

KVH journal

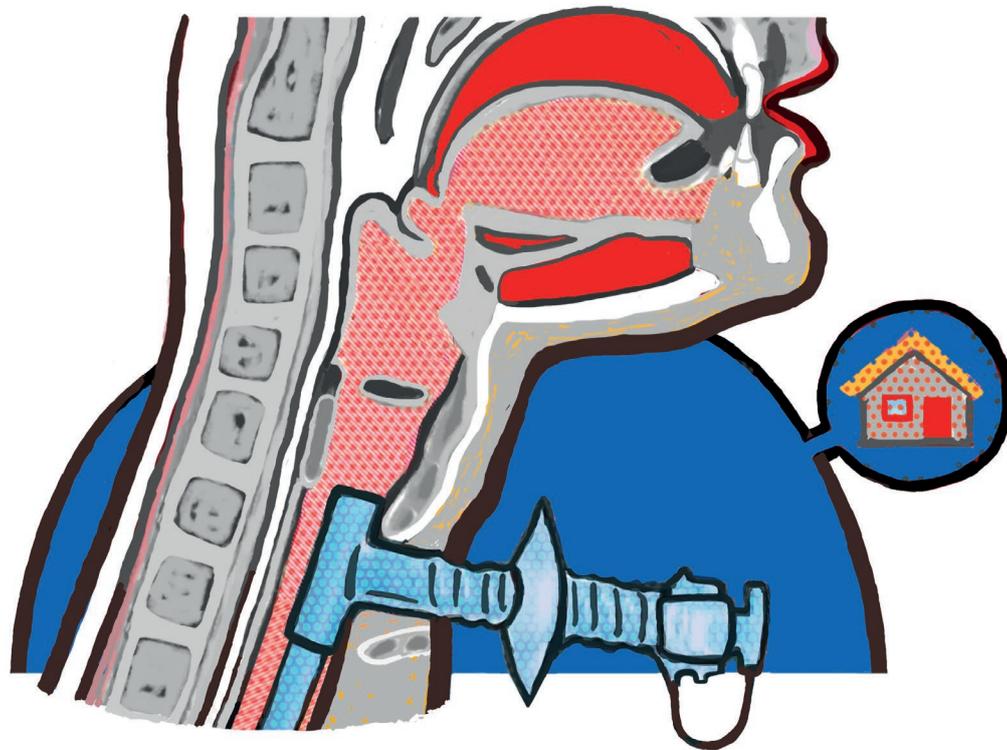


ePAPER
Lesen Sie das
**KVH-JOURNAL
DIGITAL!**

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

AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE

*Wir dürfen das Feld nicht den
Falschen überlassen!*



SICHERSTELLUNG

KV-Eigenrichtung eröffnet

HONORAR

Neues Verteilungssystem für Fachärzte

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 Autor:in und nicht unbedingt
die des Herausgebers wieder.

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 2/2024 (Februar 2024)



www.blauer-engel.de/uz195

- ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
- emissionsarm gedruckt
- überwiegend aus Altpapier

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!



Anmeldung

ePAPER

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

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

Das Layout der elektronischen Ausgabe passt sich flexibel an alle Endgeräte an. Damit können Sie das KVH-Journal auch auf dem Smartphone oder Tablet lesen.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen wurde immer wieder angekündigt – nun hat das Bundesgesundheitsministerium seine Pläne für die hausärztliche Versorgung konkretisiert. Gerade für die Hausärztinnen und Hausärzte hier in Hamburg wird der Unterschied spürbar sein – darüber freuen wir uns. Die Entbudgetierung muss jetzt so schnell wie möglich kommen.

Auch die geplante Einführung einer jahresbezogenen hausärztlichen Versorgungspauschale und einer hausärztlichen Vorhaltepauschale begrüßen wir. Und selbstverständlich: Die Einführung einer Bagatellgrenze bei Arzneimittel-Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist als Erfolg zu verbuchen und wird ein großes Ärgernis für die Vertragsärztinnen und -ärzte zumindest abmildern.

Das alles sind Schritte in die richtige Richtung. Doch um die ambulante Versorgung zukunftssicher zu machen, braucht es auch eine Entbudgetierung der fachärztlichen Leistungen. Der angekündigte Krisengipfel des Bundesgesundheitsministers mit den Fachärzten wird diesbezüglich hoffentlich Ergebnisse bringen.

Auch im psychotherapeutischen Versorgungsbereich stehen wir vor großen Herausforderungen. Zwar gibt es eine rechnerische Überversorgung, doch wir sehen einen rasch anwachsenden Bedarf. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung insbesondere für Kinder und Jugendliche muss nun dringend umgesetzt werden. Es bleibt also weiterhin viel zu tun.

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** _ Außerklinische Intensivpflege: Wir dürfen das Feld nicht den Falschen überlassen!
- 08** _ Verordnung der Außerklinischen Intensivpflege: Keine Gebühr mehr für den Genehmigungsprozess

VERSORGUNG

- 10** _ Sicherstellung: KV-Eigeneinrichtung in Rahlstedt eröffnet
- 11** _ Freie Kinderarztsitze: Förderung für Niederlassung in Billstedt, Bramfeld und Rahlstedt

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.

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 12_** Fragen und Antworten
- 14_** Serviceheft: Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern im Notfalldienst
KBV-Empfehlungen zur Labor-diagnostik: Isolierte Quick-Wert-Verminderung
- 15_** Satzungsimpfungs-Vereinbarung mit der Mobil Krankenkasse

HONORAR

- 16_** Zweierlei Verteilungssysteme: Praxisbezogene Leistungsbudgets für Fachärzte und Garantiequoten für Hausärzte

SELBSTVERWALTUNG

- 19_** Steckbrief: Prof. Dr. Till Florschütz

**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 20_** Warum anlassloses Testen (fast immer) zufriedenstellt – auch wenn es (fast immer) schadet

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 24_** Dr. med. Bernd Hontschik: "Halbzeit für den Minister der Herzen"

FORUM

- 25_** Leserbrief

TERMINKALENDER

- 26_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Michael Zapf; Seite 7: Sudok1/Stock.Adobe.com; Seite 9, 10: Michael Zapf; Seite 23: Sarah Rubensdörffer; Seite 24: Barbara Klemm; Seite 26: Michael Zapf; iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 38: Christoph Jöns, Vernessa Himmeler, Icons: iStockphoto.

»Wir dürfen das Feld nicht den Falschen überlassen!«

Die Reform der außerklinischen Intensivpflege soll Versorgungsstandards sichern – doch die Umsetzung geht nur langsam voran.

Der Hausarzt **Dr. Mike Müller-Glamann** appelliert an seine Kolleginnen und Kollegen, sich auf die neuen Regeln einzulassen.

Die Neuordnung der außerklinischen Intensivpflege (AKI) ist eine zwiespältige Angelegenheit.

Es gab Missstände: In der Pressemitteilung des G-BA zur neuen AKI-Richtlinie ist von „fragwürdigen und unethischen Geschäftspraktiken mit sogenannten Beatmung-WGs“ die Rede, in denen es oft vor allem um „Profitmaximierung“ gegangen sei.

Medienberichten zufolge sollen schwerstkranke Patienten über lange Zeit künstlich beatmet worden sein, ohne dass Indikation oder Therapieoptimierung in fachlich angemessener Weise überprüft worden wären.

