Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ISSN 2568-9517 9/2021

KVH journal

TOXISCHER WETTBEWERB

Die Kommerzialisierung der Versorgung bringt Ärztinnen und Ärzte in berufsethische Konflikte.

ELEKTRONISCHE AU
Welche Voraussetzungen sind nötig?

STURZRISIKO-ASSESSMENT
Ritual oder wissenschaftlich begründet?

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 9/2021 (September 2021)

Liebe Leserin, lieber Leser!

In dieser Ausgabe des KVH-Journals greifen wir das Thema des 3. Hamburger Versorgungsforschungstags am 1. September 2021 auf: die Ökonomisierung der Medizin. Investoren und Gesundheitskonzerne dringen aktuell immer weiter in die ambulante Versorgung vor. Gefährdet sind damit die leistungsstarken, inhabergeführten Praxen, die wir dringend in unserem ambulanten System brauchen. Sie halten nämlich Tag für Tag höchste Qualität aufrecht.

Diese Praxen arbeiten nach völlig anderen Regeln als investorengeführte MVZ-Ketten. Auch Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben nichts dagegen, gutes Geld zu verdienen. Aber in Hamburg leben und arbeiten Menschen in diesen Praxen, die ihr Berufsethos hochhalten. Es geht ihnen zuallererst um Medizin und Therapie, nicht um Wertschöpfung und Gewinnmaximierung.

Mit der Zunahme der Investoren-MVZ nimmt auch die Zahl der Angestellten zu. Und damit wandelt sich auch die Mitgliedschaft in den Gremien der Ärztlichen Selbstverwaltung. All diese angestellten Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnnen und Psychotherapeuten sind uns herzlich willkommen. Wir freuen uns auf ihre Mitarbeit. Doch wir werden das Engagement aller Beteiligten in der Selbstverwaltung benötigen, um den Edelstein ambulante Versorgung am Funkeln zu halten.

In dieser Ausgabe des KVH-Journals lege ich Ihnen besonders das Interview mit Prof. Dr. Marcus Siebolds ans Herz, der unter anderem analysiert, warum die an das Sozialsystem gebundene KV-Praxis ein Handlungsraum ist, in dem Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verhältnismäßig große Freiheiten haben, ihre Professionalität zu interpretieren (siehe Seite 8). Ärztliche Selbstverwaltung und selbstständige Praxen gehören zusammen. Der KV fällt die Aufgabe zu, sich für die Unabhängigkeit der Praxen stark zu machen – unter anderem, indem sie versucht, die Öffentlichkeit durch Veranstaltungen wie den Versorgungsforschungstag für das Problem zu sensibilisieren.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.
Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de

INHALT

SCHWERPUNKT

06_ Nachgefragt: Warum das Vordringen von Investoren in die ambulante Versorgung problematisch ist

08_ Interview: Prof. Marcus Siebolds über das pan-industrielle Paradigma, die Entstehung toxischer Gesundheitsmärkte und die Vorteile der Niederlassung

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

12_ Fragen und Antworten

14_ Elektronische AU ab Oktober

16_ Neue Angebote für Gruppen-Psychotherapie

17_ Finanzielle Förderung für den Abbau von Barrieren

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung.** Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg.

FORUM

24_Flutkatastrophe: Unterstützung für betroffene Praxen

SELBSTVERWALTUNG

25_Steckbrief: Dr. Karin Wallenczus

26_"Frauenförderungskommission" der KV Hamburg: engagierte Frauen gesucht!

VERSORGUNG

27_Endspurt im Impfzentrum

28_KV-Notfallpraxis am Bundeswehrkrankenhaus ersetzt Notfallpraxis Farmsen

29_Übersicht: Notfallpraxen in Hamburg

EbM Netzwerk

NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

18_Sturzrisiko-Assessment bei älteren Menschen – Ritual oder wissenschaftlich begründet?

RUBRIKEN

02_Impressum
03_Editorial

KOLUMNE

22_Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

FORUM

23_Leserbriefe

TERMINKALENDER

30_Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 7: UPD Patientenberatung; Seite 9: Manfred Daams / Werbefotografie Köln; Seite 13: Fleur Priess; Seite 22: Barbara Klemm; Seite 24: picture alliance / Geisler Fotopress; Seite 27: Jasper Ramm / Ramp 106; Seite 28: Marco Grundt; Seite 29: Michael Zapf, Bundeswehrkrankenhaus Hamburg; Seite 30: Michael Zapf; Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski / Fotolia; Icons: iStockfoto

IN KOOPERATION
MIT DEM DRITTEN HAMBURGER VERSORGUNGS-FORSCHUNGSTAG DER KV HAMBURG AM 1.9.2021

Investoren in der Gesundheitsversorgung: Wo liegt das Problem?

Rainer Bobsin
Fachautor Private Equity im Gesundheitswesen

Mangelnde Transparenz der Besitzverhältnisse

Die Zahl der Käufe von Praxen und MVZ durch Private-Equity-Fonds ist in den letzten Jahren stark gestiegen – mit einem vorläufigen Höhepunkt 2020. Private-Equity-Gesellschaften erzielen ihre Rendite überwiegend aus dem Gewinn beim späteren Weiterverkauf der übernommenen Unternehmen, weniger aus laufenden Erträgen. Durchschnittlich vergehen nur etwa fünf Jahre zwischen dem Kauf und dem Verkauf von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Für die Versorgungssicherheit, eine langfristige Planung und die Beschäftigten kann die daraus resultierende Unruhe zum Problem werden: Jeder Eigentumswechsel bedeutet Neustrukturierungen, die in einzelnen Fällen bereits Praxisschließungen zur Folge hatten. Obwohl es sich beim Gesundheitswesen um einen Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge handelt, gibt es weder die Pflicht, Besitzverhältnisse noch Konzernzusammenhänge vollständig offenzulegen, folglich auch eine mangelnde Transparenz über Gewinnabflüsse.

Auf Praxen und MVZ bezogen existiert ein »bunter Flickenteppich« recherchierbarer und nicht zu ermittelnder Abhängigkeiten zwischen folgenden Ebenen: 1. Private-Equity-Gesellschaft und ihre Fonds, 2. MVZ-Konzern, 3. Träger im Sinne von § 95 SGB V (meist ein Krankenhaus), 4. zugelassene MVZ-Trägergesellschaften, 5. einzelne Praxen.

Das deutsche Handelsregister ist bei den oft anzutreffenden kettenförmig angeordneten Besitzgesellschaften im In- und Ausland, vor allem wenn es sich um Steueroasen handelt, keine ausreichende Informationsgrundlage.

Damit fehlt gesundheitspolitisch Verantwortlichen eine wesentliche Basis, um im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Interessenausgleichs seriös entscheiden zu können. ■

Dr. Johannes Schenkel
ärztlicher Leiter der UPD Patientenberatung Deutschland

Konflikt zwischen Patientenwohl und ökonomischen Interessen

Die Befürchtung, dass beim Arztbesuch das Patientenwohl mit den ökonomischen Interessen der medizinischen Einrichtung in Konflikt kommen könnte, ist ein großes Thema in unserer Patientenberatung. Dabei geht es vor allem um zwei Bereiche: individuelle Gesundheitsleistungen (IGel) und Zeitmangel in der Sprechstunde. Patientinnen und Patienten äußern immer wieder den Verdacht, dass ihnen unnötige Leistungen aufgedrängt werden sollen – und manchmal stellen wir fest, dass diese Leistungen nicht nur unnötig, sondern potenziell schädlich sind. Aus Patientensicht gibt es die Angst, dass noch systematischer und effizienter „geigelt" werden würde, wenn große Unternehmen und Investoren die Spielregeln in der ambulanten Versorgung bestimmen würden. Eine stärkere Gewinnorientierung könnte auch dazu führen, dass keine Zeit mehr vorhanden ist für das Arzt-Patienten-Gespräch oder für gemeinsame, strukturierte Entscheidungsprozesse (Shared Decision Making). Solche Gespräche kosten Zeit, die nicht bezahlt wird. Menschen, die medizinische Versorgung benötigen, wünschen sich eine zugewandte, patientenorientierte Medizin – keine Versorgung durch Leistungserbringer, denen kaufmännische Leiter und Investoren im Nacken sitzen. ■

Daniel Zehnich
Leiter Bereich Gesundheitsmärkte und Gesundheitspolitik der Dt. Apotheker- und Ärztebank

Normale Niederlassung wird schwieriger

Der deutsche Gesundheitsmarkt ist für internationale Finanzinvestoren attraktiv, gerade die ambulante Versorgung mit ihrer stark fragmentierten Struktur steht zunehmend im Fokus. Die Größe und die damit verbundene Kapitalstärke erleichtert es ihnen, in geräte- und damit häufig auch kapitalintensive Fachrichtungen zu investieren, wie zum Beispiel Labor, Nephrologie, Radiologie und Augenheilkunde. Dort ist ein Eintritt dieser Player schon seit längerer Zeit zu verzeichnen. Perspektivisch werden sicherlich auch weitere Facharztrichtungen betroffen sein, insbesondere die mit hohen Selbstzahlerleistungen, wie etwa die Dermatologie. Der Aufkauf von Praxen durch private Investoren macht es der nachrückenden Ärztegeneration zunehmend schwieriger, sich gerade in den beschriebenen Fachdisziplinen niederzulassen. Die hier gezahlten Übernahmepreise an die abgebenden Ärztinnen und Ärzte überschreiten häufig die Investitionsbereitschaft und auch -fähigkeit potenzieller Existenzgründerinnen und Existenzgründer. Fakt ist: Investoren haben inzwischen sowohl in die stationäre als auch in die ambulante Versorgung Einzug gehalten. Grundsätzlich haben sie ein Interesse, Skaleneffekte auszunutzen und hohe Renditen zu erzielen. Generell herrscht jedoch zu wenig Transparenz darüber, welche Investoren sich in welchem Ausmaß im Gesundheitsmarkt engagieren. Es sollte auch hinterfragt werden, inwieweit hier Chancengleichheit für alle Akteure besteht. Insgesamt gilt es aber vor allem sicherzustellen, dass ökonomische Interessen nicht vor die medizinische Unabhängigkeit gestellt werden. ■

MEDIZINETHIK

»Historischer Fehler«

Die Kommerzialisierung der Versorgung bringt Ärztinnen und Ärzte in berufsethische Konflikte. **INTERVIEW** mit **PROF. DR. MARCUS SIEBOLDS** über den Siegeszug des pan-industriellen Paradigmas, die Entstehung toxischer Gesundheitsmärkte und die Vorteile der Niederlassung.

