

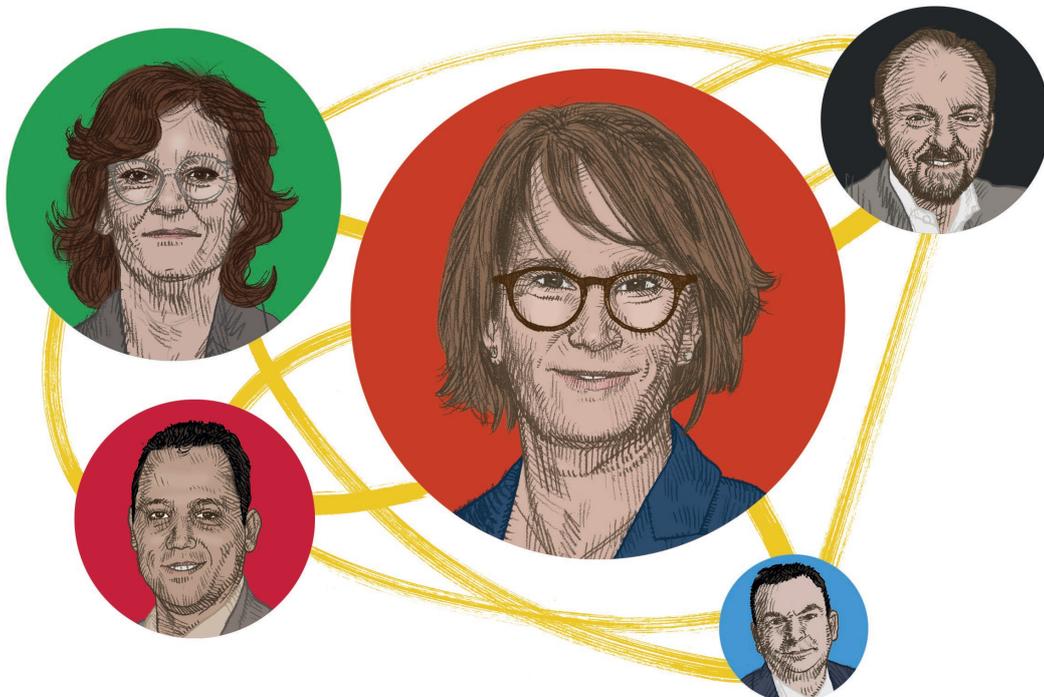
KVH journal



ePAPER
Lesen Sie das
**KVH-JOURNAL
DIGITAL!**
Anmeldung
[www.kvhh.net/
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

QUO VADIS, AMBULANTE VERSORGUNG?

Das sagen die Volksvertreter in Hamburg



PSYCHOTHERAPIE
Trend zur Turbo-Therapie?

IMPFFEN
Falsche und richtige Kontraindikationen

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: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 5/2023 (Mai 2023)



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!

Studien belegen, dass mindestens 50 Prozent der Personen, die selbständig eine Krankenhaus-Notaufnahme aufsuchen, im ambulanten Bereich versorgt gehören. Die Einschätzung, ob sie ein „Notfall“ sind, bleibt den Patientinnen und Patienten nach der aktuellen Gesetzeslage jedoch selbst überlassen.

Eine passgenauere und wirtschaftlichere Patientensteuerung kann nur gelingen, wenn eine Notfalleinrichtung nur noch mit Zugangsberechtigung (z.B. mit einem digitalen Code) aufgesucht werden kann: Diese bekommen Patientinnen und Patienten nach medizinischer Ersteinschätzung ausschließlich im Bedarfsfall über die 116117. Dafür braucht es eine entsprechende gesetzliche Regelung.

Die Regierungskommission des Bundesgesundheitsministeriums will die Patientensteuerung alleinig über ein attraktives Leistungsangebot und gute Erreichbarkeit sicherstellen. Das geht definitiv nicht weit genug.

Wie bisher, nur bei deutlich mehr Patientinnen und Patienten, würden die medizinischen Fachkräfte der 116117 eine medizinische Ersteinschätzung vornehmen, um anhand strukturierter Fragen zu klären, wie hoch die Versorgungsdringlichkeit ist und wo bzw. wie die Patientin, der Patient am besten versorgt werden kann. Angebote der 116117 wie die ärztliche telefonische, bzw. telemedizinische Beratung, Terminvermittlung zu Haus- und Facharztpraxen während der regulären Praxis-Öffnungszeiten, außerhalb der Praxisöffnungszeiten Weiterleitung an die Notfallpraxis im INZ oder, wenn nicht vorhanden, die Notaufnahme des Krankenhauses sowie bei immobilen Patientinnen und Patienten ein baldiger Hausbesuch durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst bieten Patientinnen und Patienten für jede Situation die passende Lösung.

Voraussetzung für eine Umsetzung des Konzepts wäre, dass die 116117 als zentrale Anlaufstelle und „Gate-Keeper“-Institution immer verlässlich erreichbar und gut ausgestattet wäre. Entsprechende Strukturen sind als Teil der Daseinsfürsorge zu finanzieren. Unterm Strich würde das Gesundheitssystem durch die Vermeidung von Fehlallokationen sehr viel Geld sparen – und könnte den Patientinnen und Patienten eine bessere Versorgung und mehr Service anbieten sowie gleichzeitig die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung weiterentwickeln.

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_** Nachgefragt: Was ist aus Ihrer Sicht die drängendste Herausforderung in der ambulanten Versorgung?
- 08_** "Lokale Versorgungsprobleme beheben" – Interview mit Hamburgs Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer

FORUM

- 12_** Psychotherapie: Weshalb nimmt die Zahl der Kurzzeittherapien zu?
- 15_** Praxen mit extrem hohem Stromverbrauch erhalten zusätzlich Finanzhilfen
Inflationsausgleichsprämie für Angestellte: Bis zu 3.000 Euro steuerfrei

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten
- 18_** Hausarztvermittlungsfall: Terminbuchung in 60 Sekunden

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.

HONORAR

- 19**_ 100-Prozent-Vergütung für Versorgung von Kindern
Vergütung für Psychotherapie wird erhöht

IMPFFEN

- 20**_ RKI-Faktenblatt: Falsche und richtige Kontraindikationen

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 23**_ Medikamentöse Cholesterinsenkung zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse – ein Leitfaden der AkdÄ
- 24**_ Heilmittelverordnungen: Gute Behandlung vs. Prüfanträge und Regress?

SELBSTVERWALTUNG

- 31**_ Für Sie in der Vertreterversammlung: Dr. med. Olaf Degen


**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 26**_ Systematische Übersichtsarbeiten und ihre "Fallstricke"

RUBRIKEN

- 02**_ Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 32**_ Dr. med. Christine Löber: Alle krank?

TERMINKALENDER

- 34**_ Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Titelfoto: Asylab; Seite 2: Suradech/AdobeStock
Seite 3: Michael Zapf; Seite 6: Grüne-Bürgerschaftsfraktion, Tobias Koch, Linke-Bürgerschaftsfraktion, AfD-Bürgerschaftsfraktion;
Seite 9: Senatskanzlei Daniel Reinhardt; Seite 13: Prostock-studio/Stock.Adobe.com; Seite 15: Evgen/Stock.Adobe.com; Seite 23: Artinun/Stock.Adobe.com; Seite 30: Will, Laackmann;
Seite 34: Michael Zapf, iconmonstr, Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Vanessa Himmeler; Icons: iStockfoto



Was ist aus Ihrer Sicht die drängendste Herausforderung in der ambulanten Versorgung?



Dr. med. Gudrun Schittek

gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen-Bürgerschaftsfraktion Hamburg, niedergelassene Fachärztin für Geburts-hilfe und Frauenheilkunde



Stephan Gamm

gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Bürgerschaftsfraktion Hamburg, Unternehmensberater

Selbstständig tätige Ärzteschaft erhalten

Wir haben große Nachwuchssorgen im ambulanten Bereich. Besonders in der Allgemeinmedizin und Pädiatrie fehlen Ärzt:innen, die Praxen übernehmen wollen. Deshalb brauchen wir bessere Möglichkeiten, Praxen zu erhalten und die Übernahme flexibel zu gestalten. Wenn Ärzt:innen die Möglichkeit bekommen, zunächst angestellt ambulant zu arbeiten, lässt sich eine spätere Niederlassung in Ruhe planen. Gibt es solche Möglichkeiten nicht, dann werden die Kolleg:innen zunehmend in MVZ arbeiten, die oft von gewinnorientierten Investoren betrieben werden. Diese Entwicklung gilt es zu stoppen. Wir brauchen die selbstständig tätige Ärzteschaft, weil medizinische Entscheidungen keiner Gewinnerorientierung unterliegen dürfen. Ich wünsche mir, dass die KV übergangsweise Praxen betreiben und Ärzt:innen anstellen kann, bis die Nachfolge geklärt ist. Wir lassen derzeit prüfen, in welcher Form das rechtlich am besten geht. Die Beispiele der KV-Praxen in Berlin zeigen, was heute bereits möglich ist. Mir liegt außerdem die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besonders am Herzen. ■

Qualität der Versorgung steht auf dem Spiel

Die Situation der ambulanten Versorgung hat sich in der letzten Zeit erkennbar verschlechtert. Die realen Folgen sind lange Wartezeiten auf Termine, Aufnahme-stopp neuer Patienten in zahlreichen Praxen, verkürzte Sprechstundenzeiten sowie eine steigende Heterogenität der Versorgungsabdeckung in Hamburg. Neben der allgemeinen Wirkung der drastisch gestiegenen Inflation liegt die wesentliche Ursache hierfür insbesondere in den von Bundesgesundheitsminister Lauterbach durchgesetzten Sparmaßnahmen. Diese haben eine strukturell verheerende Wirkung entfaltet und müssen dringend korrigiert werden. Aus Hamburger Perspektive ist dafür zu sorgen, dass die zugeteilten Budgets an die Realität angepasst werden und es mehr und breitere organisatorische und finanzielle Hilfestellungen für Ärztinnen und Ärzte gibt. Darüber hinaus sollen Maßnahmen ergriffen werden, die zeitgemäße Arbeitszeitmodelle z.B. in medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglichen. ■



Deniz Çelik

gesundheitspolitischer Sprecher der Bürgerschaftsfraktion Die Linke, Vizepräsident der Hamburgischen Bürgerschaft

Wir brauchen eine am Bedarf orientierte Verteilung

Die drängendste Herausforderung ist der Mangel an kleinräumiger Planung, die sich nach Sozialindikatoren und Krankheitslast ausrichtet. Der Morbiditätsatlas hat die sozial ungleiche Verteilung von Krankheitsrisiken belegt. Dennoch sind einkommensschwache Stadtteile haus- und kinderärztlich deutlich schlechter versorgt. Ärzte lassen sich am Bedarf vorbei häufig dort nieder, wo der Anteil von Privatpatienten besonders hoch ist. Dagegen fordern wir in unterversorgten Stadtteilen den Aufbau von städtischen Gesundheitszentren in kommunaler Trägerschaft, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Community Health Nurses, Psychotherapeuten und Sozialberatern unter einem Dach sicherstellen. Die primärmedizinische Versorgung sollte der Erstzugang zum Gesundheitssystem darstellen und nicht nur von einem Hausarzt, sondern multiprofessionell mit anderen Berufsgruppen erbracht werden. Anders als private Praxen sollten diese Zentren keinen Aufnahmestopp für neue Patienten verhängen dürfen. ■



Thomas Reich

gesundheitspolitischer Sprecher der AfD-Bürgerschaftsfraktion Hamburg, Biologe und Betriebswirt

Bewältigung der steigenden Nachfrage

Die letzten drei Jahren hat die ambulante Versorgung durch die Corona-Pandemie einen Stresstest erlebt. Dabei zeigte sich, dass das ambulante System das Rückgrat der Versorgung ist, dessen Finanzierung gesichert sein muss. Eine der größten Herausforderungen in der ambulanten Versorgung ist die Bewältigung der steigenden Nachfrage nach medizinischer Versorgung aufgrund des demografischen Wandels. Die Bevölkerung in Hamburg wird nicht nur älter, sondern wächst enorm durch Zuwanderung und damit wächst auch der Bedarf an medizinischer Versorgung. In manchen Stadtteilen gibt es bereits einen Ärztemangel, der sich noch verstärken wird, weil viele Ärzte ins Rentenalter kommen. Diese Praxen nachzubesetzen, wird die vordringliche Aufgabe darstellen. Außerdem muss eine Vereinfachung der starren Bürokratiereregungen erfolgen, sowie auch systemisch-organisatorische Überlegungen und die Digitalisierung sind dringend erforderlich. ■

INTERVIEW

»Lokale Versorgungsprobleme beheben«

Welche gesundheitspolitischen Positionen vertritt die seit Dezember 2022 amtierende Hamburger Sozialsenatorin? **MELANIE SCHLOTZHAUER** über die Entbudgetierung der vertragsärztlichen Honorare, die Ausschöpfung der Sicherstellungsmöglichkeiten und neue sektorenübergreifende Versorgungsangebote.