Beim Versuch, im Bereich der AKI eine gute und qualifizierte Versorgung zu gewährleisten, hat der G-BA unter anderem die Qualitätsanfor-

derungen für betreuende Ärztinnen und Ärzte geregelt. Um die AKI verordnen zu dürfen, benötigen Hausärzte nun eine Genehmigung der KV. Außerdem sollen besonders qualifizierte Fachärzte hinzugezogen werden, die in bestimmten Abständen prüfen, ob es möglich ist, Patienten von der Beatmung zu entwöhnen, die Beatmungszeit zu verringern oder die Kanüle zu entfernen (Potenzialerhebung). Auch diese potenzialerhebenden Ärzte benötigen eine Genehmigung der KV.

Um es vorsichtig zu sagen: Das Problem ist nicht perfekt gelöst worden. Die Intention war gut, doch bisher haben sich nur wenige Ärztinnen und Ärzte um eine Genehmigung zur Verordnung oder zur Potenzialerhebung bemüht. Ich selbst war kurz davor, meine Anträ-

ge aufgrund des Zeitaufwandes für den Genehmigungsprozess zurückzuziehen.

Doch der Betreiber der Einrichtung, in der ich bisher AKI-Patienten betreut habe, bat mich, mir die Genehmigungen zu besorgen. „Bitte mach das“, sagte er. „Wir finden sonst keinen.“ Ich habe mich überzeugen lassen, alle Nachweise eingereicht und die Genehmigungen für die Verordnung von AKI und für die Potenzialerhebung erhalten.

In der von mir betreuten Einrichtung versorge ich 22 Patienten. Es handelt sich um ein auf AKI-Patienten spezialisiertes Heim. Ich kenne die Mitarbeiter, sie sind sehr gut qualifiziert und lassen sich von berufsethischen Erwägungen leiten.

Immer mal wieder gelingt es, zusammen mit dem Team eine



Außerklinische Intensivpflege: Bisher haben sich nur wenige Ärztinnen und Ärzte um eine Genehmigung zur Verordnung oder zur Potenzialerhebung bemüht.

Therapieoptimierung zu erreichen. Manchmal hat ein Patient Weaning-Potenzial und kann dekanüliert werden. In seltenen Fällen kann eine Person nach Hause entlassen werden.

In der Arztsuche von www.gesund.bund.de sind bundesweit alle Ärzte verzeichnet, die eine AKI verordnen dürfen oder eine Genehmigung für die Potenzialerhebung haben.

Weil dort so wenig Ärzte mit AKI-Genehmigung zu finden sind, bekomme ich immer mehr Anfragen von Patienten, Angehörigen und Einrichtungen. „Im Internet steht, dass Sie verordnen dürfen. Wir haben hier Patienten, die AKI benötigen. Können Sie das nicht übernehmen?“ Noch mehr AKI-Patienten als jene, die ich bisher schon

betreue, möchte ich aber nicht übernehmen.

Ich halte es auch nicht für sinnvoll, dass sich diese Aufgabe bei einer Hand voll Ärzten konzentriert.

Das entspricht nicht dem Anliegen, in diesem Bereich mehr Transparenz und Versorgungsqualität zu erreichen und eine breite Qualifizierung anzustoßen.

Deshalb möchte ich gegenüber meinen Kolleginnen und Kollegen dafür plädieren, sich auf die Bedin-

gungen der AKI-Richtlinie einzulassen - aus rein pragmatischen Gründen, um die Versorgung sicherzustellen und weil die Patienten weiter versorgt werden müssen.

In der Pressemitteilung des G-BA ist von "fragwürdigen und unethischen Geschäftspraktiken mit sogenannten Beatmungs-WGs" die Rede.

Die meisten Hausärzte haben vor der Reform höchstens einen oder zwei AKI-Patienten versorgt – und zwar meist solche, die sie schon über Jahre hinweg begleiteten.

Viele ältere Patienten haben ja einen Hausarzt, bei dem sie sich aufgehoben fühlen, der auch Haus-

AKI-Verordnung: Keine Gebühr mehr für Genehmigungsprozess

Bei der Beantragung einer Genehmigung für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI) fallen keine Gebühren mehr an. Das hat die Vertreterversammlung der KV Hamburg beschlossen.

Einige Arztgruppen benötigen für die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege eine Genehmigung der KV. Noch ist die Anzahl der erteilten Genehmigungen allerdings sehr niedrig. Um die Bereitschaft zu steigern, eine Genehmigung zu beantragen, wird die Erhebung der Bearbeitungsgebühr von 100

Euro für den Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 31. Dezember 2024 ausgesetzt.

Bei Fragen zur Genehmigung wenden Sie sich bitte an Abteilung Genehmigung:

genehmigung@kvhh.de

Direkte Ansprechpartner:

Inga Beitz, Tel: 040 / 22802 – 663;

inga.beitz@kvhh.de

Tina Stasch, Tel: 040 / 22802 – 451;

tina.stasch@kvhh.de

Sebastian von Borstel,

Tel: 040 / 22802 – 573;

sebastian.vonborstel@kvhh.de

Bei inhaltlichen Fragen zur Verordnung: Abteilung Verordnung und Beratung, verordnung@kvhh.de

Direkter Ansprechpartner:

Dr. Thomas Stolz, Tel: 040 / 22802-749;

thomas.stolz@kvhh.de

besuche macht. Den vielleicht auch die Angehörigen und das familiäre Umfeld kennen.

Sobald diese Patienten außerklinisch beatmet werden müssen, ist es natürlich von Nachteil, wenn sie den Hausarzt wechseln müssen, weil sie jemanden benötigen, der die AKI verordnen darf. Noch ungünstiger wäre, wenn sie an jemanden geraten, der sich nur darauf spezialisiert hat, die AKI-Formulare auszufüllen. Deshalb würde ich es eigentlich begrüßen, wenn jede Hausärztin und jeder Hausarzt die Genehmigung beantragen würde, eine Verordnung auszustellen.

Für diesen Bereich – also nur für die Verordnung der AKI – eine Genehmigung zu erhalten, ist nicht allzu viel Aufwand: Man erklärt

gegenüber der Genehmigungsabteilung der KV, dass man über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patienten verfügt oder beabsichtigt, sich diese Kompetenzen innerhalb von sechs

Die Höhe der Kosten erklärt auch, warum Heime schnell unter Druck geraten, wenn sie niemanden finden, der die Verordnung vornimmt.

Monaten anzueignen und der KV nachzuweisen. Die KBV bietet hierzu eine Online-Fortbildung an. Kein einfacher Stoff, doch die Auseinandersetzung damit ist eine sinnvoll und gut investierte Zeit. Man lernt immer noch etwas dazu – und es

gibt Fortbildungspunkte, die man ja ohnehin sammeln muss.

Im Prinzip finde ich es auch richtig, dass die Verordnung und die Potenzialerhebung getrennt wird – dass es sich dabei um unterschiedliche Ärzte handeln soll, die sich beratschlagen und die sich vielleicht auch auf die Finger schauen können.

Die Idee hinter den neuen AKI-Formularen ist es, Fehlversorgung zu erkennen. Beim Ausfüllen geht man zusammen mit den Pflegekräften die Punkte durch und erfragt: Wie wurde der Patient in den vergangenen Monaten behandelt? Mit wie viel Sauerstoff? Das wurde bisher häufig von den Beatmungstherapeuten festgelegt, die das auch kontrollierten und den Patienten nur bei Problemen in ein Krankenhaus brachten.

