

KVH journal

KRISENMODUS

Die Coronavirus-Epidemie wird zur Belastungsprobe für die ambulante Versorgung



MASERNSCHUTZ

Infoblätter für Praxen und Patienten

PRÄVENTION

Zur Bedeutung von Kollateraleffekten

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 4/2020 (April 2020)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Wenn Sie dieses KVH-Journal in den Händen halten, ist das uns alle bewegende Thema „Corona-Pandemie“ schon viele Umdrehungen weiter gegangen. Insofern könnte es sein, dass Sie manches, was in dieser Ausgabe steht, als Nachrichten aus einer fernen Vergangenheit empfinden.

Gleich wie sich die Dinge entwickeln zwischen dem Zeitpunkt, an dem diese Zeilen entstehen (Ende März) und dem Zeitpunkt, an dem Sie sie lesen – eines lässt sich jetzt schon sagen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg hat gut daran getan, vor zwei Jahren mit einem Umbau ihrer Strukturen zu beginnen, vor allem im Bereitschaftsdienst.

Wir waren die einzige KV, die alle Strukturen hatte, die notwendig sind, um der Pandemie zu begegnen. Wir mussten „nur“ noch skalieren – was zwar schwierig genug war, weil Hamburg lange Zeit das Zentrum der Pandemie war und wir weit überdurchschnittlich belastet waren. Aber wir mußten die Strukturen nicht erst schaffen.

Dies spricht für die Innovationskraft und -bereitschaft der Hamburger KV-Mitglieder. Die Vertreterversammlung hat mutige Beschlüsse gefaßt zum Aufbau des „Arztruf Hamburg“ und den grundlegenden Umbau der KV-Verwaltung gebilligt, die Ärztinnen und Ärzte haben die Dienste mit Leben gefüllt.

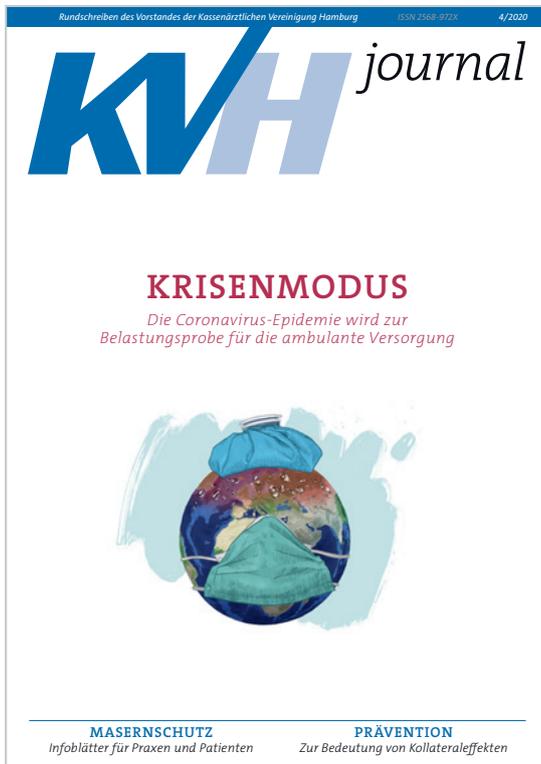
Die Arbeit an der Modernisierung der KV-Strukturen wird nach der überstandenen Pandemie nicht aufhören. Das KV-System hat in der Krise seine Bedeutung in der Gesundheitsversorgung bewiesen; die Politik hat dies gesehen und wieder Vertrauen in unsere Leistungsfähigkeit. Der nächste Meilenstein wird die Notfall-Reform sein. Wir sind gerüstet. Dank Ihnen.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Wie haben Sie den Beginn der Coronavirus-Krise erlebt?
- 08_ Interview: Prof. Dr. Martin Scherer über die Rolle der Hausarztpraxen in der Coronavirus-Krise

VERSORGUNG

- 12_ Fallzahlenentwicklung: Zwei Jahre „Arztruf Hamburg“
- 15_ Krankenhausgesellschaft lobt „Arztruf Hamburg“

- 18_ Patientenmerkmale: Wer nimmt den „Arztruf Hamburg“ in Anspruch?
- 19_ Übersicht zu Notfallpraxen: Öffnungszeiten, versorgende Fachgruppen, Besonderheiten

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20_ Fragen und Antworten zum „Arztruf Hamburg“
- 22_ Masernschutzgesetz: Infoblätter für Praxen und Patienten
- 24_ Corona: Abrechnung
Krankschreibung ohne Praxisbesuch möglich
Vertragsärzte können sich nur von Kollegen mit Weiterbildung vertreten lassen
Auflichtmikroskopie wird Bestandteil des Hautkrebscreenings
- 25_ Anpassung Abrechnungsvoraussetzungen im DMP Asthma/COPD
Beitritt der KKH zum DAK-Vertrag
Hypertonie-Begleiterkrankung
Homöopathie-Verträge mit IKK classic und Securita Krankenkasse



TELEMATIKINFRASTRUKTUR

- 26_** TI-Anbindungspflicht auch für Ärzte ohne Patientenkontakt
Honorarkürzungen für TI-Verweigerer

QUALITÄTSSICHERUNG

- 26_** Moderatorenschulung für ärztliche Qualitätszirkel
- 27_** Wiederaufnahme der Stichprobenprüfungen: Radiologie, Computertomographie und Kernspintomographie
Zweitmeinungsverfahren: neue Indikation Schulterarthroskopie

FORUM

- 34_** Diskussionsveranstaltung: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zu Besuch in der Facharzt klinik

SELBSTVERWALTUNG

- 37_** Steckbrief: Dr. Robert Frese



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 30_** Unerwünschte Wirkungen von Präventionsmaßnahmen

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

FORUM

- 28_** Antwort auf die Replik zum Homöopathie-Artikel
29_ Leserbrief

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 29_** Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

- 36_** Zwischenruf von Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENDER

- 38_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 6 und 7: Ralf Niemzig;
Seite 9: Re Gara/Stock.Adobe.com; Seite 13: Nico ElNino, Daniel Berkmann/Fotolia; Seite 15: Felix Faller/Alinea; Seite 16: Lesniewski/Fotolia; Seite 19: Michael Zapf; Seite 21: GARD; Seite 34: Antje Thiel; Seite 38: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

Wie haben Sie den Beginn der Corona-Krise erlebt?



Dörte Collatz
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Rahlstedt



Arztpraxis

In unserer Praxis läuft alles in geregelten Bahnen. Einige Patienten sind sehr besorgt, doch alle verhalten sich so, wie es empfohlen wurde: **Wer fürchtet, sich mit SARS-CoV-2 infiziert zu haben, kommt nicht unangemeldet in die Praxis, sondern ruft vorher an.** Einer meiner Patienten war gerade aus dem Urlaub in Norditalien zurückgekehrt. Wir vereinbarten mit ihm, die anstehende Gesundheitsuntersuchung zu verschieben. Er blieb zwei Wochen in häuslicher Quarantäne, bisher hat er keinerlei Symptome entwickelt. Zwei Patienten testeten wir hier in der Praxis. Einer hatte sich in Norditalien aufgehalten, der andere Karneval in Köln gefeiert. Bei beiden fielen die Tests negativ aus.

Wir haben die Möglichkeit, Verdachtsfälle räumlich zu separieren – und wir verfügen über Schutzausrüstung. Mein Kollege Dr. Christian Papageorgiou war weise und hat Anfang Januar Mundschutz und Kittel für die Praxis besorgt. Dennoch ist es natürlich eine Erleichterung, dass der „Arztruf Hamburg“ zu den Patienten nach Hause fährt, um Testungen vorzunehmen. Das verringert die Ansteckungsgefahr in den Praxen – und die Gefahr von Praxisschließungen wegen Quarantäne. ■



Mudjda Muzamil
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Wandsbek



Ahmad Muzamil
Arzt in Rahlstedt

Telefonberatung

Patienten, die sich mit dem Corona-Virus angesteckt haben könnten, sollen die Arztruf-Hamburg-Hotline 116117 anrufen. Um das erhöhte Anrufaufkommen zu bewältigen, setzt die KV zusätzliches Personal in der Zentrale ein und hat einen Raum für beratende Ärzte freigemacht. Anfang März habe ich einige dieser Telefondienst-Schichten übernommen. Die Patienten, die wir zurückriefen, waren teilweise ziemlich panisch. Bei vielen lief die Nase oder es kratzte der Hals – sie waren aber weder im Ausland noch hatten sie Kontakt zu einer infizierten Person. Solche Menschen versucht man zu beruhigen: „Bleiben Sie zu Hause, wenn Sie sich schlecht fühlen. Sie wollen ja niemanden anstecken, auch wenn es sich nur um eine Erkältung handelt.“ **Kommen wir anhand des offiziellen Abklärungs-Schemas zu dem Ergebnis, dass es sich um einen begründeten COVID-19-Verdachtsfall handelt, veranlassen wir einen Abstrich durch den fahrenden Besuchsdienst des Arztruf Hamburg.** Mit steigender Anzahl gesicherter Infektionen wird der Beratungsbedarf der Menschen künftig sicherlich noch zunehmen. ■

Fahrender Notdienst

Seit vier Jahren fahre ich KV-Notdienste, eine Arbeitsdichte wie derzeit habe ich allerdings noch nie erlebt. Anfang März war ich in einer Spätschicht unterwegs - und das Thema Corona-Virus war allgegenwärtig. Selbst Patienten mit Rückenschmerzen oder Schmerzen im Bein fragten: „Wie ist das mit Corona?“ Bei der Hälfte der Fälle, die wir in dieser Schicht versorgten, war ein Test indiziert. Noch im Einsatzwagen zogen wir Mundschutz und Schutzkittel an, gingen dann zu den Patienten und führten den Abstrich durch. Den Patienten ging es ganz gut, sie hatten lediglich grippeähnliche Symptome. Nach zwei bis drei Tagen in häuslicher Quarantäne erhielten sie das Ergebnis. Zum Glück waren alle meine Patienten negativ. **Dass die Testung durch den fahrenden Notdienst durchgeführt wird, ist eine gute Regelung. So können die Patienten zu Hause bleiben. Auch die Praxen werden entlastet. Nicht alle Praxen haben ausreichend Schutzkleidung vorrätig und können Risiko-Patienten problemlos isolieren.** ■



Hamburg schließt alle Schulen und Kitas – Notbetreuung für Kinder

Medien-berichterstattung zur Corona-Krise Februar/März 2020



»An vorderster Front«

Wie unterscheidet sich der Coronavirus-Ausbruch von früheren Epidemien? **PROF. DR. MARTIN SCHERER** über die Rolle der Praxen bei der Krisenbewältigung, mangelnde Schutzausrüstung und die Risikowahrnehmung der Bevölkerung.



Sie haben 2013 eine Studie durchgeführt, um herauszufinden, was man aus dem Schweinegrippe- und EHEC-Ausbruch lernen kann. Was unterscheidet die früheren Epidemien von der Coronavirus-Krise?

SCHERER: EHEC und Schweinegrippe hatten ja bei Weitem nicht die Ausbreitung, wie wir sie jetzt beim neuen Coronavirus beobachten. Die früheren Epidemien haben das Gesundheitssystem nicht an seine logistischen Grenzen gebracht. Das ist

jetzt anders. Man muss verstehen: Praxen sind Wirtschaftsunternehmen, die nur dann funktionieren, wenn sie bereits im Normalbetrieb ausgelastet sind. Im Krisenfall können die Kapazitäten nicht endlos hochgefahren werden. Und anders als bei früheren Epidemien werden die Schutzmaterialien knapp. Der Infektionsschutz darf nicht auf Kosten der Praxen gehen. Es ist eine staatliche Aufgabe, dafür zu sorgen, dass auch im Krisenfall ausreichend Schutzmaterialien vorhanden sind.

Die Schutzausrüstung wird vor allem zur Testung benötigt ...

SCHERER: Ja. Es gibt noch keinen Impfstoff gegen das neue Coronavirus, deshalb ist die Testung von Verdachtsfällen ein ganz entscheidender Bestandteil der Containment-Strategie. Die Testung ist die Voraussetzung dafür, dass man Infektionsketten zurückverfolgen, Kontaktpersonen identifizieren und isolieren kann. Zu Beginn der Epidemie sind viele Patienten in die Praxen gekommen, um sich testen zu lassen. Doch für

die Testung in den Praxen war nicht genug Schutzausrüstung vorhanden. Deshalb war es gut, dass in Hamburg die 116117 zur ersten Anlaufstelle für Verdachtsfälle wurde. Diesbezüglich ist Hamburg sicherlich ein Vorbild. Doch auch ein gut funktionierendes System wie der fahrende Notfalldienst kommt natürlich an seine Grenzen, wenn es 20 mal mehr Anrufe pro Tag gibt als üblich. Die Schutzausrüstung wird nochmals wichtig, wenn man vom Containment auf die Protection übergeht. Man wird nicht alle Hausärzte, die angesteckt sind, bis zum Ende der Epidemie in Quarantäne halten können. Die werden vielleicht mit Maske und Handschuhen weiterbehandeln müssen.

Sind die Verantwortlichkeiten in dieser Krise sinnvoll verteilt?

SCHERER: Ja. Die Testung durch einen Hausbesuchsdienst ist ideal. Auch feste Test-Stationen wären sinnvoll, um die Kapazitäten auszuweiten. Es wäre wohl nicht zielführend, einfach zu sagen: Wir überlassen das Testen den Gesundheitsämtern. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist oftmals nur sehr begrenzt ausgestattet. Ich begrüße es sehr, dass die KV so eng und gut mit

dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammenarbeitet.

Müssen die Abstriche unbedingt von Ärzten vorgenommen werden?

SCHERER: Nein, diese Aufgabe kann auch geschultes medizinisches Per-

"Die Bedrohungslage für Menschen, die nicht zu den Risikogruppen gehören, ist nicht schwerwiegend."

sonal übernehmen. Es wäre schon gut, wenn diese Personen einen medizinischen Background haben – also eine MFA- oder Krankenpflegeausbildung. Bei der Hygiene und dem Handling gibt es einiges zu beachten. Aber nein: Ärzte müssen das nicht sein.