Die Entbudgetierung der Honorare für pädiatrische Leistungen wurde vom Berufsverband der Kinderärzte als „Meilenstein“ bewertet. Wie sehen Sie das?

SCHLOTZHAUER: Das ist eine sehr gute Entscheidung. Wir sind hierzu bereits seit langem im Austausch mit den Fachverbänden und haben dazu auch im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenzen immer wieder klar Position bezogen. Insofern freut es mich sehr, dass mit dem Beschluss des Bundestages vom 16. März 2023 nun die Leistungen der allgemeinen Kinder- und

Jugendmedizin von mengenbegrenzenden Maßnahmen der Honorarverteilung ausgenommen und die Budgets ausgesetzt werden. Auch spezielle kinderärztliche Leistungen, zum Beispiel der Schwerpunktpraxen, werden vollständig aus der Honorar- und Mengenbegrenzung herausgenommen. Diese Initiative soll zu einer Steigerung der Attraktivität der ambulanten medizinischen Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin führen.

Unterstützen Sie die Entbudgetierung der anderen Fachgruppen?

SCHLOTZHAUER: Die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach geplante Entbudgetierung der Hausarztpraxen ist ein sinnvoller Schritt zur Verbesserung der medizinischen Nahversorgung. Eine vollständige Entbudgetierung, zum Beispiel auch der Laborleistungen oder gar aller Arztgruppen – wie von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gefordert – wäre nicht zielgenau und mit einem erheblichen Mengen- und Kostenrisiko verbunden. Auch die Ertragsunterschiede zwischen den Arztgruppen würden sich damit nicht verbes-



Melanie Schlotzhauer (SPD): "Für mich ist es von zentraler Bedeutung, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Hamburg zu stärken. Sie sind die erste und meistens auch wichtigste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten."

sern (zum Beispiel im Vergleich zur Radiologie). Im Bereich der KV Hamburg ist der Anteil der extrabudgetären Vergütung mit über 50 Prozent schon jetzt relativ hoch. Nach dem Hamburger Honorarvertrag wird besonders auch die pädiatrische Grundversorgung in den weniger gut versorgten Bezirken gezielt gefördert. Eine solche an den primären Versorgungsnotwendigkeiten ausgerichtete Honorarpolitik findet auch meine Unterstützung.

Es gibt immer wieder Diskussionen um die Versorgung im Ham-

burger Süden. Sie sind in Neugraben aufgewachsen. Wie hat sich die Situation dort Ihrer Wahrnehmung nach geändert?

SCHLOTZHAUER: Die Versorgungssituation im Hamburger Süden liegt bei den Hausärzten an der Grenze zur Unterversorgung. Das betrifft auch Neugraben-Fischbek, den Stadtteil, in dem ich geboren wurde. Hier, aber auch in anderen Stadtteilen Hamburgs wie Osdorf oder Allermöhe, ist die ärztliche Versorgung nicht so gut wie zum Beispiel in Othmarschen. Diese Stadtteile nehmen wir verstärkt

in den Blick bei der Stärkung der medizinischen Infrastruktur. Beispielsweise haben wir Mitte April ein Lokales Gesundheitszentrum am Osdorfer Born eröffnet. Sinnvoll wären für den Hamburger Süden aber auch weitere Zweigpraxen und Anstellungen im Sonderbedarf, oder auch gezielte Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds der KV, den die Krankenkassen paritätisch mitfinanzieren.

Sie haben in einem Interview gesagt, die KV habe beim Thema Bedarfsplanung eine andere Auf-

fassung als Sie. Worin besteht der Dissens?

SCHLOTZHAUER: Ich hatte in dem Interview gesagt, dass wir für einen anderen Zuschnitt der Planungsbereiche plädieren, um der gesundheitspolitischen Realität vor Ort Rechnung zu tragen. Ich wünsche mir von der KV, dass sie ihre Sicherstellungsinstrumente besser ausschöpft, damit lokale Versorgungsprobleme behoben werden können.

auch der ambulante Behandlungsbedarf. Gerade ältere und schwer chronisch erkrankte Menschen, aber auch Familien mit Kindern sind besonders auf eine möglichst wohnortnahe haus- und kinderärztliche Versorgung und nicht selten auch auf Haus- und Heimbefuche angewiesen. Diese gilt es schrittweise zu fördern und auszubauen. Neben den bereits oben beschriebenen Maßnahmen zur Verbesserung

Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen möglich. Der Handlungsspielraum des § 105 Abs. 1 c SGB V ist hier sehr weit. Hier sind zahlreiche Gestaltungsformen denkbar. Im Rahmen der Länderarbeitsgruppe iMVZ hat Hamburg sich im Eckpunktepapier unter Nummer 7 dafür eingesetzt, die KVen innerhalb der Eigeneinrichtung zulassungsrechtlich mit MVZ gleichzustellen. Damit wollen wir dem Dauerargument der KV Hamburg begegnen, dass Eigeneinrichtungen nicht sinnvoll sind, wenn die KV keine zulassungsrechtlichen Möglichkeiten hat, die Arztsitze dann zu übertragen. In anderen Ländern mit ausreichend freien Arztsitzen ist das kein Problem, was auch daran zu erkennen ist, dass in vielen Ländern schon Eigeneinrichtungen existieren. Eine Anstellung von Ärzten und deren Bewerbung auf einen freien Arztsitz ist ohne weiteres möglich.

Die Versorgung im Hamburger Süden liegt bei den Hausärzten an der Grenze zur Unterversorgung.

Dafür können zum Beispiel die Mittel des Strukturfonds verwendet werden und auch Eigeneinrichtungen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten einen Beitrag leisten, ähnlich wie in Berlin. Schon heute müssen die Weichen dafür gestellt werden, dass, wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen, eine möglichst unterbrechungsfreie Nachbesetzung erfolgen kann.

Ganz allgemein: Wie stellen Sie sich eine ausreichende ambulante Versorgung für Hamburg vor?

SCHLOTZHAUER: Wir sehen, dass der ambulante Sektor eine zentrale Säule für die Gesundheitsversorgung der Hamburgerinnen und Hamburger darstellt. Die Einwohnerzahl Hamburgs wächst regelmäßig und damit steigt grundsätzlich

der primärärztlichen Versorgung in Hamburgs Süden sollten die Bedingungen für Eigeneinrichtungen der KVen dahingehend verbessert werden, dass vakante Arztsitze erworben und an junge angestellte Medizinerinnen und Mediziner übertragen werden können.

Wann wird die KV eigene Sitze halten können, um eventuell auch eigene Praxen einrichten zu können?

SCHLOTZHAUER: Mein Haus unterstützt die KV durch Bundesinitiativen in diesem Bereich seit langem. Die KV Hamburg kann eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Dies ist auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit

Sie sind auch Sozialsenatorin: Befürworten Sie Stadtteilgesundheitszentren? Oder das Modell, Sozialarbeiter in die Praxen zu schicken?

SCHLOTZHAUER: Mit den Lokalen Gesundheitszentren nimmt der Senat gezielt die medizinische Primärversorgung strukturschwächerer Stadtteile in den Blick. Durch die Vereinigung verschiedener Angebote unter einem Dach wollen wir eine stärker patientenorientierte Versorgung erreichen. Gleichzeitig

sollen die niedergelassenen Ärzte in den Stadtteilen entlastet werden, beispielsweise dadurch, dass in den Lokalen Gesundheitszentren Beratungsangebote gemacht werden.

Notaufnahmen, KV-Notdienstpraxen – alles defizitär. Haben wir zu viel oder zu unspezifische Versorgung außerhalb der Praxis-Öffnungszeiten?

SCHLOTZHAUER: Das Thema Notfallversorgung steht seit langem auf der Agenda der Länder und der Bundesregierung und ist derzeit im Kontext der Krankenhausreform in der Entwicklung. Dabei wird die aktuelle Stellungnahme der Regierungskommission zur Notfall- und Akutversorgung mit einfließen. Die Ergebnisse und deren Auswirkung auf den Notdienst der KV Hamburg bleiben abzuwarten. Zudem hat die Sozialbehörde im vergangenen Dezember einen Runden Tisch initi-

sollte die ambulanten Leistungen durchführen?

SCHLOTZHAUER: Für mich ist es von zentraler Bedeutung, die niedergelassene Ärzteschaft in Hamburg zu stärken. Sie sind die erste und meistens auch wichtigste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Gerade bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie hat sich gezeigt, wie wichtig Hamburgs ambulanter Sektor ist. Deshalb wird die Ambulantisierung ein wesentlicher Teil der Strukturveränderung in der stationären Gesundheitsversorgung sein.

Für mich ist dabei in der Debatte um die Krankenhausreform eines besonders wichtig: Wir müssen Raum für die Etablierung von neuen sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten schaffen. Hierzu sind wir in Hamburg auch schon unterwegs, beispielsweise mit dem INZ am Marienkrankenhaus, das

über Fallpauschalen entstandenen Fehlanreizen (Mengenausweitung und geringe Ambulantisierung) soll zukünftig durch Vorhaltepauschalen als einem bedeutenden Baustein der Finanzierung des Krankenhausbetriebes entgegengewirkt werden. Darüber hinaus sollen Strukturvorgaben zu mehr Qualität in der Versorgung der Menschen führen. Selbstverständlich spielt in dieser Gesamtreform auch die ambulante Versorgung in Krankenhäusern eine große Rolle. Die Bundesregierung hat diese bereits im Koalitionsvertrag verankert. Behandlungsbedingungen sollen für die Patientinnen und Patienten attraktiver und bedarfsgerechter gestaltet werden. Es liegen dazu bereits vieldiskutierte Gutachten zur Erweiterung der ambulanten Leistungen in Krankenhäusern vor.

Ein Gutachten, das das IGES Institut in Zusammenarbeit mit dem österreichischen Gesundheitsforschungsinstitut Gesundheit Österreich im Auftrag der Bundesregierung erarbeitet hat, empfiehlt rund 2.500 medizinische Leistungen, die zusätzlich in den Katalog für ambulantes Operieren, kurz AOP-Katalog, aufgenommen worden sind. Davon ausgehend sollen die Möglichkeiten für ambulante Operationen und sonstige so genannte stationersetzende Eingriffe auch für Krankenhäuser deutlich ausgeweitet werden. ■

Melanie Schlotzhauer hat unsere Fragen schriftlich beantwortet.

Ich wünsche mir von der KV, dass sie ihre Sicherstellungsinstrumente besser ausschöpft.

iert, um mit allen verantwortlichen Beteiligten auch schon kurzfristig Erleichterungen und Lösungen für eine bedarfsgerechte Notfallversorgung zu finden.

