

KVH *journal*

GEFLÜCHTETE AUS DER UKRAINE

*Medizinische Versorgung in der Erstaufnahmeeinrichtung
und in den Praxen*



EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
Advance Care Planning

CORONA-PANDEMIE
Wie funktionieren Infektionsmodelle?

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
der Autorinnen oder Autoren und nicht unbedingt
die des Herausgebers wieder.

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 5/2022 (Mai 2022)



Klimaneutral

Druckprodukt

ClimatePartner.com/12682-2204-1013



Liebe Leserin, lieber Leser!

Immer mehr Praxen werden von profitorientierten Unternehmen oder Investoren übernommen. Die Politik sollte endlich wirksame Maßnahmen ergreifen, um diese Entwicklung zu stoppen. Wir müssen uns in einer gemeinsamen Anstrengung dafür einsetzen, dass Praxen und MVZ dem ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsethos verpflichtet bleiben. Die Gelder des solidarischen Gesundheitssystems werden in der Versorgung benötigt – und sollten nicht in die Taschen von Finanzinvestoren abfließen.

Eine von der KV Bayerns in Auftrag gegebene Studie des IGES-Instituts hat gerade gezeigt, dass die abgerechneten Honorarvolumina in investorengetragenen MVZ deutlich über denen in anderen MVZ liegen. Außerdem nehme die Zahl der investorengetragenen MVZ weiterhin dynamisch zu. Dazu heißt es im IGES-Gutachten wörtlich: "Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel, den Zugang von Finanzinvestoren in die ambulante vertragsärztliche Versorgung wirksam zu begrenzen, wird klar verfehlt."

Praxen und MVZ sollten in der Hand von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten bleiben – oder anderweitig dem Gemeinwohl verpflichtet werden, beispielsweise durch eine Rechtsform als gemeinnützige GmbH.

Praxen und MVZ, die bereits von Investoren geführt werden, müssen ihre Besitzverhältnisse transparent machen. Hierfür brauchen wir ein verpflichtendes Transparenzregister. Außerdem sollte auf dem Praxisschild ausgewiesen sein, wem eine Versorgungseinheit gehört. Die Patientinnen und Patienten, aber auch die überweisenden Ärztinnen und Ärzte haben ein Recht darauf zu erfahren, mit welcher Art von Praxis oder Versorgungszentrum sie es zu tun haben.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06** _ Nachgefragt: Welche Erfahrungen haben Sie mit der Versorgung von Geflüchteten gemacht?
- 08** _ Interview: Dr. Janneke Ohlhoff über die Erstversorgung ukrainischer Geflüchteter in den Messehallen
- 12** _ Aufruf: Psychotherapeutische Praxen für die Versorgung von Geflüchteten gesucht
- 13** _ Substitutionsambulanz
Altona kann kurzfristig Patienten aus der Ukraine aufnehmen
Ratgeber für geflüchtete Eltern mit traumatisierten Kindern

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14** _ Fragen und Antworten zur elektronischen Patientenakte (ePA)
- 16** _ Hilfsmittel zur häuslichen Pflege auch ohne ärztliche Verordnung
- 17** _ Ausbildung zum Abrechnungsmanager
Qualifikation zum Referenten für Hautkrebsscreening-Fortbildungskurse

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.

- 18** Schnelltests in der Arztpraxis für das Praxispersonal
Kodierrätsel des Monats
Online-Umfrage: Ungewissheit im Zusammenhang mit Arbeitsbelastung

ARZNEIMITTEL

- 19** Hepatitis-B-Impfung für gesetzlich Versicherte

FORUM

- 26** Vorhersagen des Pandemieverlaufs: Wie funktionieren Infektionsmodelle?
32 "Wir für unser Klima": ÄrzteNetz Hamburg schreibt Umwelt-Wettbewerb aus
36 Herz InForm feiert 50-jähriges Jubiläum

SELBSTVERWALTUNG

- 36** Frauenkommission: Vorschläge für eine familienfreundlichere Veranstaltungsplanung der KV
37 Steckbrief: Thomas Krömer



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 20** Advance Care Planning für valide umsetzbare Patientenverfügungen

RUBRIKEN

- 02** Impressum
03 Editorial

KOLUMNE

- 34** Zwischenruf von Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENDER

- 38** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Marcelo Hernandez/Funke Foto Services;
Seite 9 und 10: Michael Zapf; Seite 11: DRK Altona/Mitte; Seite 14: Gematik; Seite 16: Amazing Studio/Stock.Adobe.com; Seite 33: ÄrzteNetz Hamburg/Melanie Dreyse; Seite 36: Herz InForm; Seite 38: Michael Zapf; Icons: iStockfoto



Welche Erfahrungen haben Sie mit der Versorgung von Geflüchteten gemacht?

Psychotherapie



Dr. Vlasta Pecova

Traumatherapeutin im Koordinierungs- und Behandlungszentrum für traumatisierte Geflüchtete "Centra" (siehe S. 12) und niedergelassene Psychotherapeutin in Hamburg-Mitte

Ich behandle seit mehr als 15 Jahren traumatisierte Patientinnen und Patienten – darunter viele auch aus Russland, Kasachstan, Aserbaidzhan, Armenien. Ich spreche Russisch, und in den letzten Wochen habe ich die ersten ukrainischen Flüchtlinge bei Centra, dem Koordinierungszentrum für traumatisierte Geflüchtete, gesehen. **Einerseits unterscheiden sich die Probleme der ukrainischen Flüchtlinge nicht grundsätzlich von denen anderer Geflüchteter: Sie wurden aus ihrer Umgebung gerissen, haben ihr Zuhause, ihre Freunde, die ganze kulturelle Verbundenheit verloren. Auf unbestimmte Zeit. Andererseits werden Geflüchtete aus Afghanistan, Irak, Iran und anderen Ländern zusätzlich belastet durch unsicheren Aufenthaltsstatus, Abschiebung und das Verbot, eine Tätigkeit auszuüben.** Wenn Menschen Krieg, Gewalt und Verfolgung erleben, egal in welchem Land, hat es ähnliche Auswir-

kung auf den psychischen Zustand. Der russische Angriff in der Ukraine führt wahrscheinlich zu einer der größten Menschenfluchten seit dem 2. Weltkrieg. Bei Flüchtlingen aus der Ukraine wurde zum allerersten Mal die europäische Richtlinie „zum vorübergehenden Schutz“ von massenhaft Vertriebenen angewendet, die in Deutschland unter Paragraph 24 (Ausländergesetz) definiert ist. Menschen aus der Ukraine können völlig unkompliziert ein bis maximal drei Jahre Aufenthalt in Deutschland bekommen, können Jobs annehmen und Arbeit suchen sowie soziale und medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Ich erwarte eine zunehmende Nachfrage nach Therapieplätzen bei Menschen aus der Ukraine, wobei die Störungsbilder neben Traumafolgestörungen sicherlich auch im Bereich von Anpassungsstörungen, depressiven Störungen und Angststörungen zu finden sind. ■

Allgemeinmedizin



Dr. Sibylle Quellhorst

Fachärztin für Allgemeinmedizin auf St. Pauli

Wir bieten an einem Abend pro Woche spezielle Sprechstunden für ukrainische Geflüchtete an. Die Abläufe im System scheinen zu funktionieren: Die Ukrainerinnen und Ukrainer, die zu uns kommen, haben Bescheinigungen, wonach sie bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet sind. Wir können also problemlos überweisen und Medikamente aufschreiben. **Unser Team bezahlen wir für die Überstunden, und die Übersetzung müssen wir „zukaufen“: Das ist unser Obolus für die ukrainischen Geflüchteten.** Fast alle Patientinnen und Patienten aus der Ukraine wirken spürbar belastet, sie sind sehr gut organisiert und haben nachvollziehbare Gründe, die Sprechstunde zu nutzen. Allerdings müssen wir längere Termine einplanen: Wir machen Anamnese, fragen den Impfstatus ab. Manchmal ist es sehr aufwändig, die Patientinnen und Patienten auf die hierzulande verfügbaren Medikamente umzustellen. Anhand von Internetrecherchen muss man klären: Welche Wirkstoffe sind in den bisher eingenommenen Medikamenten enthalten? Wie heißen die in Deutschland gängigen Äquivalente? Inzwischen haben wir beschlossen, dass es zwei Abend-Sprechstunden für ukrainische Geflüchtete pro Woche geben soll. Der Andrang wird größer. Ob wir das Angebot auf Dauer aufrecht erhalten können, hängt unter anderem davon ab, in welchem Umfang die Übersetzer verfügbar sind. Auf jeden Fall werden wir anhand der KV-Arztuche einen Flyer mit russischsprachigen Facharzt-Praxen zusammenstellen, den wir geflüchteten Ukrainerinnen und Ukrainern in die Hand drücken können. ■

Gynäkologie



Silvia Belzer

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Hamburg-Horn

Seit den ersten Tagen nach Kriegsbeginn kommen Geflüchtete aus der Ukraine in meine Praxis. **Viele dieser Patientinnen sind in sich gekehrt, traurig und schockiert. Man merkt ihnen an, dass sie einen schweren Weg hinter sich haben. Die meisten von ihnen sind allein nach Deutschland gekommen – schwanger, einige hochschwanger, aber ohne ihre Männer, die sie in der Ukraine zurücklassen mussten.** Die ukrainischen Frauen, die ich behandelt habe, kommen meist aus den großen Städten und sind hinsichtlich ihrer Schwangerschaft gut aufgeklärt. Viele haben ein Äquivalent zu unserem Mutterpass dabei, einen Arztbrief oder andere medizinische Unterlagen. Ich kann diese Dokumente lesen und mit den ukrainischen Patientinnen direkt kommunizieren. Meine Familie kommt aus Moldavien, ich spreche Russisch. Auch die Ukrainerinnen sprechen Russisch, die Sprache ist mit dem Ukrainischen eng verwandt. Diese Nähe macht den Krieg noch unbegreiflicher. ■

INTERVIEW

»Wer kann spontan hinfahren?«

Die Versorgung ukrainischer Flüchtlinge in der Erstaufnahmeeinrichtung leistete zunächst eine freiwillige Initiative. **DR. JANNEKE OHLHOFF** über die ersten Tage einer erfolgreichen Selbstorganisation.

Sie gehören zu jenen Freiwilligen, die in den Hamburger Messehallen eine medizinische Erstversorgung für Geflüchtete aus der Ukraine aufgebaut haben. Wie konnten Sie so schnell reagieren?

OHLHOFF: Wir Hamburger Kinderärztinnen und -ärzte sind gut vernetzt. Seit Coronazeiten gibt es einen großen Verteiler. Außerdem haben viele von uns 2015/2016 in der Flüchtlingsversorgung in unterschiedlichen Gruppierungen geholfen: Ich war mit der Allgemeinmedizinerin Inga von Waldersee in der Schnackenburgsallee aktiv, während Martin Rustige mit einem sehr aktiven Team aus MFAs, Kinderkrankenpflegern und -schwestern und Kinderärztinnen und -ärzten in Einrichtungen des

DRK im Einsatz war. Über diesen Kontakt wurde Martin Rustige vom DRK-Mitarbeiter Carsten Moll am Morgen des 8. März gebeten, für die pädiatrische Versorgung der angekommenen Familien mit Kindern in den Messehallen zu sorgen. Martin Rustige war mit seiner Familie gerade im Skiurlaub. Er startete einen Aufruf in den Messenger-Gruppen: „Liebe Kolleginnen und Kollegen! Wichtiger Aufruf für einen Einsatz heute in der Erstaufnahme Messehallen für Flüchtlingen aus der Ukraine!“ Es seien in der Nacht viele Flüchtlinge angekommen, darunter auch viele Kinder und auch viele akut erkrankt. Ein Container sei vor Ort, ob jemand hinfahren könne, um zu helfen und auch eine erste Einschätzung vorzunehmen.

Wo waren Sie, als Sie diese Nachricht erhielten?

OHLHOFF: Ich saß gerade mit meinem Sohn beim Frühstück und antwortete ganz spontan: „Ich fahre jetzt hin mit Minimal-Equipment.“ Ich telefonierte mit dem DRK-Mitarbeiter Carsten Moll, fragte, was an Ausstattung gebraucht wurde, und erfuhr bei diesem Gespräch auch, dass es noch keinen Erwachsenenmediziner vor Ort für diesen Tag gab. Deshalb informierte ich meinen Mann Karsten Ohlhoff, von dem ich wusste, dass er sich freimachen konnte. Ich telefonierte dann mit der KV und dem Altonaer Kinderkrankenhaus (AKK), um spontane und unkonventionelle „Amtshilfe“ zu erbitten. Mit einer Erstausstatt-



Kinderärztin Dr. Janneke Ohlhoff: "Im Container gab es ein Feldbett und einen kleinen Rolltisch."

tung, die ich aus meiner Praxis und der Kindernotfallpraxis im AKK zusammengestellt hatte, radelte in die Messehallen. So hat das alles begonnen.

Wie viele Helferinnen und Helfer waren dort?