Welche Rolle müssen die Arztpraxen bei der Information besorgter Bürger übernehmen?

SCHERER: Die niedergelassenen Ärzte stehen an vorderster Front, weil sie die Ängste in der Bevölkerung abfedern müssen. Man merkt sehr deutlich: Die Menschen sind völlig verunsichert. Wenn Schulen geschlossen werden und die sozia-

len Kontakte eingeschränkt werden, greift das unmittelbar in das persönliche Leben ein. Viele Menschen befürchten, diese Maßnahmen seien ein Index für die eigene Gefährdung. Sie haben den Eindruck: „Jetzt wird es hochgefährlich für mich persönlich.“ Tatsächlich aber handelt es sich zunächst mal um Public-Health-Maßnahmen: Der Höhepunkt des Infektionsgeschehens soll hinausgezögert und abgeflacht werden, um eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden.

Sind diese Sorgen nicht nachvollziehbar? Die eigene Risikowahrnehmung ist doch völlig anders, wenn Schulen geschlossen und Supermarktregele leergekauft sind.

SCHERER: Dieses Leerkaufen von Supermärkten empfinde ich als aggressiven Akt. Das lässt sich überhaupt nicht in Übereinstimmung bringen mit der medizinischen und epidemiologischen Situation. Richtig ist: Menschen mit Vorerkrankungen und alte Menschen müssen geschützt werden. Es werden einschneidende Maßnahmen ergriffen. Auf allen Ebenen gibt es

Prof. Dr. Martin Scherer



Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

gute und pragmatische Lösungen. Arbeitgeber bieten die Möglichkeit an, ins Home-Office zu gehen. Die KV hat telefonische Krankschreibungen ermöglicht. Aber man sollte sich klarmachen: Es gibt keinen Grund zur Panik. Die Bedrohungslage für Menschen, die nicht zu den Risikogruppen gehören, ist nicht schwerwiegend. Viele der Infizierten haben keine oder nur milde Symptome.

Wie bewerten Sie die Berichterstattung der Publikumsmedien über die Coronavirus-Krise?

SCHERER: Allein die hohe Frequenz von Meldungen und Nach-

richten führt zu Aufgeregtheit und Alarmismus. Und ich ärgere mich schon über den reißerischen Stil einiger Publikumsmedien. Bei einigen Journalisten hat man den Eindruck, dass ihre Storys schon fertig sind, bevor sie überhaupt mit den Experten gesprochen haben. Die brauchen nur noch ein paar passende Zitate – und zack, geht das Ganze raus in die Öffentlichkeit. Ich würde mir da mehr Sorgfalt wünschen. Die DEGAM hat sehr gute Leitlinien und Patienten-Informationen erstellt – doch wir dringen damit nicht durch zu den Patienten.

Wie empfinden Sie die innerärztliche Diskussion?

SCHERER: Naja, es gibt viele Internet-Foren, in denen sich die Ärzte austauschen. Auch da herrscht teilweise große Aufregung. Es werden völlig unzutreffende Zahlen gepostet, alle schimpfen auf die Politik und auf Verantwortliche im Gesundheitssystem. Mir wäre es viel lieber, wenn wir als Gesellschaft in dieser Situation zusammenhalten und ein Gemeinschaftsgefühl entwickeln.

Was muss getan werden, um die richtigen Schlüsse aus dieser Epidemie zu ziehen?

SCHERER: Wenn diese Epidemie vorüber ist, sollten sich alle Akteure zusammensetzen und darüber beraten: Was machen wir, wenn in acht Monaten die nächste Epidemie kommt? Was können wir ändern, um besser gewappnet zu sein? Als Primärbehandler haben die Hausärzte beim Umgang mit einer Epidemie eine Schlüsselrolle. Deshalb wäre sicherlich sinnvoll, auch eine gründliche Aufarbeitung aus Sicht der Hausärzte vorzunehmen. ■

Literatur:
Eisele M, Hansen H, Wagner H-O, von Leitner E, Pohontsch N, Scherer M: Epidemien und Pandemien in der hausärztlichen Praxis. Was können wir aus dem Schweinegrippe (H1N1)- und EHEC – Ausbruch lernen? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 57, 678-693 (2014).

VON DR. ANNEMARIE SCHULTZ

Mehr Patienten, bessere Steuerung

Wie wird der „Arztruf Hamburg“ von den Patienten angenommen? Eine erste Auswertung nach zwei Jahren im Normalbetrieb zeigt: Die Fallzahlen steigen. Und es gibt Hinweise auf eine Entlastung der Krankenhaus-Notaufnahmen.



Im Mai 2018 wurde der „Arztruf Hamburg“ eingeführt – eine Weiterentwicklung des bewährten vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes mit ausdifferenzierten Zusatzangeboten. Grund für diese Reform ist ein Allokationsproblem: Viele Patienten suchen die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf und nehmen eine hochgerüstete Versorgungsstruktur

in Anspruch, obwohl sie keine echten Notfälle sind und im vertragsärztlichen Bereich besser aufgehoben wären. Die Hamburger Bereitschaftsdienstreform soll dazu beitragen, die Notaufnahmen der Krankenhäuser von ambulant behandelbaren Fällen zu entlasten. „Wir müssen versuchen, die Patienten auf die richtige Behandlungsebene zu lenken“, sagte KV-

Chef Walter Plassmann. „Wir wollen die Patienten dort abholen, wo sie die Entscheidung treffen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Und das ist meistens bei ihnen zu Hause.“ Zentraler Bestandteil des neuen Konzepts ist deshalb die Kontaktaufnahme zur „Arztruf Hamburg“-Zentrale über die Telefonnummer 116117. Von dort werden die Patienten an das passende

CORONAVIRUS: ARZTRUF HAMBURG AM LIMIT

Der **Arztruf Hamburg** spielt beim Umgang mit der **Coronavirus-Krise** in Hamburg eine wichtige Rolle. Die Inanspruchnahmen der Telefonberatung und des fahrenden Besuchsdienstes sind stark angestiegen. Obwohl

die Kapazitäten aufgestockt wurden, sind längere Wartezeiten auf einen Rückruf oder einen Arztbesuch unvermeidlich. Diese Krisen-Situation ist in der hier abgedruckten Studie nicht berücksichtigt.

ABB.1 ANGEBOTSSTRUKTUR DES „ARZTRUF HAMBURG“



Angebot weitervermittelt (Abb. 1): eine telefonische Beratung durch einen Arzt, ein Hausbesuch durch den fahrenden Besuchsdienst oder die Versorgung in einer Notfallpraxis in der Nähe. Geht es um einen echten Notfall, stellt die Telefonzentrale sofort zur Rettungsdienstleitstelle 112 durch.

Die Reform konnte auf einem gut funktionierenden Bereitschafts-

dienst-System aufbauen. Den fahrenden Besuchsdienst gibt es seit vielen Jahrzehnten. Neu ist, dass die Notfalldienst-Ärzte ihre Patienten nicht nur außerhalb der Praxisöffnungszeiten, sondern rund um die Uhr besuchen. Auch das Konzept der Notfallpraxen musste nicht erfunden werden. Die Notfallpraxen Altona und Farmsen existieren seit den 1980er Jahren. Im

Zuge der Reform kamen allerdings weitere Notfallpraxen hinzu, die nun direkt an Krankenhäusern betrieben werden. Nur die telefonische Beratung gab es in dieser Form (als eigenständige Leistung) bisher nicht. Insofern handelt es sich beim „Arztruf Hamburg“ eher um eine Ausweitung bewährter Angebote als um ein völlig neues Projekt. →

→ Gut zwei Jahre nach der Einführung des „Arztruf Hamburg“ liegen nun erste Auswertungen zur Inanspruchnahme vor. Daraus lassen sich vor allem zwei Erkenntnisse ableiten:

Erstens: Die Fallzahlen des „Arztruf Hamburg“ sind deutlich angewachsen. Das erweiterte Angebot wird von den Patienten also gut angenommen.

Zweitens: Wir sehen erste Entlastungseffekte an den Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Die chronologische Darstellung (Abb. 2) zeigt: Seit Einführung der erweiterten Dienste stieg die Zahl der in der „Arztruf-Hamburg“-Telefonzentrale eingehenden Anrufe im Monatsvergleich um durchschnittlich 20 Prozent an. Das weist darauf hin, dass immer mehr Menschen, den „Arztruf Hamburg“ kennen und ihn kontaktieren.

Wenn es um Leben und Tod gehen könnte, stellen die Mitarbeiter der „Arztruf Hamburg“-Telefonzentrale sofort durch zur 112. Doch die „Arztruf-Hamburg“-Telefonzentrale übernimmt auch unspektakuläre soziale Aufgaben, indem sie den Anrufern hilft, sich im Gesundheitssystem zu recht zu finden. Zu diesen „sonstigen Beratungsanlässen“ gehört beispielsweise die Weitergabe von Informationen über den zahnärztlichen Notdienst oder den Apothekennotdienst.

Bei den meisten Anrufern handelt es sich allerdings um Personen, die vom „Arztruf Hamburg“ in eines der medizinischen Angebote gesteuert werden.

Das Patientenaufkommen in den verschiedenen Versorgungsebenen des „Arztruf Hamburg“ ist seit dessen Einführung angestiegen (Abb. 3). Zuletzt im Vergleich des vierten Quar-

ABB. 2 MONATLICHES ANRUFAUFKOMMEN SEIT EINFÜHRUNG DES ARZTRUF HAMBURG

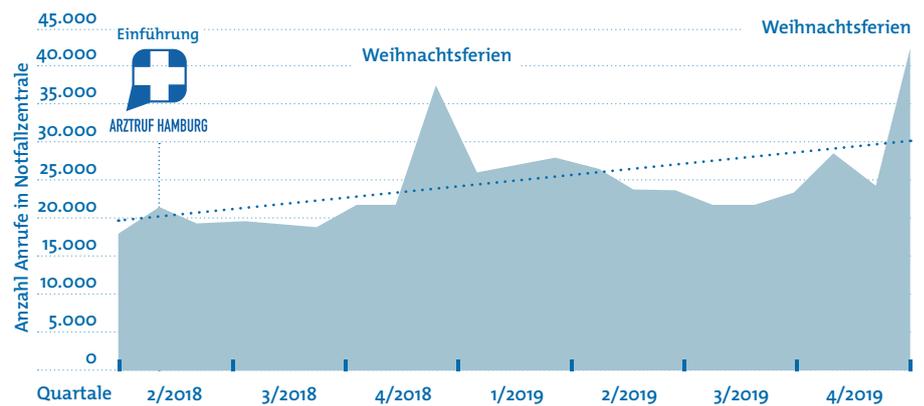
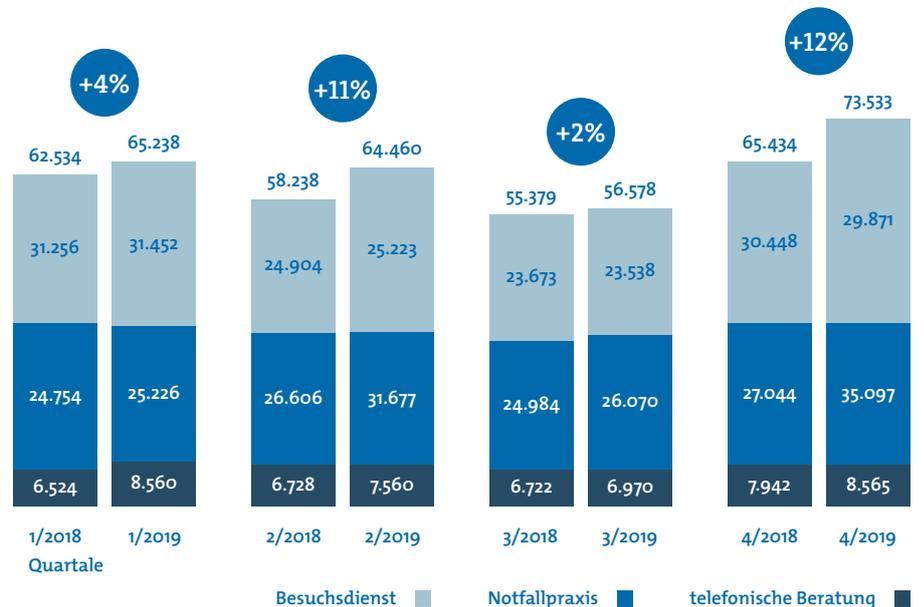


ABB. 3 ANZAHL PATIENTEN IN DEN VERSORGUNGSEBENEN DES ARZTRUF HAMBURG



KRANKENHAUSGESELLSCHAFT LOBT ARZTRUF HAMBURG

Die Hamburgische Krankenhausgesellschaft **begrüßt die Initiative „Arztruf Hamburg“**. Patienten steht damit ein einfacher, sofort zugänglicher Baustein der Notfallversorgung zur Verfügung. Der „Arztruf Hamburg“ trägt dazu bei, die Patienten besser in die für ihr Krankheitsbild passende Versorgung zu lenken. Besuche einer Notfallpraxis oder einer Notaufnahme können bestenfalls sogar überflüssig werden,

da wesentliche Fragen zur Dringlichkeit des Krankheitsbildes und erste Behandlungsmöglichkeiten telefonisch geklärt werden können. Bei vielen Krankheitsbildern kann ein Patient nicht einschätzen, wie schwerwiegend sein medizinisches Problem tatsächlich ist. **Daher sind alle fachlich qualifizierten und steuernden Anlaufpunkte für Patienten zu begrüßen, die zu einer zielgerichteteren Inanspruchnahme des medizinischen Sys-**

tems führen. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser können von leichten Fällen entlastet werden und sich besser auf schwerkranke Patienten konzentrieren. **Wir wünschen uns den Ausbau und die Weiterentwicklung des „Arztrufes Hamburg“.**



DR. CLAUDIA BRASE,
Geschäftsführerin der
Hamburgischen Kran-
kenhausgesellschaft

tals 2019 mit dem entsprechenden Vorjahresquartal um 12 Prozent.