Nun unterbreiten die Beatmungstherapeuten einen Vorschlag, der mit dem Arzt besprochen und dann meist in das Formular übernommen wird.

Ich weiß allerdings nicht, ob die Regelungen zur Potenzialerhebung so ausgestaltet sind, dass sie in der Realität funktionieren.

Bei den potenzialerhebenden Ärzten handelt es sich um fachlich versierte Spezialisten oder

um Hausärzte, die Erfahrungen in diesem Bereich haben.

Diese Ärzte sollen also der neuen Regelung zufolge in eine Beatmungs-WG, ein Heim oder eine Wohnung fahren und sich ihnen unbekannte Patienten anschauen. Es dauert einige Zeit, bis man die Geschichte eines solchen Patienten erfasst hat – da muss man lange lesen.

Und man muss den Pflegekräften vertrauen, die den Patienten ja sehr viel besser kennen, viele Stunden mit ihm verbringen und wissen: Kann er manchmal schlucken? Atmet er auch mal selbstständig, oder wird er nach 30 Sekunden blau? Gibt es eine Chance, ihn von der Trachialkanüle zu entwöhnen?

Ich werde als Arzt keinen Entwöhnungsversuch anordnen, wenn die Beatmungstherapeuten das nicht für angezeigt halten. Doch wie soll man Vertrauen zum Pflegepersonal aufbauen, wenn man so selten vor Ort ist?

Für die Potenzialerhebung gibt es eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2024. Bis dahin darf die AKI ausnahmsweise auch verordnet werden, wenn keine zur Potenzialerhebung qualifizierte Person zur Verfügung steht. Wir werden sehen, ob dieser zeitliche Aufschub reicht.

Die AKI ist ein extrem kostenintensiver Versorgungsbereich. Es geht um schwerstkranke Patienten, die zwar außerklinisch versorgt werden sollen, bei denen aber ständig die Anwesenheit einer Pflegefachkraft nötig ist, weil jederzeit eine lebens-

AKTUELLES VERZEICHNIS: WER DARF POTENZIAL ERHEBEN ODER AKI VERORDNEN?

Ärztinnen und Ärzte, die Potenzial erheben oder AKI verordnen, finden Sie in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals: www.gesund.bund.de → **Gesundheitsversorgung → **Besondere Themen** → **Außerklinische Intensivpflege****

bedrohliche Situation auftreten kann. Die meisten dieser Patienten sind beatmet oder trachealkanüliert und benötigen rund um die Uhr eine Eins-zu-eins- beziehungsweise eine Eins-zu-zwei-Versorgung. Auf einen oder zwei Patienten kommen oftmals acht Angestellte.

Wer die Kosten für Personal und Therapie in den Heimen und in der Häuslichkeit grob überschlägt, bekommt eine Vorstellung davon, wie teuer diese Art der Versorgung ist. Dass es um immense Summen geht, erklärt wahrscheinlich, warum der Bereich für Missbrauch anfällig sein könnte. Die Höhe der Kosten erklärt aber auch, warum Heime oder auch Privatpersonen schnell unter Druck geraten, wenn sie niemanden finden, der die Verordnung vornimmt. Wenn beispielsweise Eltern ihr schwerstkrankes Kind im Rahmen der AKI versorgen, können sie Pflegepersonal einstellen. Davon sind sie dann auch abhängig.

Doch was geschieht, wenn sie kein Geld mehr von der Krankenkasse bekommen, weil es zu wenig Ärz-

te gibt, die AKI verordnen dürfen? Sollen sie ihr Kind alleine betreuen? Und wie lange kann ein auf AKI spezialisiertes Pflegeheim durchhalten, wenn Zahlungen ausbleiben? Welche Summen kann so ein Heim vorschießen, ohne finanziell in die Knie zu gehen?

Ich habe in verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung darauf hingewiesen, dass wir das Thema AKI jetzt dringend angehen müssen. Dazu ist einerseits unerlässlich, dass sich möglichst viele Ärzte in die Verantwortung nehmen lassen und Genehmigungen beantragen. Gleichzeitig aber sollten G-BA und KBV die Regelungen auf den Prüfstand stellen und gegebenenfalls nachbessern.

Es gab ja Diskussionen darüber, ob es sinnvoll ist, Intensivpflege in diesem Umfang im außerklinischen Bereich anzubieten. Doch wenn man sich für den Aufbau solcher Strukturen entscheidet, muss die Versorgung verlässlich sein. ■



DR. MED. MIKE MÜLLER-GLAMANN ist Hausarzt in Bramfeld und Sprecher des beratenden Fachausschusses „Hausärztliche Versorgung“ der KV Hamburg

KV-Eigeneinrichtung eröffnet

Kinderarztpraxis in Rahlstedt soll pädiatrische Versorgung ergänzen



Der Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, John Afful, und die Vorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt:innen in Hamburg, Dr. Claudia Haupt, bei der Eröffnung der KV-Eigeneinrichtung.

Die KV Hamburg hat am 3. Januar 2024 die erste eigene Praxis eröffnet: Die Kinderarztpraxis Grubesallee in Rahlstedt ist zu regulären Sprechzeiten geöffnet und bietet das gesamte Spektrum der allgemeinen pädiatrischen Versorgung an. Es gibt fünf Behandlungsräume, sodass dort mehrere angestellte Kinderärztinnen und Kinderärzte parallel tätig sein können.

John Afful, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg, sagte bei der Eröffnung: „Die Kinderarztpraxis Grubesallee ergänzt die pädiatrische Versorgung im Hamburger Osten; sie soll die umliegenden Kinderarztpraxen und die Notaufnahme des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift entlasten.“

„Wir freuen uns sehr über dieses zusätzliche kinderärztliche Angebot,“ sagte Dr. Claudia Haupt, Vorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt:innen



Das Praxisteam: Kinderärztin Dr. Annalena Sieverding und die medizinischen Fachangestellten Bianca Abanto und Anke Rehsöft.

in Hamburg, „gerade auch vor dem Hintergrund einer schwierigen regionalen Versorgungslage.“ Es sei ein großes Glück, dass so schnell geeignete Räumlichkeiten gefunden wurden, sodass die Praxis zum Jahresanfang eröffnet werden konnte. „Die Kolleginnen und Kollegen in der Nähe sehen diese zusätzliche Praxis ebenfalls sehr positiv, zum einen weil sie akut Entlastung bringt, zum anderen weil sie einen nicht unerheblichen Baustein zur Verbesserung der pädiatrischen Versorgung in Hamburg darstellt.“

Am Konzept einer Eigeneinrichtung hat die KV Hamburg seit Juni 2023 gearbeitet – in Reaktion auf die schwierige kinderärztliche Versorgung in Mümmelmannsberg im Hamburger Osten.