OHLHOFF: Als ich vollbeladen mit meinem Fahrrad in den Messehallen ankam, stand schon Julian Jochims, Kinderkrankenpfleger aus dem Mariahilf, parat. Während wir Kinder anschauten, machte

mein Mann Karsten einen Aufruf und bat alle Geflüchteten, sich zu melden, wenn sie eine chronische Erkrankung hatten oder ein Medikament und Hilfe brauchten. Das war schon ein kleiner Tsunami. Als Dolmetscherin stand eine 13-jährige ukrainische Jugendliche zur Verfügung, die seit einigen Jahren mit ihrer Familie in Hamburg lebt. Die Mutter übersetzte derweil in der Halle. Schon am nächsten Tag vergrößerte sich das Team. Moritz Flick (Anästhesist aus dem UKE)

und Wiebke Herr (Internistin) kümmerten sich um die Patienten, da war die von Karsten erstellte Patientenliste schon sehr hilfreich. Es wurden alphabetische Ordner angelegt, kyrillisch geschriebene Dokumentationsbögen entworfen und kopiert, Sachen besorgt ... Ein medizinisch vorgebildeter ghanaischer Übersetzer, der Russisch, Ukrainisch, Englisch und Deutsch kann, hat uns unterstützt. Martin Rustige organisierte derweil von der Ski-Piste aus die Dienstplanung

für die nächsten zwei Wochen für die Ärzte, während Julian Jochims die Dienstplanung im MFA-Team organisierte. Es fanden sich Früh- schichten für Allgemeinmedizinerinnen und Nachmittagsschichten für Kinderärzte, MFAs und Allgemeinmediziner. Es ist schon beeindruckend, wie schnell sich so viele engagierte Menschen fanden. Zu Kommunikationszwecken wurden diverse Nachrichtengruppen gebildet. Es war gut, in dieser Zeit etwas tun zu können.

Wie war der Kinderarzt-Container ausgerüstet?

OHLHOFF: Es gab ein Feldbett und einen kleinen Rolltisch. Wir haben dann noch mit dem DRK einen Tisch, mehrere Stühle und

Als Dolmetscherin stand uns eine ukrainische Jugendliche zur Verfügung, die in Hamburg lebt.

Ausstattung organisiert. Das Projekt wurde in den folgenden zwei Wochen ganz wunderbar von den Gruppenmitgliedern getragen. Es wurde organisiert, was notwendig war. Wenn ich in der Gruppe schrieb: "Wir brauchen eine Wickelaufgabe", dann antwortete gleich jemand: "Bringe ich vorbei." Als viele Kinder und Erwachsene an einem Magen-Darm-Infekt litten, wurden Kartons voller Salz-



Mitglieder der Medizin-Initiative vor den Messehallen: Julian Jochims, Dr. Janneke Ohlhoff, Dr. Martin Rustige, Dr. Karsten Ohlhoff

brezeln in die Container gebracht. Oder es wurde Kochsalz Nasenspray gekauft. Aber es gab auch Spenden von Apotheken mit Lutschpastillen und Hustensaft, was man nicht rezeptieren konnte. Es wurden Standards entworfen, wie die

Versorgung laufen sollte, damit der Nachschub gesichert war.

Wie haben Sie mit den Patienten kommuniziert?

OHLHOFF: Einige Geflüchtete können Englisch. In den ersten Tagen haben uns die ukrainischen Hamburgerinnen (Tochter und Mutter) und der ghanaische Übersetzer unglaublich geholfen. Aber auch Google translate funktioniert wunderbar.

Wie unterscheiden sich diese Patienten von jenen, die Sie während des Zuzugs von Geflüchteten 2015/2016 behandelt haben?

OHLHOFF: Viele Menschen, die wir damals versorgt haben, waren über mehrere Jahre hinweg nicht mehr ärztlich gesehen worden. Sie kamen aus langanhaltenden desolaten Kriegszuständen, manche waren schon seit einem halben Jahr auf der Flucht. Die Menschen, die jetzt aus der Ukraine flüchten, wurden aus einem Leben gerissen, das unserem sehr ähnlich ist. Sie kommen aus einem Land, in dem es eine sehr gute medizinische Versorgung gab. Ein Junge, mit dem ich in den Messehallen sprach, hatte am 22. Februar noch eine Koloskopie erhalten – das Ergebnis aber nach Kriegsbeginn nicht mehr mitgeteilt bekommen. Eine Frau sagte mir: „Ich habe ein Mamma-Karzinom, bekomme eine Chemotherapie und benötige in vier Tagen die nächste Infusion.“ Sie hatte



Einige Tage nach der Ankunft: Kinder und Jugendliche aus der Ukraine auf einem Platz zwischen den Messehallen

sogar den Chemotherapieplan dabei. Wir versuchen in diesen Fällen, eine Fortsetzung der Therapie oder des Behandlungsschemas zu organisieren. Da hilft es auch, eine gut vernetzte Gruppe im Hintergrund zu haben.

Sind die Geflüchteten aus der Ukraine leichter in die Regelversorgung zu integrieren?

OHLHOFF: Es ist natürlich gut, dass es diesmal bereits bekannte und bewährte Abrechnungsmodalitäten für die Praxen gibt. Doch man wird den Geflüchteten nicht einfach sagen können: "Hier hast Du eine Krankenversicherungs-Karte, such Dir eine Praxis!" Viele Geflüchtete sind schwer traumatisiert, die lassen ihre Familien nicht allein. Und für Personen, die mit Corona infiziert sind oder Brechdurchfall haben, ist es ohnehin besser, zunächst eine Vor-Ort-Medizin in Anspruch zu nehmen. Man braucht jemanden in der Erstaufnahme-

einrichtung, der ein medizinisches „Gatekeeping“ durchführt und entscheidet: „Dieser Patient wird sofort versorgt. Der hier sollte nächste Woche in einer der Kliniken gesehen werden. Das ist ein Herz-Kindchen, das ambulant geschallt werden kann.“ Wir wenden uns dann gezielt an Personen und Institutionen, die wir kennen, um Patienten in die richtige Versorgung weiterzuvermitteln und die Wege und den Aufwand für die traumatisierten Familien so gering wie irgend möglich zu halten. Und viele, gerade der Erwachsenen, benötigen nur eine Fortsetzung ihrer medikamentösen Therapie – da muss man dann aber erst einmal übersetzen und etwas Nachforschung betreiben. Letztendlich ist denen oft aber mit einem Rezept ausreichend geholfen, und sie müssen nicht eine Praxis aufsuchen, die oft schon mit der Sprachbarriere Schwierigkeiten bekommt.

Nun soll die Versorgung in der Erstaufnahmeeinrichtung institutionalisiert werden. Welche Konstruktion würden Sie vorschlagen?

OHLHOFF: Die Stadt kann ja bereits auf Erfahrungen mit der Versorgung von Geflüchteten zurückgreifen. Die Konstruktion der Jahre 2015/2016 hat sich durchaus bewährt. Damals gab es Honorarverträge, die wir Ärztinnen und Ärzte direkt mit den Betreibern der Erstaufnahmeeinrichtungen abgeschlossen hatten. Das funktionierte sehr gut. Nach einiger Zeit benötigte man diese Strukturen nicht mehr, weil die Geflüchteten in der Regelversorgung angekommen oder nicht mehr in Hamburg waren. So wird es diesmal hoffentlich auch sein. Doch bis dahin sollte man es den Geflüchteten so leicht wie möglich machen. Sie brauchen einen geschützten Ort, der ihnen die Ankunft erleichtert. Mit Schule und Kinderbetreuung. Und mit einer medizinischen Erstbetreuung durch einen festen Stamm von Ärzten und Pflegekräften, die gern mit Geflüchteten arbeiten und die ihre Aufgaben mit viel Engagement erledigen. Die Verteilung auf spezialisierte Medizin sollte sinnvoll und organisiert erfolgen. Eine Triage kann helfen. Wir Ärzte, die wir da gerade arbeiten, sind in Hamburg eben auch gut vernetzt, das kann hierbei sehr hilfreich sein. ■

VON PROF. DR. INGO SCHÄFER

Psychotherapeutische Praxen gesucht!

Centra koordiniert Netzwerk zur Versorgung von Geflüchteten aus der Ukraine

Das Koordinierende Zentrum für traumatisierte Geflüchtete (Centra) wurde 2019 mit Förderung durch das Amt für Soziales von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE gegründet. Wir haben von der Stadt die Aufgabe übertragen bekommen, die Koordination von psychotherapeutischen Hilfen für Geflüchtete aus der Ukraine zu übernehmen. Dazu gehört auch die Vermittlung von Patientinnen und Patienten in psychotherapeutische Praxen. Wir möchten deshalb niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bitten, sich bei uns zu melden, wenn sie Behandlungskapazitäten zur Verfügung stellen wollen. Centra unterstützt die Behandelnden dabei in vielfacher Hinsicht.

Selbstverständlich steuern die Praxen selbst, wie viele Patientinnen und Patienten sie übernehmen, und in der Regel wird es um sehr begrenzte Kontingente gehen. Wenn eine Praxis sich dazu bereit erklärt, einen oder zwei Plätze zur Verfügung zu stellen, ist uns schon sehr geholfen. Außerdem achten wir darauf, dass die Fälle zu dem Angebot passen, das die kooperierenden Praxen machen können – etwa was deren Vorkenntnisse angeht oder die Schwere der Belastung bei den durch uns vermittelten Patientinnen und Patienten. Nicht alle haben mit posttraumatischen Belastungsstörungen zu kämpfen. Oft geht es vornehmlich



Centra in Hammerbrook

um Beschwerden wie Depressionen, Angststörungen und andere eher allgemeine psychische Belastungen. Wir freuen uns deshalb, wenn wir auf einen Pool von Kolleginnen und Kollegen, mit ganz unterschiedlichen Schwerpunkten zurückgreifen können, um Patientinnen und Patienten gezielt in ein passendes Behandlungsangebot vermitteln zu können.

Auch während der Therapien lassen wir die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht alleine: Bei Centra gibt es supervisorische und intervisorische Hilfestellung. Wir koordinieren ein Netzwerk Psychotherapie, das regelmäßig zusammentritt. Bei Bedarf kann man auch Einzel-Supervision bei uns anfordern. All diese Unterstützungsangebote sind selbstverständlich kostenfrei. Falls Geflüchtete zusätzliche Sozialberatung oder einen Anwalt benötigen, stehen wir mit Kontakten bereit, da es zu unserem Auftrag gehört

auch solche Institutionen und Organisationen mit den Behandelnden zu vernetzen. Wir versuchen also, die Praxen von sozialen und juristischen Mehrbedarfen zu entlasten, damit sie sich auf ihr eigentliches Geschäft konzentrieren können.

Um Sprachbarrieren zu überwinden, können Dolmetscher hinzugezogen werden. Es gibt einen durch den Verein Segemi verwalteten Sprachmittler-Pool, auf den in Hamburg niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kostenfrei zugreifen können (Kontakt siehe rechts). Eine solche psychotherapeutische Arbeit „zu Dritt“ ist gewöhnungsbedürftig, aber gut erlernbar. Segemi und Centra bieten Seminare an, mit denen sich Behandelnde falls gewünscht auf eine solche Arbeit vorbereiten können.

Bei Traumafolgestörungen sind speziellere Kenntnisse notwendig. Für Kolleginnen und Kollegen

mit Vorkenntnissen bietet Centra kostenlose Vertiefungsseminare an, etwa zur interkulturellen Arbeit oder traumafokussierten Therapie. Durch eine Kooperation mit dem Zentrum für Psychotraumatologie (ZEP) in Hamburg können wir zudem jährlich zwei Stipendien in Höhe von je 3000 Euro zur Teilnahme am 140-stündigen Curriculum der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) vergeben gegen die Bereitschaft, von Centra künftig einige Patientinnen und Patienten zu übernehmen.