Eine Stichprobenanalyse sowie Auswertung der Daten aus dem Einsatzleitsystem des „Arztruf Hamburg“ ergab, dass etwa 17 Prozent der Anrufer an die telefonische Beratung durch einen Arzt vermittelt werden. Im Mittel wartet ein Patient weniger als 30 Minuten auf einen Rückruf. In dringenden Fällen sind es sogar nur sechs Minuten. Als dringend werden Fälle eingestuft, wenn rasch eine ärzt-

liche Voreinschätzung am Telefon durchgeführt werden muss oder der Patient unverhältnismäßig besorgt ist und durch einen Arzt beruhigt werden kann. Die Zahl der telefonischen Beratungen ist nach Einführung des „Arztruf Hamburg“ um 31 Prozent gestiegen (Vergleich Quartal 1/2019 zum Vorjahresquartal).

Der größte Anteil der Anrufer (etwa 60 Prozent) wird an den Besuchsdienst vermittelt. Die Wartezeit bis zum Eintreffen des Arztes beträgt

im Mittel 60 Minuten. In dringenden Fällen ist der Arzt in weniger als 20 Minuten beim Patienten. Als dringend wird beispielsweise eingestuft, wenn z.B. akute Atembeschwerden vorliegen oder wenn der Patient starke Schmerzen hat.

Etwa 8 Prozent der Anrufer erhalten von den Mitarbeitern der Notfallzentrale die Empfehlung, eine nahegelegene Notfallpraxis aufzusuchen. Viele Patienten der Notfallpraxen kennen diese bereits und gehen oder fahren von sich aus dorthin. Eine Patientenbefragung in den Notfallpraxen der KV Hamburg ergab, dass die Patienten insbesondere die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der Notfallpraxen schätzen. „Die Wartezeiten sind gering – selbst wenn es voll ist. Außerdem ist das Personal auch bei großem Andrang sehr freundlich“, so eine befragte Patientin. Seit Einführung des „Arztruf Hamburg“ sind – zusätzlich zu den alteingesessenen Notfallpraxen in Altona und Farmsen – Notfallpraxen am Asklepios Klinikum Harburg, am Kranken- →



Versorgung in der Notfallpraxis Altona: Dr. Hans-Werner Wozny mit Patient

→ haus Reinbek und am UKE eröffnet worden – siehe Abb. 4. (Eine weitere Notfallpraxis gibt es am Asklepios Klinikum Nord Heidberg, doch diese wird von der KV Schleswig-Holstein betrieben und ist deshalb in unsere Auswertung nicht mit einbezogen.)

Das monatliche Fallaufkommen in unseren Notfallpraxen ist seit vor der Einführung des „Arztruf Hamburg“ im Mai 2018 stark angewachsen (Abb. 5). Der Vergleich der stark frequentierten Dezembermonate 2017 vor der Einführung des „Arztruf Hamburg“ und Dezember 2019 zeigt einen Anstieg des Patientenaufkommens um 44 Prozent. Den mit Abstand größten Anteil der in den Notfallpraxen der KV Hamburg versorgten Fälle übernehmen die alteingesessenen Praxen in Altona und Farmsen.

Allerdings sind die Fallzahlen im ambulanten Notfalldienst insgesamt angestiegen (siehe Abb. 6). Zum ambulanten Notfalldienst zählen die Fälle des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (Telefonberatung, Besuchsdienst und Notfallpraxen des „Arztruf Hamburg“ sowie ambulante Notfall-Behandlungen niedergelassener Ärzte) und die Fälle der Krankenhaus-Notaufnahmen. Eine Auswertung von Abrechnungsdaten nach dem Quartal der Abrechnung zeigt, dass die Inanspruchnahme der Krankenhaus-Notaufnahmen seit dem dritten Quartal 2017 mit -1 Prozent leicht gesunken ist (statistisch nicht signifikant, $p = .19885$). Der ambulante Bereitschaftsdienst indes erlebte im gleichen Zeitraum einen signifikanten Inanspruchnahme-Anstieg von insgesamt 23 Prozent ($p = .00011$). Die Änderungsraten wurden anhand des gleitenden Durchschnitts (GD) berechnet.

ABB.4 NOTFALLPRAXEN IN HAMBURG



ABB.5 FALLAUFKOMMEN IN DEN NOTFALLPRAXEN

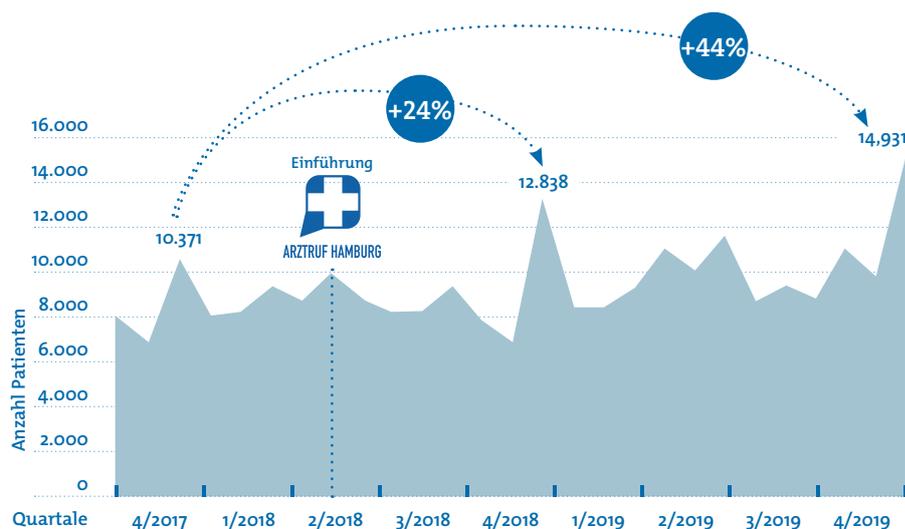


ABB.6 INANSPRUCHNAHME-ANSTIEG IM AMBULANTEN NOTFALLDIENST

- Anstieg im ambulanten Notfalldienst insgesamt
- leichter Rückgang in den Krankenaus-Notaufnahmen
- deutlicher Anstieg im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst

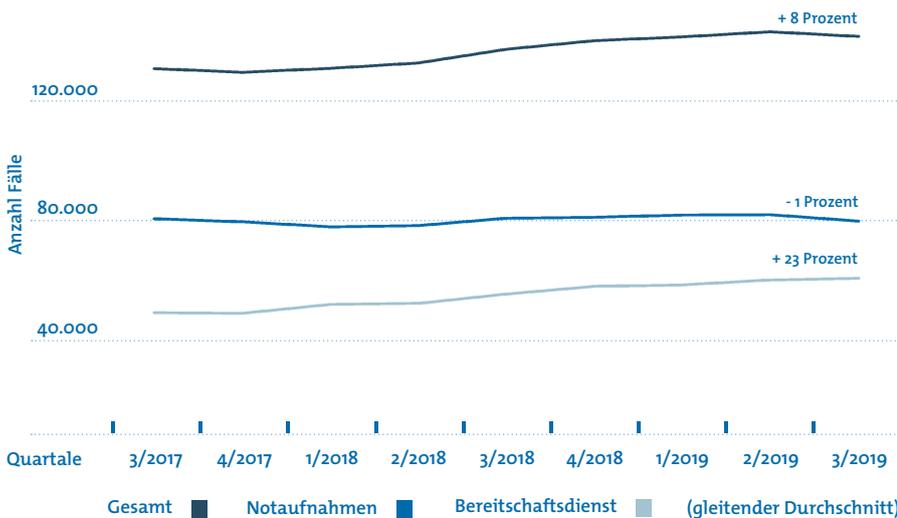
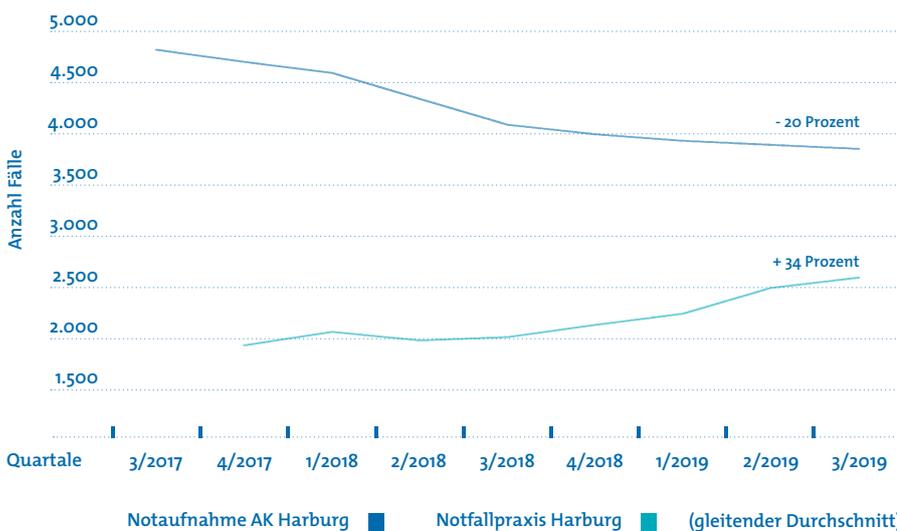


ABB.7 FALLZAHLEN: WECHSELWIRKUNG ZWISCHEN NOTFALLPRAXIS UND NOTAUFNAHME IN HARBURG



Eine Wechselwirkung zwischen Krankenhaus-Notaufnahme und vertragsärztlichem Bereitschaftsdienst lässt sich am besten am Standort Harburg beobachten (Abb. 7). Die Notfallpraxis Harburg war die erste Notfallpraxis, die auf dem Gelände eines Krankenhauses eröffnet wurde – womit eine direkte räumliche Nähe zwischen beiden Einrichtungen hergestellt wurde. Ein Patient, der auf das Gelände kommt, kann sich entweder selber zwischen der Notfallpraxis und der Krankenhaus-Notaufnahme entscheiden oder wird am Tresen in das passende medizinische Angebot gesteuert.

Nach Eröffnung der Notfallpraxis am Standort Harburg wurde die Krankenhaus-Notaufnahme entlastet: Erste Auswertungen zeigen, dass die Inanspruchnahme der Notaufnahme durch die Patienten zurückging, während die Inanspruchnahme der Notfallpraxis anstieg (Abb. 7). Derzeit werden schon 40 Prozent der ambulanten Notfälle am Standort Harburg in der Notfallpraxis versorgt. Entsprechende Entlastungseffekte der Notaufnahmen durch die neuen Notfallpraxen erwarten wir auch an den Standorten am Krankenhaus Reinbek und am UKE.

Das Konzept des „Arztruf Hamburg“ hat vieles vorweggenommen, was nun auch im Entwurf des Gesetzes zur Reformierung der Notfallversorgung von Gesundheitsminister Jens Spahn gefordert wird. Sollte das Gesetz in dieser Form verabschiedet werden, wäre Hamburg gut vorbereitet. ■

DR. ANNEMARIE SCHULTZ

Stabsstelle der Geschäftsführung
Organisationsentwicklung und
Projektmanagement

PATIENTENMERKMALE: WER NIMMT DEN „ARZTRUF HAMBURG“ IN ANSPRUCH?

Etwa ein Viertel der Patienten nutzen den „Arztruf Hamburg“ mehrfach im Jahr – das ist eines der Ergebnisse einer Auswertung von Abrechnungsdaten und der Daten aus dem Einsatzleitsystem der „Arztruf Hamburg“-Telefonzentrale.

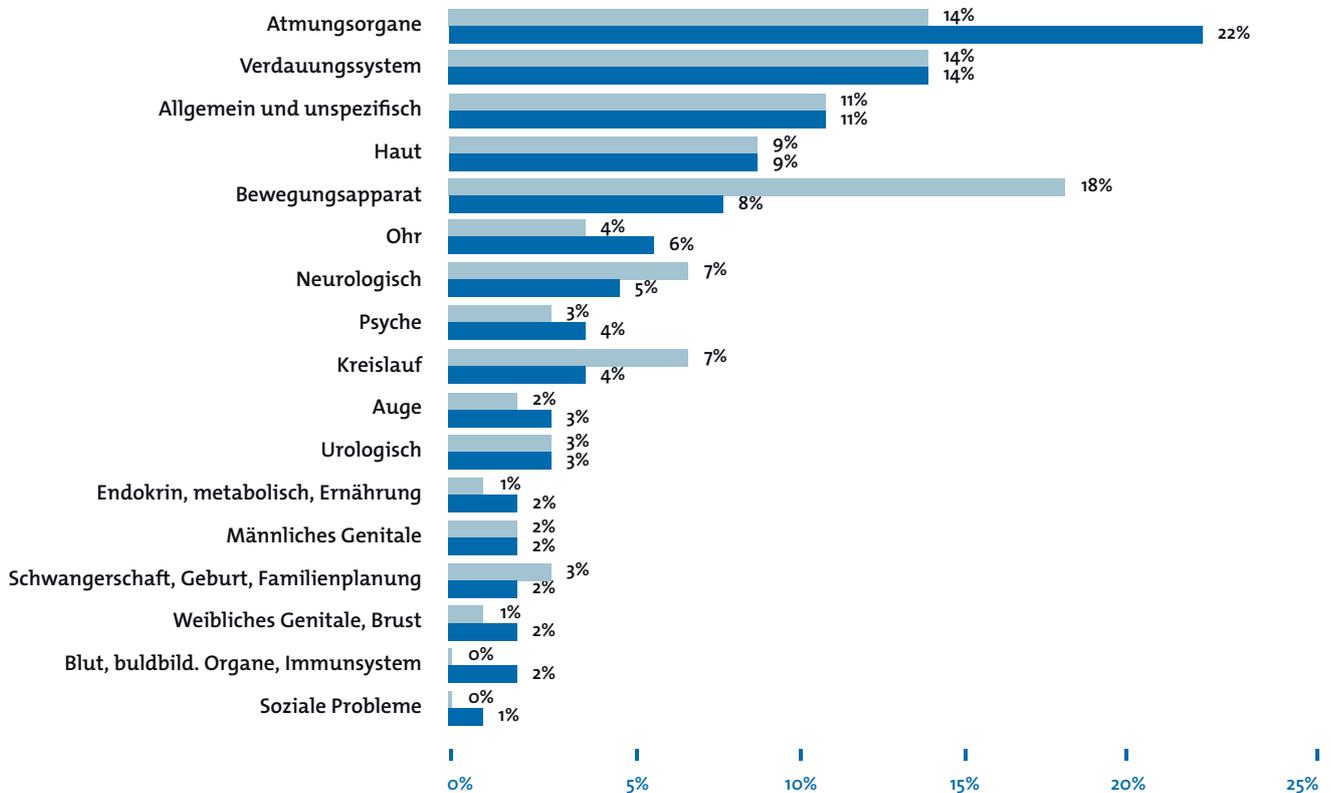
Der „Arztruf Hamburg“ hat den Anspruch, **für ganz unterschiedliche Patientengruppen passende Angebote zu machen** und den Patienten „dort abzuholen, wo er sich befindet“. Hinweise darauf, dass das gelingt, gibt die Altersverteilung in den verschiedenen Versorgungsebenen. So sind in den Notfallpra-

xen sowohl Kinder (38 Prozent) als auch Erwachsene zwischen 20 und 59 Jahren (51 Prozent) stärker vertreten – also jene Gruppen, die durchschnittlich mobiler sind und sich auf den Weg zum Arzt machen können. Ältere Menschen ab 60 Jahren hingegen suchen die Notfallpraxen seltener auf (11 Prozent), sondern nehmen eher die telefonische Beratung und den Besuchsdienst in Anspruch (44 Prozent).