Die Suche nach bezahlbaren Räumen war allerdings nicht einfach, berichtet Carmen Rehbock, Leiterin Notfallpraxen der KV Hamburg, die das Projekt maßgeblich betreut und



umgesetzt hat. Auch die Behörden und der Bezirk Mitte seien um Mithilfe gebeten worden, konnten aber keine Räume anbieten oder vermitteln. „In die nähere Auswahl kamen dann Standorte in Billstedt, Mümmelmannsberg, Jenfeld und Rahlstedt“, so Rehbock. „Ausschlaggebend für die Entscheidung, die Eigeneinrichtung in Rahlstedt zu eröffnen, war die Struktur vor Ort: Es gab dort bereits eine gut ausgestattete Praxis, die wir zeitnah übernehmen konnten.“

Es handelt sich um eine ehemalige Privatpraxis, deren Besitzerin in den Ruhestand gegangen war und der KV anbot, den Mietvertrag und die Einrichtung samt der Computer-Hardware zu übernehmen.

Im selben Haus befindet sich eine gynäkologische und eine kieferorthopädische Praxis. Der Standort ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen, er befindet sich in einer Seitenstraße unweit des Rahlstedter Bahnhofs.

Die KV-Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 14. Dezember 2023 die Anschubfinanzierung der Eigeneinrichtung genehmigt: Für das Jahr 2024 stellt die Vertreterversammlung dafür insgesamt 570.000 Euro zur Verfügung. Ob diese Summe vollständig abgerufen wird, steht noch nicht fest. Die Personalkosten werden aus dem Verwaltungshaushalt der KV finanziert. Die übrigen Betriebskosten (Miete, Nebenkosten, Praxisbedarf) entnimmt die KV aus dem Strukturfonds.

FREIE KINDERARZTSITZE: FÖRDERUNG FÜR NIEDERLASSUNGEN IN BILLSTEDT, BRAMFELD UND RAHLSTEDT

In der kinderärztlichen Versorgung ist die Zulassungssperre teilweise aufgehoben worden. Es können 4,25 Kinderarzt-Sitze neu besetzt werden. Der Hamburger Landesausschuss weist darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte besondere Aussicht auf eine erfolgreiche Bewerbung haben, wenn sie sich in den Stadtteilen Billstedt, Bramfeld und Rahlstedt niederlassen wollen. Zudem fördert die KV Hamburg eine Niederlassung in diesen Stadtteilen mit jeweils 35.000 Euro aus dem Strukturfonds.

Anträge auf Zulassung müssen bis 29. Februar 2024 bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingegangen sein.

Zulassungsausschuss für Ärzte – Hamburg,
Postfach 76 06 20, 22056 Hamburg

Ansprechpartnerin:
Nathalie Kaminski, Tel: 040 / 22802 - 579
nathalie.kaminski@kvhh.de

Der Strukturfonds ist für Projekte dieser Art gedacht. Nach § 105 Abs. 1a SGB V müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung einen solchen Fonds einrichten. Die KV Hamburg zahlt 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein, die Krankenkassen entrichten einen Betrag in gleicher Höhe.

KV-Hamburg-Chef John Afful hofft, dass sich die Eigeneinrichtung in der Grubesallee ab Ende 2024 finanziell selbst tragen wird. Ein fest definiertes Ziel sei das aber nicht.

KV-Eigeneinrichtungen gibt es auch in vielen anderen KV-Regionen. Sie bieten angestellten Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, Erfahrungen in der Praxis zu sammeln und sich auf eine Niederlassung vorzubereiten. Mittel- oder langfristig sollen die Eigeneinrichtungen dann von Ärztinnen und Ärzten übernommen und selbstständig geführt werden. ■

KVH Kinderarztpraxis Grubesallee
Grubesallee 18, 22143 Hamburg
Öffnungszeiten: Montag bis Freitag
von 09:00 Uhr bis 16:00 Uhr
www.kinderarztpraxis-grubesallee.de



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Mitgliederservice-Team gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. **Mitgliederservice (ehem. Infocenter) Tel: 22802-802**

TERMINSERVICESTELLE I

Ich bin Psychotherapeutin und stelle regelmäßig Termine für die Terminservicestelle (TSS) bereit. Diese werden aber nie gebucht. Eine Kollegin berichtete, dass ihre Termine hingegen stets ausgebucht sind. Woran liegt das?

Wenn Sie psychotherapeutisch tätig sind und Ihre Termine selbstständig einstellen, ist es wichtig, das richtige Terminprofil dafür auszuwählen. Die Erstgesprächstermine werden immer über das Profil „PT-Sprechstunde Erwachsene“ bzw. „PT-Sprechstunde KJP“ angelegt. Wurde versehentlich das normale „Namensprofil“ ausgewählt, erscheinen die Termine nicht in der Ergebnisliste bei der Terminsuche und können daher auch nicht gebucht werden. Termine für die PT-Akutbehandlung und die Probatorik werden nicht über den 116117-Terminservice vermittelt und müssen somit dort nicht eingetragen werden. Die KV Hamburg folgt damit dem Wunsch der Psychotherapeuten, wonach ein Patient, der die Voraussetzung zur Vermittlung eines PT-Akutbehandlungs- oder Probatoriktermins erfüllt, die Kontaktdaten eines Psychotherapeuten direkt von der TSS bekommt.

TERMINSERVICESTELLE II

Es stellt sich bei uns ein Patient mit einer Überweisung vor, auf der ein Vermittlungscode klebt. Muss sich dieser Patient nicht an die TSS wenden, um einen Termin vermittelt zu bekommen?

Nein. Hat ein Patient eine Dringlichkeitsüberweisung mit einem Vermittlungscode ausgestellt bekommen, hat er die Möglichkeit, sich über die TSS einen Termin vermitteln zu lassen, ist dazu aber nicht verpflichtet. Es kann also auch eine Terminfindung in Eigeninitiative durch den Patienten erfolgen. Im Praxisverwaltungssystem würden Sie diesen Fall als herkömmliche Überweisung anlegen.

TELEFONISCHE AU

Seit dem 7. Dezember 2023 ist es wieder möglich, bekannte Patienten nach telefonischer Anamnese krankzuschreiben. Gibt es hierfür gesonderte Abrechnungsmöglichkeiten?

Abgerechnet werden kann die GOP 01435 („Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten“). Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die GOP 01435 nicht berechnungsfähig. Wünscht ein Patient einen zusätzlichen Ausdruck der AU, kann der Versand der Bescheinigung über die Kostenpauschale 40128 des EBM abgerechnet werden.

GENEHMIGUNG KURZZEITTHERAPIE

Ab welchem Zeitpunkt kann ich als Psychotherapeut sicher sein, dass eine Kurzzeittherapie (KZT) genehmigt ist?

Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Kurzzeittherapie spätestens mit Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Krankenkasse diese Frist nicht einhalten, teilt sie dies unter Darlegung hinreichender Gründe und Übermittlung eines angemessenen neuen Entscheidungstermins rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt bis zum Ablauf der Frist keine solche Mitteilung oder verstreicht der neue Entscheidungstermin, gilt die beantragte Leistung als genehmigt.

Im Falle einer fristgerechten Bewilligung ist das Datum des Antwortschreibens der Krankenkasse ausschlaggebend für den Start der Richtlinien-therapie – nicht das Datum des Antrages.

STATUSÄNDERUNG

Entsteht in meinem Praxisverwaltungssystem ein neuer Fall, wenn sich bei einem Patienten innerhalb des Quartals der Versichertenstatus ändert?

Nein. Bei einem Statuswechsel während des Quartals (z. B. von Mitglied zu Rentner) wird immer der Status zugrunde gelegt, der bei Quartalsbeginn gültig war. Erst im Folgequartal gilt der neue Status.