Stichwort Krankenhausreform: "Was möglich ist, sollte ambulant gemacht werden" – ist das weiterhin ein politisches Ziel? Wer

von KV und Krankenhaus betrieben wird. Grundsätzliches Ziel der Reform ist es, über eine bessere Verzahnung von Krankenhausplanung und -vergütung zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung – auch in Zeiten zunehmenden Fachkräftemangels – beizutragen. Den durch die bisherige alleinige Finanzierung



VON KERSTIN SUDE

Trend zur „Turbo-Therapie“

Führt der politische Druck auf die psychotherapeutische Versorgung dazu, dass kürzer behandelt wird? Es ist an der Zeit, die Notwendigkeit von Langzeittherapien klarer zu vertreten und zu begründen.

Eine Analyse¹ von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat ergeben, dass Behandlungen mit Kurzzeittherapien zugenommen haben: Etwa 77 Prozent der Therapien wurden in Form einer Kurzzeittherapie von maximal 24 Sitzungen erbracht. (In der Vorgängerstudie² zu den Jahren 2009 bis 2012 waren es noch etwa 70 Prozent.)

Die Diagnosen offenbaren eine hohe Krankheitslast: Mit 49 Prozent hat fast die Hälfte der Patient:innen vier oder mehr gesicherte Diagnosen aus dem F-Kapitel der ICD-10 – Psychische und Verhaltensstörungen. Bei 37 Prozent sind es zwei oder drei Diagnosen. Komorbidität ist also die Regel.

Grundlage dieser von Ulrike Böker (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten / bvvp) und Gebhard Hentschel (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung / DPtV) durchgeführten Analyse sind pseudonymisierte Daten von 462.635 Versicherten, die 2018 mindestens eine Leistung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie erhielten.

Wichtig erscheinen mir die

Ergebnisse der Studie, weil sie Transparenz schaffen. Anfang 2023 griff beispielsweise Karl Lauterbach wieder einmal den bei vielen Krankenkassenvertreter:innen und Politiker:innen beliebten Mythos auf, der durch ständige Wiederholungen nicht wahrer wird: „Psychotherapeuten behandeln bevorzugt leichte Fälle, und das auch noch viel zu lange ...“ Wo kommt diese kognitive Verzerrung her?

Sowohl die Erfahrungen in unserer Gemeinschaftspraxis in Hamburg wie auch die von Kolleg:innen sowie eine ganze Reihe von empirischen Studien widerlegen seit langem und immer wieder dieses Vorurteil. Die eigentliche Frage ist: Warum haben Psychotherapeut:innen immer wieder und schon seit Jahren die Krankheitslast von Patient:innen in die Öffentlichkeit zu tragen und zu belegen?

In jeder psychotherapeutischen Praxis, die meine Kolleg:innen und ich kennen, werden sehr unterschiedliche Störungsbilder und Schweregrade behandelt. Es sind häufig schwere Fälle, und es ist an

der Zeit, den Scheinwerfer stärker auf die Themen Bedarfe und auch Langzeittherapie (LZT) zu richten. Der politische Druck, der seit längerer Zeit ausgeübt wird, in der Tendenz schneller, kürzer, digitaler (ist das wirklich ökonomischer?) zu behandeln, führt offenbar schon jetzt dazu, dass Langzeittherapien weniger angewandt werden. Da sehe ich eine kritische Entwicklung. Es ist an der Zeit, die Notwendigkeit von Langzeittherapien klar(er) zu vertreten und zu begründen.

Bei der Anzahl an Therapieplatz-Anfragen, mit denen die Praxen überhäuft werden, insbesondere während und „nach“ der Pandemie, hat kein:e Psychotherapeut:in Interesse daran, länger als nötig Plätze „zu belegen“.

Möglicherweise könnte Karl Lauterbach in unserer interdisziplinären Praxis das Telefon während der „Telefonzeit“ bedienen, um sich einen besseren Eindruck zu verschaffen. Die Notwendigkeit, telefonisch abzusagen oder in der Kurzzeittherapie (KZT) I (direkt nach ca. 4 bis 5 Sitzungen) einen weiteren Antrag stellen zu müssen, frisst

¹) Hentschel, Gebhard / Böker, Ulrike: Therapielängen bedarfsgerecht – Kurzzeittherapien überwiegen. DPtV Hintergrund 1.2023; https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/DPtV_Hintergrund/DPtV-Hintergrund_1.2023.pdf

²) Multmeier, Jan / Tenckhoff, Bernhard: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. Dt. Ärzteblatt PP Ausgabe, März 2014, Seite 110 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/156403/Psychotherapeutische-Versorgung-Autonome-Therapieplanung-kann-Wartezeiten-abbauen>



unsere Behandlungszeit, die hake- lige Telematik verschlingt Zeit, die geplante „Qualitätssicherung“ wird weniger Therapiezeit, dafür jedoch mehr bürokratische Hürden bringen (vgl. *KVH-Journal* 2/2023, Seite 12). Dies, obwohl im Koalitionsvertrag der Bundesregierung aufgrund der zunehmenden Wartezeiten und psychischen Notlagen vereinbart wurde, Lösungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu finden. Zentral dafür wäre eine nachhaltige Reform der Bedarfsplanung. Die Behandlung psychischer Störungen sollte als anerkannte Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung selbstverständlich ausreichend vorgehalten und finanziert werden.

Wenn wir uns die Häufigkeit der gesicherten F-Diagnosen in der Studie anschauen, so dominieren affektive Störungen, neurotische wie auch Belastungs- und somatoforme Störungen. Diese erho-

benen Diagnosen zeigen das, was wir täglich in der Praxis erleben: Patient:innen kommen nicht mit „Kleinigkeiten“, einer „leichten Niedergeschlagenheit“ oder „Seelenschnupfen“, warum auch? Erst nach Wochen, Monaten, oft Jahren seelischen Leidens, kaum erträglichen Symptomen, nach alternativen Behandlungsversuchen kommen sie

Auseinandersetzung mit dem Leid „verschoben“. Aber zur Heilung psychischer Erkrankungen gibt es keine „Turbo-Therapie“. Die Erkrankten benötigen Zeit, die Komorbiditäten müssen gesehen, erfasst und behandelt werden. Behandlungsstunden werden dem Krankheitsbild und den Erfordernissen individuell angepasst.

Patient:innen kommen nicht mit "leichter Niedergeschlagenheit" oder "Seelenschnupfen" zu uns. Warum sollten sie?

in die psychotherapeutische Sprechstunde, um Hilfe zu suchen.

Die Tatsache, dass es nicht ausreichend Behandlungsplätze gibt, haben wir Therapeut:innen gegenüber den Patient:innen zu verkünden, die Gesundheitspolitik hat die

Der Fokus von Politik und Krankenkassen auf die KZT ist einerseits verständlich, versperrt manchmal jedoch die Sicht auf die therapeutischen Notwendigkeiten. Wie viele KZT mussten in eine LZT umgewandelt werden? Eine psychische



Erkrankung trifft das Individuum in seiner Beziehung zu anderen, es bedarf, und dies kann nicht oft genug benannt werden, ausreichend Wissen, erfahrene Zuwendung und Zeit (...und nicht von Avataren), um beispielsweise neben der Psychopathologie, der Symptomatik auch die

In der Krise zuzuhören, zu verstehen, mit geschultem Blick und Ohr (auch unbewusste) Verstrickungen, destruktive Muster anzusprechen, dies bedarf mehr als in der KZT möglich. Wie sonst kann Symptomlinderung, seelische Heilung, Selbstfürsorge, selbstwirksames

ve des ärztlichen Tuns liegt vielfach nicht im messbaren, sondern in oft unsichtbaren, nicht messbaren Reflexionsprozessen innerhalb des Raumes der Therapie.

Der immer stärkere Ökonomisierungsdruck im Gesundheitswesen (noch kürzer, schneller, effektiver ...) verstärkt die Gefahr, psychisch Erkrankte zu verkürzt und damit langfristig nicht ausreichend wirksam zu behandeln. Nicht zuletzt bleibt es eine Frage des zugrundeliegenden Menschenbildes. Insofern ist dieser Kommentar ein ergänzender Blick auf die vorliegende KBV-Studie, ein Plädoyer zur Sicherung und Verteidigung von mehr Zeit und Reflexion für die Therapie, vor allem für die benötigten Langzeittherapien, insbesondere auch in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. ■

Der Ökonomisierungsdruck verstärkt die Gefahr, dass psychisch Erkrankte nicht ausreichend wirksam behandelt werden.

relevante, meist biografisch bedingte Erlebens-, Konflikt- und/oder Verhaltensebene zu erfassen und in die Genesung zu bringen.

Auch die übergeordnete therapeutische Beziehung braucht Zeit und Vertrauen, um sich zu entwickeln. Sie ist mit ein sehr entscheidender Faktor für einen positiven Verlauf von Psychotherapie, neben den individuell angewendeten Methoden/Verfahren. Nicht zuletzt spielt die Sicherheit bewilligter (Stunden-) Kontingente in der therapeutischen Beziehung eine grundlegende Rolle.

In dieser (therapeutischen) Allianz in Ruhe zu arbeiten, mag für einige Politiker:innen und Krankenkassenvertreter:innen zunächst befremdlich klingen, gleichzeitig dürfte es mit das Nachhaltigste sein, was wir auf der Heilungsebene kennen. Das wissen die Heilkundigen, und es ist empirisch belegt.

Erleben bei depressiven, zwanghaften, schwer ängstlichen, somatisierenden, onkologisch und anders schwer erkrankten Patient:innen aktiviert werden?

Die KZT hat ihren Wert, hier mögen sich erste „Besserungen“ einstellen, vor allem Ressourcen und wieder Hoffnung aktivieren lassen, doch nicht selten spielen bei den psychischen Erkrankungen, die wir sehen, tieferliegende Aspekte wie schwerste biografische Ereignisse, emotionale Defizite, Traumata, tiefe Vernachlässigung, Misshandlung/Missbrauch, frühe, plötzliche Verluste etc. eine Rolle.

Eine solche Behandlung bedarf deutlich längerer Prozesse. Insofern ist mir wichtig, Menschen in ihrer psychischen Vulnerabilität und Krise gerade nicht das Paradigma von mehr Effizienz und Tempo überzustülpen. Die Qualität des Tuns in der Psychotherapie inklusi-



KERSTIN SUĐE ist psychologische Psychotherapeutin in Hamburg und Vorsitzende der Landesgruppe Hamburg der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV)

Praxen mit extrem hohem Stromverbrauch erhalten zusätzlich Finanzhilfen



Arztpraxen mit besonders hohem Energieverbrauch können für das Jahr 2023 zusätzliche Stromkosten geltend machen. Auf die Sonderregelung haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband geeinigt. Anspruchsberechtigt sind Praxen, die Gebührenordnungspositionen aus den Bereichen Radiologie, Strahlentherapie und Dialyse abrechnen und die für ihre medizinischen Geräte und Apparaturen extrem viel Strom benötigen. Sie erhalten zusätzlich zu den staatlichen Hilfen Mehrkosten erstattet, wenn diese über 500 Euro im Quartal betragen und der Strompreis in ihrer Praxis überdurchschnittlich hoch ist.

Der festgelegte Referenzpreis beträgt 29 Cent pro Kilowattstunde (kWh). Liegt der Strompreis einer Praxis darüber, wird ein Großteil dieser Mehrausgaben von den Krankenkassen über-

nommen. Abgezogen werden lediglich Entlastungsbeträge insbesondere aus der Strompreisbremse sowie ein praxisindividueller Anteil für Privatversicherte. Der Eigenanteil der Praxis an den Mehrkosten beträgt fünf Prozent.