Auch zwischen dem ambulanten Bereitschaftsdienst und den Notaufnahmen der Krankenhäuser scheint sich eine sinnvolle Arbeitsteilung entwickelt zu

haben. Hinweise darauf gibt eine Auswertung der Beratungsanlässe nach der International Classification of Primary Care (ICPC-2).

Während Patienten den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst öfter mit Infektionen der oberen Atemwege aufsuchen, sind unter den ambulanten Behandlungsfällen der Notaufnahmen Behandlungen am „Bewegungsapparat“ häufig, insbesondere aufgrund von Verletzungen wie zum Beispiel Verstauchungen oder Zerrungen am Sprunggelenk sowie lumbalen Rückenbeschwerden.



Notfallpraxen in Hamburg

Übersicht zu Öffnungszeiten, versorgenden Fachgruppen, Besonderheiten



NOTFALLPRAXIS ALTONA

Stresemannstraße 54 / 22769 Hamburg

Mo, Di, Do, Fr: 19 - 24 Uhr

Mi: 13 - 24 Uhr

Sa, So, Feiertage: 7 - 24 Uhr

Allgemeinärzte / Internisten
Kinderärzte (Rufbereitschaft)

Unfallchirurgen / Orthopäden (Rufbereitschaft)

HNO-Ärzte (Rufbereitschaft)

Augenärzte (Rufbereitschaft)

Röntgen ist bei entsprechender medizinischer Indikation hier möglich



NOTFALLPRAXIS HARBURG

Eißendorfer Pferdeweg 52 / 21075 Hamburg

Mo, Di, Do: 18 - 24 Uhr

Mi: 13 - 24 Uhr

Fr: 17 - 24 Uhr

Sa, So, Feiertage: 8 - 24 Uhr

Allgemeinmediziner / Internisten

ANLAUFPRAXIS DER KV SCHLESWIG-HOLSTEIN AM ASKLEPIOS KLINIKUM NORD HEIDBERG

Tangstedter Landstraße 400 / 22417 Hamburg

Mo, Di, Do: 19 - 22 Uhr

Mi, Fr: 17 - 22 Uhr

Sa, So, Feiertage: 10 - 22 Uhr

Allgemeinmediziner / Internisten

KINDERÄRZTLICHER NOTFALLDIENST

ALTONAER

KINDERKRANKENHAUS

Bleickenallee 38 / 22763 Hamburg-Altona

Sa, So, Feiertage: 10 - 18 Uhr

Kinderärzte

ASKLEPIOS

KLINIK NORD - HEIDBERG

Tangstedter Landstr. 400 / 22417 Hamburg-Langenhorn

Sa, So, Feiertage: 10 - 18 Uhr

Kinderärzte

HELIOS MARIAHILF KLINIK

Stader Straße 203 c / 21075 Hamburg-Harburg

Sa, So, Feiertage: 10 - 17 Uhr

Kinderärzte

KINDERKRANKENHAUS WILHELMSTIFT

Liliencronstraße 130 / 22149 Hamburg-Rahlstedt

Sa, So, Feiertage: 10 - 18 Uhr

Kinderärzte



NOTFALLPRAXIS FARMSEN

Berner Heerweg 124 / 22159 Hamburg

Mo, Di, Do, Fr: 19 - 24 Uhr

Mi: 13 - 24 Uhr

Sa, So, Feiertage: 7 - 24 Uhr

Allgemeinärzte / Internisten
Kinderärzte (Rufbereitschaft)

Unfallchirurgen / Orthopäden (Rufbereitschaft)

HNO-Ärzte (Rufbereitschaft)

Augenärzte (Rufbereitschaft)

Röntgen ist bei entsprechender medizinischer Indikation hier möglich



NOTFALLPRAXIS REINBEK

Hamburger Straße 41 / 21465 Reinbek

Mo, Di, Do, Fr: 19 - 24 Uhr

Mi: 13 - 24 Uhr

Sa, So, Feiertage: 10 - 24 Uhr

Allgemeinmediziner / Internisten



NOTFALLPRAXIS AM UKE

Martinstraße 52 / 20246 Hamburg

Mo, Di, Mi, Do: 18 - 24 Uhr

Fr: 17 - 24 Uhr

Sa, So, Feiertage: 8 - 24 Uhr

Allgemeinmediziner / Internisten

Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.

Infocenter Tel: 22802-900

AUFNAHMESTOPP

Ich bin Hausärztin. Aus Kapazitätsgründen können wir derzeit keine neuen Patienten mehr aufnehmen. Dürfen wir hilfeschende Patienten an den fahrenden Notdienst verweisen?

Nein. Der ärztliche Bereitschaftsdienst garantiert die ambulante, vertragsärztliche Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten für Patienten, die dringende ärztliche Hilfe benötigen. Er ist für Patienten gedacht, die nicht lebensbedrohlich erkrankt sind, aber mit ihren Beschwerden auch nicht bis zur nächsten Sprechstunde warten können.

Die Patientenberatung der KV Hamburg (Tel: 20 22 99 222) bietet Patienten eine kompetente und unabhängige Beratung zu sämtlichen Themen des Gesundheitswesens. Sie unterstützt auch bei der qualifizierten Arztsuche. Patienten können zudem über die Webadresse www.116117.de oder über die [116117.app](https://www.116117.app) freie Termine bei Ärzten und Psychotherapeuten vereinbaren.

Hausarzttermine können ohne Vermittlungscode durch den Patienten direkt vereinbart werden.

HAUSBESUCHE

Ich bin Facharzt für Augenheilkunde. Ein Patient reagierte heute sehr ungehalten am Telefon, als mein Praxispersonal ihm mitteilte, dass wir prinzipiell keine Hausbesuche durchführen. Bin ich als Facharzt davon befreit, Hausbesuche durchzuführen?

Nein, auch Sie als Facharzt sind nach § 17 BMV-Ä zur Durchführung von Hausbesuchen verpflichtet, wenn bei einem von Ihnen behandelten Patienten wegen einer Erkrankung aus Ihrem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist oder wenn Sie beratend zu einer Behandlung hinzugezogen werden und danach weitere Besuche durch Sie erforderlich sind.

Ihre Verpflichtung zum Hausbesuch kann entfallen, wenn Sie wegen wichtiger Pflichten (wie anderen unaufschiebbaren Behandlungen) nicht abkömmlich sind. Ein volles Wartezimmer zählt hierzu jedoch nicht.



هل أنت مريض امريضة...
والعيادة الطبية مغلقة؟
أفأى مدينا طليبيج دالو في العيطة،
سوا كتر في الليل أو عطلة نهاية الاسبوع؟

الدعوى الطليبي
عبر الهاتف
116117

مستشار الطليبيج الطبية وخدمات المرضى (مستشار)
مستشار الطليبيج الطبية وخدمات المرضى (مستشار)

KRANK ... UND PRAXIS ZU?

Hamburgs Ärzte sind immer für Sie da, auch nachts und am Wochenende!

KRANK ... UND PRAXIS ZU?

Hamburgs Ärzte sind immer für Sie da, auch nachts und am Wochenende!

Dr. Steffen Heineke
Dr. Harald Bouhassan
Dr. Ines Bieding
Dr. Barbara Bredow
Dr. Veronika Mücke

116117 Ärztliche Hilfe. Immer.

ZU JEDER TAGES- UND NACHTZEIT
Kostenfreie Soforthilfe für gesetzlich Versicherte.
+ Telefonische Beratung durch einen Arzt
+ Hausbesuch durch einen Arzt
+ Versorgung in einer Notfallpraxis
www.arztruf-hamburg.de

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassennärztlichen Vereinigung Hamburg

7 Ärztliche Hilfe. Immer.

FEIERTAGE UND BRÜCKENTAGE

Dürfen wir an Feiertagen auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst verweisen? Gibt es speziell für Brückentage eine zusätzliche Kulanzregelung?

Ja, an gesetzlichen Feiertagen darf auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst verwiesen werden. Brückentage (also Werktage zwischen den Feiertagen) gelten jedoch als normale Werktage, für die die vertragsärztliche Präsenz- und Sprechstundenpflicht gilt. Ein Verweis auf den fahrenden Notdienst ist an Brückentagen daher nicht zulässig. Bei Abwesenheit ist hier in geeigneter Weise (Anrufbeantworter, Aushang, etc.) auf einen Vertreter zu verweisen.

INFOMATERIAL ZUM „ARZTRUF HAMBURG“

Wo finden wir auf der KV-Hamburg-Homepage Infomaterial zum „Arztruf Hamburg“?

Auf unserer Homepage (www.kvhh.net) finden Sie unter „Formulare & Infomaterial“ → „Arztruf Infomaterial“ ein Formular, mit dem Sie Wartezimmerplakate, Flyer, Postkarten und Visitenkarten bestellen können.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Bestellformular an die Faxnummer 040 / 22 80 2 - 420 oder per Post an: KV Hamburg / Abteilung Öffentlichkeitsarbeit, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg. Sie können auch eine formlose E-Mail schreiben an: oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de. Der Versand des Infomaterials ist für Sie kostenfrei.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Antonia Schmidt-Lubda, Petra Timmann, Susanne Tessmer, Katja Egbers

Masernschutzgesetz: Infoblätter für Praxen und Patienten

Seit 1. März 2020 ist das Masernschutzgesetz in Kraft. Mit einer Impfpflicht gegen Masern soll die Impfquote erhöht und mittelfristig eine Elimination dieser Infektionskrankheit in Deutschland erreicht werden. Die KBV hat hierzu Informationsblätter für Praxen und Patienten erstellt.

Nachweispflicht für Menschen in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen

Menschen in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen müssen künftig nachweisen, dass sie über einen ausreichenden Impfschutz verfügen. Dazu zählen unter anderem Kinder und Personal in Kitas und Schulen, Bewohner und Angestellte in Asylbewerber- und Flüchtlingsunterkünften sowie Mitarbeitende in medizinischen Einrichtungen wie Arztpraxen, ambulanten Pflegediensten oder Krankenhäusern.

Ohne ausreichenden Masernschutz dürfen Kinder nicht in Kitas aufgenommen werden und Erwachsene nicht in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen arbeiten. Die Impfpflicht gilt allerdings nur für Personen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind.

Praxispersonal muss Masernschutz nachweisen

Das Praxispersonal muss einen vollständigen Impfschutz nach den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beziehungsweise eine Immunität gegen Masern nachweisen – unabhängig davon, ob ein direkter Patientenkontakt besteht oder nicht. Die STIKO empfiehlt seit Januar 2020 bei einer beruflichen Indikation eine zweimalige Impfung. Bisher wurde eine Impfung empfohlen.

Übergangsfrist für den Nachweis bis 31. Juli 2021

Praxispersonal, das ab dem 1. März eingestellt wird, muss den Nachweis beispielsweise durch den Impfausweis oder ein ärztliches Attest direkt erbringen. Für Mitarbeitende, die bereits länger beschäftigt sind, endet die Frist, innerhalb der der Nachweis erbracht beziehungsweise die Impfung durchgeführt werden muss, erst am 31. Juli 2021.

Diese Übergangsregelung gilt auch für andere betroffene Berufsgruppen sowie für Kinder, die bereits in eine Kita und Schulen gehen.

Bestimmung des Impftiters keine GKV-Leistung

Bei Unklarheiten über den Impfstatus kann eine Titer-Bestimmung Auskunft geben. In diesem Zusammenhang ist die Bestimmung des Impftiters für Masern allerdings keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und muss vom Patienten privat bezahlt werden.

Jeder Arzt darf fachübergreifend impfen

Neben der Impfpflicht enthält das Masernschutzgesetz weitere Änderungen. Seit März ist jeder Arzt unabhängig von seinem Fachgebiet zur Durchführung von allen von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen berechtigt (nicht nur Masern-Schutzimpfung). Beispielsweise



dürfen Frauenärzte nicht nur die Patientin, sondern auch deren Partner impfen und Pädiater auch die Eltern der Kinder und Jugendlichen.