Wechselt der Patient hingegen seine Krankenkasse im laufenden Quartal, muss die neue elektronische Gesundheitskarte eingelesen werden. Da es sich hierbei um einen neuen Behandlungsfall handelt, kann zudem auch die Versicherten- bzw. Grundpauschale erneut abgerechnet werden.

SPRECHSTUNDENBEDARF

Meine Praxis hat eine Nebenbetriebsstätte, die in Schleswig-Holstein liegt. Kann ich auch für diesen Standort den Sprechstundenbedarf, wie gewohnt, anfordern?

Nein. Sofern unter einer Betriebsstätte Nebenbetriebsstätten in anderen KV-Bezirken geführt werden, ist der Sprechstundenbedarf dieser Nebenbetriebsstätten nicht im Rahmen der Sprechstundenbedarfsvereinbarung verordnungsfähig. In anderen KV-en gelten andere Regelungen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Damla Eymur



Serviceheft: Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern im Notfalldienst



Das Serviceheft der KV Hamburg zur Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern im Notfalldienst liegt in überarbeiteter Fassung vor. Das Heft soll eine Hilfestellung vor allem für nicht-pädiatrische Ärztinnen und Ärzte geben, damit sie für die Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern im Notfalldienst gerüstet sind. Was sind die häufigsten Anforderungsgründe? Welche Arzneimittel sind ab welchem Alter und in welcher Dosierung zu empfehlen? Wie gehe ich bei welcher Krankheit am besten vor?

Dr. Annette Lingenauber und Dr. Cornelius Heinze haben das Heft überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. ■

Sie können das Heft über die Homepage der KV Hamburg bestellen: www.kvh.de → Praxis → Infomaterialbestellung

KBV-Empfehlungen zur Labordiagnostik: Isolierte Quick-Wert-Verminderung

Über die Labordiagnostik zur Abklärung eines isoliert verminderten Quick-Wertes informiert ein neues Heft aus der Reihe „Empfehlungen zur Labordiagnostik“ der KBV. Die Ausgabe soll Ärztinnen und Ärzte beim Einsatz von Laboruntersuchungen zur Basisdiagnostik der isolierten Quick-Wert-Verminderung unterstützen, die auf eine Gerinnungsstörung hinweisen kann. Der Laborpfad beinhaltet ein übersichtliches Ablaufschema der Labordiagnostik zur Abklärung der isolierten Quick-Wert-Verminderung, die auch ein häufiger Zufallsbefund ist. Ein begleitender Text informiert unter anderem über die Bedeutung einer ausführlichen Blutungsanamnese und der Einhaltung der Vorgaben zur Präanalytik. Zudem sind wichtige allgemeine Handlungsempfehlungen zur Blutentnahme aufgeführt sowie ein Erfassungsbogen zur Blutungstendenz beigelegt. Ein Infokasten bietet schnell erfassbar alle relevanten Laborparameter mit kurzen Erläuterungen ■

Die KBV-Empfehlungen zur Labordiagnostik im Internet: <https://www.kbv.de/html/labordiagnostik.php>



Satzungsimpfungsvereinbarung mit der Mobil Krankenkasse

Die Mobil Krankenkasse hat mit der KV Hamburg einen Vertrag über Reiseimpfungen und andere über die Stiko-Empfehlung hinausgehende Schutzimpfungen (Satzungsimpfungen) abgeschlossen.

Der jeweilige Impfstoff ist mit Muster 16 auf den Namen des Patienten/der Patientin zu Lasten der Mobil Krankenkasse zu beziehen. Das Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Muster 16 ist anzukreuzen. Auf diesem Arzneiverordnungsblatt ist

ausschließlich der jeweilige Impfstoff für die in diesem Vertrag vereinbarten Impfungen zu verordnen. Ein Bezug der Impfstoffe zu Lasten des Sprechstundenbedarfs (SSB) ist ausgeschlossen. ■

Der Vertragstext im Internet:

www.kvhh.net → Menü → Praxis → Recht & Verträge → KVH Verträge → (unter A) Auslandsschutzimpfung und sonstige Impfungen → Impfvereinbarung (...) mit der Mobil Krankenkasse

Eine Übersicht zur Abrechnung von Impfungen nach den gültigen Zusatzvereinbarungen der Krankenkassen finden Sie hier:

www.kvhh.net → Menü → Praxis → Verordnung → Impfungen → Impfungen als freiwillige Leistungen von Krankenkassen (Satzungsleistungen) → Übersicht zu den Zusatzvereinbarungen von Schutzimpfungen



Antibiotika
Prüfverfahren

Hilfsmittel

Rezepte
Regress

Richtlinien

Heilmittel
Off-Label-Verordnung

Sprechstundenbedarf

Wirtschaftlichkeitsgebot

Pharmakotherapieberatung

Schutzimpfungen
Cannabis-Verordnung

Arzneimittel
Aut idem

Verbandmittel

Betäubungsmittel
Trendmeldungen
Wirkstoffvereinbarung
Arzneimittel-Richtlinie

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

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

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

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



Zweierlei Verteilungssysteme

In Hamburg gilt seit Jahresbeginn ein neuer Honorarverteilungsmaßstab. Die Fachärzte erhalten Praxisbezogene Leistungsbudgets (PLB). In der hausärztlichen Versorgung bleibt es bei den bisher gültigen Garantiequoten

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat einen neuen Honorarverteilungsmaßstab beschlossen. In der fachärztlichen Versorgung gilt seit 1. Januar 2024 ein Verteilungssystem auf Grundlage Praxisbezogener Leistungsbudgets (PLB). In der hausärztlichen Versorgung bleibt das System der Garantiequoten bestehen.

Das Honorar für die Vertragsärzte setzt sich nach wie vor aus zwei Teilen zusammen (siehe Grafiken unten). Während die Leistungen im Rahmen der Extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zu 100

Prozent vergütet werden, ist das Honorar in der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) begrenzt. Für diesen MGV-Bereich (siehe blaues Feld in den Grafiken unten) regelt der Verteilungsmaßstab, wie die begrenzte Geldmenge unter den KV-Mitgliedern verteilt wird.

Garantiequote

Im hausärztlichen Versorgungsbereich behalten die Garantiequoten ihre Gültigkeit. Ebenfalls werden die Leistungskontingente Radiologen CT, Radiologen MRT und Nuklearmediziner MRT weiterhin mit der Garantie-

quote vergütet. Die Garantiequoten werden wie gewohnt vor Quartalsbeginn auf der KV-Homepage veröffentlicht.

www.kvhh.de → Menü → Praxis → Abrechnung & Honorar → Garantiequoten

Bei diesem Honorarverteilungssystem erhält jeder Arzt innerhalb derselben Arztgruppe für die gleiche Leistung das gleiche Geld. Die Garantiequote ist die Quote, zu der jede erbrachte Leistung mindestens vergütet wird. Die tatsächliche Auszahlungsquote kann höher, aber nicht niedriger ausfallen als die

Hausärztlicher Versorgungsbereich: Wie setzt sich mein Honorar zusammen?

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
(Mengenbegrenzung)

Garantiequote

- verbleibende MGV-Leistungen
- Eigenlabor
- Präsenzlabor

mindestens
89%
Vergütung

- Wirtschaftlichkeitsbonus Labor

100%
Vergütung

- Notfalldienst
- Kostenpauschale Kap. 40 EBM
- Pädiatrische Leistungen Kap. 4 EBM

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)
(keine Mengenbegrenzung)

100%
Vergütung
u.a.