Ich hoffe, dass wir möglichst viele niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dazu ermutigen können, mit uns Kontakt aufzunehmen. Sie würden nicht nur Menschen in besonderen Lebenssituationen unterstützen, sondern die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen kann auch persönlich sehr bereichernd sein. ■



PROF. DR. INGO SCHÄFER

Leiter des Koordinierenden Zentrums für traumatisierte Geflüchtete

(centra) und Oberarzt in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE
Kontakt: i.schaefer@centra.hamburg

Koordinierendes Zentrum für traumatisierte Geflüchtete (centra)
Heidenkampsweg 97
20097 Hamburg – Hammerbrook
Telefon: 232 05 22-0
E-Mail: info@centra.hamburg
<https://centra.hamburg>

Sprachmittlerpool Segemi
www.segemi.org

Substitutionsambulanz Altona kann kurzfristig Patienten aus der Ukraine aufnehmen

Die Asklepios Substitutionsambulanz in Altona hat mitgeteilt, dass sie Substitutionspatient:innen aus der Ukraine auch sehr kurzfristig aufnehmen kann. In der seit dreißig Jahren zentralen Substitutionsambulanz der Hansestadt sind „sowohl ukrainische als auch russischsprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt“, heißt es in der Mitteilung der ärztlichen Leiterin Dr. Annina Carstens. „Zusätzlich würden wir bei höherem Bedarf auch eine eigenständige Dolmetscher-Sprechstunde für ukrainische Patient:innen etablieren, so wie wir es seit der letzten Flüchtlingswelle auch für die Versorgung von farsi-sprechenden Geflüchteten anbieten.“

Ansprechpartner:
Substitutionsambulanz Altona,
Holstenstrasse 115, 22765 Hamburg
Tel: 432 925 0
E-Mail: ambulanz.altona@asklepios.com

Ratgeber für geflüchtete Eltern mit traumatisierten Kindern

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat einen Ratgeber für geflüchtete Eltern herausgegeben, der erklärt, wie sie ihre traumatisierten Kinder unterstützen können. Dieser Ratgeber



ist als Webseite verfügbar. Er ist ins Ukrainische und Russische übersetzt sowie auf Deutsch, Englisch, Arabisch, Kurdisch und Persisch zu lesen.

www.elternratgeber-fluechtlinge.de
www.parent-refugees.de



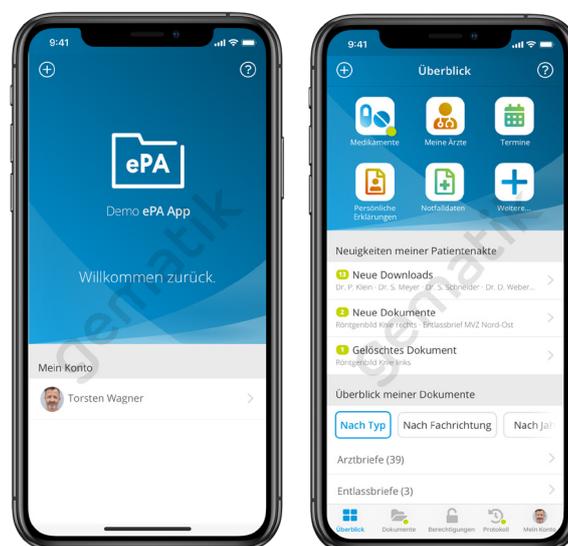
Fragen und Antworten

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

Was genau ist unter der ePA zu verstehen?

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist das zentrale Element der vernetzten Gesundheitsversorgung und der Telematikinfrastruktur. Die ePA bündelt alle Gesundheitsdaten, die bisher an verschiedenen Orten wie zum Beispiel in den Praxen und in Krankenhäusern abgelegt wurden, an einem Ort. Die Behandelnden können sich schnell und effizient einen Überblick über die Krankengeschichte ihrer Patientinnen und Patienten verschaffen. Das Besorgen alter Arztbriefe und Befunde in Papierform entfällt, Diagnosen und Dokumente aus Untersuchungen anderer Fachkollegen liegen direkt vor. Die Kommunikation unter den Ärzten oder anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens ersetzt die ePA jedoch nicht. Wichtig ist: Die Datenhoheit liegt immer bei den Versicherten. Sie entscheiden, was die ePA enthält und wer darauf zugreifen darf.



Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Muss auch ich in der Lage sein, die ePA zu nutzen?

Ja, seit dem 1. Juli 2021 müssen alle Ärzte und Psychotherapeuten die notwendige Ausstattung vorhalten, um Daten über die Telematikinfrastruktur in die ePA zu übertragen oder auszulesen. Andernfalls droht eine Kürzung der Vergütung vertragsärztlicher oder vertragspsychotherapeutischer Leistungen um ein Prozent.

Welche technischen Voraussetzungen werden für die ePA benötigt?

Die Grundvoraussetzung für die Nutzung der ePA ist der Anschluss an die Telematikinfrastruktur. Darüber hinaus ist folgende Ausstattung notwendig:

SPEZIAL
FRAGEN
UND
ANTWORTEN
 elektronische
 Patientenakte
 (ePA)

- Update des Konnektors auf den ePA-Konnektor (PTV 4)
- ePA-Modul im Praxisverwaltungssystem (PVS)
- elektronischer Heilberufsausweis 2. Generation (eHBA G2)

Welche Erstattungspauschalen erhalte ich für das Anbieten der ePA?

Die Kosten für die Grundausstattung und das Update auf die E-Health-Anwendungen sind bereits von anderen TI-Pauschalen abgedeckt. Laut TI-Finanzierungsvereinbarung werden folgende Beträge für die ePA erstattet:

- Pauschale Update zum ePA-Konnektor: 400 Euro
- PVS-Anpassung ePA: 150 Euro

Daneben gibt es den ePA Betriebskostenschlag in Höhe von 4,50 Euro je Quartal, dessen Erstattung automatisch erfolgt.

Wer entscheidet darüber, welche Daten in der ePA hinterlegt werden?

Die ePA ist eine patientengeführte Akte. Dies bedeutet, dass ausschließlich Patienten darüber entscheiden, ob und wie sie die Akte nutzen und wem sie welche Daten zur Verfügung stellen möchten. Darüber hinaus bestimmen Patienten darüber, welche Dokumente in der ePA gespeichert und welche wieder gelöscht werden.

Wie erteilt mir ein Patient die Zugangsberechtigung für Daten auf seiner ePA?

Für die Freischaltung der ePA in der Praxis hat ein Patient verschiedene Möglichkeiten:

- Er erteilt eine Zugangsberechtigung direkt über seine ePA-App auf dem Smartphone.
- Ist die Freischaltung mittels der ePA-App nicht möglich, weil der Patient beispielsweise kein Smartphone bei sich hat, kann er den Zugriff über das Kartenterminal erlauben. Dafür benötigt er seine eGK und einen PIN von der Krankenkasse.

Alle Fragen der Patientinnen und Patienten zur Handhabung und Einrichtung der ePA beantwortet deren jeweilige Krankenkasse.

Einen Überblick zu allen Anwendungen der ePA erhalten Sie auf der [Website der Gematik](#)

Infocenter Tel: 22802-900



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



Hilfsmittel zur häuslichen Pflege auch ohne ärztliche Verordnung



Pflegefachkräfte dürfen Pflegebedürftigen jetzt bestimmte Hilfs- und Pflegehilfsmittel empfehlen, die diese bei ihrer Krankenkasse beantragen. Eine ärztliche Verordnung ist in diesen Fällen nicht erforderlich.

Voraussetzung ist, dass die Pflegefachkräfte die Betroffenen selbst betreuen und diese die Hilfsmittel im häuslichen Umfeld benötigen. Für die Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist weiterhin die Pflegeeinrichtung selbst verantwortlich.

Der GKV-Spitzenverband hat in Richtlinien festgelegt, welche fachlichen Anforderungen die Pflegefachkräfte erfüllen müssen und welche Hilfs- und Pflegehilfsmittel sie

in welchen Fällen empfehlen dürfen. Grundsätzlich gilt: Die empfohlenen Hilfs- und Pflegehilfsmittel müssen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Da nicht alle im Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführten Produkte dieser Zielsetzung dienen, sind im Anhang II der Richtlinien die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel aufgelistet, die Pflegefachkräfte empfehlen können. Dazu zählen Produkte wie Duschhilfen, Toilettenstühle, Pflegebetten oder Lagerungsrollen.

Pflegekräfte nutzen zur Empfehlung der Leistung ein

dafür vorgesehenes Formular. Dieses leitet der Versicherte im Anschluss an einen Hilfsmittel-Leistungserbringer weiter, der auf dieser Basis einen Leistungsantrag bei der Kranken- beziehungsweise Pflegekasse stellt.

Pflegekräfte müssen bei der Entscheidung über eine Empfehlung das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. Darüber hinaus prüfen die Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit der empfohlenen Hilfsmittelversorgung.

Wenn alle Voraussetzungen der Richtlinie erfüllt sind, können sich die Pflegebedürftigen bei einem Hilfsmittelerbringer ihrer Wahl ohne ärztliche Verordnung mit dem empfohlenen Produkt versorgen lassen.

Dass die betreuende Vertragsärztin oder der Vertragsarzt über die Empfehlung und den Antrag informiert wird, ist nicht vorgesehen. ■

Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes sowie das Formular für den Pflegedienst im Internet:
www.gkv-spitzenverband.de

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

Qualifizierung zum Referenten für Hautkrebsscreening-Fortbildungskurse

KV und Ärztekammer Hamburg suchen noch Referentinnen und Referenten, die Fortbildungskurse zum Hautkrebsscreening (HKS) an der Fortbildungsakademie durchführen. Damit es weiterhin die Möglichkeit zur Teilnahme an Fortbildungskursen zum Thema HKS in der Fortbildungsakademie geben kann, werden dringend Referenten benötigt.

Denn nur nach erfolgreicher Teilnahme an einem dieser Kurse können Hausärzte und Dermatologen bei der KV eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung des Hautkrebsscreenings beantragen.

Voraussetzung für eine Tätigkeit als Referent ist ein Zertifikat, das durch erfolgreiche Teilnahme an einem Referentenseminar zum Hautkrebsscreening des Deutschen Ärzteverlags erworben wird. ■

Die nächsten Referentenseminare finden am 29. April und 30. April 2022 statt.

Zur Anmeldung

Ansprechpartnerin:
Bettina Rawald / Fortbildungsakademie
Tel: 20 22 99-306
E-Mail: akademie@aekhh.de

Ausbildung zum Abrechnungsmanager

Für MFA, die sich im Bereich Abrechnung weiterqualifizieren wollen: In diesem viertägigen Seminar lernen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, worauf bei der Abrechnungserstellung zu achten ist und wie Leistungen für GKV-Versicherte und privat Versicherte vollständig zu berücksichtigen sind. Von den rechtlichen Rahmenbedingungen über die allgemeinen Abrechnungsbestimmungen bis hin zu arztgruppenübergreifenden und -spezifischen Gebührenordnungspositionen werden die MFA mit allen wichtigen Inhalten des EBM sowie den vielfältigen Regelungen der GOÄ vertraut gemacht.

Zeit: Do. 2.6.2022 und Fr. 3.6.2022
(jeweils von 9 - 16:30 Uhr)
sowie

Do. 16.6.2022 (9 - 16:30 Uhr) und
Fr. 17.6.2022 (9-13:30 Uhr)

Ort: Ärztehaus KV Hamburg / Humboldtstraße 56

Preis: 395 Euro pro Teilnehmer ■

Zur Anmeldung

oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:
Sabrina Pfeifer, Tel: 22 802 - 858
Michael Bauer, Tel: 22 802 - 388
Laura Goldmann, Tel: 22 802 - 574
qualitaetsmanagement@kvhh.de



Schnelltests in der Arztpraxis für das Praxispersonal

Eine Pflicht zum Testen der Beschäftigten in den Praxen besteht derzeit nicht (Stand: 15. April 2022). Arbeitgeber sind jedoch verpflichtet, auf Grundlage der Gefährdungsbeurteilung (§§ 5 und 6 des Arbeitsschutzgesetzes) ein betriebliches Hygienekonzept zu erstellen, das auch Testangebote beinhalten kann. Unverändert kann derzeit noch die Sachkostenauspauschale von 3,50 Euro pro Schnelltest für bis zu zehn Tests pro Mitarbeiter pro Monat der KV in Rechnung gestellt werden, denn die Corona-Testverordnung ist diesbezüglich bis zum 30. Juni 2022 verlängert worden. ■

Ansprechpartner
Praxisberatung,
Tel: 22802-571 / -572

KODIER-RÄTSEL DES MONATS

Stellen Sie Ihre Kodier-Kenntnisse spielerisch auf die Probe!

In jeder Ausgabe veröffentlichen wir ein Kodier-Rätsel. Die Lösung finden Sie direkt unter der Frage in dem auf dem Kopf stehenden Text. Hätten Sie's gewusst?

WAS KODIERE ICH, WENN MEIN PATIENT KLINISCHE SYMPTOME HAT, DIE SICH MIT COVID-19 ERKLÄREN LIESSEN, WENN ER ENGEREN KONTAKT ZU EINER GESICHERT POSITIVEN PERSON HATTE – UND DAS ERGEBNIS DES PCR-TESTS DANN WIDER ERWARTEN NEGATIV IST?

ANTWORT

Quelle: <https://www.dimdi.de/dynamik/de/klassifikationen/kodierfrage/gm-1018/>

Sie kodieren
 ● die Codes für die Manifestation, z.B. J12.8 G („Pneumonie durch sonstige Viren“),
 ● Z20.8 G für den Kontakt mit der positiven Person („Kontakt mit und Exposition, gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten“),
 ● U07.2 G für die „Diagnose Covid-19, der kein positiver Test zugrunde liegt“;
 U07.2 kodieren Sie auch, wenn kein PCR Test gemacht wurde, die Klinik und die Epidemiologie jedoch für Covid 19 sprechen.
 Der Code U07.2 wurde von der WHO eingeführt, um durch Labortest gesicherte COVID-19-Infektionen von klinisch-epidemiologisch diagnostizierten abzugrenzen.