Des Weiteren darf neben dem Gesundheitsamt jeder Arzt – also nicht nur der die Impfung durchführende Arzt – Schutzimpfungen in einen Impfausweis oder einer Impfbescheinigung nachtragen. Voraussetzung ist, dass der Patient die Impfung nachweist. Darüber hinaus ist in der Impfdokumentation wie bisher verpflichtend über notwendige Folge- und Auffrischimpfungen mit Terminvorschlägen zu informieren, sodass der Versicherte diese rechtzeitig wahrnehmen kann.

MMR-Impfstoff wird empfohlen

Gemäß STIKO-Empfehlung soll zur Impfung vorzugsweise ein Kombinationsimpfstoff gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR) verwendet werden. In Deutschland gibt es derzeit keinen zugelassenen monovalenten Masernimpfstoff.

Infomaterial für Praxen und Patienten

Welche Änderungen das Gesetz für Arztpraxen mit sich bringt, hat die KBV in einer Praxisinformation zusammengefasst: www.kbv.de → **Mediathek** → **Publikationen** → **Praxisinformationen** → „Praxisinfo: Masern-Schutzimpfung - Was sich ab 1. März 2020 in der Praxis ändert“

Außerdem hat die KBV ein Patienten-Infoblatt zum Masernschutzgesetz erarbeitet,

SCHUTZIMPFUNG GEGEN MASERN INFORMATIONEN ZUR IMPFPFLICHT

INFORMATION FÜR UNSERE PATIENTEN

Liebe Patientin, lieber Patient, ab dem 1. März 2020 gilt in Deutschland das Masernschutzgesetz. Es soll unter anderem Kinder besser vor Masern schützen. Das Gesetz sieht vor, dass Kinder, die neu in die Kita oder die Schule eintreten, gegen Masern geimpft sind. In Kindertagesstätten dürfen Kinder ansonsten nicht aufgenommen werden.

Die gesetzlichen Vorgaben orientieren sich an den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts. Alle Personen, die mindestens ein Jahr alt sind, müssen eine Masern-Schutzimpfung oder eine Masern-Immunität aufweisen. Alle Personen, die mindestens zwei Jahre alt sind, müssen zwei Masern-Schutzimpfungen oder eine ausreichende Immunität gegen Masern aufweisen.

ELTERN MÜSSEN IMPFUNG IHRER KINDER NACHWEISEN

Eltern müssen die Impfung beziehungsweise die Masern-Immunität ihrer Kinder anhand eines entsprechenden Nachweises belegen können. Der Nachweis kann erbracht werden durch:

- ▶ den Impfausweis,
- ▶ das gelbe Kinderunternachschubstift oder
- ▶ bei bereits erlittener Krankheit durch ein ärztliches Attest.

Für Kinder, die im März bereits in einer Kita oder in einer Schule sind, gilt eine Übergangsfrist. Für sie müssen Eltern die Impfung bis zum 31. Juli 2021 nachweisen. Verstöße gelten künftig als Ordnungswidrigkeit, für die ein Bußgeld verhängt werden kann. Auch die Leitungen von Kindertagesstätten müssen mit einer Geduld nachsehen, wenn sie nicht geimpfte Kinder aufnehmen. Ausnahmen von der Impfpflicht sieht das Gesetz für Kinder unter einem Jahr vor und für Menschen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können.



IMPFPFLICHT GILT AUCH FÜR VIELE BESCHÄFTIGTE

Die Impfpflicht gilt nicht nur für Kinder, sondern auch für nach 1970 geborene Personen, die in Kitas, Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten. Genauso für Tagesmütter und Personal in medizinischen Einrichtungen sowie für Bewohner und Mitarbeitende in Asylbewerber- und Flüchtlingsunterkünften. Wer keinen Nachweis über einen Impfschutz gemäß den STIKO-Empfehlungen erbringen kann, darf keine Arbeit in Gemeinschafts- oder Gesundheitseinrichtungen aufnehmen.



MASERN-SCHUTZIMPFUNG WAS SICH AB 1. MÄRZ 2020 IN DER PRAXIS ÄNDERT

Zum 1. März 2020 tritt das Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention – kurz Masernschutzgesetz – in Kraft. Mit einer Impfpflicht gegen Masern für Menschen in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen soll die Impfquote erhöht und mittelfristig eine Elimination der Masern in Deutschland erreicht werden. Eltern müssen dann beispielsweise vor Aufnahme ihres Kindes in eine Kita oder Schule nachweisen, dass es gegen Masern geimpft ist.

Die Nachweispflicht über einen ausreichenden Impfschutz oder über eine Immunität gegen Masern gilt für

- ▶ Kinder in Kitas und Schulen
- ▶ Mitarbeitende in Kitas, Schulen oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen
- ▶ Tagesmütter
- ▶ Bewohner und Mitarbeitende in Asylbewerber- und Flüchtlingsunterkünften
- ▶ Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen wie Arztpraxen, ambulanten Pflegediensten oder Krankenhäusern

Ohne ausreichenden Masernschutz dürfen Kinder nicht in Kitas aufgenommen werden und Personal nicht in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen arbeiten. Die Impfpflicht gilt nur für Personen, die nach dem 31. Dezember 1970 geboren sind.

In Deutschland sind nach wie vor zu wenig Menschen gegen Masern geimpft; es gibt immer noch Impflücken in allen Altersgruppen. Die bundesweite Impfquote für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene zweite Masernimpfung bei Kindern im Alter von zwei Jahren liegt nur bei knapp 74 Prozent. Um die Masern zu eliminieren, sind mindestens 95 Prozent notwendig. 2019 wurden nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) in Deutschland über 500 Masernfälle gemeldet.

Welche Änderungen das Masernschutzgesetz für Vertragsärzte im Detail mit sich bringt, fasst diese Praxisinformation zusammen. Darüber hinaus bietet die PraxisInfo allgemeine Informationen zur Masernschutzimpfung, wie die aktuellen STIKO-Empfehlungen oder Informationen zur Meldepflicht.

DIE NEUERLUNGEN AB 1. MÄRZ IM ÜBERBLICK

- ▶ **Praxispersonal muss Masernimpfung nachweisen**
Medizinisches Praxispersonal, das ab dem 1. März eingestellt wird, muss einen ausreichenden Impfschutz gemäß der STIKO-Empfehlungen beziehungsweise eine Immunität gegen Masern nachweisen, beispielsweise durch den Impfausweis oder ein ärztliches Attest.
- ▶ **Für Mitarbeitende, die bereits vor dem 1. März 2020 in der Praxis beschäftigt sind, gilt eine Übergangsfrist für den Nachweis bis zum 31. Juli 2021.**

Seite 1 von 4 / KBV PraxisInfo Masern-Schutzimpfung / Februar 2020

Impfpflicht gegen Masern ab 1. März 2020

Alle nach 1970 Geborenen müssen Impfpflicht nachweisen

PraxisInfo

das Ärzte im Wartezimmer auslegen oder bei Bedarf Patienten aushändigen können: www.kbv.de → **Mediathek** → **Publikationen** → **Patienteninformationen** → **Patienteninformationen zur Prävention** → „**Patienteninformation: Schutzimpfung gegen Masern - Informationen zur Impfpflicht**“

Umfassende Informationen, Fragen und Antworten sowie Merkblätter zum Masernschutzgesetz bietet darüber hinaus eine Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: www.masernschutz.de

Ansprechpartner:
Abteilung
Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572

Corona: Abrechnung

Leistungen, die wegen einer Covid-19-Infektion oder wegen des Verdachts auf eine Infektion erforderlich sind, werden extrabudgetär bezahlt. Die Fälle sind mit der GOP 88240 zu kennzeichnen. Bitte denken Sie auch an die korrekte Codierung U07.1! mit dem entsprechenden Zusatz für Verdachtsdiagnose (V), Ausschlussdiagnose (A) oder gesicherte Diagnose (G). ■

Krankschreibung ohne Praxisbesuch möglich

Patienten mit einer leichten Erkrankung der oberen Atemwege müssen wegen der bloßen Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit nicht extra in die Praxis kommen. Voraussetzung für dieses Verfahren ist, dass der Patient

- keine schwere Symptomatik aufweist und
- nicht die Kriterien des Robert Koch-Instituts für einen Verdacht auf eine Infektion mit Covid-19 erfüllt.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann der Arzt nach telefonischer Anamnese eine

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für bis zu sieben Tage ausstellen und dem Patienten per Post zusenden.

Ist der Patient unbekannt und war noch nicht in der Praxis, erfragt das Praxispersonal am Telefon die Versichertendaten und pflegt sie händisch ein. Für die telefonische Inanspruchnahme kann die Praxis – sofern der Patient im Quartal noch nicht in der Praxis war – die GOP 01435 ansetzen, für den Briefversand die Kostenpauschale GOP 40122. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900



**Aktuelle Informationen zur
Coronavirus-Krise**

Bitte besuchen Sie mindestens einmal täglich die Website der KV Hamburg: www.kvhh.de

Vertragsärzte können sich nur von Kollegen mit Weiterbildung vertreten lassen

Darf ein Arzt in Weiterbildung den Praxischef vertreten, wenn dieser in den Urlaub fährt? Diese Frage wird immer wieder dem Arztregistrar gestellt. Antwort: Nein. Nach den gesetzlichen Vorgaben kann sich ein Vertragsarzt nur von einem Kollegen vertreten lassen, der bereits die entsprechende Weiterbildung abgeschlossen hat. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900

Auflichtmikroskopie wird Bestandteil des Hautkrebsscreenings

Die Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie gehört ab 1. April 2020 zum fakultativen Leistungsinhalt der Hautkreb-Früherkennungsuntersuchung (GOP 01745 und 01746 EBM). Die Berechnung der beiden Leistungen ist nur noch möglich, wenn ein Auflichtmikroskop/Dermatoskop in der Praxis vorhanden ist. Die Bewertung der Leistungen erhöht sich um jeweils 39 Punkte.

Damit darf die Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie den GKV-Versicherten nicht mehr privat in Rechnung gestellt werden, wenn das Hautkrebsscreening nach GOP 01745 beziehungsweise 01746 EBM abgerechnet wird. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900



Anpassung der Abrechnungsvoraussetzungen im DMP Asthma/COPD

Mit Wirkung ab 1. April 2020 können Ärzte zur Erlangung einer Abrechnungsgenehmigung für die Gesprächsleistungen zur Tabakentwöhnung (GOP 99438 A und GOP 99938 C) als Nachweis ihrer Qualifikation neben der „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundes-

ärztekammer oder dem Curriculum „Change-Talk zur Tabakentwöhnung“ auch vergleichbare Zertifikate bei der KV Hamburg vorlegen, aus denen sich eine Qualifikation zum Thema „Motivational- Interviewing-Technik“ / „Motivierende Gesprächsführung“ ergibt. ■

Der Vertragstext ist im Internet eingestellt unter: www.kvhh.de → Recht & Verträge → Verträge → D → DMP

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900

Homöopathie-Verträge mit IKK classic und Securvita

Mit Wirkung ab 1. April 2020 wurden in den beiden Verträgen zur Versorgung mit klassischer Homöopathie jeweils alle Vergütungen insgesamt erhöht und eine Kennzeichnung für alle GOP vereinbart. Für den Vertrag mit der Securvita-Krankenkasse wurde zudem ein neues Teilnahmeformular für Versicherte vereinbart. ■

Die vollständigen Vertragstexte sind im Internet eingestellt unter: www.kvhh.de → Recht & Verträge → Verträge → H → Homöopathie

Das Teilnahmeformular für Versicherte ist eingestellt unter: www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich

Beitritt der KKH zum DAK-Vertrag Hypertonie-Begleiterkrankung

Die KKH ist mit Wirkung zum 1. April 2020 dem DAK-Vertrag Hypertonie-Begleiterkrankung beigetreten. Für die Teilnahme am Vertrag ist für Versicherte die Abgabe einer Teilnahmeerklärung erforderlich. ■

Das Teilnahmeformular für KKH-Versicherte im Internet: www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → KVH-Formulare → Downloadbereich



TI-Anbindungspflicht auch für Ärzte ohne Patientenkontakt

Ärzte, die keinen persönlichen Kontakt zu Patienten haben, müssen sich laut Digitale Versorgung-Gesetz bis zum 30. Juni 2020 an die Telematikinfrastruktur (TI) anschließen. Bislang waren Laborärzte, Pathologen und Transfusionsmediziner ohne direkten Patientenkontakt von der Anbindungspflicht ausgenommen. Auch Anästhesisten, die ihre Patienten ausschließlich in der Praxis eines anderen Mediziners aufsuchen, sind jetzt verpflichtet, sich an die TI anzubinden.

Hintergrund ist eine Ausweitung der TI-Anwendungen. In der ersten Phase ging es ausschließlich um das Versichertenstammdaten-Management (VSDM). Im Laufe des Jahres 2020 sollen weitere Anwendungen hinzukommen: zum Beispiel das Notfalldaten-Management (NFDm), der elektronische Medikationsplan (eMP) sowie die elektronische Patientenakte (ePA).

Ärzte ohne Patientenkontakt müssen der KV Hamburg eine Kopie der TI-Rechnung beziehungsweise des Installations-Abnahmeprotokolls zuschicken, um den Nachweis für den TI-Anschluss zu erbringen. ■

Per-E-Mail: online-services@kvhh.de

Per Post: KV Hamburg, Abteilung IT-Datenmanagement,
Datamining und Telematik,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Honorarkürzungen für TI-Verweigerer

Praxen, die noch nicht an die TI angeschlossen sind, obwohl sie seit Juli 2019 dazu verpflichtet wären, müssen weitere Honorarkürzungen hinnehmen. Seit 1. März 2020 hat sich der Honorarabzug von 1,0 auf 2,5 Prozent erhöht. Das Bundesgesundheitsministerium will damit den Druck auf TI-Verweigerer erhöhen. ■

Ansprechpartner:
Online-Services,
Tel: 22802 - 539 / -554 / -588

Moderatorenschulung für ärztliche Qualitätszirkel

Die KV bietet eine zweitägige Moderatorenschulung für Ärztinnen und Ärzte an, die einen Qualitätszirkel gründen oder leiten wollen. Auch Moderatorinnen und Moderatoren, die ihre Kenntnisse auffrischen oder ihre Fähigkeiten ausbauen

wollen, sind in der Fortbildungsveranstaltung willkommen.