Die KV hat potenziell anspruchsberechtigten Praxen ein Schreiben zugesandt, in dem das Prozedere zur Beantragung erläutert wird. ■

Weitere Informationen:
www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Mitgliederservice und Beratung → Themen → Finanzhilfen für Praxen mit extrem hohem Stromverbrauch

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

Inflationsausgleichsprämie: Bis zu 3.000 Euro steuerfrei für Angestellte

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber können ihren Beschäftigten steuer- und abgabenfrei eine Inflationsausgleichsprämie von bis zu 3.000 Euro gewähren. Der Begünstigungszeitraum ist vom 26. Oktober 2022 bis zum 31. Dezember 2024 befristet. Die Auszahlung ist in mehreren Teilbeträgen möglich, doch Höchstgrenze ist der Gesamtbetrag von 3.000 Euro. Zahlungen innerhalb des Begünstigungszeitraums, die über diesen Betrag hinausgehen, müssen versteuert werden.

Die Inflationsausgleichsprämie wird zusätzlich zum Arbeitslohn ausgezahlt. Es genügt, wenn der Arbeitgeber bei Gewährung der Prämie deutlich macht, dass diese im Zusammenhang mit der Preissteigerung steht – zum Beispiel in Form der Bezeichnung „Inflationsausgleichsprämie“ auf der Gehaltsabrechnung oder auf dem Überweisungsträger. ■

Fragen und Antworten zur Inflationsausgleichsprämie:
<https://www.bundesfinanzministerium.de> → (obere Navigationsleiste) Service → FAQ und Glossar → Mehr anzeigen → FAQ zur Inflationsausgleichsprämie nach § 3 Nr. 11c Einkommensteuergesetz



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**

PSYCHOTHERAPIE

Ich bin psychologische Psychotherapeutin. Was muss ich tun, wenn die Krankenkasse bei einem Antrag auf Psychotherapie einen Bericht an den Gutachter verlangt?

Wird die Verlängerung einer Langzeittherapie beantragt, kann die Krankenkasse einen Gutachter beauftragen oder den Antrag ohne Gutachterverfahren bewilligen. In Einzelfällen gilt dies auch für die Kurzzeittherapie. Wird ein Gutachter eingeschaltet, informiert Sie die Krankenkasse umgehend und fordert einen Bericht an.

Für Sie heißt das: Sie verfassen den Bericht an den Gutachter nach dem Leitfaden PTV 3. Den Bericht legen Sie in einen Briefumschlag (PTV 8) für den Gutachter – zusammen mit der Durchschrift des PTV 2 sowie gegebenenfalls ergänzenden Befundberichten und der Durchschrift des Konsiliarberichts. Anschließend verschließen Sie diesen Umschlag und senden ihn mit einer Kopie des PTV 2 (außerhalb des Umschlags, damit die Krankenkasse den Bericht dem ursprünglichen Antrag zuordnen kann) so schnell wie möglich an die Krankenkasse des Patienten.

Weitere häufig gestellte Fragen zur Psychotherapie: <https://www.kbv.de/html/28551.php>

eAU

Ich bin Allgemeinmediziner. Bin ich verpflichtet, weiterhin eine AU-Bescheinigung für den Arbeitgeber zu drucken?

Die AU-Bescheinigung für den Arbeitgeber muss seit Beginn des Jahres 2023 nicht mehr regelhaft ausgedruckt werden. In einigen Fällen ist jedoch noch kein digitaler Empfang der Arbeitgeberdaten möglich. Dies betrifft insbesondere Arbeitslose, Studierende und Schüler. Für diese Personengruppen müssen Sie die AU-Bescheinigung weiterhin ausdrucken und auch unterschreiben. Auch wenn die Patientin oder der Patient es wünscht, wird die AU-Bescheinigung ausgedruckt. Das Ausstellen und Ausdrucken ist in den Versicherten- und Grundpauschalen enthalten.

ePA

Wird die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) weiterhin mit zehn Euro vergütet?

Ja, auch für das Jahr 2023 wird die Erstbefüllung der ePA weiterhin mit rund zehn Euro honoriert. Die Leistung wird mit der Gebührenordnungsziffer (GOP) 01648 abgerechnet und extrabudgetär vergütet. Sie umfasst das Befüllen der Akte mit Befunden, Arztbriefen und anderen Dokumenten, die für die aktuelle Behandlung relevant sind. Die Patientenberatung zur ePA ist nicht Bestandteil dieser Leistung. Die GOP kann einmal pro Patient in Ansatz gebracht werden. Vor der Erstbefüllung sollten

Sie den Patienten nach Möglichkeit fragen, ob bereits Einträge von anderen Ärzten, Psychotherapeuten oder Zahnärzten vorgenommen wurden. Wenn die ePA bereits befüllt ist, kann die GOP 01648 nicht in Ansatz gebracht werden, sondern stattdessen die reguläre Zusatzpauschale für die ePA-Unterstützungsleistung nach der GOP 01647.

DRINGLICHKEITSCODES

Ist es möglich, die Dringlichkeitscodes von meiner Praxiskollegin zu verwenden, wenn mir meine ausgegangen sind und ich jetzt akut einen benötige?

Ja, können Sie, da die Dringlichkeitscodes nicht arztbezogen sind. Sie könnten in solch einem Fall sogar die Dringlichkeitscodes einer benachbarten Praxis nutzen.

Die Dringlichkeitscodes erhalten Sie auf Anfrage beim Mitgliederservice unter der Telefonnummer 22802-802 oder per Mail an mitgliederservice@kvhh.de. Vergessen Sie hierbei bitte nicht die Angabe Ihrer Betriebsstättennummer (BSNR).

Alternativ haben Sie die Möglichkeit, die Codes auch eigenständig zu generieren. Hierfür melden Sie sich im eTerminservice an und wählen im oberen Bereich den Menüpunkt „Vermittlungscodes“ aus. Die voreingestellte Dringlichkeit „dringend“ bleibt hierbei bestehen. Wählen Sie dann die Anzahl der Etikettenbögen aus, lassen diese automatisch erstellen und klicken dann auf „Download“. Im Anschluss drucken Sie die PDF-Datei wie gewohnt aus.

KRANKENBEFÖRDERUNG

Ich bin psychologische Psychotherapeutin. Wann darf ich für einen Patienten eine Krankenförderung (Muster 4) verordnen?

Die Verordnung eines Krankentransports oder einer Krankenfahrt setzt voraus, dass die Fahrt zwingend medizinisch notwendig ist, damit eine Patientin oder ein Patient eine Leistung der Krankenkasse erhalten kann. Für Ihre Fachgruppe beschränkt sich die Befugnis auf psychotherapeutische Leistungen.

Sie können Krankenfahrten und Krankentransporte verordnen zur stationären Behandlung in einer Klinik oder Fachabteilung für:

- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychosomatik und Psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Sie können auch eine Krankenfahrt oder einen Krankentransport zu einer psychotherapeutischen Behandlung im ambulanten Versorgungsbereich verordnen.

Für Fahrten zur ambulanten oder stationären Rehabilitation kann dagegen keine Verordnung ausgestellt werden.

Als nicht medizinisch notwendig gelten zum Beispiel Fahrten, um einen Termin abzustimmen oder eine Verordnung abzuholen. Als medizinisch notwendig gelten außerdem nur direkte Fahrten vom Aufenthaltsort des Patienten zum nächst erreichbaren Krankenhaus oder zur Praxis, in der eine geeignete Behandlung möglich ist. Hierbei ist die Notwendigkeit für die Hin- und Rückfahrt jeweils gesondert zu prüfen.

Weitere Informationen zur Krankenförderung: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Verordnung → Krankenförderung

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Welche Aufbewahrungsvorschriften gelten für ärztliche Aufzeichnungen und Patientenunterlagen?

Ärztliche Aufzeichnungen sind mindestens zehn Jahre lang nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften (z. B. Strahlenschutzverordnung) eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Eingescannte Unterlagen unterliegen denselben Aufbewahrungsfristen, wie sie für schriftliche Unterlagen gelten.

So weit sichergestellt ist, dass in den eingescannten Unterlagen alle Angaben identisch erfasst wurden und gewährleistet ist, dass sie jederzeit abrufbar sind, können die Papier-Originale vernichtet werden.

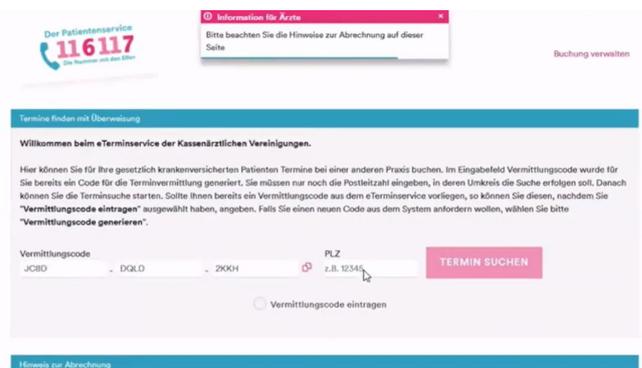
Ein Merkblatt zu den wichtigsten Aufbewahrungsfristen finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Praxis → Recht & Verträge → Datenschutz → Aufbewahrungsfristen ärztliche Aufzeichnungen

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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

Video zu Hausarztvermittlungsfall: Terminbuchung in 60 Sekunden



Wie können Hausärztinnen und Hausärzte innerhalb des Terminservice der 116117 unkompliziert Termine bei fachärztlichen Praxen buchen? Der Allgemeinmediziner Dr. Mike Müller-Glamann erklärt

dies in einem Video im Internet. Er nutzt den eTerminservice täglich und hat den Buchungsprozess fest in seine Arbeitsabläufe integriert.

<https://www.youtube.com/watch?v=-EeF0cbk7o8>

100-Prozent-Vergütung für Versorgung von Kindern

Pädiaterinnen und Pädiater erhalten fast alle Untersuchungen und Behandlungen in voller Höhe vergütet. Außerdem werden ausgewählte Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie entbudgetiert.

Seit dem 1. April 2023 werden alle pädiatrischen Leistungen des EBM-Kapitels 4 für Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in voller Höhe vergütet. Allerdings wird dieser Leistungsbereich nicht aus dem Budget herausgenommen. Stattdessen ist ein kompliziertes Verfahren vorgesehen: Das Honorar wird weiterhin aus dem Budget bezahlt. Doch die Krankenkassen müssen Nachzahlungen leisten, wenn das Budget zur vollständigen Honorierung aller erbrachten Leistungen nicht ausreicht.

Wir informieren darüber, sobald feststeht, wie und wann diese Nachzahlungen erfolgen.

Der Bewertungsausschuss von KBV und GKV-Spitzenverband wurde beauftragt, bis zum 31. Mai 2023 Vorgaben für ein Verfahren festzulegen, mit dem der auf die Pädiaterinnen und Pädiater entfallende Anteil an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bestimmt wird. Für die erstmalige Festlegung rückwirkend zum 1. April 2023 ist das Honorarvolumen zu Grunde zu legen, das für die

Leistungen im zweiten Quartal 2022 ausgezahlt worden ist.

Auf die Forderung der KBV, die Leistungen der Pädiaterinnen und Pädiater aus der MGV herauszunehmen und somit klassisch zu entbudgetieren, ist der Gesetzgeber nicht eingegangen.

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie hingegen wurde der Weg einer klassischen Entbudgetierung gewählt. Seit 1. April 2023 werden die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen außerhalb der MGV zu festen Preisen vergütet (EBM-Abschnitt 14.2 sowie GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314). Die MGV wird entsprechend bereinigt, und die Leistungen werden von den Krankenkassen komplett extrabudgetär vergütet. ■

Vergütung für Psychotherapie wird erhöht

Die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen wird rückwirkend zum 1. Juli 2022 angehoben. Das hat der Erweiterte Bewertungsausschuss festgelegt.

Ab dem 3. Quartal 2022 werden die Bewertungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie um 2,1 Prozent angehoben. Dies gilt ebenso für die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akutbehandlung, die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung und die Eingangssprechstunde sowie neuropsychologische Leistungen.