Online-Umfrage: Ungewissheit im Zusammenhang mit Arbeitsbelastung

Es werden Ärzt:innen gesucht, die bereit sind, an einer Online-Umfrage im Rahmen eines Promotionsprojekts am UKE teilzunehmen. Gefragt wird nach der Auswirkung von Ungewissheit und Unsicherheit auf die Arbeitsbelastung von Behandelnden – unter anderem im Kontext seltener Erkrankungen. Die Onlineum-

frage ist anonym. Sie nimmt etwa zehn Minuten in Anspruch und richtet sich an niedergelassene, angestellte und stationär tätige Ärzt:innen unabhängig von der Fachrichtung oder der Erfahrung mit seltenen Erkrankungen. ■

Zur Umfrage:
<https://is.gd/ungewissheit>

Ansprechpartner:
David Zybarth (M.Sc.),
wissenschaftlicher Mitarbeiter
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie und
Mitarbeiter an der Spezialambulanz
für Psychoonkologie des UKE
E-Mail: d.zybarth@uke.de

Hepatitis-B-Impfung für gesetzlich Versicherte

Da häufig Fragen zur Hepatitis-B-Impfung an uns herangetragen werden, fassen wir hier die wichtigsten Punkte für Sie zusammen

Für die Grundimmunisierung gegen Hepatitis B sind im Säuglingsalter 3 Impfstoffdosen im Alter von 2, 4 und 11 Monaten empfohlen (Standardimpfung am Besten in Form eines 6-fach Kombinationsimpfstoffs). Serologische Vor- bzw. Nachtestungen zur Kontrolle des Impferfolgs sind dabei nicht notwendig. Wird die Hepatitis-B-Impfung zu diesem Zeitpunkt versäumt, kann sie (zulasten der Kassen) bis zum 18. Geburtstag nachgeholt werden.

Eine Auffrischimpfung nach Impfung im Säuglings- und Kleinkindalter wird derzeit für Kinder und Jugendliche nicht generell empfohlen.

Bei im Säuglingsalter gegen Hepatitis B geimpften Personen mit neu aufgetretenem Hepatitis-B-Risiko (z.B. bei Beginn einer beruflichen Tätigkeit mit erhöhtem Expositionsrisiko) und unbekanntem Anti-HBs sollte eine weitere Impfstoffdosis gegeben werden.

Weiterhin wird die Hepatitis-B-Impfung für besonders gefährdete Indikationsgruppen empfohlen und ist in diesen Fällen natürlich auch Pflichtleistung aller Kassen.

Zu diesen Indikationsgruppen gehören zum Beispiel

- Personen, die aufgrund einer Erkrankung oder einer bevorstehenden Immunsuppression ein besonders hohes Risiko für einen schweren Verlauf einer Hepatitis B Erkrankung haben.

- Personen mit hohen Infektionsrisiken aufgrund persönlicher Lebensumstände wie z.B. der Kontakt zu HbsAg-Trägern in Familie/ Wohngemeinschaft oder die Ausübung risikoreicher Sexualpraktiken
- Personen mit erhöhtem arbeitsbedingtem Expositionsrisiko, einschließlich Auszubildender, Praktikant:innen, Studierender und ehrenamtlich Tätiger mit vergleichbarem Expositionsrisiko.

Die oben angeführten Personengruppen haben nur exemplarischen Charakter und stellen keine abschließende Indikationsliste dar. In jedem Fall ist eine individuelle Risikobeurteilung erforderlich. (2;3)

Aufgrund von internationalen Studienergebnissen kann man davon ausgehen, dass nach erfolgreicher Hepatitis-B-Grundimmunisierung im Erwachsenenalter im Allgemeinen keine weiteren Auffrischimpfungen oder Anti-HBs-Testungen erforderlich sind. Zur Kontrolle des Impferfolgs sollte 4 bis 8 Wochen nach der letzten Impfdosis ein Anti-HBs-Test (Anti-HBs-Werte von ≥ 100 IE/L) durchgeführt werden. (4)

Diese serologischen Testungen zum Impferfolg sind für Personen der gefährdeten Indikationsgruppen gemäß SI-RL Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. (3) ■

Quellen:

1) [Epidemiologisches Bulletin 4/2022](#)

2) [Epidemiologisches Bulletin 36/37/2013](#)

3) [Schutzimpfungsrichtlinie \(SI-RL\)](#)

4) [Schutzimpfung gegen Hepatitis B: Häufig gestellte Fragen und Antworten](#)



 AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Gesundheitliche Vorausplanung (»Advance Care Planning«) für valide umsetzbare Patientenverfügungen

Evidenz zu einer hoch relevanten, komplexen Public Health Intervention

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

D

Dass wir bei Medikamenten, Operationstechniken oder bevölkerungsweiten Krebscreening-Programmen oder strukturierten Behandlungspfaden nach der Evidenz für Nutzen, Schaden, Effizienz und (Kosten)-Effektivität fragen, und diese bei positiver Evaluation im solidarischen Gesundheitssystem refinanzieren, ist für uns mittlerweile selbstverständlich.

Hierbei werden die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von medizinischen Interventionen zunehmend multiprofessionell und gemeinsam mit Patient:innen vorangetrieben. Dass die Verfassung und Umsetzung von Patientenverfügungen, wie ein Testament, primär eine juristisch abgesicherte Angelegen-

heit ist, es um ein Papier geht, welches notariell beglaubigt und (manchmal) von einem Arztstempel verziert in der Schlafzimmerschublade verschwindet, und erst dann herausgezogen wird, wenn »nichts mehr geht«, ist ein Bild, welches sich im deutschsprachigen Raum recht lange gehalten hat.

Dabei geht es um etwas ganz anderes: Darum, dass Patient:innen in allen Situationen, in denen sie akut, temporär oder chronisch nicht in der Lage sind, selbst zu entscheiden, medizinisch so behandelt werden, wie dies ihren wohlerwogenen Wünschen entspricht. Der kanadische Bioethiker Peter Singer war einer der ersten, der den Begriff der gesundheitlichen Vorausplanung Mitte der 1990er Jahre prägte:

»Advance Care Planning ist ein Prozess, in welchem ein Patient, in Absprache mit Gesundheitsfachpersonen und anderen wichtigen Bezugspersonen, Entscheidungen über seine oder ihre zukünftige Behandlung trifft. Basierend auf dem ethischen Prinzip der Autonomie und der rechtlichen Voraussetzung der informierten Zustimmung, hilft Advance Care Planning, sicherzustellen, dass eine informierte Zustimmung auch respektiert wird, wenn der Patient nicht in der Lage ist, am Prozess der Behandlungsentscheidung teilzunehmen. Ärzte können dabei eine wichtige Rolle spielen, indem sie Patienten über Advance Care Planning informieren, ihnen entsprechen-

de Ressourcen bereitstellen und sie im Beratungsprozess unterstützen und dabei helfen, Patientenverfügungen entsprechend der Prognose anzupassen.«* (Singer et al, 1996:1689, Übers. TK)

Advance Care planning (ACP), die gesundheitliche Vorausplanung inklusive der Erstellung von individuellen Patientenverfügungen, wird also als fortlaufende Behandlungsplanung für mögliche Situationen der Einwilligungsunfähigkeit definiert. Es bezeichnet einen Prozess im Gesundheitswesen, in welchem Ärzt:innen und, gemäß einer neueren international abgestützten Definition auch weitere qualifizierte Gesundheitsfachpersonen (Rietjens et al 2017, Sudore et al 2017), durch professionelle Information, Kommunikation, Dokumentation und Implementierung daran beteiligt sind, eine patientenorientierte Behandlungsqualität sicherzustellen. ACP ist damit nichts anderes als eine komplexe Intervention, an welche dieselben Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gestellt werden müssen, wie an alle anderen (komplexen) medizinischen Interventionen.

ACP IN DEUTSCHLAND

2015 hat der deutsche Gesetzgeber im Rahmen der Verabschiedung des Hospiz- und Palliativgesetzes ACP mit dem neuen Paragraphen 132g ins Sozial-

gesetzbuch V integriert. Seither können «zugelassene Pflegeeinrichtungen (...) und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen« den Versicherten eine »gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase anbieten«.

Die Entscheidung wurde auch aufgrund der Ergebnisse einer prospektiven, kontrollierten, nicht randomisierten inter-regionalen Interventionsstudie in Deutschland getroffen (in der Schmitt et al. 2014). Diese konnte nachweisen, dass durch das teils auch in randomisiert-kontrollierten Studien und verschiedenen Gesundheitssystemen untersuchte und auf die Deutsche Situation übertragene US amerikanische ACP Programm »Respecting Choices« (<https://respectingchoices.org>), die Anzahl umsetzbarer Patientenverfügungen von Bewohner:innen in Pflegeheimen signifikant erhöht werden konnte.

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer kam in ihrer 2019 veröffentlichten Stellungnahme unter Berücksichtigung der internationalen Studienlage zu dem Schluss, dass ACP ein vielversprechendes, in Deutschland aber noch wenig gelebtes Konzept darstellt (ZEKO 2019, DÄ 2019).

INTERNATIONALE STUDIENLAGE

Im selben Jahr der Veröffentlichung dieser ersten systematischen Studie zu Effekten von ACP in Deutschland erschienen zwei systematische Reviews (Brinkmann-Stoppelenburg et al. 2014, Houben et al., 2014), die zu dem Schluss kamen, dass vornehmlich komplexe, auf qualitativ hochwertiger Kommunikation und regionaler Implementierung beruhende ACP

*Original: »Advance Care planning is a process whereby a patient, in consultation with health care providers, family members and important others, makes decisions about his or her future health care. Grounded in the ethical principle of autonomy and the legal doctrine of consent, advance care planning helps to ensure that the norm of consent is respected should the patient become incapable of participating in treatment decisions. Physicians can play an important role by informing patients about advance care planning directing them to appropriate resources, counselling them as they engage in advance care planning and helping them to tailor advance directives to their prognosis.«



Programme nicht nur zu mehr Patientenverfügungen (was lediglich ein Surrogatparameter ist), sondern zu klinisch relevanten Effekten, unter anderem hinsichtlich der Konkordanz von Therapiezielen mit der erzielten Behandlung führen können.

Wie so häufig, konstatierten die Autor:innen jedoch Präziserungs- und Evidenzlücken, unter anderem in Bezug auf die Beschreibung, was genau in der »ACP-Pille« enthalten ist und welche Parameter die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität messen sollten. Gemäss den bereits oben erwähnten Delphi-Konsensuspapieren (Rietjens et al 2017, Sudore et al 2017) sind dies primär Parameter, die eine an den Zielen der Patient:innen orientierte Behandlung (engl. »goal concordant care«) messen – und dies nicht oder nicht primär »am Lebensende«, sondern in verschiedenen Situationen der Einwilligungsunfähigkeit.

In unserer randomisiert-kontrollierten single center Studie in der Schweiz konnten wir das Ergebnis einer australischen Gruppe (Detering et al. 2010) an einer etwas anderen Patientengruppe replizieren, dass durch ein im Krankenhaus implementiertes, komplexes, ebenfalls auf Respecting choices und deren Weiterentwicklung zu »Beizeiten Begleiten« im deutschsprachigen Raum beruhendes ACP Programm, die post-stationäre Behandlung eher an den Wünschen von schwer kranken Patienten ausgerichtet wird (primärer Endpunkt) und die Entscheidungskonflikte von Patienten und Angehörigen in Notfallsituationen hochsignifikant reduziert werden können (Krones et al., 2019). Eine europaweite cluster-randomisierte Studie, die ein ebenfalls auf einer Adaptation des »Respecting choices«-Programms beruhendes

ACP Programm in sechs europäischen Ländern (Belgien, Dänemark, Italien, Niederlande, Slowenien, und dem Vereinigten Königreich) untersuchte, konnte keinen Effekt in Bezug auf eine Lebensqualitätsverbesserung (primärer Endpunkt) von onkologischen Patient:innen mit fortgeschrittenen Krebsleiden feststellen, die ACP Gespräche im Krankenhaus oder zuhause durch qualifizierte ärztliche oder nicht-ärztliche Gesprächsbegleiter erhalten haben (Korfage et al., 2020). Die Rate der Inklusion von spezialisierter Palliative Care und die Dokumentation von Patientenverfügungen war in der Interventionsgruppe signifikant erhöht.

Es ist also bei der Evaluation von ACP inklusive der Verschriftlichung von Behandlungswünschen für Situationen der Einwilligungsunfähigkeit in Patientenverfügungen ganz entscheidend,

- was genau in der »ACP-Pille« enthalten ist (Art und Durchführung der Kommunikation, Dokumentation und Implementierung),
- wer wie qualifiziert mit wem ACP anwendet,
- wie und wo genau ACP gemessen wird.