Termin (zweitägig):

Fr. 8.5. (15 - 20 Uhr) und

Sa. 9.5.2020 (9 - 18 Uhr)

Ort: Ärztehaus Hamburg,

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

Anmeldung:
Abt. Beratung und Information
Sabine Daub, Tel: 22802-659
E-Mail: Sabine.Daub@kvhh.de



Wiederaufnahme der Stichprobenprüfungen: konventionelle Radiologie, Computertomographie und Kernspintomographie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für Radiologie (QBR-RL) und für Kernspintomographie (QBK-RL) überarbeitet. Die neuen Richtlinien sehen vor, dass 2020 in den Leistungsbereichen konventionelle Radiologie, Computertomographie und Kernspintomographie wieder Stichprobenprüfungen durchgeführt werden.

- Die KV Hamburg wird die Stichprobenprüfungen der ab Inkrafttreten der Richtlinien (23.1.2020 bzw. 30.1.2020) erbrachten Leistungen in diesem Jahr wiederaufnehmen. Mit den ersten Anforderungen von Unterlagen ist jedoch nicht vor dem 3. Quartal 2020 zu rechnen.

- Im Kalenderjahr 2020 werden einmalig nur zwei Prozent der Ärztinnen und Ärzte geprüft, die im Jahr 2020 entsprechende Leistungen erbringen und abrechnen. Ab dem Kalenderjahr 2021 werden wieder vier Prozent der Leistungserbringer einer Stichprobenprüfung unterliegen. ■

Die neu gefassten Richtlinien können im Internet eingesehen werden: www.g-ba.de → ins Suchfeld „Röntgen Neufassung“ oder „Kernspin Neufassung“ eingeben

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Heike Malzfeldt, Tel. 22802 - 434
Thomas Müller, Tel: 22802 - 552.

Zweitmeinungsverfahren: neue Indikation Schulterarthroskopie

Patienten haben künftig Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung zur Frage, ob eine Schulterarthroskopie nötig ist. Um diese Indikation hat der G-BA am 22. November 2019 die Zweitmeinungs-Richtlinie ergänzt.

Ärztinnen oder Ärzte, die am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen wollen, benötigen eine Genehmigung der KV Hamburg. Grundsätzlich können sowohl Vertragsärzte als auch Krankenhausärzte und Privatärzte eine Genehmigung erhalten. Krankenhaus- und Privatärzte benötigen zusätzlich eine Ermächtigung. Antragsberechtigt sind Fachärzte für:

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

Für die Genehmigungserteilung müssen bestimmte Voraussetzungen nachgewiesen werden. ■

Siehe dazu: www.kvhh.de → (rechte Navigationsleiste) Genehmigungen → im Glossar unter „Z“ → Zweitmeinungsverfahren

Das Antragformular finden Sie auf der Internetseite der KV Hamburg unter www.kvhh.net → Formulare & Infomaterial → Formulare – im Glossar unter „Z“ → Zweitmeinungsverfahren

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Monika Zieminski, Tel: 22802-603
monika.zieminski@kvhh.de
Lucas Rathke, Tel: 22802-358
lucas.rathke@kvhh.de

Antwort auf die Replik zum Homöopathie-Artikel

Zur Diskussion über Homöopathie („Homöopathie – teure Plazebos“, KVH-Journal 2/2020, S. 24 / Replik, KVH-Journal 3/2020, S. 20)

Die Autoren der Replik auf meinen Artikel haben vollkommen recht, dass sich eine (erneute) vertiefende Recherche zum Thema Homöopathie erübrigt. Zu eindeutig ist hier die wissenschaftliche Beweislage, trotz der betuernden Anführungen und Fehlinterpretationen zahlreicher selektiver Literaturzitate durch die Autoren.

Jeder der sich ein wenig mit Statistik in der medizinischen Wissenschaft befasst, weiß, dass bei der Durchführung von statistischen Tests zufällig signifikante Ergebnisse herauskommen. Je mehr Tests und Studien durchgeführt werden, desto höher ist die Chance für derartige „Zufallstreffer“. Der Fehler beginnt, wenn diese vermeintlichen Signifikanzen selektiv publiziert und herausgehoben werden. Durch „selective Reporting“ und „Publikations-Bias“ wird in der medizinischen Literatur der Anschein erweckt, dass die untersuchte medizinische Maßnahme effektiv ist. Dieser Methode bedienen sich übrigens nicht nur die Homöopathen sondern durchaus auch Hersteller von „allopathischen“ Arzneimitteln und Medizinprodukten bis hin zu vermeintlichen Wissenschaftlern, bei denen übertriebene Ehrsucht als treibende Kraft wirkt. Die Jahrestagung des EbM-Netzwerks 2017 in Hamburg hat sich ausführlich mit dem Thema „Wissenschaftsmüll“ befasst. Der kritische Epidemiologe

John Ioannidis hat schon 2005 einen wegweisenden Artikel zu diesem Thema verfasst: *Why most published research findings are false* [1].

Vollkommen zustimmen kann ich den Autoren der Replik zu ihrer Feststellung, dass die Qualität vorliegender Homöopathiestudien ähnlich inhomogen (mit anderen Worten: schlecht) ist wie in anderen Bereichen der Medizin auch. So versteht sich das EbM-Netzwerk auch nicht als exklusiver Kritiker von Homöopathie und kritikloser Befürworter vermeintlich wissenschaftsbasierter Medizin. Es gilt vielmehr, generell Nutzen und möglichen Schaden aller medizinischen Interventionen kritisch gegeneinander abzuwägen und qualitativ hochwertige Studien zu fordern, um diese Abwägung vornehmen zu können.

Der nächste große Fehler, den die Autoren der Replik begehen, ist, dass aus vorhandenen – vielleicht sogar qualitativ hochwertigen - Publikationen die der eigenen Meinung entsprechenden Ergebnisse „herausgepickt“ und in den Vordergrund gestellt werden. So berufen sich die Autoren der Replik beispielsweise auf den Systematic Review von Mathie et al 2014, indem sie einzelne Ergebnisse aus diesem Review „herauspicken“ und außer Acht lassen, dass Mathie et al. ganz klar zu folgender Conclusio kommen: „The low or unclear overall quality of the evidence prompts caution in

interpreting the findings. New high-quality RCT research is necessary to enable more decisive interpretation“ [2] including literature search strategy, data extraction, assessment of risk of bias and statistical analysis, were strictly protocol-based. Judgment in seven assessment domains enabled a trial’s risk of bias to be designated as low, unclear or high. A trial was judged to comprise ‚reliable evidence‘ if its risk of bias was low or was unclear in one specified domain. ‚Effect size‘ was reported as odds ratio (OR).

Es war daher auch gar nicht die Absicht meines Artikels, hier nochmals eine systematische Analyse der wissenschaftlichen Evidenz aufzurollen, was auch auf zwei Seiten gar nicht möglich wäre. Dies haben ohnehin andere bereits in großer Ausführlichkeit getan. Eine hervorragende Zusammenfassung der Studienevidenz bietet beispielsweise das Statement des australischen National Health and Medical Treatment Council aus dem Jahr 2015 [3].

Vielmehr ging es mir in meinem Artikel um einen um eine historische Einordnung des Phänomens Homöopathie, das durch die kritische Reflexion Samuel Hahnemanns dazu beigetragen hat, die für die PatientInnen schädlichen mittelalterlichen medizinischen Praktiken zu überwinden, und zwar vollkommen unabhängig von der wissenschaftlichen Haltbarkeit von

Hahnemanns Hypothesen. Zum anderen geht es heute darum, ein Konzept, das sich als wissenschaftlich nicht haltbar erwiesen hat, zu überwinden und hierfür die notwendige Gesetzgebung zu fordern. So kann es nicht sein, dass von Vertretern der Homöopathie einerseits behauptet wird, dass das Konzept

ohne wissenschaftlich bewiesen sei, und zum anderen aber darauf bestanden wird, dass homöopathische Arzneimittel mittels Sonderstellung im AMG als Arzneimittel zugelassen werden sollen, ohne einen Wirknachweis erbringen zu müssen. Diese Haltung kann man nur als absurd bezeichnen.

PROF. DR. ANDREAS SÖNNICHSEN, Vorsitzender des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin und Leiter der Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin, Zentrum für Public Health an der Medizinischen Universität Wien

Literatur: 1. Ioannidis JPA. Why Most Published Research Findings Are False. *PLoS Med.* 2005;2:e124.
2. Mathie RT, Lloyd SM, Legg LA, Clausen J, Moss S, Davidson JRT, u. a. Randomised placebo-controlled trials of individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis. *Syst. Rev.* 2014;3:142.
3. National Health and Medical Research Council. NHMRC Information Paper: Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions. [Internet]. 2015 [zitiert 2020 Feb 24]. Available from: <https://nhmrc.gov.au/about-us/publications/evidence-effectiveness-homeopathy-treating-health-conditions>

Leserbrief

Zu „Homöopathie – teure Placebos“, *KVH-Journal* 2/2020, S. 24

Adelung durch die Ärztekammer

Solange die Ärztekammer auf Antrag die Zusatzbezeichnung Homöopathie vergibt, solange müssen wir es ertragen, dass die Krankenkassen „teure Placebos“ bezahlen. Mit welchem Argument will man es ihnen verbieten, wenn die Ärztekammer diesen Humbug adelt?

Dr. Dieter Firnrohr,
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe in Uhlenhorst

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge

- 4. Nachtrag zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gemäß § 73c SGB V zwischen der SECURVITA Krankenkasse und der AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- 4. Nachtrag zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gemäß § 73c SGB V zwischen der IKK classic und der AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- 6. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der HEK (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 2. Nachtrag zum DMP Asthma bronchiale sowie COPD (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

Hinweis: Beitritt zu Verträgen:

- Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

auf der Grundlage des § 140a SGB V:

Die Kaufmännische Krankenkasse - KKH tritt dem Vertrag mit Wirkung vom 1. April 2020 bei.

- DMP Diabetes mellitus Typ II: Die BKK Faber-Castell & Partner tritt dem Vertrag mit Wirkung vom 6. März 2020 bei.

Hinweis: Errata zur Wirkstoffvereinbarung gem. § 106b SGB V (Anlage 2)

- 1. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung gem. § 106b Abs. 1 SGB V: Im Leitsubstanzziel „Gn-RH-Analoga“ muss der Zielwert für die Vergleichsgruppe der Kinder- und Jugendärzte (230) ersatzlos gestrichen werden.
- 2. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung gem. § 106b SGB V
- 3. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung gem. § 106b Abs. 1 SGB V: Im Leitsubstanzziel „Antikoagulantien“ müssen die Zielwerte für die Vergleichsgruppen der Chirurgen (070) und Orthopäden (440) ersatzlos gestrichen werden. Im Leitsubstanzziel „Gn-RH-Analoga“ muss der Zielwert für die Vergleichsgruppe der Kinder- und Jugendärzte (230) ersatzlos gestrichen werden.
- 5. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung gem. § 106b Abs. 1 SGB V: Im Leitsubstanzziel „Antikoagulantien“ müssen die Zielwerte für die Vergleichsgruppen der Chirurgen (070) und Orthopäden (440) ersatzlos gestrichen werden. Im Leitsubstanzziel „Gn-RH-Analoga“ muss der Zielwert für die Vergleichsgruppe der Kinder- und Jugendärzte (230) ersatzlos gestrichen werden.

Hinweis: Aufhebung des Vorbehaltes

• Im Telegramm Nr. 53 vom 27. Juni 2019 wurde der 1. Nachtrag zur Vereinbarung „Gesund schwanger“ - Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten zwischen dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) und dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL) und dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI) und der GWQ ServicePlus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse und der AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

• Im *KVH-Journal* 3/2020 wurde der 2. Nachtrag zur Vereinbarung nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungsvereinbarung) mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic und der KNAPPSCHAFT unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

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

Infocenter, Tel: 22 802 - 900



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Unerwünschte Wirkungen von Präventionsmaßnahmen – die Bedeutung von Kollateraleffekten

Prävention ist gut. Präventionsprojekte können daher nicht schaden. Das scheint ein weit verbreiteter Trugschluss zu sein.

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

P

Präventionsmaßnahmen können nutzen, müssen sie aber nicht. Jede Intervention hat auch Nebenwirkungen. Es können erwünschte und unerwünschte sein. Der Schaden kann sogar den möglichen Nutzen überwiegen. Bei klinischen Studien werden unerwünschte Nebenwirkungen oft unzureichend dokumentiert und lückenhaft berichtet. Das Problem wurde erkannt, und inzwischen gibt es Anleitungen zur Berichterstattung von Schaden (1).

Die Präventionsforschung in Deutschland hat hingegen diesem Problem bisher wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Im aktuellen Präventionsbericht fehlen Angaben zu möglichen unerwünschten Auswirkungen der Präventionsprogramme (2).

NATIONALE PRÄVENTIONSSTRATEGIE

Am 25. Juli 2015 ist das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland in Kraft getreten. Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) hat die Aufgabe, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln und fortzuschreiben (§§ 20d und 20e SGB V). Die ersten Evaluationsergebnisse wurden kürzlich der Öffentlichkeit vorgestellt (2).

NUTZENBEWERTUNG PRÄVENTIVER MASSNAHMEN

Um den möglichen Nutzen von Projekten zur Prävention von Krankheit beziehungsweise zum Erhalt von Gesundheit beurteilen zu können, braucht es kontrollierte Studien. Dies gilt sowohl für Maßnahmen zur Änderung des individuellen Lebensstils als auch für Interventionen im Setting, zum Beispiel in Schulen, Betrieben oder Altenheimen. Randomisiert-kontrollierte Studien sind auch in der Präventionsforschung der Goldstandard (2).