In der höheren Bewertung der Leistungen sind auch die gestiegenen Gehälter für Medizinische Fachangestellte berücksichtigt. Daher werden mit dem Beschluss zugleich die zusätzlichen Zuschläge für Personalkosten leicht abgesenkt. ■

Eine Übersicht der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen und der Zuschläge für Personalkosten finden Sie auf der Website der KBV:

www.kbv.de → Aktuell → Praxisnachrichten vom 30.03.2023 → „Vergütung für Psychotherapie wird erhöht“ → (ganz unten) „Übersicht der Bewertung“



RKI-Faktenblatt zum Heraustrennen: Falsche und richtige Kontraindikationen

In welchen Fällen Impfen trotz scheinbarer Hinderungsgründe möglich ist – und wann es echte Gründe gegen eine Impfung gibt.



Es ist eine wichtige ärztliche Aufgabe, für einen ausreichenden Impfschutz bei den betreuten Personen zu sorgen. Grundsätzlich können fast alle Personen geimpft werden. Zum Teil unterbleiben indizierte Impfungen, weil bestimmte Umstände irrtümlich als Kontraindikationen angesehen werden. Dabei sind Impfungen bei bestimmten Vorerkrankungen oder bei Frühgeborenen besonders wichtig. Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat ein Faktenblatt mit falschen und richtigen Kontraindikationen zusammengestellt (siehe rechte Seite).

Die Vorderseite dieses Faktenblatts informiert über die falschen Kontraindikationen. Auf der Rückseite finden sich die richtigen Kontraindikationen. Das Faktenblatt soll Ärzt:innen und ihren Patient:innen einen schnellen Überblick geben. Für das Aufklärungsgespräch sind die Fachinformationen des jeweiligen Impfstoffs maßgeblich. ■



Dieses und weitere Faktenblätter zum Impfen finden Sie online unter:
www.rki.de/impfen-faktenblaetter

Weitere Informationen:
Epidemiologisches Bulletin 4/2023
<https://www.rki.de> → Infektionsschutz → Epidemiologisches Bulletin

Falsche Kontraindikationen: Wann Impfen trotzdem möglich ist!



Grundsätzlich können fast alle Personen geimpft werden. Zum Teil unterbleiben indizierte Impfungen, weil bestimmte Umstände irrtümlich als Kontraindikationen angesehen werden. Dabei sind Impfungen bei bestimmten Vorerkrankungen oder bei Frühgeborenen besonders wichtig.

Die Vorderseite dieses Faktenblatts informiert über diese falschen Kontraindikationen. Auf der Rückseite finden sich die richtigen Kontraindikationen.

Falsche Kontraindikation

Einer Impfung steht nichts im Wege bei:



Vor-/Erkrankungen

- banale Infekte ohne Fieber (Temperatur < 38°C)
- Kontakt zu Personen mit ansteckenden Erkrankungen
- chronische Erkrankungen ohne Immunsuppression, inkl. neurologischer Erkrankungen, Krebserkrankungen, Nierenerkrankungen
- Gerinnungsstörungen (die meisten Impfstoffe können subkutan verabreicht werden)
- Krampfanfälle in der Familie
- Fieberkrämpfe in der Anamnese (im Einzelfall fiebersenkende Prophylaxe erwägen)
- lokale Hautreaktionen, Ekzeme und Dermatosen
- angeborene oder erworbene Immundefekte
Achtung: keine Lebendimpfstoffe!
- Autoimmunerkrankheiten, chronisch entzündliche Erkrankungen und rheumatologische Erkrankungen (außerhalb entzündlich aktiver Phasen, Anwendungshinweise unter www.rki.de/immundefizienz)
- immungeschwächte Personen und ihr soziales Umfeld
Achtung: keine Lebendimpfstoffe! (detaillierte Entscheidungshilfen für behandelnde ÄrztInnen unter <http://www.rki.de/immundefizienz>)



Schwangerschaft

- Schwangere können ebenfalls geimpft werden
Achtung: keine Lebendimpfstoffe! (siehe Faktenblatt zu Impfungen in der Schwangerschaft)
- einige Impfungen können problemlos ab dem 2. Trimenon gegeben werden (z. B. gegen Influenza, COVID-19 oder Keuchhusten)
- stillende Mütter
Achtung: keine Gelbfieberimpfung!



Einnahme von Medikamenten

- medikamentöse Gerinnungshemmung
- Behandlung mit Antibiotika
- Behandlung mit niedrigen Dosen von Kortikosteroiden (Cortison) oder lokal angewendeten steroidhaltigen Präparaten (z. B. Cortisonsalben)
- anstehende Operation (empfohlene Zeitabstände beachten: Totimpfstoff 3 Tage, Lebendimpfstoff 14 Tage)



Kinder

- Frühgeborene (unabhängig von ihrem Reifealter und aktuellem Gewicht)
- gestillte Säuglinge
- Säuglinge mit Neugeborenen-Ikterus
- Kinder schwangerer Mütter
Achtung: Bei der Varizellenimpfung des Kindes braucht es eine Risikoabwägung, wenn die Mutter aktuell schwanger ist und selbst keine Varizellen-Immunität besitzt!

! Gut zu wissen:

- Leichte Impfreaktionen nach einer vorherigen Impfung sind keine Kontraindikation gegen eine erneute Impfung mit dem gleichen Impfstoff.
- „Überimpfen“ gibt es nicht: Auch wenn nach vorangegangener Impfung bereits viele Antikörper vorhanden sind, kann geimpft werden.
- Eine fehlende STIKO-Empfehlung ist kein Hindernis für eine begründete Impfung gemäß der Zulassung (Kostenübernahme durch Versicherung prüfen).

Richtige Kontraindikationen: Echte Gründe gegen eine Impfung!



Richtige Kontraindikationen sind medizinische Ausschlusskriterien für eine Impfung mit einem bestimmten Impfstoff oder zu einem bestimmten Zeitpunkt. Personen, bei denen eine richtige Kontraindikation besteht, sollten zunächst nicht geimpft werden.

Ob und wann eine Impfung durchgeführt werden kann, liegt in der Verantwortung der ÄrztInnen.

Richtige Kontraindikation

Eine Impfung sollte vorerst nicht erfolgen bei:



Schwere akute Erkrankungen

- bei schweren akuten Erkrankungen sollte die Impfung erst nach der Genesung durchgeführt werden
Achtung: postexpositionelle Impfungen (z. B. gegen Tollwut, Tetanus und Hepatitis B) sollten auch bei akuten schweren Erkrankungen unverzüglich durchgeführt werden!



Schwere Allergien

- bei schweren Allergien gegen Bestandteile eines Impfstoffes besteht eine Kontraindikation
- für viele Impfstoffe sind inzwischen Alternativen ohne Allergene erhältlich, wie z. B. Hühnereiweiß-freie Präparate



Immunsuppression

- Lebendimpfstoffe sind grundsätzlich kontraindiziert bei angeborener, erworbener oder medikamentös induzierter Immunsuppression (detaillierte Entscheidungshilfen für behandelnde Ärzt:innen unter <http://www.rki.de/immundefizienz>)



Schwangerschaft

- für die Lebendimpfstoffe gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen stellt eine Schwangerschaft eine Kontraindikation dar
- während der Schwangerschaft sollten nur empfohlene und dringend indizierte Impfungen durchgeführt werden, viele Totimpfstoffe können aber problemlos ab dem 2. Trimenon gegeben werden
- bei der Gelbfieber-Impfung sollte eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Abwägung getroffen werden
- weitere Informationen bietet auch das RKI-Faktenblatt zu Impfungen in der Schwangerschaft

! Gut zu wissen:

- Vor jeder Impfung gibt es ein Aufklärungsgespräch, bei dem die richtigen Kontraindikationen abgefragt werden.
- Sprechen Sie dabei auch vermutete Kontraindikationen an, wenn sie sich unsicher sind.
- Beim Aufklärungsgespräch wird sowohl über den Nutzen der Impfung als auch über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt.

„Medikamentöse Cholesterinsenkung zur Vorbeugung kardiovaskulärer Ereignisse“ – ein Leitfaden der AkdÄ



Ein neuer Leitfaden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) untersucht, ob für typische klinische Situationen ausreichend belegt ist, dass die lipidsenkende Therapie kardiovaskulären Ereignissen vorbeugt. Neben verschiedenen Indikationen der Statintherapie wird das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Ezetimib, PCSK9-Hemmern und Bempedoinsäure

diskutiert. Die wichtigsten Punkte jedes Kapitels sind als „Fazit für die Praxis“ zusammengefasst.

Die Leitfaden der AkdÄ wollen Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützen, gut begründete Behandlungsentscheidungen zu treffen. ■

<https://www.akdae.de/arzneimitteltherapie/lf/cholesterinsenkung>

KVH

Heilmittel

Rezepte

Off-Label-Verordnung

Antibiotika

Regress

Sprechstundenbedarf

Prüfverfahren

Hilfsmittel

Wirtschaftlichkeitsgebot

Pharmakotherapieberatung

Schutzimpfungen

Betäubungsmittel

Cannabis-Verordnung

Trendmeldungen

Arzneimittel

Wirkstoffvereinbarung

Aut idem

Verbandmittel

Arzneimittel-Richtlinie

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung“. In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer Arzneimitteldaten zu Ihrem persönlichen Ordnungsverhalten sondern zu allen Grundsatzfragen des Ordnungsmanagements. Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoffvereinbarung“, „Wirtschaftlichkeitsgebot“ und „gute Versorgung“ in Einklang.

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

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



VON DR. RAINER ULLMANN

Heilmittelverordnungen: Gute Behandlung vs. Prüfanträge und Regress?

Auch bei der Verordnung von Heilmitteln muss das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet werden. Zwei Fehler sollte man vermeiden: 1. Patientenwünsche unbegründet erfüllen. 2. Notwendige Behandlungen unterlassen aus Angst vor Regress.

Patienten haben nach dem Sozialgesetzbuch V Anspruch auf eine Behandlung nach dem Stand der Wissenschaft. Das ist nicht die billigste Behandlung, sondern die preiswertere, wenn mehrere gleichwertige Behandlungen für diesen Patienten zur Verfügung stehen. Wer Heilmittel verordnet, soll also prüfen, ob die ausgewählte Behandlung für diesen Patienten wirksam ist und ob eine andere Behandlung genauso wirksam ist, aber weniger kostet – z.B. KG vs. KG Gruppe (geringere Kosten) vs. KG Gerät (höhere Kosten).

In den Heilmittel-Richtlinien (HM-RL) ist festgelegt, welche Heilmittel bei welchen Indikationen zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen. Die von der KBV zertifizierte Software verhindert, dass Sie entgegen den Vorgaben des Heilmittelkatalogs verordnen.

Die Gesamtmenge der verordneten Heilmittel ist nicht beschränkt, kann aber im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung überprüft werden. Das Prüfungsrisiko bei Überschreitung eines vorher nicht bekannten Durchschnittswertes mit gelegentlich hohen Regressforderungen führte häufig dazu, dass als indiziert angesehene Heilmittel nicht verordnet wurden.

Den Patienten wurde stattdessen geraten, sich die Heilmittel in einer anderen Praxis verschreiben zu lassen. Dieses Vorgehen ist nicht kollegial. Wer behandelt, veranlasst und verordnet alles für diese Behandlung Notwendige.

Sie finden in den ersten Paragraphen der HM-RL einige Behandlungshinweise.

Sie sollen:

- vor der erstmaligen Verordnung einen Befund erheben und ein Therapieziel formulieren, das im Verlauf überprüft werden soll. Wenn das Ziel nicht erreicht wurde, soll überprüft werden, ob neben oder statt der Behandlung mit Heilmitteln andere Maßnahmen notwendig sind (andere ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung oder eine medizinische Rehabilitation; daneben auch Hilfsmittel und Medikamente).
- auf aktive Mitwirkung der Patienten hinwirken (Rückenschule, Erlernen eines Eigenübungsprogramms, sportliche Betätigung oder Änderung der Lebensführung),
- jede Verordnung in der Patientendatei begründen.