Die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung ist eine öffentliche Aufgabe. Weshalb hat die Politik diesen Bereich für Unternehmen und Investoren geöffnet?
SIEBOLDS: Unter Experten und in weiten Teilen der Politik hat sich die Vorstellung durchgesetzt, dass die Bewältigung gesellschaftlicher Aufgaben nur nach einer industriell-betrieblichen Logik funktioniert: Wettbewerb, Kosteneinsparung, Effizienzsteigerung. Dieses pan-industrielle Paradigma ist ein Ordnungsprinzip und Denkstil der Gesellschaft geworden – nicht nur in der Krankenversorgung, sondern auch in anderen Bereichen der Daseinssicherung. Die Verbreitung eines solchen Denkstils hat der Arzt und Philosoph Ludwig Fleck folgendermaßen beschrieben: Es bildet sich ein „esoterischer Kreis" aus Experten. Diese vertreten mit Nachdruck eine Überzeugung, die trotz fehlender Empirie irgendwann als Tatsache wahrgenommen wird. Der „exoterische Kreis" – also verantwortliche Politiker, öffentliche Verwaltung, Krankenhausträger – übernehmen diese Überzeugung und übersetzen sie in Organisationsstrukturen. Das große Problem ist: Das pan-industrielle Paradigma wird überhaupt nicht mehr hinterfragt, es wird als alternativlos dahingestellt.

Weshalb interessieren sich profitorientierte Unternehmen überhaupt für die medizinische Versorgung?
SIEBOLDS: Die Gesundheitswirtschaft ist ein äußerst attraktiver Markt. Wer hier investiert, hat eine Finanzierungsgarantie, denn das Geld für die Leistungen wird über ein gesetzlich geregeltes Solidarsystem aufgebracht. Die Finanzierungsgarantie hatte allerdings ursprünglich einen ganz anderen Sinn: nämlich den Bürgerinnen und Bürgern zu garantieren, dass sie die von der Gesellschaft zugesagte Solidarität wirklich empfangen. Es gibt also einen gesellschaftlichen Grundwiderspruch zwischen garantierter Solidarität und erlaubter Wertschöpfung. Diesen Widerspruch konnte die Gesellschaft historisch an frei-gemeinnützige, kommunale Träger im Krankenhausbereich und an Kassenärztliche Vereinigungen im Bereich der ambulanten Versorgung abgeben,

Prof. Dr. Marcus Siebolds ist Internist und ärztlicher Psychotherapeut. Er hat die Professur für Medizinmanagement an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Fachbereich Gesundheitswesen, inne.

wobei es immer eine unbedingte Gemeinwesenbindung gab mit einem Verbot von Wertschöpfung außerhalb regulierter Grenzen. Das pan-industrielle Paradigma entlässt den Staat nun aber aus der Notwendigkeit, diese Spannung zwischen garantierter Solidarität und erlaubter Gewinnmaximierung auszutarieren. Experten und Politiker sind der Ansicht: „Der wettbewerbliche Markt mit einem politisch installierten Nebeneinander von gemeinnützigen, öffentlichen und investorengetragenen Leistungsanbietern wird es richten." Ich halte das für einen historischen Fehler.

Weshalb?

SIEBOLDS: Gewinnorientierte Unternehmen sind nicht dazu da, mit diesen gesellschaftlichen Grundwidersprüchen umzugehen. Der Markt kennt nur eine einzige Größe, nämlich die Maximierung der Wertschöpfung. Anders darf ein Unternehmen sich nicht verstehen. Die Geschäftsführung ist auf dieses Ziel verpflichtet – wenn sie es missachtet, betreibt sie Missmanagement. Der Patient wird als Kunde wahrgenommen, und die Versorgung als personennahe Dienstleistung. Dieses Anbieter-Kunden-Konzept geht von vernünftigen, voll beherrschbaren Prozessen aus. Doch die medizinische Versorgung ist geprägt von den irrationalen Potenzialen der Krankheit. Wer in der medizinischen Versorgung arbeitet, muss umgehen mit den Ängsten der Patienten – mit den Ängsten vor einer Krankheit und mit den Ängsten, die das Vorhandensein einer Krankheit auslöst. Die Irrationalität wächst mit der existenziellen Bedrohung. Die Patienten geraten in eine abhängige Situation und sind darauf angewiesen, sich den Ärztinnen und Ärzten anzuvertrauen. Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung stehen die Wertepräferenz der Patienten und die Vorgaben des SGB V oft in einem zentralen Widerspruch, zwischen dem die Ärzte vermitteln und einen Kompromiss finden müssen. Ein Krankenhaus oder ein Versorgungszentrum, das sich als Wirtschaftsunternehmen versteht, muss versuchen, irrationale Potenziale möglichst gering zu halten. Es muss sich auf Patientinnen und Patienten konzentrieren, an denen

man DRG oder EBM Klassifizierungen problemlos durchdeklinieren kann: neue Hüfte, neues Knie, Stent, technische Diagnostik – möglichst schnell, möglichst viel, möglichst kostengünstig.

Das gilt für privatisierte Krankenhäuser. Aber muss ein gemeinnütziges Krankenhaus dieser Logik folgen?

SIEBOLDS: Sobald es Versorgungseinheiten gibt, die als Wirtschaftsunternehmen agieren und auf Investoren-Interessen ausgerichtet sind, entsteht ein toxischer Markt. Krankenhäuser, die am Ende nur die ertrags-unattraktiven, mit irrationalem Potenzial behafteten Fälle bekommen, werden unwirtschaftlich. Renditesteigerung lässt sich in meinem Verständnis nur durch Risikoselektion und eine maximale Ausnutzung der Arbeitskraft von Ärzten und Psychotherapeutinnen realisieren.

Was bedeutet die Kommerzialisierung der Medizin für die angestellten Ärztinnen und Psychotherapeuten?

SIEBOLDS: Die angestellten Ärzte und Psychotherapeutinnen geraten in eine Doppelrolle. Einerseits sind sie Angestellte. Gemäß ihrem Arbeitsvertrag müssen sie sich loyal gegenüber dem Arbeitgeber verhalten und ihre Leistung auf dessen legitimes Profitmaximierungsziel ausrichten. Andererseits sind sie normativ gebunden durch das Heilberuferecht: Sie dürfen die Interessen Dritter nicht über die Interessen ihrer Patientinnen und Patienten stellen – auch nicht die Interessen ihres Arbeitgebers. In einem profitorientierten Unternehmen interessiert dieser Teil des Heilberuferechts niemanden mehr. Wichtig ist nur, dass keine Straftatbestände oder zivilrechtlichen Schadensfälle auftreten und dass die messbaren Qualitäts-Standards eingehalten werden. Das professionelle Ethos und die Kontrolle der irrationalen Potenziale werden abgeschoben in den Privatbereich der Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Das nenne ich einen Rollenmissbrauch – und das ist meines Erachtens ein wichtiger Grund für die Frustration der Krankenhaus-Angestellten. Früher konnten auch angestellte Ärzte die beiden Rollen einigermaßen adäquat ausüben. Es gab eine ärztliche Leitung, die zusammen mit ihren Mitarbeitenden zugesehen hat, dass der Laden läuft – aber in ihren ärztlich-professionellen Entscheidungen unantastbar war. Diese Unantastbarkeit ist in Krankenhäusern oder Versorgungszentren, die sich als Wirtschaftsunternehmen verstehen, verloren gegangen.

> "Ärztliche Ethik? Für profitorientierte Unternehmen ist das nur die Privatsache der angestellten Ärztinnen und Ärzte."

Und wie ist die Situation in den Praxen?

SIEBOLDS: Die Inhaber einer klassischen vertragsärztlichen Praxis sind gleichzeitig einerseits Geschäftsführer einer GBR (ihrer Praxis) und andererseits professionelle Ärzte, die dem Wohl ihrer Patienten, gemäß ihrer Berufsordnung, verpflichtet sind. Der regulatorische Rahmen der Kassenärztlichen Vereinigung lässt im Spannungsfeld dieser beiden Rollen einen gewissen Gestaltungsspielraum zu. Der Praxisinhaber kann die Praxis sehr sozial ausrichten, dann wird die Wertschöpfung zwar geringer ausfallen, doch er kann davon leben. Er kann seine Praxis auch auf maximale Wertschöpfung ausrichten und deutlich mehr verdienen, doch die Renditemöglichkeiten sind begrenzt. Weil beide Rollen in einer Person integriert sind, muss der Inhaber diese Balance für sich selbst finden. Das KV-System ist eine der großen Hinterlassenschaften der Bonner Republik, weil es Handlungsräume schafft, in denen Ärzte und Psychotherapeuten frei über die Interpretation ihrer Professionalität im Rahmen ihrer KV Mitgliedschaft entscheiden können.

Sind Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeutinnen dem Gemeinwohl verpflichtet?