Ein Verfahren kann sich unter kontrollierten Studienbedingungen als wirksam und die unerwünschten Nebenwirkungen als akzeptabel erweisen. Bei Implementierung in ein Gesundheitssystem können die Effekte jedoch verstärkt oder abgeschwächt auftreten. Dies gilt sowohl für die erwünschten als auch für die

unerwünschten Auswirkungen. Häufig werden unbeabsichtigte Tertiäreffekte induziert.

Einzelne Beispiele sollen illustrieren, warum die Dokumentation von Nebeneffekten auch für Präventionsprojekte von Bedeutung ist.

RESSOURCEN WERDEN GEBUNDEN

Alle Programme binden monetäre, strukturelle und personelle Ressourcen. Sie können für nützlichere Maßnahmen fehlen. Schon vor 20 Jahren haben Wissenschaftler darauf hingewiesen, dass die Umsetzung aller empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen in der Hausarztpraxis die Ärztin oder den Arzt derart in Anspruch nehmen würde, dass kaum noch Zeit für die Behandlung der Kranken bliebe (3). Am Screening auf Krebs-/Vorstufen wird das Dilemma deutlich. Tausende Gesunde müssen gecheckt werden, um wenige vorzeitige Krebstodesfälle zu verhindern. In Deutschland verwenden Dermatologen, Frauenärzte, Hausärzte, Urologen und Gastroenterologen immer mehr Zeit für Untersuchungen an gesunden Menschen. Gleichzeitig klagen Patienten über lange Wartezeiten und sogar Abweisungen in Facharztpraxen. Medizinische Vorsorgeuntersuchungen werden auch im Rahmen betrieblicher Präventionsprogramme angeboten. Die Ressourcenbindung erfolgt durch die Untersuchung selbst sowie die Abklärung und Kontrolle von Verdachtsbefunden und Überdiagnosen. Beispielsweise werden durch das Screening auf Darmkrebs mit der großen Darmspiegelung etwa 40 Prozent der Untersuchten als Polypenträger klassifiziert. Damit wird ein erheblicher Anteil der beschwerdefreien erwachsenen

Bevölkerung zu chronisch Kranken mit regelmäßigem Nachsorge- und Kontrollbedarf. Zeit und Zuwendung erfordern auch die individuellen Aufklärungsprozesse vor und nach den Screeninguntersuchungen. Das Patientenrechtegesetz sieht informierte Entscheidungen vor. Beispielsweise muss vor einem Screening-PAP-Test oder HPV-Test durch die Frauenärztin ein Aufklärungsgespräch erfolgen. Bisher sollte die Aufklärung sogar an einem zusätzlichen Konsultationstermin vor der eigentlichen Untersuchung erfolgen, um die Frau nicht unter Entscheidungsdruck zu setzen, eine Regelung, die wohl wenig Beachtung fand. Gesundheitsfachpersonen könnten in die Aufklärungsprozesse einbezogen werden, um das Entscheidungsgespräch mit der Ärztin vorzubereiten. In deutschen Praxen fehlen jedoch bisher weitgehend entsprechende Strukturen für die Organisation der notwendigen mehrstufigen Kommunikationsschritte.

STURZPRÄVENTION IN ALTEN-PFLEGEHEIMEN

Bemühungen, Stürze zu vermeiden, führen oft zu erheblichen Bewegungseinschränkungen und Überwachungsmaßnahmen. Im schlimmsten Fall werden Alten-/Pflegeheimbewohner mit Gurten fixiert oder mit Psychopharmaka ruhiggestellt. In deutschen Alten-/Pflegeheimen werden durchschnittlich 40 bis 60 Prozent der Bewohner mit Psychopharmaka langfristig behandelt (4). Unter rechtlichen Aspekten und gemäß Leitlinien dürfen Antipsychotika maximal zur Kurzzeitbehandlung und bei eindeutiger medizinischer Indikation eingesetzt werden. Zudem können sie schwere Nebenwirkungen haben. Der Missstand der



Überverordnung von psychotropen Medikamenten in deutschen Alten-/Pflegeheimen konnte trotz erheblicher Anstrengungen von wissenschaftlichen Arbeitsgruppen bisher nicht beseitigt werden (5).

Im Rahmen des Nationalen Präventionsprojekts werden nun in den Pflegeheimen auch Maßnahmen zur Mobilitätssteigerung umgesetzt (2). Das sind zum Beispiel Angebote wie „Gärtnern“ oder „Werken“. Das mögen durchaus willkommene Beschäftigungen sein für einzelne – noch ausreichend mobile – Heimbewohner. Die Konzentration auf diese wenigen fokussierten Interventionen lenkt aber vom sehr viel relevanteren Problem der Ruhigstellung mit Psychopharmaka ab. Der trügerische Eindruck mag entstehen, dass wir uns um Mobilität in den Altenheimen bemühen.

PRÄVENTION UND FRÜHERKENNUNG VON DIABETES

Das Präventionsgesetz aus dem Jahr 2015 definiert unter §20 Absatz 3 die vorrangigen Gesundheitsziele für Deutschland. An erster Stelle steht Diabetes mellitus Typ 2. Das Erkrankungsrisiko soll gesenkt, Erkrankte sollen früh erkannt und behandelt werden.

Der Enthusiasmus für Projekte zur Prävention von Diabetes scheint in Deutschland ungebrochen, auch wenn der Nutzen dieser Maßnahmen umstritten bleibt. Der Schaden durch Überdiagnostik und Übertherapie im Rahmen der Sekundärprävention ist jedoch erheblich (6). Besonders betroffen von den unerwünschten Kollateraleffekten sind Frauen in der Schwangerschaft und Senioren.

Nach vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben 2017 fast 14 Prozent der Frauen während ihrer Schwangerschaft

erstmals eine Diagnose Gestationsdiabetes erhalten (7). Viele dieser Frauen müssen täglich ihren Blutzucker selbst testen, strikte Diäten einhalten und teils sogar Insulin spritzen. Die Küche wird zum Labor. Da jedoch bei lediglich etwa 4 Prozent der schwangeren Frauen ein Gestationsdiabetes vorliegt, der ärztliche Aufmerksamkeit rechtfertigen könnte, wird hier ein erheblicher Anteil von gesunden Frauen in der Schwangerschaft unnötig mit eingreifenden medizinischen Maßnahmen belastet (8).

Vor allem ältere Menschen leiden unter dem nationalen Aufruf, Diabetes mit allen Mitteln zu verhindern und nach unerkanntem Diabetes zu fahnden. Sie bekommen fragwürdige Diagnosen wie Prädiabetes (9). Für viele Diagnostizierte hat die vermeintliche Krankheit keinen Einfluss auf die Lebenserwartung. Sie erhalten jedoch das Label "Diabetiker" und „Chroniker“ mit all seinen unerwünschten Folgen. Von Überdiagnostik und Übertherapie sind insbesondere Senioren betroffen. Sie werden unnötigen, teils intensiven Behandlungen mit Insulin ausgesetzt. Die Folge sind schwere Unterzuckerungen, die im Alter nicht selten mit Verletzungen, Knochenbrüchen und Schlaganfällen einhergehen (6).

ALKOHOLKONSUM REDUZIEREN

Kontrollierter Alkoholkonsum ist bei uns gesellschaftlich akzeptiert, die unerwünschten Auswirkungen wie Alkoholismus und Missbrauch unter Jugendlichen und in der Schwangerschaft sind wohl bekannt und sollen mit gezielten Programmen eingedämmt werden.

Aber auch solche Interventionen sind nicht zwangsläufig risikofrei. Eine Abnahme des Alkoholkonsums könnte durch eine Zunahme von anderen Rausch- und

Suchtmitteln kompensiert werden. Wenn es sich um illegale Drogen handelt, für die es weder Kontrollen der Produktqualität noch einen geübten Umgang der Anwender gibt, wären die gesundheitlichen Schäden möglicherweise sogar größer als mit etablierten legalen Rauschmitteln.

Tatsächlich deuten aktuelle Daten aus Deutschland darauf hin, dass unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach den Kampagnen der letzten Jahre exzessiver Alkoholkonsum abgenommen hat. Gleichzeitig wird jedoch ein deutlicher Anstieg des Konsums von Cannabis und anderer illegaler Substanzen verzeichnet (10).

FAZIT: Auch präventive Interventionen haben Nebenwirkungen. Sie müssen in der Dokumentation und Auswertung von Projekten angemessen berücksichtigt werden.



**Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mühlhauser**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 42838 3988

Literatur:

- 1) Zorzela L et al.; PRISMA harms group. PRISMA harms checklist: improving harms reporting in systematic reviews. *BMJ* 2016; 352: i157.
- 2) Die Nationale Präventionskonferenz. Erster Präventionsbericht 2019. <https://www.npk-info.de/praeventionsstrategie/praeventionsbericht>
- 3) Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003; 327: 498–500.
- 4) Richter T, Mann E, Meyer G, Haastert B, Köpke S. Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13(2): 187.
- 5) Richter C, Berg A, Langner H et al. Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2019; 48(3): 419–425.
- 6) Mühlhauser I. Nationale Diabetesstrategie - Chancen und Grenzen nationaler Kampagnen. Ein Kommentar aus Perspektive der Evidenzbasierten Medizin. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 2019; 73(3): 7-12.
- 7) Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020. Mutterschaftsvorsorge. <https://www.kbv.de/html/familienplanung.php> (Zugriff: 25. Feb. 2020)
- 8) Cundy T, Holt RIG. Gestational diabetes: paradigm lost? *Diabet Med* 2017; 34: 8–13.
- 9) Piller S. Dubious diagnosis. A war on “prediabetes” has created millions of new patients and a tempting opportunity for pharma. But how real is the condition? *Science* 2019; 363: 1026-1031.
- 10) Orth B, Merkel C. Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2018 und Trends. BZgA-Forschungsbericht 2019. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:225-ALKSY18-CAN-DE-1.0



VON ANTJE THIEL

»Belegarztwesen und ambulantes Operieren stärken!«

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn trat bei einer Podiumsdiskussion in der Facharztklinik auf – und versprach, den Honorarabschlag für Belegärzte auf den Prüfstand zu stellen.



„Es ist bei mir angekommen, dass Sie hier Handlungsbedarf sehen.“ Gesundheitsminister Jens Spahn will das Verhältnis zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor reformieren.

Normalerweise ist es nicht einfach, den Bundesgesundheitsminister persönlich für eine gesundheitspolitische Diskussionsveranstaltung in Hamburg zu gewinnen. Doch wenn eine Bürgerschaftswahl ansteht, gelten andere Spielregeln. Und so folgte am 19. Februar 2020 Jens Spahn einer Einladung der Facharztklinik Hamburg, um an der Seite des CDU-Wahlkämpfers und ehemaligen Gesundheitssenators Dietrich Wersich aufzutreten. Die Hamburger Belegärzte nutzten diese Gelegenheit, um ihren Anliegen Gehör zu verschaffen.

PATIENTENZUFRIEDENHEIT ALS BESONDERER QUALITÄTSFAKTOR

Der ärztliche Geschäftsführer der Facharztklinik, Dr. Torsten Hemker, stellte dem Minister das Haus vor, in dessen Räumen die Veranstaltung stattfand: Seit 2008 neben dem UKE-Gelände ansässig, wird die Facharztklinik von über 80 niedergelassenen Fachärzten getragen, die neben ihrer Tätigkeit in der Praxis ihre Patienten als Beleg- oder angestellte Ärzte stationär und ambulant in der Klinik behandeln. „Die Patienten werden von dem ihnen persönlich bekannten Arzt operiert“, so Hemker, „dieses Vertrauensverhältnis und die lückenlose Nachbehandlung machen den besonderen Qualitätsfaktor unserer Arbeit aus.“

Zum Beweis holte der Orthopäde eine handgemachte Kasperpuppe hervor, die er von einer dankbaren Patientin bekommen hatte. „Sie hat mir einen ganzen Satz solcher Handpuppen geschenkt – und ich wünsche mir, dass Sie künftig immer an die kompetente und patientenfreundliche Versorgung in der Facharztklinik denken, wenn Sie eine Kasperpuppe sehen“, sagte Hemker in Richtung Spahn.

Die Kooperation mit dem UKE stellt für beide Seiten eine Win-win-Situation dar: für die Patienten der Facharztklinik stehen Konsiliardienste und intensivmedizinische Betreuung zur Verfügung. Umgekehrt bekommt das UKE vermehrt komplexe Spezialfälle und kann durch die technischen Dienstleistungen wirtschaftliche Vorteile realisieren. „Wir konkurrieren nicht, wir kooperieren“, erklärte Hemker.

Der kaufmännische Geschäftsführer Christian Ernst ergänzte: „Was wir hier machen, ist die Urform der Integrierten Versorgung, denn es gibt keine Schnittstellenverluste zwischen den Sektoren.“ Doch obwohl das belegärztliche Operieren sämtliche politischen Forderungen nach sektorenübergreifender Versorgung erfülle, werde es von Jahr zu Jahr wirtschaftlich unattraktiver. Die honorarärztliche Tätigkeit, in die sich viele Belegärzte flüchten, wiederum werde durch das Antikorruptionsgesetz erschwert.

„STREICHEN SIE DEN HONORARABSCHLAG FÜR BELEGÄRZTE!“

„Eine rechtssichere Lösung ist der „Belegarzt 2.0“, der mit dem sogenannten Honorar-Belegarzt ins Gesetz aufgenommen wurde“, erklärte Ernst. Dabei würden Belegärzte in der Klinik mit einem Honorarvertrag angestellt. Rechtlich blieben sie aber Belegärzte und würden aus der Hauptabteilungs-DRG bezahlt – allerdings mit einem Abschlag von 20 Prozent. „Herr Minister, streichen Sie diesen ungerechtfertigten und nicht nachvollziehbaren Abschlag“, forderte Ernst unter dem Beifall des Publikums.