- verbleibende EGV-Leistungen
- Telemedizin
- Prävention
- Impfungen
- Haus- und Heimbefuche
- Versorgungsverträge
- Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31. EBM
- Leistungen im Rahmen TSVG
- Einzelkosten

zuvor mitgeteilte Garantiequote, welche anhand der Erfahrungen aus den Vorjahresquartalen kalkuliert wird.

Die Quotierung bezieht sich auf die einzelne Leistung. Das heißt: Jede einzelne Leistung der Arztgruppe wird zu einer bestimmten Quote bezahlt – wobei die tatsächliche Auszahlungsquote der Arztgruppe erst feststeht, wenn nach der Gesamt-Quartalsabrechnung das Verhältnis zwischen Honoraranforderung und zur Verfügung stehender Geldmenge klar ist.

Die tatsächliche Auszahlungsquote hängt also von der Leistungsmenge der Kolleginnen und Kollegen ab, die aber nicht vorhersehbar ist.

Durch den Wegfall der Neupatientenregelung steht für die Leistungen, die bei Neupatienten erbracht

werden, nur noch die budgetierte Gesamtvergütung zur Verfügung mit der Folge, dass die Garantiequoten niedriger ausfielen – teilweise so niedrig, dass der Praxisbetrieb alleine mit diesem in Aussicht gestellten Mindest-Honorar nicht finanzierbar gewesen wäre. Die einzelne Praxis hatte aber gar nicht die Möglichkeit, ihre Vergütung zu steuern und möglichen Honorarverlusten entgegenzuwirken. Nicht alle Praxen konnten ihre Leistungen ausweiten. Und die Geldmenge insgesamt wurde durch eine Leistungsausweitung der Gruppe ja nicht größer.

Praxisbezogenes Leistungsbudget (PLB)

Für den fachärztlichen Versorgungsbereich gelten ab dem Quartal 1/2024 die Praxisbezogenen

Leistungsbudgets (PLB). Ein ähnliches System gab es in Hamburg bereits bis 2020.

Beim PLB-System wird jeder Praxis ein bestimmtes Budget zugeteilt, bis zu dessen Grenze alle erbrachten Leistungen voll vergütet werden. Darüber hinausgehende Leistungen werden quotiert bezahlt.

Grundlage für die Zuteilung dieses Budgets ist der individuelle Anteil des Arztes am Leistungsbedarf der Arztgruppe im Vorjahresquartal. Zunächst wird ein Individuelles Leistungsbudget (ILB) für den einzelnen Arzt errechnet. Bei der Ermittlung des ILB findet eine Verlustbegrenzung statt.

Die ILB von fachgleichen Ärzten einer Praxis werden dann addiert und ergeben das PLB. In Einzelpraxen entspricht das PLB dem ILB.

→ Fortsetzung nächste Seite

Fachärztlicher Versorgungsbereich: Wie setzt sich mein Honorar zusammen?

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) (Mengenbegrenzung)

Praxisbezogene Leistungsbudgets (PLB)

- PLB je Arztgruppe (verbleibende MGV-Leistungen etc.)
- PLB Histologie / Zytologie

Mengenabstaffelung

- MRT Radiologen*
- MRT Nuklearmediziner*
- Leistungen des genetischen Labors (GOP 11440, 11512, 11513, 19421, 19424 EBM)

mindestens 89% Vergütung

- Wirtschaftlichkeitsbonus Labor
- Laborleistungen Muster 10

100% Vergütung

- Pauschale fachärztl. Grundversorgung (PFG)
- Notfalldienst
- Kostenpauschalen Kap. 40 EBM

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) (keine Mengenbegrenzung)

100% Vergütung u.a.

- verbleibende EGV-Leistungen
- extrabudgetärer Zuschlag zur PFG
- Telemedizin
- Prävention
- Impfungen
- Haus- und Heimbefuche
- Versorgungsverträge
- Leistungen des ambulanten Operierens Kap. 31 EBM
- Leistungen im Rahmen TSVG
- Entbudgetierte Leistungen Kinder- und Jugendpsychiater

* Die Leistungskontingente Radiologen CT, Radiologen MRT und Nuklearmediziner MRT werden weiterhin mit der Garantiequote vergütet

→ Fortsetzung

Das PLB-System bietet mehr Kalkulationssicherheit. Doch der individuelle Vorjahresbezug sorgt dafür, dass das Leistungsgeschehen in einer Praxis auch Auswirkungen auf die Folgejahres quartale hat. Die Honorarverteilung ist nicht mehr so transparent nachvollziehbar.

Die PLB werden den betroffenen Praxen schriftlich als Euro-Betrag vor Quartalsbeginn mitgeteilt.

Besonderheiten bei der Gruppe der Psychotherapeuten

Bei Psychotherapeuten entspricht das ILB dem durchschnittlichen Leistungsbudget der Gruppe. Das durchschnittliche Leistungsbudget der Gruppe wird errechnet, indem man (vereinfacht dargestellt) das Geld, das insgesamt für die Gruppe zur Verfügung steht, durch die Summe der Versorgungsumfänge teilt. Bei

Praxen mit mehr als einem Psychotherapeuten werden die einzelnen ILB addiert und ergeben das PLB.

Überschreitungen bis zum 1,5-Fachen der Budgetgrenze werden voll vergütet, sofern hierfür ausreichende Mittel in der Gruppe zur Verfügung stehen – darüberhinausgehende Leistungen werden quotiert vergütet. Stehen nicht genug Mittel zur Verfügung, wird diese Grenze entsprechend abgesenkt.

- Honoraranforderung bis zum 1,0-Fachen des PLB: 100-Prozent-Vergütung
- Honoraranforderung vom 1,0- bis zum 1,5-Fachen des PLB: 100-Prozent-Vergütung oder quotierte Vergütung
- Honoraranforderung ist größer als das 1,5-Fache des PLB: quotierte Vergütung ■

Weitere Informationen zur Garantiequote und zum PLB finden Sie auf der Homepage der KV:
www.kvhh.de → Menü → Praxis → Abrechnung & Honorar → Garantiequoten

www.kvhh.de → Menü → Praxis → Abrechnung & Honorar → Praxisbezogene Leistungsbudgets (PLB)

Der neue Verteilungsmaßstab im Wortlaut:

www.kvhh.de → Menü → Praxis → Recht & Verträge → Rechtsquellen → Verteilungsmaßstab zum 1. Januar 2024

Ansprechpartner:
Mitgliederservice,
Tel: 040 / 22802 - 802
Nutzen Sie auch gerne unser Kontaktformular:
<https://www.kvhh.net/de/mitgliederservice.html>