Zur Krankengymnastik gehört, dass den Patienten Übungen zur selbständigen Anwendung gezeigt werden; Krankengymnastik muss deshalb nicht ununterbrochen verordnet werden.

Heilmittel dürfen bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich pädagogische, heilpädagogische oder sonderpädagogische Maßnahmen geboten sind.

Wenn eine langdauernde Behandlung zu erwarten ist, muss geprüft werden, ob die behandelte Krankheit in der Liste „Langfristiger Heilmittelbedarf“ oder „Besonderer Verordnungsbedarf“ aufgeführt ist. Die Software gleicht Ihre Diagnose mit den Diagnosen auf den Listen ab und erlaubt dann, den Bedarf für maximal 12 Wochen zu verordnen. Die Verordnungen für diese Krankheiten werden nicht geprüft. Es kann sein, dass die behandelte Krankheit nicht in der Liste ist. Wenn Sie diese Krankheit als vergleichbar schwer wie die Krankheiten in den Listen einschätzen, kann der Patient einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen, den Sie kurz begründen. Falls die Kasse diesen Antrag nicht genehmigt, kann nach dem Katalog weiterbehandelt werden.

Leider sind vergleichende Untersuchungen zur Wirksamkeit der Heilmittel rar. Auch die vorhandenen Leitlinien helfen nicht weiter; es werden im Wesentlichen Empfehlungen von Experten angegeben. Es gibt keine Vergleiche zum Wert verschiedener Heilmittel bei bestimmten Indikationen. Empfohlen werden beim chronischen Rückenschmerz besonders Bewegungs- und Trainingstherapie, ggf. ergänzt durch Massage und Wärmerotherapie. Erfahrungen aus Rehakliniken (DRV Bund) nennen Trainingstherapie und Rückenschule als wesentliche und häufig angewandte Maßnahmen bei chronischem Rückenschmerz. Massage und Ergotherapie werden als ergänzende Maß-

nahmen angesehen. Bei der Novellierung der HM-RL 2020 wurden die vorher optionalen - zweitrangigen - Heilmittel (z.B. Übungsbehandlung) pauschal ohne eine neue Bewertung zu vorrangigen Heilmitteln gemacht. Das bedeutet für Sie, dass Sie nach Ihrer Erfahrung entscheiden können, welche Heilmittel Sie einsetzen. Sie müssen in der Lage sein, Ihre Entscheidung zu begründen.

Zusammenfassung: Patienten haben einen Anspruch auf die Verordnung von Heilmitteln, wenn Sie diese Behandlung für notwendig halten. Im Rahmen des Heilmittel-Katalogs können Sie frei entscheiden, welches Heilmittel am besten geeignet ist. Vor jeder neuen Verordnung soll überprüft werden, ob es sinnvoll ist, die Behandlung fortzusetzen, zu ändern oder abzubrechen. Behandlung von Patienten mit einem langfristigen Heilmittelbedarf, deren Diagnosen auf den Listen stehen, werden nicht geprüft. ■



DR. RAINER ULLMANN

beratender Arzt in der Abteilung
„Verordnung und Beratung“
Tel: 040 / 22802 - 571, -572
verordnung@kvhh.de

Weitere Informationen zur Heilmittelverordnung: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Verordnung → Heilmittel



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Systematische Übersichtsarbeiten und ihre „Fallstricke“

VON DR. MED. NELE KORNDER UND DR. MED. NICOLE LINDNER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



ZWEI UNTERSCHIEDLICHE ARTEN VON ÜBERSICHTSARBEITEN

Nur sehr selten reicht das Ergebnis einer einzelnen Studie, um robuste Entscheidungen, sei es in der Therapie, in der Diagnostik oder Prophylaxe, zu treffen. Aus diesem Grund spielen Übersichtsarbeiten eine herausragende Rolle in der evidenzbasierten Medizin. Sie dienen der Zusammenfassung der bestehenden Literatur zu einer spezifischen Fragestellung.

Man unterscheidet zwischen der *narrativen* und der *systematischen* Übersichtsarbeit (gleichbedeutend Reviews).

Erstere ist die schlichte Zusammenfassung eines Themas, denn bei einer narrativen Übersichtsarbeit kann allenfalls bedingt davon ausgegangen werden, dass alle verfügbaren Studien herangezogen wurden und diese auch folgerichtig bewertet wurden. Es erfolgt keine systematische Suche, was das Risiko, Arbeiten zu übersehen, mit sich bringt. Zudem fließt häufig

die persönliche Meinung der Autor:innen mit ein.

Im Gegensatz dazu ist es das Ziel einer systematischen Übersichtsarbeit, die gesamte (verfügbare) Evidenz bzw. alle einschlägigen Studien zu einer konkreten klinischen Fragestellung nach einem vorher festgelegten Protokoll zu identifizieren, auszuwählen und kritisch zu bewerten.

Heute gibt es zu sehr vielen Fragestellungen systematische Reviews. Ein einheitliches methodisches Vorgehen erleichtert das Verständnis und die kritische Interpretation.

SYSTEMATISCHE ÜBERSICHTSARBEITEN SIND GRUNDLEGENDE IN DER EVIDENZBASIERTEN MEDIZIN

Übersichtsarbeiten sind entscheidend, denn man sollte sich zur Planung einer Therapie oder auch Diagnostik auf sie verlassen können. Hierdurch lassen sich unnötige Risiken für Patient:innen und ein unnötiger Einsatz von Ressourcen verhindern. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Reviews systematisch durchgeführt werden, da dies dazu beiträgt, Fehler zu minimieren und eine umfassende Datenlage gewährleistet.

Ein Beispiel für die Relevanz systematischer Übersichtsarbeiten ist die vorgeburtliche Gabe von Kortikosteroiden an Schwangere, bei denen von einer Frühgeburt ausgegangen wird.

Bereits 1972 zeigte eine Studie, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Neugeborenes verstirbt, reduziert wird, wenn die Mutter vor Geburt Kortikosteroide erhalten hat. In der Folge gab es weitere kleinere Studien, teils mit widersprüchlichen Ergebnissen. Erst

1989 wurden diese Studien in einer Übersichtsarbeit zusammengefasst. Hierdurch konnte die Wirkung von Kortikosteroiden erkannt werden. Wären die Ergebnisse früher systematisch zusammengetragen worden, hätte vielleicht das Leid mancher Patient:innen verhindert werden können [1].

Dieses Beispiel findet sich passenderweise in dem Logo der Cochrane Collaboration wieder [2] (siehe Kasten unten). Sie wurde 1993 mit dem Ziel gegründet, die Erkenntnisse aus randomisierten kontrollierten Studien systematisch und transparent zusammenzufassen. Heutzutage hat die Organisation eine herausragende Rolle in der Erstellung hochwertiger systematischer Übersichtsarbeiten. Ziel ist es, Ärzt:innen, Wissenschaftler:innen und politische Entscheidungsträger:innen dabei zu unterstützen, evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen [3].

Im Folgenden skizzieren wir die methodische Vorgehensweise einer systematischen Übersichtsarbeit kurz und konkretisieren diese anhand eines Beispiels. Anschließend werden beispielhaft mögliche Verzerrungspotenziale („Biases“) erläutert.

BEDEUTUNG DES COCHRANE-LOGOS



Cochrane

Das Cochrane-Logo bezieht sich auf eine reale systematische Übersichtsarbeit, die zur Wirksamkeit der pränatalen Gabe von Kortikosteroiden auf die Sterblichkeit bei Frühgeborenen durchgeführt wurde: Die Quer-Balken stehen für die Ergebnisse einzelner Studien. Die Raute ganz unten symbolisiert das Gesamtergebnis. Sie befindet sich auf der linken Seite. Das heißt: Die Behandlung ist offenbar wirksam.

FRAGESTELLUNG EINER SYSTEMATISCHEN ÜBERSICHTSARBEIT

Ausgehend von einem klinischen Problem wird eine entsprechende Forschungsfrage abgeleitet. In unserem Fallbeispiel geht es um eine diagnostische Fragestellung. Hierbei ist die Orientierung an den so genannten „PIRT“-Kriterien sinnvoll:

P = POPULATION – die Population, der eine Patient:in mit einer bestimmten Eigenschaft angehört

I = INDEXTEST – der diagnostische Test, der untersucht werden soll

R = REFERENZTEST – der Test, mit dem der Indextest verglichen wird (im besten Falle der „Goldstandard“)

T = TARGETCONDITION – der Zustand von Interesse

BEISPIEL:

Ein Patient, der unter einem Insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 leidet, kommt zu Ihnen in die Praxis. Er habe große Sorge, dass er eine Hypoglykämie nicht rechtzeitig mitbekommen würde. Ein Bekannter verwende ein Gerät zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM). Das sei eine ganz tolle Sache. Er würde von dem Gerät immer zuverlässig vor einer Unterzuckerung gewarnt, ohne sich ständig piksen zu müssen. Haben Sie schon einmal etwas davon gehört Frau Doktor? Wäre das nicht auch etwas gegen meine Ängste? Wie gut können diese Geräte denn eine Hypoglykämie erkennen?

Schlüsselt man die sich aus dem Fallbeispiel abgeleitete Fragestellung nun nach PIRT auf, ergibt sich Folgendes:

P = Erwachsene mit Insulinpflichtigem Diabetes mellitus

I = CGM

R = kapilläre / venöse Messung

T = Hypoglykämie

Sie könnten sich nun eine Vielzahl einzelner Studien zu dem Thema durchlesen. Dies wäre nicht nur sehr zeitintensiv, darüber hinaus könnte Ihr Blick auf die Ergebnisse verzerrt sein. Selbst wenn man Expert:in auf



einem bestimmten Gebiet ist, heißt das nicht, dass man auch alle Studien kennt, die sich mit eben dieser Thematik befassen. Daher machen Sie sich auf die Suche nach einem entsprechenden Review zur Hypoglykämie-detektion mittels minimalinvasiver Glukosemessung, um Ihrem Patienten die Frage evidenzbasiert beantworten zu können – und werden fündig. Anhand der gefundenen Beispielarbeit kann man das methodische Vorgehen in einem Flussdiagramm für die verschiedenen Phasen der systematischen Übersichtsarbeit (vgl. Abbildung 1) nachvollziehen [4].

WIE LASSEN SICH ALLE ARBEITEN FINDEN?

Zunächst werden relevante Suchbegriffe miteinander kombiniert. In unserem Beispiel ist dieser sogenannte Syntax aus Suchbegriffen wie „Hypoglykämie“ und „kontinuierliche Glukosemessung“ aufgebaut. Anschließend erfolgt eine Suche in allen relevanten Datenbanken (u.a. z.B. „PubMed“).

Die Auswahl der Datenbanken hängt dabei von der Fragestellung ab. Zusätzlich wird eine sogenannte Handsuche durchgeführt: Referenzlisten werden nach passenden Artikeln durchsucht, ähnliche Artikel werden in den Datenbanken gescreent. Ziel ist es, tatsächlich alle Arbeiten zu finden, die für die Beantwortung der Frage durchgeführt und publiziert worden sind.

WIE WERDEN DIE GEFUNDENEN STUDIEN DURCHGESCHAUT?

In der Regel führt die Suche zu einer Vielzahl von Artikeln. In unserem Beispiel wurden 6351 Artikel in allen Datenbanken und 36 zusätzliche Artikel gefunden („identification“ in der Abbildung 1). Das Filtern der gefundenen Studien erfolgt nun in mehreren Schritten: Zunächst werden alle Artikel, die beim Durchsuchen der entsprechenden Datenbanken sowie zusätzlicher Quellen gefunden wurden, zusammengetragen und Duplikate entfernt. In unserem Beispiel ergeben sich 3416 Artikel. Anschließend werden erst Titel und Abstracts von zwei Personen gescreent und diejenigen ausgeschlossen, die nicht der Fragestellung entsprechen („Screening“ in Abbildung 1). Artikel, die von einer Per-

son als möglicherweise relevant eingeschätzt wurden, werden nun von beiden Personen genauer beurteilt. In unserem Beispiel sind das 502 Artikel. Hierfür wird der Volltext des jeweiligen Artikels anhand der vorher festgelegten Kriterien beurteilt („eligibility“ in Abbildung 1). Letztlich konnten in unserem Beispiel 15 Studien eingeschlossen werden.