SIEBOLDS: Ja, selbstverständlich. Sie sind Teil des Solidarsystems. Die Selbstverwaltung vergibt Versorgungsaufträge an Ärztinnen und Psychotherapeuten, die damit auch das Mandat übernehmen, in jedem Einzelfall die durch das Solidarsystem vorgegebene Kostenkontrolle gegen die Erwartungen der Patienten abzuwägen und pragmatische Kompromisse zu finden. Die KV schützt die Professionalität ihrer Mitglieder vor der Bedrohung

durch einen toxischen Markt – und garantiert ihnen gleichzeitig eine relativ große wirtschaftliche Sicherheit und Gestaltungsspielräume.

Funktioniert diese Übereinkunft auch in ärztlich geleiteten MVZ?
SIEBOLDS: Ja. Wenn ein Vertragsarztärztin oder ein Vertragsarzt die Leitung des MVZ innehat, ist sie oder er ebenfalls dem regulatorischen Rahmen der KV und der normativen Bindung durch das Kammerrecht unterworfen. Doch sobald das MVZ eine nichtärztliche Leitung erhält, können die angestellten Ärzte in dasselbe Dilemma kommen wie die Kollegen im Krankenhaus. Das ärztliche Ethos gerät unter Druck und wird zur Privatsache.

Darf die KV zulassen, dass Unternehmen oder Investoren in die ambulante Versorgung vordringen?
SIEBOLDS: Die KV ist die Wächterin der Gemeinwohlbindung der medizinischen Versorgung im ambulanten Versorgungssektor. Die an der vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Versorgung Teilnehmenden sind Zwangsmitglieder der KV, weshalb sich alle Interessengruppen in der Selbstverwaltung auf Kompromisse einigen müssen. Es gibt einen demokratischen politischen Diskurs im öffentlichrechtlichen Rahmen, bei dem die Solidaritätszusage in Verteilungs- und Versorgungsentscheidungen übersetzt wird. Doch nun kommen Angestellte von renditeorientierten Versorgungseinheiten in die KV-Gremien, die ihren Arbeitgebern verpflichtet sind. Es besteht die Gefahr, dass die KV durch die Interessen von Unternehmen und Investoren kontaminiert wird. Das ist meiner Ansicht nach verfassungsrechtlich problematisch. Unternehmen und Investoren dürfen sich nicht in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts einkaufen und dort mitbestimmen, da diese eben nicht ad personam an die entsprechenden Berufsordnungen gebunden sind.

> "Die KV schützt die Professionalität ihrer Mitglieder vor der Bedrohung durch einen toxischen Markt."

Wie müsste die Gesellschaft auf die zunehmende Industrialisierung der Gesundheitsversorgung reagieren?
SIEBOLDS: Die Krankenhäuser sind bereits zu einem Drittel privatisiert. Wir sollten kritisch darüber diskutieren, wie man den Respekt vor dem Eigentum der Unternehmen und Investoren abwägt gegen den Respekt vor dem berechtigten Interesse der Bürger, von Ärzten und Psychotherapeutinnen behandelt zu werden, die professionell unabhängig arbeiten können. Und wir müssen darüber diskutieren, ob wir auch die ambulanten Versorgungseinheiten einem toxischen Wettbewerb aussetzen wollen, in dem profitorientierte Unternehmen den Takt angeben. Krankenversorgung lässt sich eben nicht unendlich rationalisieren, optimieren und industrialisieren. Neben der Beteiligung an einer gesellschaftlichen Debatte haben wir die berufspolitische Aufgabe, nachfolgende Generationen für die Freiberuflichkeit in Selbstständigkeit zu gewinnen. Trotz allem Ärger über Bürokratie und Reglementierung weisen die Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeuten eine vergleichswei-se hohe Berufszufriedenheit auf. Sie haben ein dauerhaft sicheres Einkommen und den Freiraum, eine gemeinwohlgebundene medizinische Versorgungseinheit in gewissen Grenzen nach ihren Vorstellungen zu gestalten. Sie können ihren Beruf familienfreundlich und nach eigenen Bedürfnissen interpretieren, ohne mit dem ärztlichen Ethos in unlösbare Konflikte zu geraten. Sie haben die Möglichkeit, in ihren Praxen Menschlichkeit und die intellektuellen Herausforderungen des wissenschaftsbasierten Arbeitens zusammenzubringen. Und sie erleben Selbstwirksamkeit, Sinnhaftigkeit und die Inspiration, die von der professionellen Begegnung mit den Kranken ausgeht. Das ist doch großartig. Wer hat das schon? ■

Interview: Martin Niggeschmidt

IN KOOPERATION
MIT DEM DRITTEN HAMBURGER VERSORGUNGSFORSCHUNGSTAG DER KV HAMBURG AM 1.9.2021

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

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Mein PVS-Anbieter hat mir das Update der elektronischen Patientenakte (ePA) installiert. Wie kann ich die Erstattungskosten gegenüber der KV Hamburg geltend machen?

Für die Kosten der Installierung der Komponenten zur ePA hat die KV Hamburg einen unbürokratischen Auszahlungsprozess vorbereitet, bei dem automatisch durch das PVS in der eingereichten Abrechnungsdatei die Anspruchsberechtigung durch Kennzeichnung eines entsprechenden KVDT-Feldes nachgewiesen wird. Es ist daher nicht notwendig, eine Pseudoziffer anzusetzen oder eine Rechnung einzureichen.

TERMINSERVICESTELLE

Wurde die Nummer der Terminservicestelle für dringende Termine geändert?

Ja. Zum 1. Januar 2020 wurde die alte Nummer der Terminservicestelle durch die bundesweite Telefonnummer 116117 ersetzt. Hier erreichen Patienten nicht nur den Bereitschaftsdienst, sondern auch die Terminservicestelle. Diese hat Montag bis Freitag von 8-18 Uhr Sprechzeiten. Die neuen Flyer können Sie über die Homepage der KV Hamburg beziehen: **https://www.kvhh.net/de/praxis/infomaterialbestellung.html**

KREBSFRÜHERKENNUNGSPROGRAMME

Wann läuft die Frist für die elektronische Übermittlung der Dokumentationsdaten für die organisierte Darm- und Zervixkarzinom-Früherkennungsprogramme ab?

Trotz der Verlängerung der Lieferfristen sind alle Praxen auch weiterhin grundsätzlich verpflichtet, ihre Dokumentationen für die oKFE-Programme regelmäßig quartalsweise an die zuständige Datenannahmestelle zu übermitteln, sofern innerhalb ihres Praxisverwaltungssystems keine technischen Umsetzungsprobleme bei der Erfassung und Übertragung der Dokumentationen bestehen. Nur für den Fall, dass eine fristgerechte Datenübermittlung für die Quartale eins bis vier 2021 aus technischen Gründen nicht möglich ist, kann eine Übermittlung bis spätestens 28. Februar 2022 erfolgen. Bitte beachten Sie, dass die Dokumentationsverpflichtung weiterhin bestehen bleibt und die Sonderregelung befristet vom 1. Oktober 2020 bis 31. Dezember 2021 gilt.

ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

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

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

DATENSCHUTZ

Kann mein Patient eine Löschung von Behandlungsdokumentationen trotz Aufbewahrungsfrist verlangen?

Nein. Die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen müssen beachtet werden. Innerhalb dieser Fristen kann Ihr Patient die Löschung von Behandlungsdokumentationen nicht verlangen. Ärztliche Unterlagen sind grundsätzlich für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften längere oder kürzere Aufbewahrungsfristen bestehen (vgl. § 10 Abs. 3 BO der ÄK, § 57 Abs. 2 BMV-Ä und § 630f Abs. 3 BGB).

PSYCHOTHERAPIE

Ich bin Psychotherapeutin. Muss ich eine Rezidivprophylaxe am Ende einer Therapie noch einmal gesondert von der Krankenkasse genehmigen lassen?

Nein, eine Rezidivprophylaxe kann nicht isoliert beantragt werden, da der Antrag in der Langzeittherapie anzugeben ist. Dafür ist es wichtig, dass Sie bei der Frage „Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden?“ auf dem PTV 2 beim letzten Antrag einer Langzeittherapie „ja“ oder „noch nicht absehbar“ ankreuzen. Nur dann ist eine Rezidivprophylaxe nach Therapieende möglich.

CORONAIMPFUNG

Meine Praxis wird urlaubsbedingt für zwei Wochen schließen. Können wir die Zweitimpfungen dann verschieben? Oder müssen die Abstände zwischen Erst- und Zweitimpfung eingehalten werden?

Die von der STIKO empfohlenen zeitlichen Abstände zwischen Erst- und Zweitimpfung erlauben eine flexible Terminplanung: BionTech/Pfizer 3-6 Wochen, Moderna 4-6 Wochen, AstraZeneca (homolog) 9-12 Wochen, AstraZeneca & mRNA-Impfstoff (heterolog) ab 4 Wochen. Sollte der empfohlene maximale Abstand zwischen der ersten und zweiten Impfstoffdosis dennoch überschritten worden sein, kann die Impfserie fortgesetzt werden und muss nicht neu begonnen werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, die Zweitimpfungen von der Vertreterpraxis durchführen zu lassen.

Infocenter Tel: 22802-900

Ihre Ansprechpartner im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Christine Pöpke

Start der elektronischen AU

Ab 1. Oktober müssen Praxen die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen elektronisch an die Krankenkassen verschicken. Bitte bestellen Sie jetzt die dafür notwendigen Komponenten!

Mit Beginn des vierten Quartals ändert sich das Prozedere bei der Ausfertigung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU). Von diesem Stichtag an sind Arztpraxen dazu verpflichtet, die Daten der AU elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln. Die Bescheinigungen für Arbeitgeber und Versicherte werden aber weiterhin in Papierform ausgegeben. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte drucken sie aus dem Praxisverwaltungssystem aus, unterschreiben sie und geben sie den Patienten mit. (Ab Anfang 2022 soll auch die Bescheinigung für den Arbeitgeber elektronisch übermittelt werden. Diese Aufgabe werden dann die Krankenkassen übernehmen.)