Überblick: Garantiequote und PBZ in Stichpunkten

Garantiequote	Praxisbezogenes Leistungsbudget (PLB)
<ul style="list-style-type: none"> • Gleiche Quote für alle Mitglieder einer Arztgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Jede Praxis erhält ein spezifisches Budget.
<ul style="list-style-type: none"> • Garantiequote wird kalkuliert auf Grundlage der Auszahlungsquote der Arztgruppe im Vorjahresquartal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Auf Grundlage des individuellen Anteils eines Arztes am Leistungsbedarf der Arztgruppe im Vorjahresquartal wird das Individuellen Leistungsbudget (ILB) kalkuliert. Die ILB von fachgleichen Ärzten einer Praxis werden dann addiert und ergeben das Praxisbezogene Leistungsbudget (PLB).
<ul style="list-style-type: none"> • Jede Leistung wird mindestens zur Garantiequote bezahlt. Die Auszahlungsquote kann höher sein – abhängig vom Verhältnis zwischen tatsächlich angefordertem Honorar und der zur Verfügung stehenden Geldmenge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bis zur Budgetgrenze werden alle Leistungen voll vergütet, darüber hinausgehende Leistungen quotiert.
<ul style="list-style-type: none"> • Kein individueller Bezug zum Vorjahresquartal beziehungsweise zum Vorgänger (z. B. bei Sitzübernahme) 	<ul style="list-style-type: none"> • Individueller Bezug zum Vorjahresquartal beziehungsweise zum Vorgänger (z.B. bei Sitzübernahme)



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Prof. Dr. Till Florschütz**
Vorsitzender des Zulassungsausschusses Psychotherapeut:innen

Name: **Prof. Dr. Till Florschütz**
Geburtsjahr: **1961**
Familienstand: **verheiratet, drei Kinder**
Fachrichtung: **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie/Psychologische Psychotherapie/VT**
Weitere Ämter: **Mitglied im Fortbildungsausschuss der Kammer von 2002 bis 2023**
Hobbys: **ein neues: das „HandPan“-Spielen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?

Die Alternative zur Selbstverwaltung wäre die „Fremdverwaltung“. Die wäre fachlich für unseren Beruf wenig angemessen. Also habe ich entschieden, mich einzubringen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?

- eine im Wesentlichen wissenschaftlich fundierte und fachlich begründete Bedarfsplanung – mindestens und aktuell dringlichst im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als eigene Gruppe und im kleinräumigeren Format
- eine dem zahlenmäßigen Anteil der Psychotherapeut:Innen in den KVen deutlich angemessenere Berücksichtigung in allen relevanten Gremien der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?

Immer neue Herausforderungen bringen die individuellen Schicksale und Notstände der Patient:innen mit sich. Probleme machen insbesondere praxisferne und undosierte Auflagen im Bereich der (unausgereiften) Digitalisierung.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Durch meine zusätzliche Qualifikation als Musiktherapeut geprägt: Es wäre wunderbar, wenn die im klinischen Bereich fachlich bereichernde therapeutische Einbeziehung der Kunst auch im ambulanten Bereich verwirklicht werden könnte. Nicht nur, aber gerade auch Kinder und Jugendliche erreichen ihre Themen oft leichter über den nonverbalen künstlerischen Ausdruck. Wenn dies avisiert werden sollte, durch die Etablierung ambulanter Formate der Zusammenarbeit mit den Kolleg:innen der Künstlerischen Therapien, entsprechende Anerkennungen, Überweisungsmöglichkeiten und Abrechnungsziffern, dann wirke ich daran gerne mit.



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Warum anlassloses Testen (fast immer) zufriedenstellt – auch wenn es (fast immer) schadet

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

D

Dies ist das Land der Überdiagnostik und Übertherapie. So kommentierte schon Werner Bartens in der Süddeutschen Zeitung einen Ländervergleich der OECD für das Jahr 2014 (1).

Gemessen an seiner Wirtschaftsleistung hat Deutschland eines der teuersten Gesundheitssysteme. Bei der Lebenserwartung belegt Deutschland nach einer aktuellen Studie der Universität Rostock im westeuropäischen Vergleich jedoch nur den vorletzten Rang (2). Überdiagnostik und Übertherapie sind nicht nur ein Problem der stationären, sondern auch der ambulanten Versorgung. Erst kürzlich beklagten im britischen Ärzteblatt prominente deutsche Allgemeinmediziner „Overdiagnosis and too much medicine in a world of crises“ (3).

Unnötige Tests und Behandlungen schaden. Gesunde werden zu Kranken, weil sie Diagnosen erhalten, die sie

ansonsten nicht bekommen hätten. Für die Solidargemeinschaft entstehen Folgekosten für die Abklärung falscher Verdachtsbefunde. Zeitliche, finanzielle und personelle Ressourcen werden zum Nachteil der Kranken gebunden. Die soziale Ungleichheit wird verstärkt. Und schließlich verstößt anlassloses Testen ohne medizinische Indikation gegen die ärztliche Ethik.

Der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF e.V.) ist der größte zivilgesellschaftliche Verein im deutschsprachigen Raum, der sich seit 30 Jahren kritisch mit Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft befasst.

Im letzten Jahr hat der AKF mehrere Fachtage zum Thema Schwangerschaft durchgeführt. Das abschließende Positionspapier konstatiert ein alarmierendes Ausmaß an Überdiagnostik durch medizinisch nicht indiziertes Testen (4). Indikationsstellung und Aufklärungsprozesse blieben dabei intransparent. Der AKF wünscht sich mehr Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung.

Nicht indiziertes Testen erfolgt wesentlich durch die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) (5). IGeL werden zunehmend an Kassenpatient:innen verkauft (6-8). Ein Viertel der Praxen hat spezielle Sprechstunden für selbstzahlende Kassenpatient:innen, und diese werden bei der Terminvergabe bevorzugt (6).

Die häufigste IGeL bei Frauen im Alter zwischen 20 und 69 Jahren ist die vaginale Ultraschalluntersuchung

zur Früherkennung von Eierstock- oder Gebärmutterkrebs. Fast jede vierte Kassenpatientin berichtet in den letzten 3 Jahren, eine solche IGeL angeraten oder erhalten zu haben (7).

Das Screening auf Eierstockkrebs mit dem Ultraschall hat sich in großen randomisiert-kontrollierten Studien als nutzlos erwiesen. Es kann die Sterberaten an Eierstockkrebs nicht reduzieren, führt jedoch zu Überdiagnosen und unnötigen operativen Eingriffen. Medizinische Leitlinien raten ausdrücklich von dieser Untersuchung ab. Somit bezahlen in Deutschland Millionen von Kassenpatient:innen eine privatärztliche Leistung, die nachweislich mehr schadet als nützt.

Auch in der Schwangerschaft werden nicht medizinisch indizierte IGeL häufig an Kassenpatient:innen verkauft. Mehr als 90 Prozent der Schwangeren erhalten ein CTG (Cardiotokographie), obwohl die Mutterschaftsrichtlinien eine solche Untersuchung nur in Ausnahmefällen für indiziert erachten.

Auffallend ist die hohe Rate von 80 Prozent Risikoschwangerschaften in Deutschland. Es werden medizinisch fragliche Indikationen gestellt. Nach Abrechnungsdaten der KBV (https://www.kbv.de/media/sp/Anteil_GDM_erstmals.pdf) hatten 2020 bereits 16 Prozent der Schwangeren einen Gestationsdiabetes. Hingegen verzeichnet die "Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2020 Geburtshilfe" des IQTiG (<https://iqtig.org>) nur bei etwa neun Prozent der stationär Gebären-

den einen Gestationsdiabetes. Die Gesundheitsinformation des IQWiG (<https://www.gesundheitsinformation.de/schwangerschaftsdiabetes.html>) nennt weiterhin eine Rate von fünf Prozent.

Schwangerschaftsdiabetes ist keine harmlose Diagnose. Das engmaschige Monitoring der Zuckerwerte, Diätpläne und nicht selten Insulinspritzen greifen tief in das Leben einer Schwangeren und deren Familien ein.