WAS PASSIERT MIT DEN PASSENDEN STUDIEN?

Am Ende des Screeningprozesses stehen häufig einige Studien, welche sich mit der Fragestellung beschäftigen und den zuvor festgelegten Kriterien entsprechen. Ein wichtiger Aspekt systematischer Übersichtsarbeiten ist, dass spezifische Methoden verwendet werden, um die Ergebnisse eingeschlossener Studien zusammenzufassen. Dies kann durch eine narrative Synthese geschehen, bei der die Ergebnisse in beschreibender Form zusammengefasst werden, oder durch statistische Verfahren wie die Meta-Analyse, bei der die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien kombiniert werden, um eine quantitative Schätzung der Gesamtwirkung zu erhalten. In unserem Beispiel lässt sich so eine „gepoolte“ Sensitivität und Spezifität der Hypoglykämiedetektion angeben.

WO IST DER HAKEN? – MÖGLICHE FALLSTRICKE

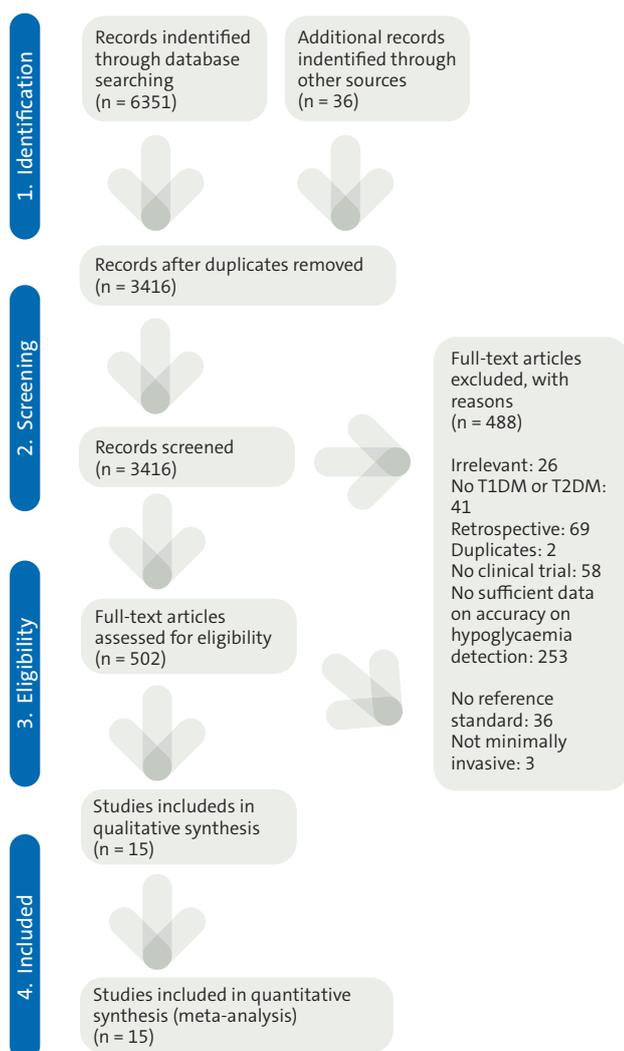
Auch systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse sind nicht „der Stein der Weisen“ und ihnen kann man nicht blind vertrauen. Es können Verzerrungspotenziale (auch „biases“ genannt) auftreten, die kritisch betrachtet werden sollten, bevor man die Ergebnisse in Hinblick auf eine klinische Fragestellung anwendet.

Schwächen zu Beginn können einen großen Einfluss auf das Ergebnis eines systematischen Reviews haben: Wenn Einschlusskriterien, Suchbegriffe oder auch die Quellenauswahl unangemessen gewählt wurden, kann dies dazu führen, dass nicht alle einschlägigen Studien berücksichtigt werden und das Ergebnis der Übersichtsarbeit nicht der tatsächlichen Datenlage entspricht.

Besonders relevant ist dies für kleinere Studien, welche ein negatives nicht-signifikantes Ergebnis zeigen.

ABBILDUNG 1: FLUSSDIAGRAMM EINES REVIEWS ZUR HYPOGLYKÄMIEDETEKTION MITTELS MINIMALINVASIVER GLUKOSEMESSUNG [4]

1. Identifikation („Identification“) der in der Datenbank und zusätzlichen Quellen gefundenen Datensätze („records“)
2. In der Vorauswahl („Screening“) werden nach Entfernen der Duplikate 3416 Studien aufgenommen.
3. Die Volltexte werden auf „Eignung“ („Eligibility“) geprüft.
4. 14 Studien werden eingeschlossen („Included“).



Studien mit einem positiven signifikanten Ergebnis werden schon ca. 2,5 Mal so oft eingereicht [5]. Studien mit negativen Ergebnissen werden zudem seltener zitiert („citation bias“) und oft zeitverzögert berichtet („time-lag bias“). Die Chance, dass eine kleine Studie mit unspektakulärem Ergebnis in eine Übersichtsarbeit eingeschlossen wird, ist deutlich geringer. Dies kann einen großen Einfluss auf die Übersichtsarbeit haben. Die tatsächliche Wirksamkeit einer Therapie könnte überschätzt werden. Dieser Publikationsbias wurde im Jahr 1986 von Simes anhand zweier Krebstherapien näher beschrieben. Er verglich die Daten der publizierten Literatur zur Auswirkung auf das Überleben mit den Daten eines Registers für Krebsstudien. Es zeigte sich, dass in beiden Fällen die Auswirkungen der Therapien auf das Überleben wesentlich geringer waren oder sogar komplett verschwanden [6].

Im Zusammenhang mit systematischen Reviews lohnt sich ein Blick auf die Autor:innen und mögliche Interessenskonflikte, die zu einem „confirmation bias“ führen können. Dies ist der Fall, wenn Autor:innen eine bestimmte Meinung über die Wirksamkeit einer Maßnahme vertreten und nur Studien in die Überprüfung einbeziehen, die diese Meinung unterstützen [7].

Es gibt verschiedene Checklisten, die zur Bewertung der Qualität einer systematischen Übersichtsarbeit verwendet werden können. Geläufig sind beispielsweise das AMSTAR (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) tool [8] oder das ROBIS (Risk of Bias in Systematic Reviews) tool [9]. Etwaige biases können so identifiziert werden.

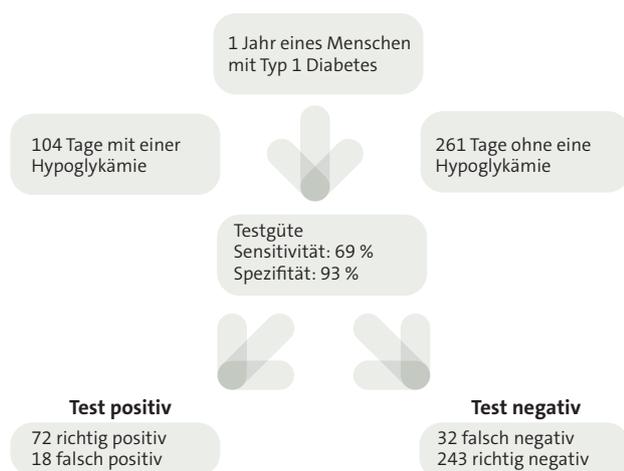
UND WAS IST NUN MIT MIR, FRAU DOKTOR?

Wie sieht es nun mit der Messgenauigkeit der kontinuierlichen Glukosemessung aus? Mit der ist es leider, laut dem Ergebnis unseres Beispiels, nicht so gut bestellt. Mit einer mittleren Sensitivität von 69% werden Hypoglykämien zu häufig verpasst. Am besten lassen sich diese Ergebnisse mit einer „Bierdeckelrechnung“ veranschaulichen (siehe nächste Seite, Abbildung 2).

In einem Jahr mit kontinuierlicher Glukosemessung erlebt ein Mensch mit Typ 1 Diabetes etwa 32 Tage mit



ABBILDUNG 2: "BIERDECKELRECHNUNG" ZUR VERANSCHAULICHUNG DER TESTGÜTE



In einem Jahr erlebt ein Mensch mit Typ 1 Diabetes etwa 18 Tage mit falsch positiven Alarmen und 32 Tage mit falsch negativen Messungen. Dieser Schätzung liegt eine wöchentliche Inzidenz von zwei Episoden symptomatischer Hypoglykämie pro Woche und Patient zugrunde. [10] Diese Häufigkeit wurde nicht in Hausarztpraxen in Deutschland nachgewiesen.

falsch-negativen Messungen (dieser Schätzung liegt eine wöchentliche Inzidenz von zwei Episoden symptomatischer Hypoglykämie pro Woche und Patient zugrunde [10]). Die Werte lassen sich nicht vollständig auf den Patienten übertragen, da die zugrundeliegende Anzahl von Hypoglykämien aus einem anderen Kontext stammen. Trotzdem müssen wir den Patienten enttäuschen. Seine Ängste vor einer Unterzuckerung lassen sich leider auch mit einer kontinuierlichen Glukosemessung nicht sicher ausräumen. Wenn er sich dennoch dazu entschließt, muss er trotzdem auf Symptome achten und ggf. zusätzlich messen. ■



DR. MED. NELE KORNDER
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Philipps-Universität Marburg
Institut für Allgemeinmedizin



DR. MED. NICOLE LINDNER
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Philipps-Universität Marburg
Institut für Allgemeinmedizin

References

- [1] Evans I, Thornton H, Chalmers I, Glasziou P. Testing Treatments: Better Research for Better Healthcare. 2nd. London 2011.
- [2] Das Cochrane Logo | Cochrane Schweiz; 2023 [cited 2023 January 15] Available from: URL: <https://swiss.cochrane.org/de/unsere-logo>
- [3] Shah HM, Chung KC. Archie Cochrane and his vision for evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg* 2009; 124(3): 982–8 <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181b03928> [PMID: 19730323]
- [4] Lindner N, Kuwabara A, Holt T. Non-invasive and minimally invasive glucose monitoring devices: a systematic review and meta-analysis on diagnostic accuracy of hypoglycaemia detection. *Syst Rev* 2021; 10(1): 145 <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01644-2> [PMID: 33971958]
- [5] Dickersin K. The Existence of Publication Bias and Risk Factors for Its Occurrence. *JAMA* 1990; 263(10): 1385 <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03440100097014>
- [6] Simes RJ. Publication bias: the case for an international registry of clinical trials. *J Clin Oncol* 1986; 4(10): 1529–41 <https://doi.org/10.1200/JCO.1986.4.10.1529> [PMID: 3760920]
- [7] Catalogue of Bias Collaboration. Spencer, E. A., Heneghan C. Confirmation bias in: *Catalogue Of Bias*; 2018 [cited 2023 January 15] Available from: URL: <https://catalogofbias.org/biases/confirmation-bias/>
- [8] Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017; 358: j4008 <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008> [PMID: 28935701]
- [9] Whiting P, Savović J, Higgins JPT, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol* 2016; 69: 225–34 <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005> [PMID: 26092286]
- [10] Frier BM. Defining hypoglycaemia: what level has clinical relevance? *Diabetologia* 2009; 52(1): 31–4 <https://doi.org/10.1007/s00125-008-1209-3> [PMID: 19018507]



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Olaf Degen**
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. med. Olaf Degen**