VORAUSSETZUNGEN

Um die AU elektronisch an die Krankenkassen verschicken zu können, benötigen die Praxen folgende Komponenten:

- **KIM („Kommunikation im Medizinwesen"):** Dieser E-Mail-Dienst wird für den sicheren Versand von Dokumenten benötigt. Es gibt mehrere Anbieter von KIM-Diensten, alle sind untereinander kompatibel. Mit „kv.dox" ist auch ein KIM-Dienst der KBV verfügbar (siehe rechte Seite). Falls Sie noch keinen KIM-Dienst haben, sollten Sie ihn so bald wie möglich bestellen.
  Bestellung kv.dox: www.kvdox.kbv.de
  Übersicht andere Anbieter: https://fachportal.gematik.de/zulassungs-bestaetigungsuebersichten (unter „Produkttyp" bitte „Anbieter sVÜmD_KOM-LE" auswählen)
- **eHBA (elektronischer Heilberufsausweis):** Für die elektronische Signatur der AU-Bescheinigungen benötigen Sie einen eHBA der zweiten Generation. Wer am 1. Oktober noch keinen eHBA hat, kann übergangsweise die SMC-B-Karte zum Unterschreiben nutzen. Eine SMC-B-Karte haben alle an die TI angeschlossenen Praxen.
- **Praxisverwaltungssystem-Update für eAU:** Bitte fragen Sie Ihren IT-Dienstleister, wann er das eAU-Modul zur Verfügung stellen kann.
- **Update des TI-Konnektors** mindestens auf eHealth-Konnektor (PTV3-Konnektor) – besser aber auf ePA-Konnektor (PTV4-Konnektor)
- eventuell **zusätzliche Kartenterminals** in Sprechzimmern..

Schritt für Schritt

Neuer Arbeitsablauf bei der Ausstellung einer AU ab 1. Oktober 2021

- AU im PVS aufrufen und befüllen
- Daten elektronisch signieren (mit eHBA)
- "Drucken und Versenden" auswählen und anklicken.
- im neuen Fenster "Bestätigen" anklicken
- PVS startet elektronische Übermittlung via KIM an die Krankenkasse.
- Ausdrucke für Arbeitgeber und Patienten unterschreiben und dem Patienten mitgeben

ÜBERGANGSREGELUNG

Praxen, die bis zum Stichtag noch nicht über die nötigen technischen Voraussetzungen verfügen, können übergangsweise bis zum 31. Dezember 2021 das alte Verfahren anwenden. Bis dahin ist auch noch die Nutzung des „gelben Scheins" (Muster 1) möglich. ■

Video der KBV zur eAU:
https://bit.ly/3xkElpS

Ansprechpartner: KV Hamburg Online-Services,
E-Mail: online-services@kvhh.de
Tel: 22802 -588 / -554 / -539

kv.dox

Mit Sicherheit medizinisch vernetzt: kv.dox, der KIM-Dienst der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Arztbriefe, Befunde oder AU-Bescheinigungen sicher und dennoch so einfach versenden wie eine E-Mail an die Freundin oder den Freund: Mit kv.dox geht das. kv.dox ist der Dienst für Kommunikation in der Medizin (KIM), den die KBV für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bereitstellt. Mit kv.dox können Sie Dokumente innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) direkt aus Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) sicher und einfach verschicken – an die ärztliche Kollegin genauso wie an den Apotheker, das Krankenhaus, Pflegeheim oder Ihre Kassenärztliche Vereinigung. kv.dox passt zu allen Praxisverwaltungssystemen und allen E-Health-Konnektoren.

kv.dox: nur für KV-Mitglieder

6,55 €*
im Monat zzgl. MwSt.

Jetzt bestellen unter www.kvdox.kbv.de

Im Angebot enthalten sind:
- eine KIM-Adresse
- eine unbegrenzte Anzahl von Nachrichten
- die Bereitstellung KIM (inklusive Clientmodul)**
- der technische Support

Für die Finanzierung eines KIM-Dienstes erhält jede Praxis folgende Förderung:
- einmalig: 100 € für die Einrichtung des Dienstes
- monatlich: 7,80 € für die laufenden Betriebskosten

* plus 3,03 € Rechnungspauschale zzgl. MwSt. pro Quartal
** das KIM Clientmodul wird vom Kunden selbst installiert und betrieben

Warum kv.dox als KIM-Dienst?

DER KIM-DIENST VON ÄRZTEN FÜR ÄRZTE:
Als Interessensvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bietet die KBV ein passgenaues Angebot.

EINE KIM-ADRESSE, EIN PREIS:
Sie zahlen 6,55 €* zzgl. MwSt. monatlich – egal, wie viele Nachrichten Sie versenden. Es fallen keine Einrichtungsgebühren an.

UNBEGRENZTE ANZAHL AN NACHRICHTEN:
Mit kv.dox können Sie so viele Nachrichten, Arztbriefe oder AU-Bescheinigungen digital versenden, wie Sie möchten.

HOHE FLEXIBILITÄT UND BESTER SERVICE:
kv.dox passt zu jedem PVS und ist monatlich kündbar. Das Serviceteam von kv.dox steht Ihnen kostenfrei zur Verfügung.

Ihr Weg zu KIM mit kv.dox

Über das Portal **www.kvdox.kbv.de** können Sie kv.dox ganz einfach online bestellen und installieren. So geht's:

1. **KIM-Adresse bestellen und Registrierungscode erhalten**
2. **kv.dox-Clientmodul installieren**
3. **KIM-Mailadresse im zentralen Verzeichnisdienst registrieren**
4. **kv.dox in das Praxisverwaltungssystem einbinden lassen**
5. **Nachrichten sicher online versenden**

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Neue Regelungen für Psychotherapie in Gruppen ab Oktober

Zur Förderung von Gruppentherapien hat der Gemeinsame Bundesausschuss neue Angebote in die vertragspsychotherapeutische Versorgung aufgenommen und die Gruppentherapie insgesamt flexibler ausgestaltet. Die Neuerungen gelten ab 1. Oktober. Ziel ist es, dass die Gruppentherapie insgesamt einen höheren Stellenwert erhält.

Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung
Gänzlich neu ist die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung. Dieses niedrigschwellige Angebot soll Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geben, vor einer Richtlinien-Psychotherapie für sich selbst zu prüfen, ob eine Gruppentherapie für sie infrage kommt. Außerdem kann hier an einer ersten Symptomlinderung gearbeitet werden. Die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung kann im Anschluss an die Sprechstunde bis zu viermal je Krankheitsfall mit jeweils 100 Minuten durchgeführt werden (oder achtmal 50 Minuten). Um den niedrigschwelligen Zugang abzusichern, gibt es kein Anzeige- oder Antragsverfahren bei der Krankenkasse.

Probatorik im Gruppensetting
Eine weitere Neuerung ist, dass probatorische Sitzungen auch in der Gruppe erfolgen können. Bisher waren probatorische Sitzungen ausschließlich im Einzelsetting möglich. Gruppentherapie-Patienten und Gruppen-Probatorik-Patienten können gleichzeitig in gemischten Gruppensitzungen behandelt werden

Gruppentherapie zu zweit leiten
Künftig können Richtlinien-Gruppentherapien ab sechs Teilnehmern auch zu zweit geleitet werden. Einer von beiden ist dabei für jedes Gruppenmitglied „hauptverantwortlich“. Die gemeinsame Durchführung kann praxisübergreifend organisiert werden.

Gruppentherapie zeitlich flexibler
Zu den weiteren Neuerungen gehört, dass Gruppensitzungen nicht mehr standardmäßig 100 Minuten umfassen müssen, sondern auch in 50-Minuten-Schritten durchgeführt werden können.

Vereinfachungen im Gutachterverfahren
Gruppentherapie und Kombinationsbehandlung mit überwiegend Gruppentherapie werden nicht mehr regelhaft begutachtet. In Einzelfällen sind Begutachtungen weiterhin möglich, zum Beispiel bei Überschreitung der Kontingentgrenzen.

Gruppentherapie kann außerhalb der Praxis stattfinden
Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Gruppentherapie und Probatorik im Gruppensetting darf auch außerhalb der eigenen Praxisräume in anderen geeigneten Räumlichkeiten stattfinden. ■

Übersicht zu den neuen GOP und zur Vergütung:
www.kbv.de/html/1150_53605.php

Ansprechpartner:
Team der Abrechnung
Tel. 22802-411

Finanzielle Förderung für den Abbau von Barrieren

„Aktion Mensch“ unterstützt konkrete Projekte mit bis zu 5000 Euro

Praxen können bis zu 5000 Euro Förderung von der „Aktion Mensch“ erhalten, wenn sie konkrete Maßnahmen zum Abbau von Barrieren ergreifen. Mit diesem Geld könnten zum Beispiel eine Rampe, eine Patienteninfo in Leichter Sprache, Haltegriffe für das WC, ein Hebelifter zum Umsetzen auf eine Untersuchungsliege oder der barrierefreie Ausbau einer Website finanziert werden.

Das Besondere ist, dass zwei Partner die Förderung beantragen: Ein gemeinnütziger Träger stellt den Antrag zusammen mit einem privaten Unternehmen, also beispielsweise einer Arztpraxis. Die gemeinnützige Patienten-Initiative e.V., die mit der KV Hamburg eine Kooperation für die Beratung von Praxen zur Barrierefreiheit unterhält (siehe unten), bietet sich als Tandempartnerin an. „Wenn eine Praxis eine Idee zum Abbau von Barrieren hat, kann sie sich gerne bei uns melden“, sagt Karen Müller von der Patienten-Initiative e.V. „Wir beraten und bringen zeitnah einen Antrag auf den Weg.“ Die finanzielle Förderung kann ein Anreiz für Praxen sein, ein Projekt zum Abbau von Barrieren in Angriff zu nehmen. ■

Informationen zum Förderprogramm „Eine Barriere weniger“ der Aktion Mensch:
https://www.aktion-mensch.de/foerderung/foerderprogramme/1barriereweniger

Die Antragstellung übernimmt die Patienteninitiative e.V.
Kontakt:
Kerstin Hagemann / Patienten-Initiative e.V.
Tel: 23 54 64 98
info@patienteninitiative.de
www.patienteninitiative.de

Rund 126.000 Menschen in Hamburg haben eine Behinderung. Kommen Sie diesen Menschen entgegen - Schritt für Schritt.