Die internationale Fachgesellschaft ACP-international (www.acp-i.org) veranstaltet aus diesem Grund in 2022 eine kostenlose »around the globe«-Webinar-Reihe, in welcher von Neuseeland, über Singapur bis Brasilien nationale ACP Programme darstellen, was genau in der »ACP Pille« enthalten ist. Einen sehr guten Überblick über Konzept und Evidenz liefert auch ein UptoDate Artikel (Silveira et al 2022). Die Vereinigung Behandlung im Voraus planen (DIV-BVP) und

ACP Swiss sind hier ebenfalls vertreten. Die Konzepte, welche in den Studien zur Wirksamkeit von ACP im deutschsprachigen Raum angewandt wurden, sind ausführlicher in einem CME Beitrag (in der Schmitten et al. 2016) und in dem sich auch an die Bevölkerung richtenden Buch »Wie ich behandelt werden will« (Krones und Obrist 2020) beschrieben.

BEDEUTUNG FÜR DIE AKTUELLE PRAXIS

Aktuell wird ACP in Deutschland, wie oben geschildert, allein im Rahmen des Hospiz- und Palliativgesetzes als eine »gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« refinanziert (siehe entsprechende EbM Ziffer 37400 im KBV-Leistungskatalog). Hierdurch können Bewohner:innen von Pflegeheimen und Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe »Fallbesprechungen« durch Fachpersonen erhalten, für deren Qualifizierung ein Mustercurriculum erarbeitet wurde. Ärzt:innen können hierbei – ganz im Sinne der internationalen Konzepte – entweder eine mitberatende Funktion innehaben, oder, nach Absolvierung der Qualifikation, die Hauptberatungsfunktion übernehmen.

Bei ersteren Gesprächen mit einer nicht ärztlichen, ACP-qualifizierten Fachperson, muss der Hausarzt in die Fallbesprechungen einbezogen werden (§132g, Abs. 2). Das so refinanzierte Konzept beruht jedoch nur teilweise auf den »Inhaltsstoffen«, die in den Studien zu ACP zu positiven Effekten im Sinne einer an den Patientenwünschen orientierten Behandlung in verschiedenen Situationen der Urteilsunfähigkeit geführt haben. Es wurden nach §132g weder Vorgaben für die Qualifizierung derjenigen gemacht, die die

multiprofessionellen Gesprächsbegleiter qualifizieren sollten, noch konnte man sich politisch auf validierte Dokumentationen oder Vorgaben für eine regionale Implementierung einigen.

Dies sind jedoch für eine evidenzbasierte Implementierung von ACP als einer komplexen Intervention ganz entscheidende Aspekte.

Aktuell können sich Ärzt:innen und weitere Fachpersonen für abrechenbare ACP Gespräche in verschiedenen Programmen weiterbilden, deren Ausbilder:innen unterschiedliche Qualifikationen haben, verschiedenste Dokumentationen benutzen oder Implementierungsstrategien vorschlagen. Die Inhalte sind teils nicht transparent und die Effekte der meisten Programme nicht in Studien untersucht worden. Und auch wenn es ein Stück weit nachvollziehbar ist, ACP in Deutschland initial in Hospiz- und Altenpflegeeinrichtungen zu implementieren, so ist es – auf der Basis der internationalen Studien und Konzepte – nicht nachvollziehbar, dass zwar (auch jüngere) Menschen mit Behinderungen, nicht aber jüngere Menschen ohne Behinderungen, oder chronisch kranke oder hochbetagte Menschen, die nicht in einer Pflegeeinrichtung wohnen, das qualifizierte Angebot erhalten, für zukünftige Notfälle oder länger andauernde Situationen der Urteilsunfähigkeit (z.B. bei Eingriffen mit einem komplikativen Verlauf) individuelle Behandlungsziele und -grenzen qualifiziert zu besprechen und so zu dokumentieren, dass diese auch verstanden werden und umsetzbar sind.

Das bislang einzige kontrolliert in Deutschland untersuchte ACP-Programm wird zur Zeit in einer weiteren cluster-randomisierten Studie im Hinblick



auf patientenrelevante Ergebnisparameter bei Bewohner:innen von Senioreneinrichtungen untersucht (G BA 2022). Hierbei arbeiten qualifizierte Hausärzt:innen mit weiteren Gesprächsbegleiter:innen zusammen. Auch wenn diese Ergebnisse sich aufgrund der Corona Pandemie wohl noch hinauszögern werden, ist es für die haus- und fachärztliche Praxis zu empfehlen, sich für die abrechenbare gesundheitliche Vorausplanung für Patient:innen in Senioreneinrichtungen, aber auch für noch nicht transparent abrechenbare Beratungen für chronisch und schwer kranken Menschen mit

evaluierten ACP-Konzepten vertraut zu machen. Der aktuelle Standard of Care («Stempel auf allein durch Patient:innen ausgefüllte Patientenverfügungs-Inter-netformulare») sollte verlassen werden, da er mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Nutzen bringt. ■

PROF. DR. MED. DIPL. SOZ. TANJA KRONES
 Vorsitzende des Netzwerks
 evidenzbasierte Medizin,
 Leitende Ärztin Klinische Ethik und
 Geschäftsführerin des Klinischen Ethikkomitees
 des Universitätsspitals Zürich

Referenzen

- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A: The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* 2014; 28:1000–25.
- Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed)* 2010; 340:c1345.
- Deutsches Ärzteblatt. Advance Care Planning. Bislang wenig gelebtes Konzept. *Deutsches Ärzteblatt* | Jg. 116 | Heft 50 | 13. Dezember 2019 A 2342 – 44
- G BA. BEVOR – Patienten-relevante Auswirkungen von Behandlung im Voraus planen: cluster-randomisierte Interventionsstudie in Seniorenpflegeeinrichtungen. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/bevor-patienten-relevante-auswirkungen-von-behandlung-im-voraus-planen-cluster-randomisierte-interventionsstudie-in-seniorenpflegeeinrichtungen.2014>. Letzter Zugriff 06.03.2022.
- Houben CHM, Spruit MJ, Groenen MTJ et al.: Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15:477–89.
- In der Schmitten J, Lex K, Mellert C, et al. Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention trial. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111(4): 50-7; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0050
- In der Schmitten J, Nauck F, Marckmann G: Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. *Z Palliativmed* 2016; 17: 177–195. doi:10.1055/s-0042-110711
- Korfage I et al. Advance care planning in patients with advanced cancer: A 6-country, cluster-randomised clinical trial. *PLoS Med* 2020 Nov 13;17(11):e1003422. doi: 10.1371/journal.pmed.1003422. eCollection 2020 Nov
- Krones T, Obrist M (Hrsg) Wie ich behandelt werden will. Zürich, Rüffer und Rub; 2020.
- Rietjens et al.: Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol* 2017; 18:e543–51.
- Silveira MJ, Arnold RM, Givens J. Advance care Planning and Advance Directives. <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives>. Last Update Feb 2022, letzter Zugriff 06.03.2022.
- Singer PA, Robertson G, Roy DJ. Bioethics for Clinicians. 6. Advance Care Planning. *Can Med Assoc J.* 1996;155 (12):1689- 1692.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 132g
 Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase; https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_132g.html (Letzter Zugriff am 05.03.2022.)
- Stellungnahme Advance Care Planning ZEKO *Deutsches Ärzteblatt* | DOI: 10.3238/arztebl.2019.zeko_sn_acp_01
- Sudore et al.: Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition from a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage* 2017; 53(3):821–32.
- Sudore et al.: Outcomes that Define Successful Advance Care Planning: A Delphi Panel Consensus. *J Pain Symptom Manage* 2018; 55(2):245–55.

SCHRITT FÜR SCHRITT IN EINE **BARRIEREFREIE** PRAXIS

Wie
barrierefrei
ist Ihre Praxis?
**Wir beraten Sie
kostenlos!**

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





VON PROF. DR. RALPH BRINKS, DR. BETTINA BERGER, PROF. DR. GERD ANTES

Schwierige Prognosen

Wie funktionieren Infektionsmodelle, die zur Vorhersage des Corona-Pandemieverlaufs eingesetzt werden? Wo liegen die Fehlerquellen?

Im Laufe der SARS-Cov-2-Pandemie haben Infektionsmodelle eine herausragende Stellung in der öffentlichen Berichterstattung und politischen Entscheidungsfindung eingenommen. Es lohnt sich also, die Grundlagen der Infektionsmodellierung etwas genauer zu betrachten, um zu verstehen wie solche Modelle funktionieren und wo mögliche Fehlerquellen für Vorhersagen des Pandemieverlaufs liegen.

Im Wesentlichen ist ein Infektionsmodell eine strukturierte Denkweise, wie die Ausbreitung einer Pandemie beschrieben und in ihren wesentlichen Aspekten verstanden werden kann. Wie bei allen Modellen in den Wissenschaften sollen wesentliche Eigenschaften des zu modellierenden Sachverhalts betrachtet werden. Ein Infektionsmodell hat jedoch nicht den Zweck, alle Eigenschaften einer Pandemie mit seinen mannigfaltigen Interaktionen zwischen Erregern, Menschen und Umwelt zu beschreiben oder gar zu erklären. Diese Fokussierung eines Modells auf die wesentlichen Teilaspekte anstatt eine ganzheitlich erklärende Perspektive anzunehmen, wird durch den Aphorismus des Statistikers George E. P. Box zusammengefasst, dass grundsätzlich alle Modelle falsch, einige aber nützlich seien.

Die älteste verwandte Technik bei Infektionsmodellen nennt man Compartment-Modelle. Jedes Individuum der betrachteten Bevölkerung (Population) wird danach je nach Expositionsstatus in genau eine von mehreren Klassen (Compartments) eingeteilt, z.B. Suszeptibel oder Genesen. Es ist nicht möglich, dass ein Individuum keiner oder mehreren Klassen zugeteilt wird. Im Zeitverlauf der Epidemie können die Individuen der Population die Klasse beibehalten oder ändern. Ein häufig verwendetes Compartment-Modell ist das SEIR-Modell, das in Abbildung 1 gezeigt ist.

Gemäß den vier Klassen des SEIR-Modells wird angenommen, dass eine mögliche Infektion bei jedem Individuum in vier wesentlichen Phasen abläuft. Jemand der für eine Infektion empfänglich ist, befindet sich in der Klasse ‚suszeptibel‘, wird möglicherweise von einer infektiösen Person (in der Klasse ‚infektiös‘) angesteckt und befindet sich dann für eine gewisse Zeit im Compartment ‚exponiert‘. Während dieser Zeit ist die infizierte Person selbst noch nicht ansteckend, wird aber zwangsläufig nach dem Ablauf der Latenzzeit ansteckend werden und die Klasse von ‚exponiert‘ nach ‚infektiös‘ ändern. Nach der anste-

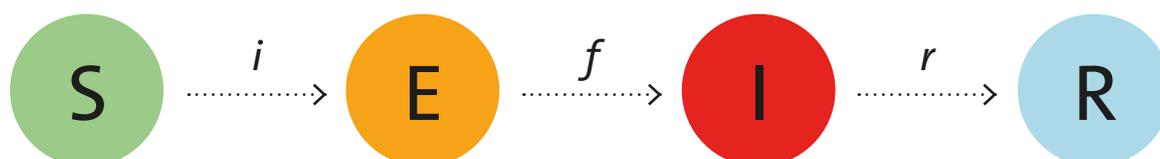


Abbildung 1: SEIR-Modell. Jedes Individuum der zu modellierenden Population wird genau einer der vier Klassen Suszeptibel, Exponiert, Infektiös oder Genesen zugeordnet. Die Anfangsbuchstaben der englischen Entsprechungen Susceptible, Exposed, Infectious, Removed sind namensgebend für das Modell.

ckenden Phase, wo eine infizierte Person eine oder mehrere andere suszeptible Personen anstecken kann, gelangt die infektiöse Person in die Klasse ‚removed‘, die neben den Genesenen auch die Verstorbenen umfasst.

Die Anzahlen der Personen in den Klassen und die Interaktionen zwischen den Klassen werden bei Compartment-Modellen durch mathematische Gleichungen beschrieben, was hier für ein einfaches Beispiel ausgeführt werden soll. Mit Blick auf Abbildung 1 sollen die Anzahlen der Personen in den zugehörigen Kompartments mit den Großbuchstaben S, E, I, und R bezeichnet werden. Wechsel zwischen den Kompartments werden durch Wahrscheinlichkeiten beschrieben. In Abbildung 1 sind die Bezeichnungen dieser Wahrscheinlichkeiten durch Kleinbuchstaben über den Pfeilen gegeben, die die Kompartments verbinden. Andere Wechsel zwischen Klassen als diejenigen, die durch Pfeile gekennzeichnet sind, sind nicht möglich. Im gezeigten SEIR-Modell ist also beispielsweise kein Übergang aus der Klasse ‚genesen‘ zurück in die Klasse ‚suszeptibel‘ möglich. Das impliziert, dass eine Person höchstens einmal infiziert werden kann.