Geburtsdatum: **16. 6. 1966**

Familienstand: **Lebensgefährtin, zwei Söhne**

Fachrichtung: **Innere Medizin/Infektiologie, hausärztliche Versorgung**

Weitere Ämter: **Mitglied im beratenden Fachausschuss Hausärztliche Versorgung und im Finanzausschuss**

Hobbys: **Sport/Fahrradfahren, Literatur, Musik, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja. Ich schätze das Arbeiten in einem hochdynamischen und interdisziplinären Umfeld, in dem ich mit viel Nähe Patienten mit schweren Infektionserkrankungen ärztlich begleiten kann.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ohne gesellschaftliches und berufspolitisches Engagement lebt eine Gesellschaft nicht, beginnend als Schulsprecher war ich politisch immer engagiert. In der KV sind angestellte Ärzte deutlich zu wenig vertreten, obwohl ihre Anzahl weiter stetig zunimmt. Aus diesem Grund haben wir zur letzten Legislaturperiode die "Kooperative Liste Hamburg" gegründet, zur aktuellen Wahl sind wir gemeinsam mit dem Marburger Bund angetreten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Eine Stabilisierung und Stärkung des ärztlichen Berufs, egal ob selbstständig oder angestellt. Keinen Einfluss von Kapitalgesellschaften und Großkonzernen auf das ärztliche Handeln. Ich wünsche mir eine junge, bunte und diverse KV.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Grundsätzlich bin ich mit den Arbeitsbedingungen im Ambulanzzentrum des UKE sehr zufrieden, es herrscht große Kollegialität und Wertschätzung, wir können unsere Bereiche aktiv gestalten. Es ist allerdings weiter äußerst schwierig, Patienten durch das zunehmende Dickicht des Gesundheitssystems zu führen. In unserem Gesundheitssystem wird viel Geld ausgegeben, oft nicht an den richtigen Stellen.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gern verwirklichen? Weiteren Ausbau und Gestaltung unseres sehr lebendigen Fachbereichs. Privat mehr Raum für Hobbys und Interessen, Australien und Kanada würde ich gerne länger bereisen. ■



Alle krank?

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

Alle paar Jahre habe ich eine Sepsis, sogar eine kalte Sepsis, denn ich besitze kein Thermometer. Sonst bin ich nie krank, denn ich bin ja Ärztin, wir haben von Natur aus keine Krankheiten.

Die Sepsis kommt immer, wenn ich zuviel zu tun habe. Mich überfällt ein diffuses Gefühl des Nah-tods, und dann muss ich mit der Sepsis per pedes in eine ZNA eilen. Da lasse ich mir Sepsis-Blut abnehmen und gehe dann wieder nach Hause. Natürlich bin ich immer völlig gesund. Aber eben auch nicht. Aber in einer ZNA völlig falsch.

In diesen Momenten bin ich eine ganz normale Patientin. Krank, aber auch nicht krank. Auch nicht zwangsläufig psychisch krank, das wird den ganzen Leuten ja gern unterstellt, die scheinbar grundlos in eine Notaufnahme oder eine Praxis rennen.

Wir Deutschen gehen aus irgendwelchen Gründen unheimlich gern zum Arzt. Ich erinnere eine Zahl von vor ein paar Jahren, da ging die/der Deutsche 18mal im Jahr zum Arzt. Mitunter hat man nun das Gefühl, dieser Wert nähert sich eher 18mal pro Quartal an.

Sehr schwierig ist, dass sich mit diesem Phänomen niemand befasst. Jens Spahn hat ja immer eindrucksvoll proklamiert, dass wir hier das beste Gesundheitssystem

der Welt hätten. Ein Glück, denn hier sind ja alle immer krank!

Die Antwort auf diese ganzen Kranken: Mehr Sprechstunden anbieten (das schaffen die faulen Ärzte schon!), permanent medizinische Versorgung bereitstellen, immer mehr Angebot schaffen, alle sollen jederzeit wegen allem irgendwo zum Arzt gehen können. Dann ist das Gesundheitssystem endlich wirklich das beste der Welt. More, more, more/ How do you like it, how do you like it.

Die Wertschätzung der Ressourcen ist enorm klein, der Umgang damit verschwenderisch.

Diese Antwort ist deshalb so fatal, weil es vor der Antwort überhaupt keine vernünftige Fragestellung gab.

Und eine der vielen wichtigen Fragen behandelt das unerklärliche Siechtum der Bevölkerung: Warum sind die Leute dauernd krank? Was haben diese Leute? Und wenn sie gesund zum Arzt gehen, was sind die Beweggründe? Warum machen sie permanent Arzttermine, tauchen dann aber gar nicht auf? Und, extrem wichtig: Was für eine Rolle spielt es, dass man einfach eine Karte

durchziehen und Wunscherhebungen verlangen kann, von denen der Nachbar erzählt hat? (Natürlich werden diese in der Regel nicht erfüllt, aber das Thema Anspruchshaltung wird noch eine gesonderte Kolumne bekommen, weil auch das ein zentrales Problem ist, wie wir alle wissen.)

Nun zurück zu den ganzen Krankheiten. Vorstellungsgründe beim Arzt können sein: Der Schnupfen ist seit gestern nicht weg, vor zwei Wochen hat einmal der Kopf

wehgetan, man möchte mal ohne Beschwerden ein MRT von irgendwas haben „zum Check“. Aus meiner ZNA-Zeit erinnere ich gut „Schmutzige Hände nach Gartenarbeit“ und „Trockener Mund“ nachts um vier.

Ein interessantes Phänomen lässt sich in Social Media beobachten. Da wird sehr gerne und ausführlich darüber berichtet, was man alles für Krankheiten hat.

Eine Patientin von mir, Mitte 90, sagt immer: „Ich kann meine Gleichaltrigen nicht mehr ab, die reden nur noch über Krankheiten!“

Im Internet reden aber nun auch die 35jährigen nur noch über Krankheiten.

In einem halb leidenden, halb sich in das schwere Schicksal ergebenden Tonfall wird geseufzt, „Hach, dann geh ich jetzt wohl mal in die Notaufnahme!“ Mitunter meint man, hier sogar ein bisschen Freude und Erleichterung über die neuerliche (Nicht-)Erkrankung festzustellen.

Krankheit gibt Aufmerksamkeit, Zuwendung, viele kleine Herzchen und das Gefühl, nicht allein zu sein. Und seien es fremde Menschen im Internet, die diese Zuwendung schenken. Oder eben das Personal in der ZNA.

Wir kennen das alles, das ist auch nicht neu, aber der Ton wird rauher. Jeden Tag Unterlassene-Hilfeleistungs-Getobe, Klageandrohungen, man wird ja wohl noch 18mal im Quartal zum Arzt gehen dürfen, Wartezimmer-Cancel-Culture!

Selbstverständlich können die Leute nicht wissen, was sie für Krankheiten haben, deshalb besuchen sie uns ja. Ich bin ein furchtbarer Internetjunkie, verteufele das Netz aber sehr, wenn es um die Inspiration zu neuen Krankheitsbildern bei ziemlich gesunden Menschen geht.

Selbstverständlich gibt es die „echten“ Kranken, die unbedingt behandelt werden müssen. Erreichen wir diese Patient:innen mit einem ausufernden Überangebot an angeordneter Versorgung? Eher weniger. Haben wir diese Patient:innen überhaupt identifiziert? Gibt es abseits von Präventionsprogrammen irgendwelche Überlegungen, wie man diese Menschen besser erreichen kann?

Ein befreundeter Kinderarzt hat neulich gesagt, dass das Ausweiten der Notfallsprechstunde bei ihm dazu führt, dass die üblichen Verdächtigen mit den unauffälligen Kindern eben noch zweimal mehr mit banalem Schnupfen vorstellig werden, während die Kinder, um die es eigentlich geht, weiterhin nicht zu erreichen sind.

Wir haben eine Situation, in der Kranksein in der Gesellschaft in vielen Fällen einen ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn mit sich bringt. Kranksein ist en vogue.

Kapazitäten wollen unbedingt genutzt werden, denn es wird auch von politischer Seite beigebracht, dass man mit allen Befindlichkeitsstörungen immer irgendwo hingehen soll. Parallel ist die Einschätzung der eigenen Beschwerden

in der Bevölkerung erstaunlich schlecht, möglicherweise auch deshalb, weil die erste Referenz das Internet ist.

Die Ressourcen sind aber nur sehr begrenzt vorhanden, die Wertschätzung dieser Ressourcen ist enorm klein, der Umgang damit verschwenderisch. Gleichzeitig ist die Anspruchshaltung in der Bevölkerung unvorstellbar hoch, was alle Aspekte der medizinischen Behandlung angeht.

Wer in dieser Situation als weitere Antwort ohne Fragestellung „Bürgerversicherung!!!“ in den Raum schmeißt, hat die Problematiken nicht ansatzweise verstanden.

Dies hier ist nur ein sehr unvollständiger Anriss eines hochkomplexen Problems, ich bitte das zu entschuldigen.

Fühle mich jetzt sehr erschöpft von einer langen Praxiswoche und dem ganzen Geschreibe.

Sie wissen ja, wo ich dann jetzt wohl hingehen muss, werfen Sie mir viele Herzchen und Umarmungssticker zu. ■

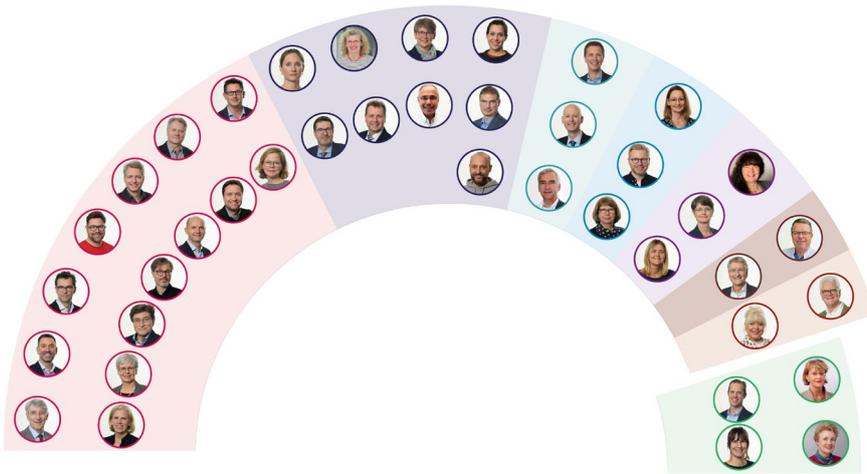
DR. CHRISTINE LÖBER

ist HNO-Ärztin und Buchautorin. Aktuell im Buchhandel: „Immer der Nase nach“ (zusammen mit Hanna Grabbe), Mosaik Verlag / Hamburg

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 7. Juni 2023

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 28.6.2023 (18 Uhr)

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Hygiene für Fortgeschrittene (online)

Mi. 3.5.2023 (14 - 18 Uhr)

Datenschutz für Fortgeschrittene (online)

Mi. 31.5.2023 (9 - 14 Uhr)

QEP® Einführungsseminar für Arztpraxen (online)

Fr. 2.6.2023 (15 - 18.30 Uhr) und

Sa. 3.6.2023 (9 - 14 Uhr)

Terminsystem (online)

Mi. 28.6.2023 (15 - 18 Uhr)

Refresher Praxismanager:in (Präsenz)

Do. 29.6.2023 (9.20 - 17 Uhr) und

Fr. 30.6.2023 (9.30 - 17 Uhr)

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

**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

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Cerebrale Anfälle

Differentialdiagnostische und pharmakotherapeutische Aspekte – Sinn und Unsinn von Medikamentenumstellung

Mi. 21.6.2023 (18 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Peripher vestibulärer Schwindel vs. zentraler Schwindel

Symptomatik – Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 30.8.2023 (18 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 15.11.2023 (18 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.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. 9.6.2023 (14.30 - 17 Uhr)

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 (E-Mail-Adresse siehe oben).

**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



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!