Mit wenig Aufwand lassen sich große Effekte erzielen.
Wir beraten Sie gern und kostenlos.
Wir machen Ihre Pluspunkte sichtbar!

Alle Infos auch auf
kvhh.de/Barrierefreiheit

KVH

BARRIEREFREI WIR SIND DABEI. Patienten-Initiative e.V.

Die Beratung ist ein gemeinsamer Service der Patienten-Initiative e.V. und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Sturzrisiko-Assessment bei älteren Menschen

Ritual oder wissenschaftlich begründet?

VON PROF. DR. PHIL. GABRIELE MEYER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

Die Erhebung des Sturzrisikos älterer Menschen wird weit verbreitet empfohlen. Performanz-orientierte Sturzrisiko-Assessments wie der Timed Up and Go (siehe Kasten rechts), der Chair Rising Test oder der Tandemstand Test sind Bestandteil des geriatrischen Basis-Assessments und finden sich nun auch im neuen Disease-Management-Programm (DMP) Osteoporose (4). Laut DMP Osteoporose sollen Patientinnen und Patienten, die als besonders sturzgefährdet identifiziert werden, erhöhte Aufmerksamkeit erhalten. Insbesondere körperliches Training sowie weitere Maßnahmen zur Reduktion von Sturzrisiken sollen angeraten werden. Zudem soll die Indikation von sturzfördernden Medikamenten regelmäßig überprüft werden (4).

ZIEL EINES STURZRISIKO-ASSESSMENTS

Das Sturzrisiko-Assessment entspricht einem Screening und will zwischen Personen mit hoher und geringer Sturzgefährdung unterscheiden. Dem positiven Screeningbefund würde das Angebot einer sturzpräventiven Maßnahme folgen mit dem Ziel, das Risiko für Stürze und sturzbedingte Verletzungen zu reduzieren. Im Umkehrschluss würde einem negativen Screeningbefund kein Angebot sturzpräventiver Maßnahmen folgen.

Im DMP Osteoporose allerdings soll allen Osteoporose-Patienten körperliche Aktivität (Bewegung im Alltag sowie körperliches Training) empfohlen werden. Denjenigen mit erhöhtem Sturzrisiko soll das körperliche Training „insbesondere“ empfohlen werden (4). Der Unterschied liegt scheinbar nur im Nachdruck, mit dem die sturzpräventive Maßnahme

STURZRISIKO-ASSESSMENT

Der Timed Up and Go (TUG) ist wahrscheinlich der am häufigsten angewandte Mobilitätstest in der Geriatrie. Der Test will Muskelkraft, Gelenkfunktion und Gleichgewicht beurteilen und Rückschlüsse auf eine Sturzgefahr zulassen. Zur Illustration der Durchführung: Die betroffene Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehne und wird aufgefordert aufzustehen, drei Meter zu gehen, umzukehren und sich wieder zu setzen. Hilfsmittel wie Gehhilfen sind dabei erlaubt, Hilfe von anderen Personen nicht. Währenddessen wird die Zeit gemessen (7).

Neben den Performanz-orientierten Sturzrisiko-Assessments liegen zahlreiche andere vor, die auf Selbsteinschätzung des Sturzrisikos oder auf Fremdeinschätzung beruhen anhand klinischer Information, wie vorangegangene Stürze, Gangunsicherheit, Einnahme bestimmter Medikamente (12).

empfohlen werden soll. Der Sinn der Durchführung eines Performanz-orientierten Sturzrisiko-Assessments erschließt sich somit nicht.

Alle Seniorinnen und Senioren – ob im oder außerhalb des DMP Osteoporose – haben Anspruch darauf, vor dem Sturzrisiko-Assessment zu erfahren, welche Aussagekraft das Testergebnis hat und welche Konsequenzen sich ergeben können. Wirksame und sichere Präventionsmaßnahmen müssen verfügbar sein. Der Nutzen des Assessments in Verbindung mit dem Präventionsangebot müsste in kontrollierten Studien belegt sein (14).

Aus der Perspektive der evidenzbasierten Medizin stellt sich somit nicht nur die Frage, ob das Assessment eine angemessene diagnostische Genauigkeit hat, also zwischen Personen mit hohem und niedrigem Sturzrisiko zu unterscheiden vermag. Es stellt sich insbesondere die Frage, ob die Kombination aus Assessment und sturzpräventiver Maßnahme zur Vermeidung von Stürzen führt und – noch bedeutsamer – zur Senkung des Risikos für sturzbedingte Verletzungen und Knochenbrüche.

STUDIENLAGE

In einer narrativen Übersicht haben wir 18 systematische Übersichtsarbeiten analysiert und festgestellt, wie unreflektiert hier mit dem methodischen Verzerrungspotenzial (Bias) diagnostischer Genauigkeitsstudien umgegangen wird (11).

Mehrheitlich werden die Assessments lediglich in prospektiven Beobachtungsstudien auf ihre Aussagekraft hin untersucht. Das heißt: Nach der Durchführung des Sturzrisiko-Assessments werden die Personen über einen definierten Zeitraum nachbeobachtet. Die Genauigkeit des Assessments wird anhand der am Ende der Beobachtungszeit zu verzeichnenden Sturzereignisse bestimmt.

Nicht beachtet bleibt in den Studien und ihren Übersichtsarbeiten ein Bias durch den natürlichen Verlauf, der das Sturzrisiko beeinflussen kann. Zudem kann ein Behandlungsparadox eintreten, wenn in der Zeit zwischen Sturzrisiko-Assessment und Bestimmung des eingetretenen Endpunkts (Sturzereignis) Maßnahmen zur Sturzprävention eingeleitet wurden (11). Verzerrungen wie diese können nur durch randomisierte kontrollierte Studien (RCT) verhindert werden. In einer solchen RCT würde eine Gruppe von Personen mit einem Sturzrisiko-Assessment eingeschätzt und mit einer Gruppe von Personen verglichen, die kein Sturzrisiko-Assessment erhielte.

Die Einschätzung wäre die Grundlage des Angebots von Maßnahmen zur Sturzprävention. Das Ziel wäre die Reduktion von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen wie Knochenbrüche.

DIAGNOSTISCHE GENAUIGKEIT UND KLINISCHER NUTZEN VON STURZRISIKO-ASSESSMENT

Für Performanz-orientierte und andere Sturzrisiko-Assessment-Instrumente (siehe Kasten rechts), die sich an Populationen älterer Menschen richten, wird in zahlreichen Übersichtsarbeiten wiederholt festgestellt, dass diese nicht ausreichend in der Lage sind, zuverlässig zwischen sturzgefährdeten und wenig sturzgefährdeten Personen zu unterscheiden (1, 3, 9, 12). Die Gründe sind vielfältig; sie sind einerseits in der Komplexität des Phänomens „Sturzgefährdung“ begründet, andererseits in der Unzulänglichkeit der Instrumente, diese abzubilden. Zudem erscheinen die üblicherweise angewandten Methoden zur Evaluation dieser geriatrischen Testverfahren (Info-Box 2) den wissenschaftlichen Anforderungen der evidenzbasierten Medizin nicht angemessen. →

→ Eine systematische Übersichtsarbeit der Cochrane Library zur Sturzprävention im Setting Pflegeeinrichtungen und Krankenhaus (2) schließt nur eine einzige Studie, nämlich unsere eigene, bereits im Jahr 2009 publizierte RCT ein. Wir haben in dieser Studie in Hamburger Pflegeheimen die Wirksamkeit und Sicherheit eines Sturzrisiko-Assessments im Vergleich zur pflegerischen Einschätzung untersucht (10). Wir konnten keine Überlegenheit des Testinstruments nachweisen. Die Autorinnen und Autoren des Cochrane Reviews stellen fest, dass Sturzrisiko-Assessments weltweit benutzt werden, jedoch ein absoluter Mangel an Studien zu ihrer Wirksamkeit besteht (2).

AUSSAGEKRÄFTIGE STUDIEN SIND DURCHFÜHRBAR

Dass solche komplexen Studien machbar sind, auch im hausärztlichen Bereich, zeigt eine kürzlich im renommierten New England Journal of Medicine publizierte pragmatische RCT (8). Fast 10.000 zu Hause lebende Menschen im Alter von mindestens 70 Jahren aus 63 Arztpraxen in England waren eingeschlossen. Drei Gruppen wurden miteinander verglichen: Alle Gruppen erhielten schriftliche Hinweise zur Sturzprävention; bei Gruppe 1 blieb dies die einzige Intervention; Gruppe 2 und 3 führten eine strukturierte Selbsteinschätzung des Sturzrisikos durch. Die als sturzgefährdet eingestuften Personen erhielten in der Gruppe 2 das Angebot eines evaluierten Trainingsprogramms und in der Gruppe 3 das Angebot einer multifaktoriellen Intervention (Assessment und Maßnahmen durch Pflegende, Hausärztinnen und Fachärzte für Geriatrie, u. a. zur Medikation und Sehstärke und zum Schuhwerk und Wohnumfeld). Der primäre Erfolgsparameter waren Knochenbrüche im Zeitraum von 18 Monaten Beobachtungszeit; sekundäre Erfolgsparameter waren Stürze, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Gebrechlichkeit und ökonomische Effekte.