Da bei SARS-CoV-2 täglich Fallzahlen, Zahlen von Infizierten und Genesenen berichtet werden, soll im Folgenden tagesaktuell gerechnet werden. Die Anzahlen S, E, I und R bekommen entsprechend einen Subindex k , der angibt, auf welchen Tag sich die Angabe bezieht. Die Angabe S_{10} bedeutet also die Anzahl der Suszeptiblen in der Population am Tag $k = 10$. Der Tag $k = 0$ bezeichnet den Tag, an dem das Virus zum ersten Mal in der Population auftaucht (oder die Zählung der Infizierten beginnt).

Auch die Übergangswahrscheinlichkeiten i , f und r in Abbildung 1 sind mit dieser Festlegung tagesaktuell zu interpretieren. Die Angabe i_{10} bedeutet also die Wahrscheinlichkeit für einen Suszeptiblen während des zehnten Tages angesteckt zu werden, also am zehnten Tag aus der Klasse S in die Klasse E zu wechseln.

Will man nun die zeitliche Dynamik einer Pandemie mit dem SEIR-Modell beschreiben, betrachtet man aus Sicht der einzelnen Kompartments, was beim Übergang von einem Tag k zum nächsten Tag $k+1$ geschieht. Betrachtet man beispielsweise das Kompartment der Infizierten, so kommen von einem zum nächsten Tag Personen hinzu, die den Zustand ‚exponiert‘ verlassen, und es gehen Personen ab, die genesen oder versterben. Am Tag $k+1$ gibt es also die infektiösen Personen vom Vortag (Tag k), die ihren Zustand nicht verändern (Anzahl I_k), es kommen Personen hinzu (Anzahl $f_k \times E_k$) und es gehen Personen ab (Anzahl $r_k \times I_k$). Folglich ergibt sich die Gleichung

$$I_{k+1} = I_k - r_k \cdot I_k + f_k \cdot E_k$$

Mit ähnlichen Überlegungen ergeben sich die Gleichungen für die anderen Kompartments:

$$S_{k+1} = S_k - i_k \cdot S_k \quad (1a)$$

$$E_{k+1} = E_k - f_k \cdot E_k + i_k \cdot S_k \quad (1b)$$

$$I_{k+1} = I_k - r_k \cdot I_k + f_k \cdot E_k \quad (1c)$$

$$R_{k+1} = R_k + r_k \cdot I_k \quad (1d)$$

Im Folgenden gehen wir zur Vereinfachung der Betrachtung von einer selbst-immunisierenden Erkrankung aus, d.h. die Wirkung von etwaigen Impfungen oder Kontaktbeschränkungen wer-



den nicht betrachtet. In diesem Fall ergibt sich die Inzidenz i_k der Infektion an Tag k als

$$i_k = R_0 \cdot I_k / (N \cdot d), \quad (2)$$

wobei d die (mittlere) Dauer der infektiösen Phase und N die Populationsgröße sein soll. Der Einfachheit halber wird angenommen, dass die Populationsgröße N konstant bleibt, d.h. es gibt weder Migration in oder aus der betrachteten Population noch sollen Todesfälle auftreten. Will man Todesfälle berücksichtigen, kann das durch einfache Anpassungen der Gleichungen (1a bis 1d) geschehen. Für die erste Betrachtung kann man mit diesen Annahmen aber gut arbeiten. In Gleichung (2) kommt eine neue Größe R_0 hinzu, die Basis-Reproduktionszahl. Die Basis-Reproduktionszahl R_0 beschreibt, wie sich der Erreger in einer Population ausbreitet, die nur aus Suszeptiblen besteht.

Für die Wahrscheinlichkeiten f_k und r_k ergeben sich folgende Zusammenhänge

$$f_k = 1/\tau \quad (3)$$

$$r_k = 1/d \quad (4)$$

wobei τ die (mittlere) Dauer der Latenzphase und d wie gehabt die Dauer der infektiösen Phase ist.

Mit dem SEIR-Modell kann man den Verlauf einer selbst-immunisierenden Pandemie sehr gut beschreiben. Als Beispiel sei die Spanische Grippe in den zehn größten Städten der USA genannt [Mills et al 2004].

Wir nehmen nun an, dass die Population, die wir mit dem SEIR-Modell beschreiben wollen, eine Größe von $N = 200.000$ hat. Die Basis-Reproduktionszahl R_0 soll den Wert 3 haben. Die infektiöse Phase und die Latenzphase haben eine angenommene Dauer von 5 beziehungsweise 2 Tagen. Zusätzlich stellen wir uns vor, dass die Infektion von einer Person in die Population gebracht wird.

Ziel ist es nun, den Verlauf der Pandemie in den ersten 100 Tagen zu beschreiben. Mit diesen Angaben lassen sich die Gleichungen (1) bis (4) einfach in ein Tabellenkalkulationsprogramm übertragen. Wir wählen anstelle der Tabellenkalkulation das kostenlose, quelloffene Statistikprogramm R (The R Foundation for Statistical Computing).

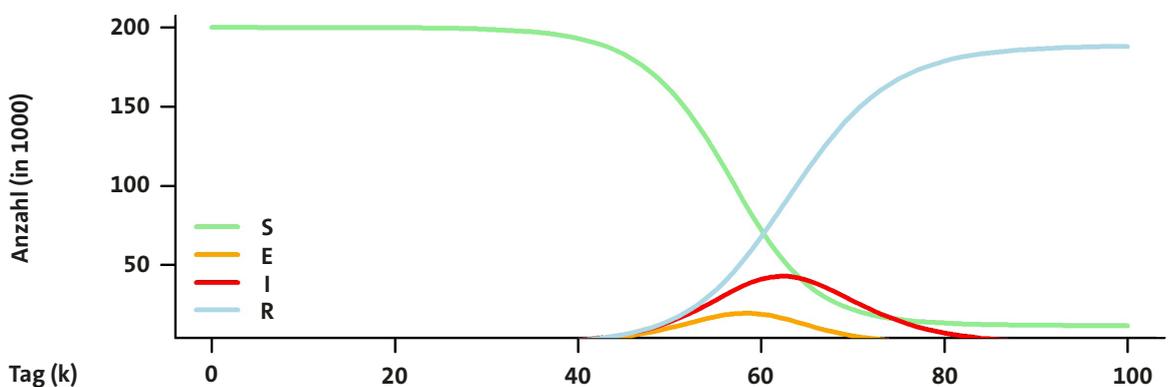


Abbildung 2: Epidemische Kurve. Zeitlicher Verlauf der hypothetischen Epidemie.

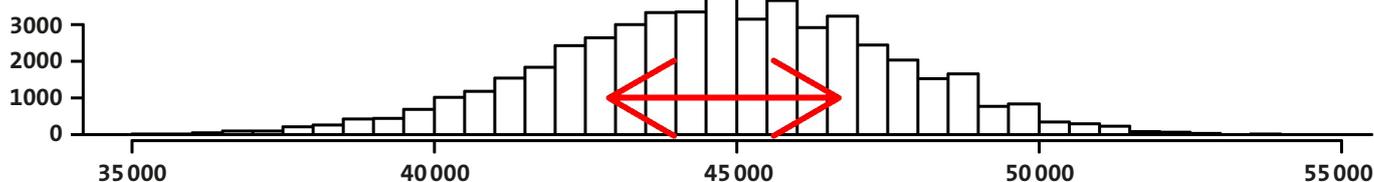


Abbildung 3: Verteilung der maximalen Anzahl Infektiöser (I_{max}). Wenn R_0 gemäß einer Normalverteilung mit Mittelwert 3 und Standardabweichung 0,15 schwankt, ergibt sich die dargestellte Häufigkeitsverteilung von I_{max} . Der zentrale Bereich, in dem sich 50% der Ausgabewerte befinden, heißt Interquartilsbereich und ist durch einen roten Doppelpfeil gekennzeichnet.

Es ergibt sich der in Abbildung 2 gezeigte Verlauf der Zahlen in den Kompartments S, E, I, R. Das Maximum der Anzahl der Infektiösen ergibt sich an Tag 60 mit einem Wert von $I_{max} = 44.755$, was 22% der Populationsgröße beträgt.

Je nach Art der Infektion und deren Symptomen kann ein so großer Anteil an Infektiösen die Gesundheitsversorgung an ihre Grenzen bringen. Während der SARS-CoV-2-Pandemie wurde deswegen zeitweise die Strategie "flatten the curve" ausgerufen, was bedeuten sollte, das Maximum der roten Kurve (I_{max}) in Abbildung 2 bei Tag 60 weniger hoch werden zu lassen. Wichtig für unser Beispiel soll die Beobachtung sein, dass die maximale Anzahl I_{max} an Infektiösen eine wichtige Größe im zeitlichen Verlauf der Pandemie sein kann. Ihre Vorhersage kann damit als ein wichtiges Ziel bei der Modellierung einer Epidemie sein.

Wir hatten gesehen, dass neben den Gleichungen (1) bis (4) auch die Zahlenwerte für die "Parameter" R_0 , τ , d und N wichtig sind. Die Bestimmung der Basis-Reproduktionszahl R_0 eines neuen Erregers ist oft nur mit Unsicherheiten möglich – gerade in der Anfangszeit der Epidemie. Wenn R_0 anstatt des Wertes 3 den geringfügig kleineren Wert 2,9 hat, wird

die maximale Anzahl an Infektiösen erst zwei Tage später am Tag 62 angenommen, wobei die maximale Anzahl dann $I_{max} = 42.919$ beträgt, mehr als 4% weniger als bei dem ursprünglichen Wert von 3.

Man erkennt also, dass eine Änderung der Basis-Reproduktionszahl um 3% zu einer Verringerung der maximalen Anzahl der Infektiösen von mehr als 4% führt. Die Veränderung im Modellparameter R_0 führt also zu einer Veränderung im Ausgabewert I_{max} des SEIR-Modells. Die Gesetzmäßigkeit, dass Änderungen in den Parametern (Eingangswerten) zu Änderungen in den Ausgabewerten führen, nennt man Fehlerfortpflanzungsgesetz. Typischerweise hat man die Eingangswerte in Form von Messwerten mit einem Fehlermodell gegeben, z.B. wird R_0 als Mittelwert einer Normalverteilung mit einer vorgegebenen Standardabweichung gegeben. In diesem Fall führt die Verteilung der Eingangswerte zu einer Verteilung der Ausgabewerte. Eine Normalverteilung von $R_0 = 3$ mit einer Standardabweichung von 5%, also 0,15, führt zu einer Verteilung von I_{max} wie in Abbildung 3 gezeigt.

In Abbildung 3 ist der zentrale Bereich, in dem sich 50% der Ausgabewerte von I_{max} befinden, durch einen roten Doppelpfeil gekennzeichnet.



Die Breite dieses Bereichs nennt man Interquartilsabstand (IQA). In unserem Beispiel beträgt der IQA, also die Breite des roten Pfeils 3802.

Unser SEIR-Modell hängt jedoch nicht nur von einem Parameter R_0 ab, sondern auch von den Parametern τ , d und N . Mit der Anzahl der Parameter akkumulieren sich die Unsicherheiten in den Parametern zu immer breiteren Schwankungen in den Ausgabewerten aus. Das ist schematisch in Abbildung 4 gezeigt.

Nun wollen wir genauer untersuchen, wie sich Unsicherheiten in diesen Parametern zu Schwankungen in den Ausgabewerten I_{max} des Infektionsmodells gemäß des Fehlerfortpflanzungsgesetzes ergeben. Hierzu untersuchen wir den IQA, wenn wir sukzessive die Parameter R_0 , τ , d und N um 5% schwanken lassen. Das Ergebnis ist in Tabelle 1 gezeigt. Schwankt nur der Parameter R_0 um 5% be-

trägt der Interquartilsabstand 3802, kommt eine Schwankung des Parameters τ von 5% hinzu, beträgt der IQA schon 3877. Schwanken schließlich alle vier Parameter um 5%, beträgt der IQA schon 5000. Verglichen mit dem ursprünglichen IQA, wo nur R_0 geschwankt hat, hat der IQA um mehr als 30% zugenommen.

TABELLE 1:
IQA UND UNSICHERHEITEN IN DEN EINGANGSPARAMETERN

Parameter mit je 5% Schwankung	Interquartilsabstand (IQA)	Zunahme des IQA (%)
R_0	3802	Basis
R_0, τ	3877	2,0%
R_0, τ, d	3976	4,6%
R_0, τ, d, N	5000	31,5%

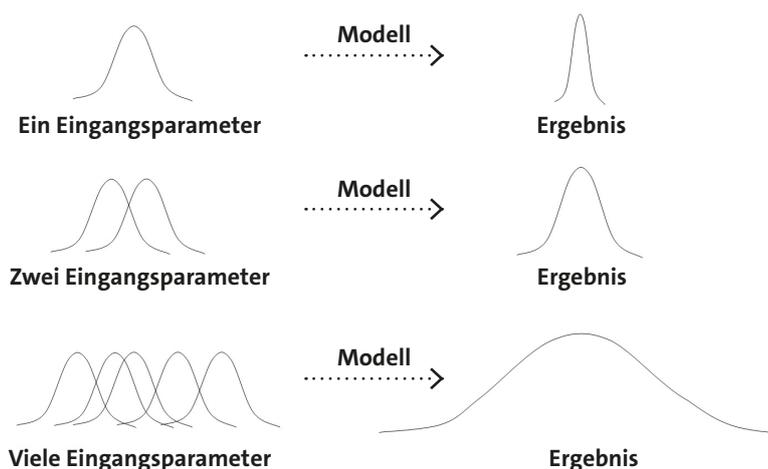


Abbildung 4: Schematische Wirkung von Unsicherheiten in Eingangsparametern. Je mehr unsicherheitsbehaftete Parameter ein Modell hat, desto größer ist die Unsicherheit in den Ergebnissen.

