:innen und Zahnärzt:innen zur Kenntnis nimmt. Und auch in unserer Bevölkerung sind über 10.000 Suizide im vergangenen Jahr erschreckend viele.

Die Bedingungen dafür, dass gerade auch unter uns Ärzt:innen seelischer Stress durchweg stark verbreitet ist, haben Sie gut erfasst: Hoher Arbeitsdruck, hohe Erwartungen an die ärztliche Leistung, die sowohl von außen als auch von innen kommen, und last not least auch unsere spezifische Arztpersönlichkeit.

Dazu kommt in den vergangenen Jahren eine abnehmende Bereitschaft, ärztliche Kompetenz und Autorität anzuerkennen und entsprechend

zu gratifizieren. Siehe hierzu die jetzt seit länger als einem Vierteljahrhundert laufende Honorarbudgetierung bei den niedergelassenen Haus- und Fachärzten.

In Großbritannien führte der Suizid eines bekannten Kardiologen zur Gründung einer Stiftung mit dem Namen "Doctors in Distress". Diese bietet über ihr Internetportal mehrere Hilfsangebote für Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens an, meist als Online-Gruppen. Die Stiftung glaubt an die "power of talking". Daran haben wohl auch Sie gedacht, als Sie in ihrer Kolumne fragten: "Wie soll man das erklären, was das für Zustände sind ..."

Keine Frage, dass eine solche Stiftung wie in Großbritannien auch in Hamburg bzw. in der Bundesrepublik hilfreich wäre als anonyme Hilfs- und Anlaufstelle für Stress-Betroffene in unserer Berufsgruppe.

Dr. Guntram Hinz,
Neurologe und Psychiater in
Poppenbüttel

Veranstaltung: So gelingt der erfolgreiche Praxisstart



An die 60 Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen nahmen am 9. Oktober 2024 an der Veranstaltung „So gelingt der erfolgreiche Praxisstart“ im Gebäude der KV teil. In kurzen Vorträgen und an verschiedenen Infoständen erhielten die Teilnehmer einen ersten Überblick zu wichtigen Fragestellungen der vertragsärztlichen Versorgung: von Abrechnung über Genehmigung bis hin zu Verordnung und Qualitätssicherung. Für die Teilnehmenden bot die Veranstaltung auch die Möglichkeit, Ansprechpartner aus den unterschiedlichen Abteilungen der KV persönlich kennenzulernen und sich mit Kolleg:innen auszutauschen, die ebenfalls kurz vor der Praxiseröffnung stehen. ■

**Haben Sie selbst Fragen an die KV?
Wir helfen Ihnen gerne weiter.**

**Ansprechpartner:
Abteilung Mitgliederservice und
Beratung
Tel: 040 / 22 802 -802
meinservice@kvhh.de**

Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf *Verbandmittel*
Überweisung **Arzneimittelvereinbarung** *Krankenpflege*
Verordnung und Beratung
Hilfsmittel **Arbeitsunfähigkeit** **Rezepte**
Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung *Medizinprodukte* **Prüfungsvereinbarung**
Rehabilitation *Impfvereinbarung* *Heilmittelvereinbarung*
Heilmittel *Krebsvorsorge* **Wiedereingliederung** *DMP*
Entlassmanagement *Substitution* *Wirkstoffvereinbarung*
Einweisung *Nutzenbewertung* *Krankengeld*
Antibiotika-Therapie
Arzneimittelmissbrauch

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

HELDEN GESUCHT BITTE SUBSTITUIEREN SIE !

Sie suchen eine spannende und abwechslungsreiche Tätigkeit? Helfen Sie, chronisch kranke Opioidabhängige zu substituieren. Eine professionelle Herausforderung und eine erfüllende Aufgabe. Weitere Infos finden Sie unter dem QR-Code:





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Jens Heidrich**
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. med. Jens Heidrich**

Geburtsdatum: **05. Februar 1968**

Familienstand: **verheiratet, 2 Töchter**

Fachrichtung: **Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Hämostaseologie**

Weitere Ämter: **Finanzausschuss der Ärztekammer, Digitalisierungs-AG (Arbeitsgemeinschaft), Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Laborärzte in Hamburg, Vorstandsmitglied des ÄrzteNetz Hamburg e.V., Vorstand der Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Labore (AULA e.V.)**

Hobbys: **Laufen und Tennis**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja, absolut. Es macht große Freude, für die Hamburger Ärzt:innen und Patienten beratend tätig zu sein. Ca. 70 % aller Diagnosen und Therapien werden maßgeblich durch das Labor bestimmt. Jeder Tag bietet etwas Neues. Die Verantwortung macht Freude und kompensiert den oft großen Stress, jeden Tag über 2.000 Befunde fehlerfrei zu erstellen.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Das kostbare Gut der Selbstverwaltung aufrechtzuerhalten, die für die Patienten immer noch die beste Lösung ist. Im Ausland sehe ich nur schlechtere Systeme.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Die Digitalisierung in Hamburg so umzusetzen, dass es den Kolleg:innen und Patienten auch wirklich einen Mehrwert bringt.