Das Ergebnis dieser aufwändigen Interventionsstudie ist enttäuschend. Die Strategie der englischen Studie – Sturzrisiko-Assessment und Intervention – führt nicht zu einer Verminderung von Knochenbrüchen (8).

STURZPRÄVENTION AUCH OHNE STURZRISIKO-ASSESSMENT

Auch wenn die Sturzrisiko-Assessments keine ausreichende Differenzierung zwischen Hoch- und Niedrigrisikogruppen zulassen, so stellt sich doch die Frage, ob präventive Maßnahmen zur Sturzrisikoreduktion nicht allgemein für ältere Menschen empfohlen werden könnten. Zur Wirksamkeit und Sicherheit von Sturzprävention bei Seniorinnen und Senioren gibt es neuere Evidenzsynthesen in der Cochrane Library und von der US Preventive Services Task Force. Demnach können Angebote körperlichen Trainings und multifaktorielle Interventionen das Risiko für Stürze bei zu Hause lebenden Seniorinnen und Senioren reduzieren. Der Effekt auf sturzbedingte Knochenbrüche und Verletzungen bleibt hingegen ungesichert (5, 6, 13).

FAZIT

Der Stellenwert des Sturzrisiko-Assessments innerhalb und außerhalb des DMP Osteoporose bleibt unklar. Die

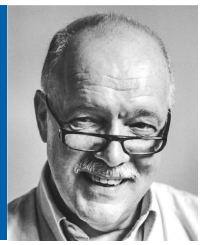
entsprechende Empfehlung im DMP Osteoporose ist wissenschaftlich nicht begründet. Anstatt der Differenzierung des Grades der Sturzgefährdung sollte die Evidenz zur Sturzprävention in Form von Entscheidungshilfen zur allgemeinen Nutzung für Seniorinnen und Senioren bereitgestellt werden. ■

PROF. DR. GABRIELE MEYER
Leiterin des Instituts
für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,
Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Referenzen

1) Barry E, Galvin R, Keogh C, Horgan F, Fahey T. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr 2014; 14: 14
2) Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev 2018; 9 (9): CD005465
3) Gates S, Smith LA, Fisher JD, Lamb SE. Systematic review of accuracy of screening instruments for predicting fall risk among independently living older adults. J Rehabil Res Dev 2008; 45 (8): 1105-1116
4) Gemeinsamer Bundesausschuss. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 20. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 19 (DMP Osteoporose) und der Anlage 20 (Osteoporose – Dokumentation). https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4149/2020-01-16_DMP-A-RL_Osteoporose_BAnz.pdf, Zugriff am 27.07.2021
5) Guirguis-Blake JM, Michael YL, Perdue LA, Coppola EL, Beil TL. Interventions to Prevent Falls in Older Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 2018; 319 (16): 1705-1716
6) Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, Close JC, Lamb SE. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2018; 7 (7): CD012221
7) Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst Nord. https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Seiten/Bereich_-_Mobilit%C3%A4t.aspx, Zugriff am 27.07.2021
8) Lamb SE, Bruce J, Hossain A, Ji C, Longo R, Lall R, Bojke C, Hulme C, Withers E, Finnegan S, Sheridan R, Willett K, Underwood M; Prevention of Fall Injury Trial Study Group. Screening and Intervention to Prevent Falls and Fractures in Older People. N Engl J Med 2020; 383 (19): 1848-1859
9) Lusardi MM, Fritz S, Middleton A, Allison L, Wingood M, Phillips E, Criss M, Verma S, Osborne J, Chui KK. Determining Risk of Falls in Community Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis Using Posttest Probability. J Geriatr Phys Ther 2017; 40 (1): 1-36
10) Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. Age Ageing 2009; 38 (4): 417-423
11) Meyer G, Möhler R, Köpke S. Reducing waste in evaluation studies on fall risk assessment tools for older people. J Clin Epidemiol 2018; 102: 139-143
12) Park SH. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. Aging Clin Exp Res 2018; 30 (1): 1-16
13) Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, Clemson L, Hopewell S, Lamb SE. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2019; 1 (1): CD012424
14) WHO-Regionalbüro für Europa. Vorsorgeuntersuchung und Screening: ein kurzer Leitfaden. Wirksamkeit erhöhen, Nutzen maximieren und Schaden minimieren. Kopenhagen, 2020, Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

EbM Netzwerk



Allein unter Nachbarn

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

Laut einer Bertelsmann-Studie könnten die gesetzlichen Krankenkassen neun Milliarden Euro mehr einnehmen und den allgemeinen Beitragssatz um 0,7 Prozent senken, wenn alle Bundesbürgerinnen und -bürger gesetzlich krankenversichert wären. In Deutschland sind aber etwa zehn Prozent privat versichert. Diese 8,7 Millionen verdienen im Durchschnitt über fünfzig Prozent mehr als die 73 Millionen gesetzlich Versicherten und sind im Vergleich gesünder. Es heißt, sie würden eine privilegierte medizinische Behandlung erhalten, man spricht von einer Zwei-Klassen-Medizin. Die Besserverdienenden, die außerdem auch noch Gesünderen haben sich aus unserem Solidarsystem verabschiedet. Wie ist das eigentlich in unseren Nachbarländern geregelt? Die entscheidenden Fragen sind: Müssen dort alle an einem Solidarsystem teilnehmen? Wie wird es finanziert? Wie sind die Leistungen?

In Österreich besteht für ausnahmslos alle Bürgerinnen und Bürger eine Krankenversicherungspflicht in regionalen Gebietskrankenkassen. Die Beiträge richten sich nach dem Einkommen und werden zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen. Familienmitglieder sind überwiegend kostenlos mitversichert. Die Leistungen aller Kassen sind gleich, Konkurrenz zwischen Krankenkassen gibt es nicht. Es existieren vielfältige Möglichkeiten der privaten Zusatzversicherung.

Auch in der Schweiz besteht Krankenversicherungspflicht für alle. Die Beiträge sind unabhängig vom Einkommen pro Kopf gleich hoch, eine kostenlose Mitversicherung von Familienmitgliedern gibt es nicht. Die etwa neunzig privaten Krankenkassen des Landes müssen alle eine gleiche, gesetzlich festgelegte Grundsicherung anbieten, konkurrieren aber um Mitglieder durch möglichst niedrige Tarife. Alle Versicherer bieten Zusatzversicherungen an.

Auch in Frankreich ist die Krankenversicherung Pflicht für alle. Die Krankenkassenbeiträge werden von Arbeitnehmern und Arbeitgebern anteilig bezahlt, Defizite werden mit Steuermitteln ausgeglichen. Versicherte zahlen ihre Arztrechnungen zunächst selbst und reichen sie anschließend bei ihrer Krankenkasse zur Erstattung ein. Dabei bestehen Eigenbeteiligungen bis zu 25 Prozent, weswegen die meisten Franzosen private Zusatzversicherungen abschließen.

Nur bei uns können sich Besserverdienende aus dem Solidarsystem verabschieden.

Auch in den Niederlanden besteht Krankenversicherungspflicht. Das System ist rein privatwirtschaftlich, aber die Leistungen der etwa 40 privaten Krankenkassen sind gesetzlich genau festgelegt, sodass darüber keine Konkurrenz aufkommen kann. Kinder sind kostenlos mitversichert, Partner hingegen nicht. Alle Versicherten zahlen einen gleich hohen Beitrag, der gesetzlich festgelegt ist. Wegen hoher Selbstbeteiligungen sind private Zusatzversicherungen weit verbreitet.

Auch in Dänemark ist das Gesundheitssystem für alle Bürger verbindlich. Hier ist es rein staatlich, die Finanzierung geschieht aus Steuergeldern. Wer in Dänemark wohnt oder steuerpflichtig ist, ist automatisch krankenversichert. Medizinische Behandlungen und häusliche Pflege sind für alle Versicherten kostenlos. Private Vollversicherungen gibt es nicht, nur Zusatzversicherungen zur Abdeckung der Eigenbeteiligungen.

Auch in Italien ist das Gesundheitssystem für alle in staatlicher Hand. Es wird aus Steuermitteln und Arbeitgeberbeiträgen finanziert. Die medizinische Grundversorgung ist für alle kostenlos. Private Krankenversicherungen

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

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

gibt es nicht, nur Zusatzversicherungen.

Deutschland ist also das einzige Land weit und breit, das einem Zehntel seiner Bevölkerung die Möglichkeit einräumt, sich mit der privaten Krankenversicherung aus dem Solidarsystem zu verabschieden. Dafür gibt es keinen vernünftigen Grund. Sämtliche unserer Nachbarländer machen das vor. Eine Überwindung unseres zweigeteilten Systems würde zwar einige Probleme aufwerfen, aber diese sind alle lösbar, dafür braucht es nur etwas Zeit und kluge Übergangslösungen. Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und der Beamtenbund malen das große Arztpraxissterben an die Wand, wenn den Ärztinnen und Ärzte die privaten Einnahmen wegbrechen. Aber die ärztlichen Einkommen wären in keinerlei Gefahr, denn bislang Privatversicherte würden stattdessen sogleich entsprechende Zusatzversicherungen abschließen.

Eine Illusion sollte man aber nicht haben: Mit der Abschaffung der Zwei-Klassen-Krankenversicherung wird man die Abschaffung der Zwei-Klassen-Medizin nicht erreichen. Dazu müsste man zuerst die Klassengesellschaft abschaffen. ■

Leserbriefe

KVH-Journal 7-8/2021,
S. 8 "Das hätte er sehen müssen!"