Das Verfahren, das wir hier angewendet haben, nämlich alle Parameter gemäß ihren Verteilungen zu variieren und die Schwankungsbreite der Ergebnisse zu analysieren, nennt man probabilistische Sensitivitätsanalyse (PSA). Sie wird auch bei komplizierteren Modellen benutzt [Oakley & O'Hagan 2004].

Das Beispiel zum SEIR-Modell verdeutlicht die Wirkung des Fehlerfortpflanzungsgesetzes bei Infektionsmodellen mit mehreren Parametern. Unser Beispiel hängt nur von vier Parametern R_0 , τ , d und N ab. Durch Hinzunahme der letzteren drei Parameter hat sich der Interquartilsabstand IQA um mehr als 30% gegenüber dem IQA erhöht, der sich ergäbe, wenn ausschließlich R_0 mit einer Unsicherheit von 5% behaftet wäre. Das Fehlerfortpflanzungsgesetz impliziert, je mehr Parameter

ein Infektionsmodell hat, um so größer ist die Unsicherheit in den erzielten Ergebnissen. Infektionsmodelle aus der Praxis haben Parameter-Anzahlen, die in die Hunderte gehen. So haben Modelle, die verschiedene Altersgruppen betrachten, oftmals Parameter für jede der Altersgruppen. Das Impfmodell des RKI hat mit seinen zwölf Altersklassen [Scholz et al 2021] mehr als 200 Parameter, so dass man von enorm breiten Schwankungsbreiten der Ausgabewerte ausgehen kann. Eine diesbezügliche Anfrage bei einem der Modellierer ergab folgende Antwort: "Wenn wir die Verteilungen aller Eingangsparameter stochastisch berechnen akkumuliert sich die Unsicherheit und wir bekommen KIs oder CIs [gemeint sind Unsicherheitsintervalle] die eigentlich keinerlei Bedeutung mehr haben, da sie einen sehr großen Wertebereich abdecken." Mit anderen Worten: Würde man eine probabilistische Sensitivitätsanalyse berechnen, wären die Ergebnisse des Modells ohne jegliche Aussage.

Weil das Fehlerfortpflanzungsgesetz ein kompliziertes Zusammenspiel der Unsicherheiten in den Eingangsparametern auf die Ergebnisse einer Modellierung haben können, empfehlen Leitlinien zur Modellierung bei der medizinischen Technikfolgenabschätzung probabilistische Sensitivitätsanalysen [Claxton et al 2005].

Die Betrachtungen hier verdeutlichen die Wirkung des Fehlerfortpflanzungsgesetzes bei Infektionsmodellen. Infektionsmodelle können neben dem Aufaddieren der Schwankungsbreiten in den Ausgabewerten auch andere Schwierigkeiten haben: Rechenfehler durch Computer-Arithmetik, sensitive Abhängigkeit von den Anfangswerten (Schmetterlingseffekt). Dass Infektionsmodelle chaoti-

sches Verhalten aufweisen können, wurde im Zusammenhang von nachlassender Immunität bei Keuchhusten von Hethcote vor mehr als 20 Jahren schon gezeigt. Die nachlassende Impfwirkung der Vakzine gegen SARS-CoV-2 könnte eine ähnliche, möglicherweise chaotische Dynamik bei den Infektionswellen hervorrufen. ■

PROF. DR. RER. NAT. RALPH BRINKS

Lehrstuhl für Medizinische Biometrie und Epidemiologie an der Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin
Alfred-Herrhausen-Straße 50 / 58448 Witten

DR. PHIL. BETTINA BERGER

Lehrstuhl für Medizintheorie, Integrative und Anthroposophische Medizin
Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit/Department für Humanmedizin
Alfred-Herrhausen-Straße 50 / 58448 Witten

PROF. DR. RER. NAT. GERD ANTES

Cochrane Deutschland
Universitätsklinikum Freiburg
Breisacher Straße 153 / 79110 Freiburg

Literaturstellen

Claxton K, Sculpher M, McCabe C, Briggs A, Akehurst R, Buxton M, Brazier J, O'Hagan T (2005) Probabilistic sensitivity analysis for NICE technology assessment: not an optional extra. *J Health Eco* 14 (4): 339-47

Mills C, Robins J, Lipsitch M (2004) Transmissibility of 1918 pandemic influenza. *Nature* 432: 904-6

Oakley JE, O'Hagan A (2004) Probabilistic sensitivity analysis of complex models: a Bayesian approach. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Statistical Methodology)* 66: 751-769.

Scholz S, Waize M, Weidemann F, Treskova-Schwarzbach M, Haas L, Harder T, Karch A, Lange B, Kuhlmann A, Jäger V, Wichmann O (2021): Einfluss von Impfungen und Kontaktreduktionen auf die dritte Welle der SARS-CoV-2-Pandemie und perspektivische Rückkehr zu prä-pandemischem Kontaktverhalten, *Epid Bull* 13:3-22

VON DR. ANDREAS SCHÜßELER

Wir für unser Klima

ÄrzteNetz Hamburg schreibt Umwelt-Wettbewerb aus

Umweltschutz und Nachhaltigkeit stehen auch im Gesundheitswesen weit oben auf der Agenda, denn Klimaschutz ist Gesundheitsschutz. Um innovative Ideen zu finden und fördern, wie Praxen und Kliniken umweltfreundlicher werden können, schreibt das ÄrzteNetz Hamburg in diesem Jahr erstmalig den Wettbewerb „Wir für unser Klima“ aus. Das Motto der Aktion für mehr Nachhaltigkeit: „Nachdenken. Umdenken. Mitmachen“.

Bis zum 31. März 2023 können Mitarbeiter:innen aller Arztpraxen, Krankenhäuser und anderer Gesundheitsdienstleister ihre Ideen für ein nachhaltigeres Gesundheitswesen einreichen. Das kann ein Vorschlag zur Verminderung von Müll, Ideen zu klimafreundlichen Arbeitsprozessen oder auch zum Einsparen von Energie sein. Oder etwas, das wir alle noch gar nicht auf dem Zettel haben.

Meine Mitstreiter:innen vom Ärztenetz und ich sehen dringenden Handlungsbedarf. Es fängt damit an, dass in Arztpraxen kein Müll getrennt wird oder dass es günstiger ist, Metall-Pinzetten und andere

Instrumente nach einmaligem Gebrauch zu entsorgen, anstatt sie sterilisiert wiederzuverwenden.

Als Vorstandsvorsitzender des Ärztenetzes bin ich Initiator dieses Wettbewerbs, sehe mich als Orthopäde und Unfallchirurg aber durchaus als Teil des Problems. Der Klimafußabdruck unserer Branche ist zu groß. Unsere CO₂-Emissionen machen 5,2 Prozent der deutschen Gesamt-Emission aus. Krankenhäuser gehören zu den sechs größten Energieverbrauchern in der Branche Handel, Dienstleistung und Gewerbe. In Kliniken und Arztpraxen muss Klimaschutz zukünftig eine größere Rolle spielen, schließlich ist der Schutz der Umwelt sogar in §1 der neuen Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte fest verankert.

Wie sicher viele von Ihnen bin auch ich bereit für einen Kurswechsel. Wir müssen unser Verhalten und Gewohnheiten ändern, der dramatische Wandel von Klima und Umwelt drängt uns dazu. Nur fehlt es in meinen Augen an praxistauglichen Konzepten. Die wollen wir nun gemeinsam erarbeiten und Hamburg

damit im Idealfall eine Vorbildfunktion in puncto Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens einbringen.

Wir freuen uns sehr, bei dieser Mission Unterstützung von Umweltsenator Jens Kerstan zu bekommen, der sich bereit erklärt hat, die Schirmherrschaft unseres Klimawettbewerbs zu übernehmen und darüber hinaus als Jurymitglied Einreichungen zu prüfen und bewerten. „Ich unterstütze den Ideenwettbewerb für Klimaschutzideen des ÄrzteNetz Hamburg e.V. ganz ausdrücklich“, so Senator Jens Kerstan. „Ich freue mich auf spannende Projekte und sinnvolle Vorhaben, die wir in der Jury begutachten und prämiieren können. Denn: Jede gute Idee für den Klimaschutz zählt. Gesundheitsschutz und Klimaschutz gehören zusammen und sind ein Gemeinschaftswerk für alle! Bis zum Jahr 2030 wollen wir die Hamburger Treibhausgasemission um mindestens 65 Prozent reduzieren. Dabei treibt mich die gleiche Motivation an, wie sicherlich alle Mediziner:innen und Pflegekräfte: Wir wollen Menschenleben retten! Wir sind aber ganz wesentlich darauf

angewiesen, dass jede:r von uns einen Beitrag im persönlichen Lebens- und Arbeitsumfeld leistet – mit praktischen Maßnahmen, die auf den ersten Blick klein erscheinen mögen, in ihrer Gesamtheit aber eine große Wirkung entfalten können. Genau hier setzt der Ideenwettbewerb des ÄrzteNetzes Hamburg an.“

Wir bedanken uns bei dem Umweltsenator für seinen fachlichen und anspornenden Support. Für die Jury konnte das ÄrzteNetz Hamburg weitere renommierte Mitglieder gewinnen: unter anderem Prof. Dr. Robi Banerjee (Klima- und Umweltbeauftragter der Universität Hamburg), Sven Winterberg (Stadtreinigung Hamburg) und Prof. Dr. Andreas Lange (Umweltökonom).

Nun ist es an uns: Wir, alle Mitarbeiter:innen und Ärzt:innen wollen unsere Arbeitsplätze genau unter die Lupe nehmen und Verbesserungsvorschläge erarbeiten. Welche Möglichkeiten haben wir, unsere Arbeitsweise und das Arbeitsumfeld umweltfreundlicher, effizienter, nachhaltiger und dabei vielleicht sogar kostengünstiger zu gestalten? Machen Sie mit und reichen



Suchen gute Ideen für eine umweltfreundlicheres Gesundheitswesen: Dr. Andreas Schüßeler (Vorsitzender des ÄrzteNetz Hamburg) und Kristin Hollmann (Projektmanagerin)

Sie Ihre Ideen beim Umwelt-Wettbewerb „Wir für unser Klima“ des ÄrzteNetzes Hamburg ein. Informieren Sie bitte auch Ihre Kolleg:innen – jede:r im Gesundheitswesen Arbeitende kann teilnehmen. Die vielversprechendsten Ideen werden nicht nur öffentlichkeitswirksam vorgestellt, sondern auch mit tollen Preisen bedacht. Die Gewinner:innen dürfen sich u.a. über die Nutzung eines Elektro-Autos für drei Jahre, einen Elektro-Roller, ein Elektro-Fahrrad, eine HVV-Jahreskarte, eine Wanderreise über die Alpen oder ein Preisgeld in Höhe von 3.000 Euro für die beste Teamleistung (Großpraxen, Krankenhäuser, Labore etc.) freuen. ■

Alle Informationen zu den Teilnahmebedingungen finden Sie hier: www.aerztenetz-hamburg.de/klima



Inflation – bedroht die Gesundheitsversorgung

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

Die Inflation ist zurück. Mit 5,8 Prozent erreichte sie einen im wiedervereinigten Deutschland bisher nicht erreichten Höhepunkt, kletterte auf über 7 Prozent und wird bald zweistellig sein.

Die Gründe für das Comeback der Geldentwertung sind vielfältig: Ganz vorne die lockere Geldpolitik der Europäischen Zentralbank und das faktische Ende der Schuldenbremse in der Coronapandemie. Geld wurde mit der Gießkanne verteilt, für Sinnvolles ebenso wie für puren Nonsense.

Ärzte sind der Geldentwertung besonders ausgesetzt, denn sie erhalten ihre kassenärztlichen Honorare mit Verzögerung.

Inflation ist daher kein drohendes Gespenst mehr, sondern die neue Realität.

Zu den besonders betroffenen Gruppen gehören die Ärzte und Psychotherapeuten. Und deren Betroffenheit hat direkte Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung.

Ein wichtiger Grund für diese Vulnerabilität ist die verzögerte Auszahlung der kassenärztlichen Honorare. Weil Psychotherapeuten und Ärzte ein Großteil ihres Honorars erst ein halbes Jahr nach dem Ende des Quartals auf dem Konto

haben, sind sie den Folgen der Inflation stärker ausgesetzt als Berufsgruppen, die ihr Geld sofort nach Ablieferung ihrer Leistung erhalten. Solange die Inflationsrate einstellig ist, mag dieser Effekt klein sein. Aber bei zweistelligen Inflationsraten bedeutet die Verzögerung von einem halben Jahr, dass das Honorar sich schon um mindestens 5 Prozent gegenüber dem Zeitpunkt der Leistungserbringung entwertet hat.