Welcher Sinn hinter dem 20-prozentigen Abschlag beim belegärztlichen Operieren steckt, vermochte Spahn nicht zu beantworten: „Diese 20 Prozent haben sicher einen guten Grund, den ich aber gerade nicht nennen kann. Ich kenne nicht alle Regelungen bis ins kleinste Detail – vor allem nicht wenn sie aus einer Zeit stammen, als ich noch nicht Gesundheitsminister, sondern Staatssekretär im Finanzministerium war“, sagte der Minister. „Doch Sie können sich sicher sein, dass wir im Bundesgesundheitsministerium nicht morgens aufstehen und uns überlegen, wie wir Sie heute am besten ärgern könnten.“

NIEDERGELASSENE MÜSSEN INTENSIVER EINBEZOGEN WERDEN

Spahn sicherte zu, das Thema Abschlüsse im Ministerium auf die Agenda zu setzen:

„Es ist bei mir angekommen, dass Sie hier Handlungsbedarf sehen“, so Spahn. „Ich nehme das mit, denn wir wollen schließlich die Belegärzte und das Ambulante Operieren stärken. Das ist mir wichtig, denn ich möchte das Verhältnis zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor grundsätzlich reformieren.“

Viele Ärzte im niedergelassenen Bereich wären froh, wenn sie in grundsätzliche Fragen dieser Art intensiver einbezogen würden. So meldete sich der Leiter eines ambulanten OP-Zentrums im Publikum mit den Worten: „Wir sind ein mittelständisches Unternehmen außerhalb der Krankenhausstrukturen. Doch in der aktuellen Diskussion werden wir überhaupt nicht gefragt – wie sollen wir da einen Beitrag zur Kosteneinsparung leisten?“

DIE POLITIK BRAUCHT VERBÄNDE ALS ANSPRECHPARTNER

Spahns Antwort auf diese Frage war ein klares Plädoyer für die politische Interessenvertretung durch ärztliche Berufsverbände: „Es gibt in Deutschland über 100.000 Arztpraxen. Mich erreichen jeden Tag mindestens zehn Einladungen, mir dieses oder jenes Konzept anzusehen. Das ist schon allein aus Zeitgründen nicht machbar. Bündeln Sie Ihre Interessen in Verbänden, die Sie politisch vertreten! Es heißt zwar so oft, das seien alles böse Lobbyisten, doch wir in der Politik brauchen die Verbände als Ansprechpartner!“

Auch bei anderen Themen – Digitalisierung, Finanzierung von Pflegestellen, Entlastung von Bürokratie, Verordnung von Apps – wünscht sich der Minister intensiven Austausch und konstruktive Debatten. Als positives Beispiel hierfür nannte er die Neuregelung der Organspende im Bundestag. „Obwohl sie nicht den Ausgang genommen hat, den ich gewollt habe, bin ich froh über die Debatte, die angestoßen wurde.“ ■



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

Sprechende Medizin – das ist nicht nur Psychotherapie

Kaum ein Gynäkologe wird die Brustsonographie schweigend durchführen

Zu den gesundheitspolitischen Phrasen, die man immer wieder hört und von denen nie etwas auch nur im Ansatz verwirklicht wird, gehört neben dem Versprechen des Bürokratieabbaus der Satz: Die sprechende Medizin muss gefördert werden.

So auch bei der letzten EBM-Änderung. Gesprächsziffern sollen besser, andere schlechter bewertet werden. In der Realität wird aber nur eine kostenneutrale „Sprechende-Medizin-Tombola“ veranstaltet. Den grundversorgenden Ärzten, die am meisten mit ihren Patienten reden, wird erstmal ein Teil ihres Einkommens weggenommen, um es dann woanders hin zu streuen.

Ein Beispiel für viele: der Ultraschall – zum Beispiel an der Mamma. Kaum ein Gynäkologe wird die Brustsonografie schweigend durchführen. In der Regel gibt es gerade hier viel Gesprächsbedarf.

Beim Abdomen, dem Hüftsono und anderen sonografischen Untersuchungen dürfte es nicht anders sein. Die Untersuchung ist schwer zu lernen, die Geräte sind teuer und die Verantwortung hoch. Es wird zwangsläufig viel gesprochen, sachlich und über Ängste. Trotzdem hat die Mammasonografie jetzt mit 16,48 einen niedrigeren Preis als die Rucola-Pizza im Gallo Nero. Es ist also wie immer: Das Bekenntnis

zur sprechenden Medizin ist nur ein Euphemismus dafür, die „apparative“ Medizin abzuwerten.

Nicht nur die aktuellen EBM-Änderungen sind Beispiele dafür. Bis 2005 gab es im EBM für Gespräche über Folgen lebensverändernder Erkrankungen die Ziffer 17 (und – wenn es länger dauerte – die 18). Heute gibt es nur die Möglichkeit, psychotherapeutische Gespräche abzurechnen und auch nur dann, wenn man entweder Psychotherapeut ist oder die Fachkunde „psychosomatische Grundversorgung“ hat.

Die Verfasser des EBM hatten anscheinend die Vorstellung, dass man mit Patienten nur reden müsse, wenn sie ein psychisches Problem haben. In einer Zeit, wo alles und jedes psychologisiert wird, kann man vermutlich auch über alles psychologisch reden. Aber nicht jeder Patient hat Lust, sich das gefallen zu lassen. Zudem benötigt die Abrechnung selbst einer kleinen psychotherapeutischen Ziffer eine psychologische Diagnose, die den Patienten im Zeitalter der E-Card dann ein Leben begleitet. Die Verlockung könnte groß sein, einem Patienten eine solche anzuhängen, wenn er zum Beispiel länger über seine Sorge spricht, den Arbeitsplatz zu verlieren („Angststörung“) oder nicht schlafen zu können („Depressive Verstimmung“).

Aber das, was in Praxen und Kliniken zu kurz kommt, sind oft nur vernünftige Erklärungen, verständliche Antworten auf ganz praktische Fragen, Informationen über Krankheiten und Risikofaktoren, Anleitungen zur Selbsthilfe oder zur Einnahme von Medikamenten – auch wenn psychologische Faktoren immer dabei eine Rolle spielen.

Verständige, selbstbewusste Menschen wollen wissen, woher ihre Beschwerden rühren, ob eine ernsthafte Krankheit dahinter steckt, welche sozialen und beruflichen Folgen daraus resultieren und was man dagegen selbst unternehmen kann. Das zu erklären, kostet Zeit. Zeit, die wir oft nicht haben, weil wir sie verplempern müssen, zum Beispiel für ICD-Kodierungen und absurde Anfragen. Zeit, die uns niemand bezahlt, weil der EBM das nicht vorsieht.

Wenn wir als Ärzte mehr mit den Patienten über diese Fragen reden würden, würde weniger schief und mehr gerade laufen im Gesundheitswesen. Wir müssten das wollen, und wir sollten das können - und die Zeit dafür müsste uns auch bezahlt werden. Wenn wir das schaffen, gäbe es mehr Erfolge bei allen von uns eingeleiteten Therapien. Es gäbe weniger überflüssige Operationen und vermutlich auch weniger überflüssige Psychotherapien. ■

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Robert Frese**
Mitglied der Onkologie-Kommission

Name: **Dr. med. Robert Frese**

Geburtsdatum: **14.12.1964**

Familienstand: **verheiratet, 2 erw. Töchter**

Fachrichtung: **Urologie**

Weiter Ämter: **Vorstandsmitglied des Vereins der niedergelassenen Urologen in Hamburg VUHH e.V., stv. Landesvorsitzender des Berufsverbandes BvDU e.V.**

Hobbys: **meine Oldtimer, Skilaufen, Korsika**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Im Prinzip: Ja! Die Urologie ist ein hochspezialisiertes Fach, das dennoch an jedem Praxistag ein breites Spektrum an Diagnosen, diagnostischen Verfahren, konservativen und operativen Therapien bietet (von der Feigwarze bis zur Systemtherapie bei metastasierten Tumoren). Dazu braucht es Generalisten mit einer pragmatischen, zugewandten Einstellung und – in einem sensiblen Bereich – mitunter auch Humor: so sind UrologInnen! Die kollegiale Verbundenheit ist einzigartig. Die bürokratische Gängelung hat im Alltag ein unüberschaubares Maß erreicht (EBM, HVM, ILB, OV, TSVG, TI, AMR, DSGVO...ad nauseam). Eine unaufrichtige Politik fördert grenzenlose Ansprüche der Patienten, die limitierten Ressourcen werden den Praxen durch Budgets aufgebürdet – das macht die Arbeit in der Niederlassung nicht einfach.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission? Eine korrekte Dokumentation macht Tumorthérapien transparent, erklärt Therapieentscheidungen und ermöglicht die rasche Information aller Beteiligten – klar im Interesse des Patienten. Damit ist sie ein Indikator der Behandlungsqualität, auch in der Außenwirkung. Der kollegiale Austausch mit „Blick über den Teller“ macht die Sitzungen der Onkologie-Kommission stets interessant.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die Sicherung der Freiberuflichkeit zur persönlich verantwortlichen, unabhängigen Patientenbetreuung – keine „Leistungserbringung“ in der „Medizinfabrik“ eines Konzerns oder „Staatsmedizin“ in „Ärzte-Kolchosen“. Der hohe Stellenwert der Selbstverwaltung muss dazu aktiv kommuniziert werden. Hin zur budgetfreien Einzelleistungsvergütung und Kostenerstattung bei mehr Eigenverantwortung der Patienten – ohne Erosion der grundsätzlich sozialstaatlichen Organisation.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Die Freude am Beruf und die Empathie im Patientenkontakt zu erhalten, trotz hoher Patientenzahlen, unlimitierter Terminanfragen und Zeitmangel durch überbordende Bürokratie. Erhalt der Urologie als eigenständiges Fach in der Niederlassung durch Gewinnung von Nachwuchs mit Mut zur Selbständigkeit und berufspolitischem Engagement.

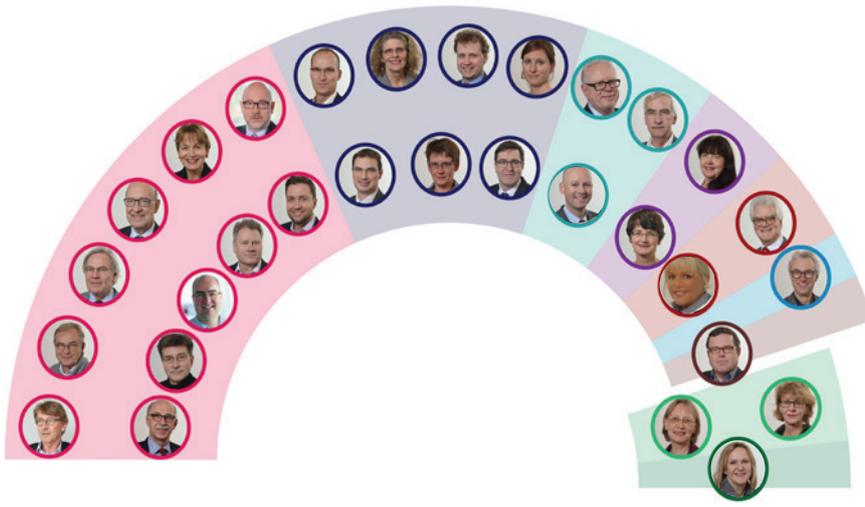
Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Einmal am Ende des Tages/Monats/Jahres alle Berichte, Anfragen etc. erledigt zu haben (kann vielleicht gelingen) – mich nicht über JAMEDA-Trolle zu ärgern (wird nicht gelingen). ■



VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 11.6.2020 (ab 19.30 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15.
KALENDERTAG DES NEUEN
QUARTALS

**QUALITÄTSMANAGEMENT-
SEMINARE**

Die für April geplanten
Veranstaltungen wurden abgesagt.

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

**Zi-DMP Diabetesschulung für
insulinpflichtige Patienten**

Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Sa. 13.6.2020
9 - 12.45 Uhr (für Ärzte und Praxispersonal)
12.45 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Mi. 17.6.2020
9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Gebühr: € 220

Sprechstundenbedarf

Für Praxismitarbeiter: Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenvereinbarung, Vermeidung von Regressen.

Mi. 13.5.2020 (15 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 25

**Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer / Ebene 13
Weidestr. 122b, 22083 Hamburg**

Anmeldung:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Kurs-Namen eingeben

Ansprechpartnerin:
Bettina Rawald
Fortbildungsakademie
Tel: 202299-306
E-Mail: akademie@aekhh.de

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

"Kraft als Medikament"
Medizinische Kräftigungstherapie in der Behandlung neurologischer Krankheitsbilder

6 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 13.5.2020 (18 Uhr)

**Ort: Ärztehaus Winterhude,
1. OG, Hudtwalckerstr. 2-8,
22299 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

**EMPFOHLENE
DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNGEN**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Die für Fr. 24.4.2020 geplante Schulung wird verschoben, ein neuer Termin wird bekannt gegeben.

Fr. 28.8.2020 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 13.11.2020 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:
€ 49 pro Teilnehmer / € 129 pro Praxis
(bis zu drei Teilnehmern)

**Ort: Ärztehaus Winterhude,
1. OG, Hudtwalckerstr. 2-8,
22299 Hamburg**

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

Bitte nutzen Sie ausschließlich die auf den Webpräsenzen veröffentlichten Anmeldeformulare.

**ARBEITS- UND
GESUNDHEITSSCHUTZ**

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber sind für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Um den Arbeitsschutz selbst in die Hand nehmen zu können, muss sich der Praxisinhaber (oder ein von ihm beauftragter geeigneter Vertreter) schulen lassen.

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 8.5.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 19.6.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 21.8.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 25.9.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 27.11.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 11.12.2020 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich. BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 12.6.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 11.9.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 20.11.2020 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis
Dr. Gerd Bandomer,
Tel: 278063-47, Fax: 278063-48
E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

wir
verbinden
ihre

[n e u • r o • n e n]

/infocenter

das infocenter gibt auskunft zu allem, was die kvh für sie tun kann, und schafft bei komplexen anliegen zügig verbindungen zu beratenden ärzten, apothekern und fachabteilungen. fragen sie uns einfach!