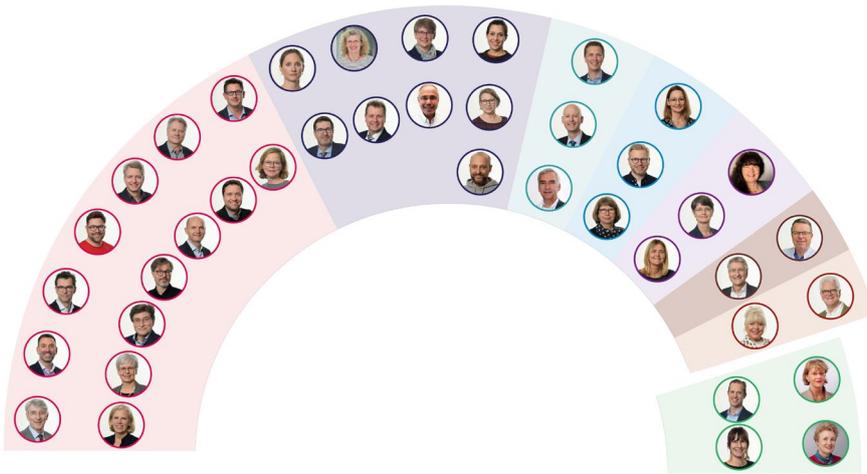
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit im Labor? Die Corona-Diagnostik wurde über Nacht nicht mehr benötigt. Die Labore konnten nicht schnell genug reagieren, die Kosten zu senken. Die tägliche Arbeit mit hohem Qualitätsanspruch wird durch den Kostendruck zunehmend erschwert. Eine Verkaufswelle der Labore hat daher begonnen.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Privat möchte ich gern so gut Spanisch können, dass man mich versteht, und ich möchte den Camino de Santiago (Jakobsweg) laufen. Außerdem möchte ich den Tag erleben, an dem ich Zugriff auf die ePA habe, um wirklich gute Laborbefunde schreiben zu können.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 4. Dezember 2024 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 19

(Lohbrügge, Bergedorf, Curslack, Altengamme, Neuengamme, Kirchwerder, Ochsenwerder, Reitbrook, Allemöhe, Billwerder, Moorflet, Tatenberg, Spadenland)
Kreisobmann: Dr. Sven-Holger Kühn / Stellvertreterin: Dr. Jutta Lipke

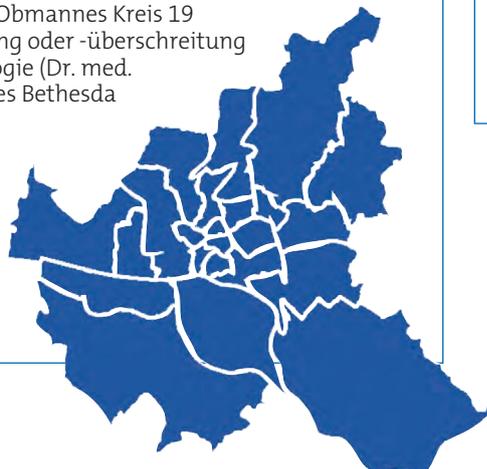
Programm:

- Leistungsportfolio der Abteilung Verordnung & Beratung der KV Hamburg (Dr. Andreas Walter, Abteilungsleiter)
- Wahl einer neuen Obfrau / eines neuen Obmannes Kreis 19
- Punctator - Cunctator? Grenzverschiebung oder -überschreitung in der aktuellen interventionellen Kardiologie (Dr. med. Ingo Büchner, Teamchefarzt Kardiologie des Bethesda Krankenhauses)

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

Di, 5.11.2024 (19.15 Uhr s.t.)

**Ort: Agaplesion Bethesda
 Krankenhaus Bergedorf /
 Glindersweg 80
 Konferenzraum 1, Ebene O, Haus B**



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Ausbildung Abrechnungsmanager:in / viertägig (Präsenz)

Do. 14.11.2024 (9 - 17 Uhr)

Fr. 15.11.2024 (9 - 17 Uhr)

Do. 5.12.2024 (9 - 17 Uhr)

Fr. 6.12.2024 (9 - 13.30 Uhr)

40 FORTBILDUNGSPUNKTE

Praxisorganisation an der Anmeldung (online)

Mi. 20.11.2024 (15 - 18.30 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Arbeitsrecht (online)

Mi. 11.12.2024 (9 - 14 Uhr)

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Michael Bauer, Tel: 040 / 22802-388

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. 8.11.2024 (14.30 - 17 Uhr)

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**

**Betriebliches
Gesundheitsmanagement**

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 20.11.2024 (18 -22 Uhr)

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)

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

Fortbildungen für MFA

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

Ansprechpartnerin:

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

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!