Noch viel stärker ins Gewicht fällt allerdings, dass ärztliche und psychotherapeutische Honorare

seit Jahrzehnten keinen angemessenen Inflationsausgleich erfahren haben. Bei der Recherche für mein Buch „Wahnsinn Wartezeit“ habe ich dazu überraschende Ergebnisse gefunden. Danach stagnierten die Honorarumsätze aller Praxen in der Zeit von 2000 bis 2015. Für einige Fachgruppen gab es innerhalb dieser Zeitspanne sogar eine nominale Absenkung der Honorare. Sie mussten in dieser Zeit zusätzlich zum fehlenden Inflationsausgleich Honorarminderungen hinnehmen.

In den letzten Jahren sind die Honorare zwar etwas gestiegen,

allerdings nicht aufgrund eines gewährten Inflationsausgleiches, sondern wegen der Ausweitung der Leistungen im Zusammenhang mit dem Termin-Service-Gesetz und der Impf-Kampagne.

Ärzte können ihr Honorar nicht frei aushandeln, sondern sind abhängig von einer Gebührenordnung und damit von politischen Entscheidungen. Und wie es aussieht, ist die Politik nicht bereit, den Ärzten einen Ausgleich für die Entwertung des Geldes zu zahlen. Das merkt man am kassenärztlichen EBM ebenso wie an der privaten Gebührenordnung GOÄ.

Die Preise der GOÄ stammen von 1988 und wurden nur ein einziges Mal, nämlich 1996, mit einem kleinen Inflationsausgleich von 3,6 Prozent aufgestockt. Somit bilden die Gebührensätze der privaten Gebührenordnung immer noch die Preise von 1996 ab.

Spätestens dieses Beispiel zeigt, dass die Verweigerung eines Inflationsausgleiches kein Zufall und kein Versehen ist. Offensichtlich ist man in der Politik der Meinung, dass die ärztlichen Honorare sowieso zu hoch sind, und freut sich über die Möglichkeit, sie durch den „natürlichen Inflationsverlauf“ absenken zu können.

Bei anderen Akteuren des Gesundheitswesens sieht es anders aus. Für die Kliniken hat die Politik immer ein offenes Ohr, und die Sozial-

fachangestellten der Kassen müssen sowieso nicht darben. Interessant wurde es in diesem Jahr bei den Taxifahrern und Krankentransportunternehmen, die unter den hohen Spritpreisen besonders leiden. Sie drohten, ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen zu können.

Die Frage war, ob die Kassen und die Politik einlenken würden? Ich war selbst sehr überrascht, wie einfach und unproblematisch das funktionierte. Schon kurz nach der Drohung, die Transporte einzustellen, erklärte eine Sprecherin der AOK Sachsen-Anhalt: „Ab Mittwoch können unsere Vertragspartner für Krankenfahrten neun Cent pro Besetzt-Kilometer für die Hin- und Rückfahrt oder 16 Cent pro Besetzt-Kilometer bei einfachen Fahrten mit uns abrechnen.“ „Es ist eine sofort wirksame und unbürokratische Lösung – ein Antrag ist nicht notwendig.“

Die Barmer zog sofort nach und erklärte: „Wir erkennen den akuten Handlungsbedarf infolge der kurzfristig stark angestiegenen Treibstoffkosten an.“

Ärzte und Psychotherapeuten können von so viel unbürokratischer Hilfe nur träumen. Sie bleiben der Inflation ausgeliefert.

Durch den fehlenden Inflationsausgleich schlagen die im Laufe der

Jahre steigenden Kosten voll durch, was nur wenige Bürger wissen. Wenn man seinem Anwalt bei Verhandlungen über einen neuen Mietvertrag erklärt, dass man eine an die Inflationsrate gekoppelte Staffelmiete auf keinen Fall akzeptieren will (was man unbedingt tun sollte!), kann es einem passieren, dass er das etwas übertrieben findet und sagt: „Aber bei höherer Inflation steigen doch auch Ihre Einnahmen.“

Ja, das gilt für fast alle, bloß eben nicht für die Ärzte. Die Gebührenordnung der Anwälte zum Beispiel ist seit 1982 mehrfach angehoben worden, mit dem Steigen der Fallwerte gibt es sogar einen gewissen automatischen Inflationsausgleich. Der öffentliche Dienst würde sich ohne regelmäßigen Inflationsausgleich sowieso bedanken.

Noch besser haben es die Mitglieder des Deutschen Bundestages. Ihr Einkommen steigt automatisch mit den Durchschnittslöhnen: Von 6876 Euro im Jahre 2002 auf 10055, also um 68 Prozent. (Hinzu kommen noch verschiedene Pauschalen.)

Für die Praxen der Ärzte und Psychotherapeuten wird die stärkste Inflation seit Bestehen der BRD zu einer Existenzbedrohung und damit zu einer Gefährdung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Viele Praxen werden durch den

Inflationsdruck in akute finanzielle Schwierigkeiten kommen, wenn nicht rechtzeitig wie bei den Taxifahrern gegengesteuert wird. Vor allem aber dürfte die Suche nach Praxisnachfolgern noch schwieriger werden. Das wird den Ärztemangel und auch die Übernahme von Arztpraxen durch Krankenhäuser und Investmentgesellschaften rasant befördern.

Umgekehrt könnte die akute Bedrohung durch die Geldentwertung auch positive und gegenläufige Folgen bewirken. Jahrzehntelang haben Ärzte sich für Gegenmaßnahmen, und auch für die Mitarbeit in den Selbstverwaltungen, zu wenig interessiert. Es lief ja immerhin noch alles ganz gut. Das neue Inflations Szenario könnte möglicherweise auch hier eine kleine „Zeitenwende“ bewirken. Eine höhere Beteiligung bei den anstehenden Wahlen zur Selbstverwaltung könnte ein erstes Zeichen dafür setzen. ■

DR. MATTHIAS SOYKA

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

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



Herz InForm feiert 50-jähriges Jubiläum

Der gemeinnützige Verein

Herz InForm organisiert seit einem halben Jahrhundert Reha-Sportgruppen für Menschen nach einem Herzinfarkt oder mit chronischen Herzerkrankungen. Geleitet werden diese "Herzgruppen" von speziell geschulten Bewegungstherapeuten; auch ein Arzt ist zugegen, der die Teilnehmenden medizinisch überwacht und vor Überlastung schützt. Dieser medizinisch abgesicherte, nach festgelegten Qualitätskriterien organisierte Rehasport im Gruppenverband bringt nachweisbare Erfolge. Außerdem entlastet das Modell die Arztpraxen. Die Patienten werden durch ein soziales Netzwerk aufgefangen, was ihr Bedürfnis nach psychosozialer Betreuung durch den behandelnden Arzt reduziert.

Seit einigen Jahren ist das Portfolio um Indikationen wie beispielsweise Lungensport, Gefäßsport und onkologische Rehasportgruppen erweitert worden.



Verordnung von Herz- und Rehasport

Vertragsärztinnen und -ärzte können die Teilnahme an einer Herz- oder Rehasportgruppe auf Bogen 56 oder G850 verordnen. Die Verordnung wirkt sich nicht auf das Budget aus.

Die Erläuterung des weiteren Vorgehens kann die Praxis dem Anbieter überlassen: Die Patienten melden sich bei Herz InForm. Dort erhalten sie alle Informationen und werden in eine passende Gruppe vermittelt.

Flyerbestellung und weitere Informationen:
Sabrina Bittkau
Herz InForm
Tel: 22802-364
E-Mail: info@herzinform.de
www.herzinform.de

 **FRAUENKOMMISSION**
 Selbstverwaltung braucht uns Frauen
KVH

Vorschläge für eine familienfreundlichere Veranstaltungsplanung der KV

Haben Sie sich schon mal geärgert, dass Sie zu einer KV-Veranstaltung nicht kommen konnten, weil Sie auf die Kinder aufpassen, arbeiten mussten oder im Urlaub waren? Wir sind genau mit diesem Thema kürzlich konfrontiert worden und haben uns in der Frauenkommission zusammengesetzt und folgende Ideensammlung zu einer familienfreundlicheren Veranstaltungsplanung der KV Hamburg zusammengestellt:

- Veranstaltungen sollten grundsätzlich außerhalb der Ferienzeiten geplant werden.
- Möglichst Hybridangebot zur Teilnahme
- Die Veranstaltungen sollten ab 19:00 oder 19:30 Uhr geplant werden, Mittwochnachmittags nur für ärztlich Tätige.
- Wenn möglich, sollten für ein Thema mehrere Veranstaltungstermine zur Verfügung stehen.
- Es könnten auch Doodle-Umfragen erfolgen, um die Terminierung einzugrenzen.
- In jedem Fall sind wir für kürzere Sitzungen! Kurz und prägnant!

Haben Sie noch Ideen? Melden Sie sich gerne bei uns, damit wir die Liste ergänzen und der KV vorlegen können!

Kontakt via E-Mail:
frauenkommission@kvhh.de



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Thomas Krömer**
Stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses
Psychotherapeuten

Name: **Thomas Krömer**

Geburtsdatum: **8. Januar 1964**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Arzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie**

Weitere Ämter: **2012-2021 Regionalvorsitzender des BKJPP (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.)**

Hobbys: **Sport (Klettern, Rennrad)**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Wünsche und Erwartungen haben sich nach und nach erst im Verlauf gezeigt, in beiden Fällen sind sie mehr als erfüllt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Eigeninitiative, Engagement und eine besondere Verantwortung zeichnen den ärztlichen Beruf aus. Auch die Selbstverwaltung lebt davon.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Eine größere Anerkennung und Präsenz der kinder- und jugendpsychiatrischen/ psychotherapeutischen Themenkomplexe bei Kolleg:innen und in der Gesellschaft.

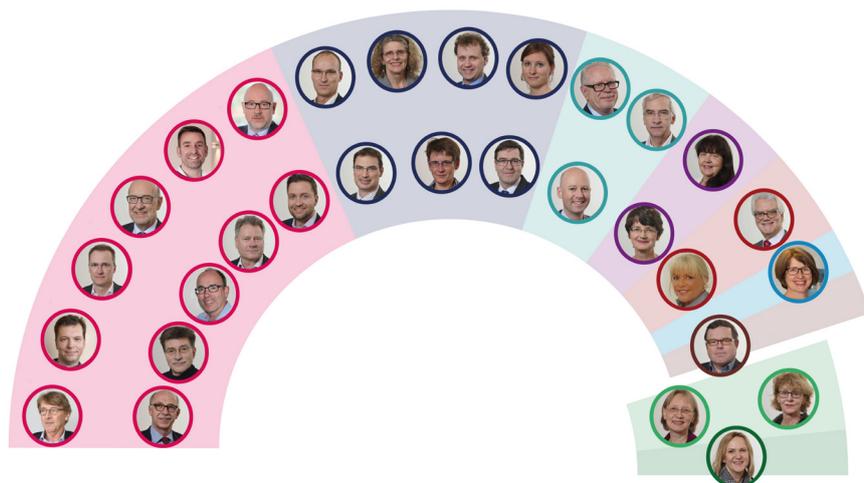
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Zusammenhalt und inhaltlicher Austausch innerhalb der Fachgruppe.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Verbesserung und Aufwertung von sozialen Unterstützungsangeboten, insbesondere mit Anerkennung des vielfach überdurchschnittlichen Engagements und der oftmals herausragenden Motivation der Mitarbeiter:innen in sozialen Berufen.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 23. Juni 2022 (19.30 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Hygiene für Fortgeschrittene (Online)

Mi. 4.5.2022 (14 - 18 Uhr)

Datenschutz für Fortgeschrittene (Präsenz)

Mi. 1.6.2022 (9.30 - 17 Uhr)

QEP aktuell (Online)

Mi. 22.6.2022 (15 - 18 Uhr)

Arbeitskreis für Paxismanager:in (Präsenz)

Zweitägig:

Do. 23.6.2022 (9.30 - 17 Uhr) und

Fr. 24.6.2022 (9.30 - 17 Uhr)

Terminsystem (Online)

Mi. 29.6.2022 (15 - 18 Uhr)

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de

Oder über QR-Code:



Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

Michael Bauer, Tel: 22802-388

Laura Goldmann, Tel: 22802-574

qualitaetsmanagement@kvhh.de

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

Warum es mit manchen Patienten so schwierig ist (Teil 2): Persönlichkeitsstörungen im medizinischen Alltag verstehen und den Umgang mit schwierigen Patienten erleichtern

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 22.6.2022 (18 Uhr)

(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

**Ort: Ärztehaus (Saal 1)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
E-Mail: 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. 13.5.2022 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 4.11.2022 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:
€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern
(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

**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).

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

Aktuelle Infos zu Veranstaltungen:
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 2022!**



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2022 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

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!