„Ex ante“ und „ex post“ sind zweierlei

Danke an die Autoren Prof. Dr. Scherer und Dr. Wagner! Dieser Artikel sollte zur Pflichtlektüre aller PJ-ler*innen und jungen Kolleg*innen gehören. Wie sagte mir mal ein Richter? "Für den beklagten Arzt oder die beklagte Ärztin ist der ärztlich Begutachtende das eigentliche Problem." Damit ist bestimmt nicht gemeint, dass ärztliche Fehler unter den Tisch gekehrt werden! Aber "ex ante" und "ex post" sind zweierlei. Wenn ein Patient mit einer Einweisung die Klinik betritt, sind differentialdiagnostische Überlegungen in aller Regel abgeschlossen. Die Diagnose steht! Die aktuelle Corona Pandemie ist ein gutes Beispiel, dass im Nachhinein sich Dinge oft anders darstellen und anders bewertet werden als im Voraus gedacht! Und dass auch medizinische Entscheidungen (z.B.: Welche Impfung für wen?) revidiert werden. Überlegen wir also einmal mehr, ob wir den Satz "Das hätte er aber sehen müssen" aussprechen. Zu unserem Schutz, aber auch, um das Vertrauensverhältnis unserer Patient*innen zu uns nicht zu belasten.

Dr. Thomas Gent,
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
in Volksdorf

KVH-Journal 7-8/2021, S. 22
Aus dem Netzwerk Evidenzbasierte Medizin: "Vitamin D – das Ende eines Hypes?"

Interessant und immer prägnant

Ich möchte mich an dieser Stelle für die interessanten und immer prägnant geschriebenen Artikel von Frau Prof. Dr. Mühlhauser bedanken, die mir einen informierteren Blick auf aktuell diskutierte Themen ermöglichen. Ihre Artikel sind für mich der Grund, das KVH-Journal doch durchzublättern, anstatt es gleich ins Altpapier zu geben.

Daniela Könecke
Psychologische
Psychotherapeutin
in Rotherbaum

Flutkatastrophe: Unterstützung für betroffene Praxen

Flutschäden an einer vertragsärztlichen Praxis in Rheinland-Pfalz

Viele Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in den Flutgebieten haben mit den Folgen der Katastrophe zu kämpfen. In der Region der KV Nordrhein sind 119 Praxen betroffen – von teilweiser Funktionsunfähigkeit bis zum Totalschaden. Viele Praxen hatten kein Wasser und keinen Strom. Zum Teil wurde die komplette Infrastruktur zerstört. Dadurch waren Praxen in den besonders schwer betroffenen Gebieten in vielen Fällen schlecht oder mitunter auch gar nicht erreichbar.

Die KV Rheinland-Pfalz (RLP) meldete Mitte August, in ihrem Bereich seien 28 Praxen vollständig funktionsunfähig, die meisten davon im Kreis Ahrweiler. Weitere 32 hätten Probleme mit der Wasser- oder Stromversorgung.

Beide KVen haben Spendenkonten eingerichtet. Das Konto der KV Nordrhein (siehe Spendenaufruf im KVH-Telegramm 35 vom 29.7.2021) wurde mittlerweile wieder geschlossen. Das Konto der KV RLP ist noch offen, und die Kolleginnen und Kollegen bitten weiterhin um Unterstützung für die von der Flut betroffenen Praxen:

SPENDENKONTO

Empfänger: KV RLP
IBAN: DE83 3006 0601 0042 1510 81
Verwendungszweck: Spende Flutkatastrophe

Ab einem Spendenbetrag von 300 Euro erhält man eine Spendenquittung. Bei geringeren Beträgen reicht der Kontoauszug als Nachweis aus.

STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Karin Wallenczus**
Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie

Name: **Dr. Karin Wallenczus**
Geburtsdatum: **18.04.1961**
Familienstand: **Freundschaft**
Fachrichtung: **Psychologische Psychotherapeutin (VT)**
Weiter Ämter: **Stellvertretende im Berufungsausschuss**
Hobbys: **Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Nach dem Studium habe ich geforscht, an Unis gelehrt, war sehr lange Supervisorin, Ausbilderin in der systemischen- und Verhaltenstherapie. Die folgende Niederlassung war logisch, aber ich hatte das lange Sitzen unterschätzt, das die Psychotherapie mit sich bringt. Es ist jedoch gut mit Sport zu kompensieren. Danach wurde die Psychotherapie zu dem schönen Beruf, den ich als Studienanfängerin erwartet hatte: Zuhören, Verstehen, Leiden mindern, Befähigen, Verändern. Schwieriges leicht zu machen, ist meine Absicht.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ich wurde gefragt, und es ist eine Ehre, an der Gestaltung der Selbstverwaltung teilzunehmen. Ich schätze die politische und organisatorische Erfahrung der Kolleginnen und Kollegen sehr, die vorausschauend Tendenzen erkennen und mit Erfolg kluge Gegenwehr erzeugen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Beibehaltung der selbstverwalteten Autonomie der KVen und eine grundsätzliche Absage an ein Gesundheitssystem, das ausschließlich ökonomischen Kapitalinteressen folgt.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Die Psychotherapie ist ein geschützter narrativer Raum, der konkret Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmung fördert. Die Beschneidung dieses Raumes durch technische Bürokratisierung, beabsichtigte externe Vorgaben zu Diagnosestellung, zu Zugang, Ablauf und Dauer der Therapie bedeutet aktuell ein Angriff auf die Entwicklungsmöglichkeiten dieses unbedingt demokratischen Raums.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Die Loslösung der Psychiatrie aus dem dominierenden medizinischen Modell. ■

Frauen gesucht, die mitgestalten wollen

„Frauenförderungskommission“ der KV Hamburg soll Vorschläge vorlegen, wie der Frauenanteil in den Gremien erhöht werden kann

Vorstand und Selbstverwaltung der KV Hamburg suchen engagierte Frauen, die Interesse daran haben, in einer „Frauenförderungskommission“ mitzuarbeiten.

Die Kommission soll zunächst analysieren, was Frauen davon abhält, sich stärker in den KV-Gremien zu engagieren. Darüber hinaus soll die Kommission Strategien entwickeln, um Hindernisse für Frauen zu beseitigen und ihnen den Weg in die Gremien zu ebnen. Welche Rahmenbedingungen müssten geschaffen werden, um Frauen ein Engagement in der KV zu erleichtern?

Hintergrund ist ein auffälliges Missverhältnis: Während der Frauenanteil der KV-Mitglieder in Hamburg über alle Fachgruppen hinweg 55 Prozent beträgt, kommt die Vertreterversammlung lediglich auf einen Frauenanteil von 30 Prozent.

Ein erstes konkretes Ziel soll deshalb sein, dass die Kommission Maßnahmen entwickelt, deren Umsetzung die Listenführerinnen und Listenführer bei der Gewinnung von Kandidatinnen für ihre Listen bei der Wahl der Vertreterversammlung im Sommer 2022 unterstützt .

„Es wäre großartig, wenn wir mehr Frauen dafür gewinnen könnten, Selbstverwaltung zu leben und die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Versorgung selbst mitzugestalten“, sagt Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg.

In der ersten Jahreshälfte hatte der Satzungsausschuss der KV die Idee verworfen, eine Frauenquote für alle bei der Wahl der Vertreterversammlung antretenden Listen einzuführen. Das Gremium war zu dem Ergebnis gekommen, eine solche Regelung sei nicht rechtssicher, weil Paritätsgesetze zur Aufstellung von Kandidatinnen und Kandidaten bei Landtagswahlen von Gerichten gekippt worden waren. ■

Wer sich an der Arbeit der „Frauenförderungskommission“ beteiligen möchte, wird gebeten, einen Steckbrief auszufüllen (damit wir Sie schon etwas kennenlernen können) und diesen per E-Mail an die KV zu schicken.
Den Steckbrief finden Sie im Internet:
https://www.kvhh.net/de/ueber-uns/selbstverwaltung/frauenfoerderung.html
E-Mail: kommission.frauenfoerderung@kvhh.de

Geschichte der KV Hamburg (1919 – 2019)

Kostenlos für KV-Mitglieder

Das zweibändige Werk ist die erste Gesamtdarstellung der Geschichte der KV Hamburg von der Gründung 1919 bis in die Gegenwart. Die Autoren zeichnen die stürmischen Zwanzigerjahre, die »Gleichschaltung« unter nationalsozialistischer Herrschaft und den Wiederaufbau ab 1945 nach. In der Ära des sich entwickelnden Sozialstaats brachte die KV Hamburg eine Fülle von Reformprojekten auf den Weg – vom Ausbau des ärztlichen Notfalldienstes über die Konzeption der Praxisklinik Mümmelmannsberg bis hin zur Einrichtung von Schwerpunktpraxen.

KV-Mitglieder können die Bücher kostenlos bestellen.
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de

KVH Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Endspurt im Hamburger Corona-Impfzentrum

In den letzten Wochen vor seiner Schließung gelang es dem Impfzentrum nochmal, das Impf-Tempo zu erhöhen.

Seit Anfang August hatten die Hamburgerinnen und Hamburger die Möglichkeit, sich ohne vorherige Terminvereinbarung impfen zu lassen.

Am Freitag, den 6. August 2021 veranstaltete das Impfzentrum eine „lange Nacht des Impfens". Musik schallte über den Parkplatz des Impfzentrums, den Besuchern wurde Limonade gereicht. Nur das Wetter wollte nicht so recht mitspielen: Es regnete, und so wurde der geplante Auftritt eines DJs kurzerhand abgesagt. Dennoch: Das Impfzentrum blieb bis 23 Uhr geöffnet, und die Aktion war ein Erfolg.

Etwa 4.200 Menschen wurden an diesem Freitag ohne Termin geimpft. „Das ist schon ein gutes Ergebnis", sagte Dr. Dirk Heinrich, Sprecher der ärztlichen Leiter des Impfzentrums. „Es gab den Anreiz, Musik und gute Stimmung zu erleben, ein paar Getränke zu bekommen und sich seinen Piks abzuholen."

Nochmal fast doppelt so viele Menschen kamen einige Tage später in die Messehallen, als zum letzten Mal Erstimpfungen ohne Termin angeboten wurden.

Seither wurden im Impfzentrum nur noch Folgeimpfungen und Impfungen mit der Einzeldosis-Vakzine von Johnson & Johnson verabreicht.

Ende August soll die Einrichtung schließen. Die Impfkampagne wird dann in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und von mobilen Teams fortgeführt. ■

MILLIONSTE IMPFUNG

Die Psychologie-Studentin Laura Hoh aus Eimsbüttel wurde am 21. Juli 2021 mit Applaus und Konfetti im Corona-Impfzentrum in den Messehallen empfangen. „Der 1.000.000ste Impfling ist gerade hier", twitterte der Sprecher der ärztlichen Leiter des Hamburger Impfzentrums, Dr. Dirk Heinrich. „Das ist ein Grund zu feiern."

KV-Notfallpraxis am Bundeswehrkrankenhaus ersetzt die Notfallpraxis Farmsen

Die KV Hamburg hat am 2. August 2021 eine Notfallpraxis am Bundeswehrkrankenhaus in Wandsbek-Gartenstadt eröffnet. Sie ersetzt die Notfallpraxis am Berner Heerweg im Stadtteil Farmsen, die ihren Betrieb eingestellt hat.

Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Caroline Roos, und Admiralarzt Dr. Knut Reuter eröffnen die Notfallpraxis am Bundeswehrkrankenhaus.

KV-Notfallpraxis am Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
Hauptgebäude (1. Stock)
Lesserstraße 180
22049 Hamburg

Öffnungszeiten:
Mo, Di, Do, Fr: 18 - 24 Uhr
Mi: 13 - 24 Uhr
Sa, So, Feiertag: 8 - 24 Uhr

Die neue Notfallpraxis bietet größere Behandlungskapazitäten. Sie befindet sich in unmittelbarer Nähe der Zentralen Notaufnahme des Bundeswehrkrankenhauses. Wird eine Patientin oder ein Patient vorstellig, kann sofort entschieden werden, ob eine Behandlung als Notfall im Krankenhaus oder ambulant in der KV-Notfallpraxis erfolgen soll. "Das Konzept kommt in erster Linie den Patientinnen und Patienten zugute, für die stets die adäquate Versorgungsebene gefunden wird", sagt die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Caroline Roos.

Das Leistungsspektrum der Notfallpraxis umfasst die ambulante hausärztliche Behandlung von Patientinnen und Patienten außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten. „Sollte aufgrund der akuten Behandlungsbedürftigkeit die Infrastruktur des Krankenhauses notwendig sein, so kann eine Weiterversorgung in unserer Notfallaufnahme und nachfolgend im stationären Bereich erfolgen", sagt der Kommandeur und Ärztliche Direktor des Bundeswehrkrankenhauses, Admiralarzt Dr. Knut Reuter. „Dazu steht rund um die Uhr unser hoch qualifiziertes Personal aus mehr als 15 medizinischen Kliniken und Fachabteilungen zur Verfügung." ■

Notfallpraxen in Hamburg

Übersicht zu Öffnungszeiten, versorgenden Fachgruppen, Besonderheiten

NOTFALLPRAXIS ALTONA

Stresemannstraße 54 / 22769 Hamburg

Allgemeinmedizin, HNO, Röntgen:

Mo, Di, Do, Fr: 19 - 24 Uhr
Mi: 13 - 24 Uhr
Sa, So, Feiertage: 7 - 24 Uhr

NOTFALLPRAXIS REINBEK

Hamburger Straße 41 / 21465 Reinbek

Allgemeinmedizin:

Mo, Di, Do, Fr: 19 - 24 Uhr
Mi: 13 - 24 Uhr
Sa, So, Feiertage: 10 - 24 Uhr

NOTFALLPRAXIS AM BUNDESWEHRKRANKENHAUS

Lesserstraße 180 / 22049 Hamburg

Allgemeinmedizin, HNO:

Mo, Di, Do, Fr: 18 - 24 Uhr
Mi: 13 - 24 Uhr
Sa, So, Feiertag: 8 - 24 Uhr

NOTFALLPRAXIS AM UKE

Martinistraße 52 / 20246 Hamburg

Allgemeinmedizin:

Mo, Di, Mi, Do: 18 - 24 Uhr
Fr: 17 - 24 Uhr
Sa, So, Feiertage: 8 - 24 Uhr

Augenheilkunde:

Mo, Di, Do, Fr: 19 - 21 Uhr
Sa, So, Feiertage: 9 - 12 und 18 - 21 Uhr

NOTFALLPRAXIS HARBURG

Eißendorfer Pferdeweg 52 / 21075 Hamburg

Allgemeinmedizin:

Mo, Di, Do: 18 - 24 Uhr
Mi: 13 - 24 Uhr
Fr: 17 - 24 Uhr
Sa, So, Feiertage: 8 - 24 Uhr

KINDERÄRZTLICHE NOTFALLPRAXEN

ALTONAER KINDERKRANKENHAUS

Bleickenallee 38 / 22763 Hamburg-

Kinderheilkunde:

Mo, Di, Do: 19 - 23 Uhr
Mi: 14 - 23 Uhr
Fr: 16 - 23 Uhr
Sa, Feiertage: 8 - 24 Uhr
So: 8 - 23 Uhr

KINDERKRANKENHAUS WILHELMSTIFT

Liliencronstraße 130 / 22149 Hamburg-Rahlstedt

Kinderheilkunde:

Mo, Di, Do: 19 - 23 Uhr
Mi: 14 - 23 Uhr
Fr: 16 - 23 Uhr
Sa, Feiertage: 8 - 24 Uhr
So: 8 - 23 Uhr

KINDERÄRZTLICHER NOTFALLDIENST

ASKLEPIOS KLINIK NORD HEIDBERG

Tangstedter Landstr. 400 / 22417 Hamburg-Langenhorn

Kinderheilkunde:

Sa, So, Feiertage: 10 - 18 Uhr

HELIOS MARIAHILF KLINIK

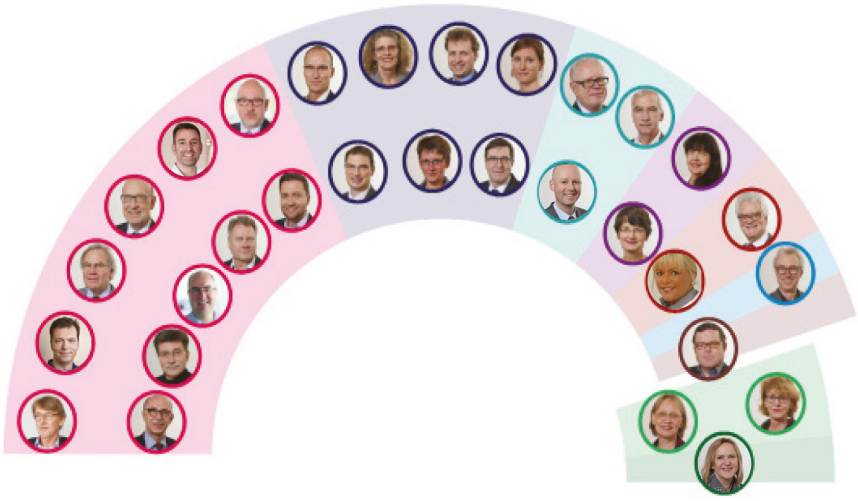
Stader Straße 203 c / 21075 Hamburg-Harburg

Kinderheilkunde:

Sa, So, Feiertage: 10 - 17 Uhr

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 20. Oktober 2021 (19.30 Uhr)
Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEILS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

ACHTUNG! TERMIN WURDE VERSCHOBEN

KREIS 2 (Winterhude)
Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin
"Digitalisierung im medizinischen Alltag – Möglichkeiten und Grenzen"
Referentin: Caroline Roos,
stellv. Vorsitzende der KV Hamburg
4 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 27.10.2021 (18 Uhr)
(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

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

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP Einführungsseminar
für Arztpraxen
Fr. 10.9.2021

Ausbilden - aber richtig
Mi. 22.9.2021

Patientenrechte im Alltag
Mi. 29.9.2021

QEP Einführungsseminar
für Psychotherapeuten
Fr. 1.10.2021

Datenschutz in der Arztpraxis
Mi. 20.10.2021

Ausbildung
Datenschutzbeauftragte/r
Di. 26.10. - Fr. 29.10.2021

Terminsystem
Mi. 10.11.2021

Basisseminar Beauftragter für Medizinproduktesicherheit nach §6 MPBetriebV
Mi. 17.11.2021

Tatort Praxis
Fr. 19.11.2021

Hygiene für Fortgeschrittene
Mi. 1.12.2021

Weitere Informationen finden Sie im Internet: https://www.kvhh.net/de/praxis/veranstaltungen.html

Oder über QR-Code:

FORTBILDUNGSAKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Aktuelle Informationen zu Veranstaltungen finden Sie im Internet:
https://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html
Oder über QR-Code:

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

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2021!

Das neue Fortbildungsprogrammheft für medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der zweiten Jahreshälfte 2021 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Kopfschmerz und Migräne
Neue Optionen und Erfahrungen mit modernen Behandlungsmethoden

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 22.9.2021 (18 - 21 Uhr)
(unter Einhaltung der Hygiene-Regeln)

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
Anmeldung bitte per E-Mail an:
praxis@neurologiewinterhude.de

DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNG

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 19.11.2021 (14.30 - 17 Uhr)

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

(unter Einhaltung der Hygiene-Regeln)

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

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

www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können (E-Mail-Adresse siehe oben).

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!

KVH Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Ihr Infocenter der KVH Telefon 040 22802900 . infocenter@kvhh.de