Die Mutterschaftsrichtlinien sehen ein 2-stufiges Testverfahren vor. Hingegen empfahl die bisherige S3-Leitlinie den 1-stufigen oralen Glukosetoleranztest als Selbstzahlerleistung zu bevorzugen.

Eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) unterstützt nun das 2-stufige Verfahren (9). Die Studie fand deutlich weniger Diagnosen Gestationsdiabetes beim 2-stufigen im Vergleich zum 1-stufigen Testen (8,5 Prozent versus 16,5 Prozent), ohne Auswirkungen auf klinisch relevante Endpunkte bei Mutter und Kind.

Eine weitere aktuelle RCT deutet zudem darauf hin, dass die derzeit empfohlenen Grenzwerte für die Diagnose Gestationsdiabetes zu tief liegen. Eine relativ geringe Anhebung der Grenzwerte war mit einer deutlich geringeren Diagnoserate an Gestationsdiabetes verbunden (6 Prozent versus 15 Prozent), ebenfalls ohne wesentliche Auswirkungen auf die klinischen Ergebnisse (10).

Demnach könnten derzeit an die 10 Prozent der Schwangeren eine medizinisch nicht gerechtfertigte Diagnose Schwangerschaftsdiabetes erhalten. Die S3-



Leitlinie soll bis Ende 2024 aktualisiert werden. Aber schon bisher betonen die Mutterschaftsrichtlinien, dass das Screening auf Gestationsdiabetes lediglich ein Angebot ist. Ausdrücklich soll den Frauen ermöglicht werden, eine informierte Entscheidung zu treffen, ob sie diese Untersuchung in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Eine spezielle Informationsbrochure wird bereitgestellt. Die Aufklärungsprozesse bleiben jedoch intransparent, eine systematische Evaluation dazu fehlt.

Es gibt hunderte unterschiedliche und wechselnde IGeL (7). Nach Schätzungen kaufen die Versicherten jährlich für mehr als eine Milliarde Euro IGeL (8). Mehrere Versichertenbefragungen zeigen, dass die Patient:innen nicht die notwendige Aufklärung dazu erhalten, wie sie beispielsweise von der Bundesärztekammer und nach dem Patientenrechtegesetz verpflichtend vorgesehen ist (5-8).

Dennoch ist die Mehrheit der Kassenpatient:innen mit der ambulanten Versorgung zufrieden (7). Häufig werden IGeL von den Patient:innen selbst nachgefragt oder sogar gegen ärztlichen Rat verlangt. Es stellt sich die Frage, warum gesunde bzw. beschwerdefreie Versicherte zusätzlich zu ihren Kassenbeiträgen für medizinische Tests bezahlen, für die ein Nutzen nicht belegt ist oder die sogar nachweislich der Gesundheit schaden können.

Die Ursachen für das offensichtlich widersinnige Verhalten sind vielfältig. Der Glaube an „je früher, desto besser“, „mehr hilft mehr“ und „Testen schadet nicht“ ist in der Bevölkerung fest verankert. Vor allem gesundheitsbewusste Frauen aus dem bürgerlichen Milieu zeigen eine hohe Bereitschaft, zusätzliche medizinische Leistungen zu bezahlen (7).

Der Mangel an kritischer Gesundheitskompetenz und das weiterhin hohe Vertrauen in die Ärzteschaft erlauben ein Vergütungsmodell, das durch Überdiagnostik und Übertherapie inzwischen zu einem relevanten Problem für unser Gesundheitssystem geworden ist.

Basiskompetenzen in evidenzbasierter Medizin wären notwendig, um Sinn und Unsinn von medizinischem Testen zu verstehen. Die folgende Abbildung skizziert ein Schema zur Reflektion warum die Nutzlosigkeit oder sogar Schädlichkeit von Untersuchungen bei Personen ohne Beschwerden – anlassloses Testen – fast

MÖGLICHE ERGEBNISSE UND REAKTIONEN BEIM TESTEN VON BESCHWERDEFREIEN PERSONEN

	Krankheit liegt vor	Krankheit liegt nicht vor
Testergebnis positiv	<p>„Gut, dass wir getestet haben!“</p> <p>Anmerkung: Eine frühe Diagnose führt nicht zwangsläufig zu einer besseren Prognose; eventuell gibt es nur länger die Bürden einer unwirksamen Behandlung.</p>	<p>„Das müssen wir in Kauf nehmen, aber Erleichterung!“</p> <p>Anmerkung: Übertherapie ist möglich, wenn das Testergebnis falsch positiv bleibt. Weil das im Einzelfall nicht zu erkennen ist, erscheint die Behandlung erfolgreich, selbst wenn sie das Leben verkürzen würde.</p>
Testergebnis negativ	<p>Falsche Erleichterung!</p>	<p>Erleichterung bis zum nächsten Test.</p>

immer mit Zufriedenheit bzw. Erleichterung einhergeht, egal wie das Testergebnis ausfällt.

In der Regel lässt sich am Einzelfall nicht beurteilen, ob eine Untersuchung bei Gesunden nützlich ist oder nicht. Dazu braucht es aussagekräftige randomisiert-kontrollierte Studien. Der Trugschluss von kausalen Zuordnungen wird jedoch nicht erkannt. Bauchentscheidungen versagen hier, die persönliche Erfahrung ist irreführend und steht einer rationalen Auflösung entgegen.

Ärzt:innen, die sich bemühen, ihren Patient:innen die Unsinnigkeit anlasslosen Testens zu erklären, haben es nicht leicht. Unterstützung bietet nun die DEGAM an mit einem Projekt, das als *living guideline* zum „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entschei-

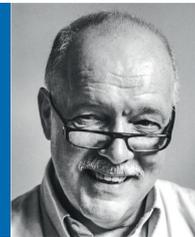
den“ angelegt ist (11). Aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin ist der vorgeschlagene Ansatz der gemeinsamen informierten Entscheidung erfolgversprechend, sofern auch die Rahmenbedingungen für die Umsetzung einer patient:innen-zentrierten Medizin in Deutschland befördert werden. ■



**UNIV.-PROF. DR. MED.
INGRID MÜHLHAUSER**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail:
Ingrid.Muehlhauser@
uni-hamburg.de

Literatur:

- 1) Bartens W (2016) Warum Deutschland lange nicht das gesündeste Land Europas ist. SZ vom 25.11.2016
- 2) Jasilionis D et al (2023) The underwhelming German life expectancy. *European Journal of Epidemiology* 38: 839–850
- 3) Kühlein T et al (2023) Overdiagnosis and too much medicine in a world of crises. *BMJ* 382: 1865
- 4) Arbeitskreis Frauengesundheit (2023) Der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF e.V.) fordert Transparenz und Evidenzbasierung in der ambulanten Versorgung von Schwangeren. 02.03.2023
- 5) Eikermann M (2022) Bewertung individueller Gesundheitsleistungen im IGeL-Monitor. *KVH-Journal* 12/2022: 22-25
- 6) Ärztenachrichtendienst Verlags-AG (änd) (2023) Selbstzahlersprechstunde für Kassenpatienten: Hohes Interesse in der Ärzteschaft. 03.02.2023
- 7) Drews M, Reiners N (2023) IGeL-Report 2023. Ergebnisse der Versichertenbefragung. 10.03.2023
- 8) Zok K (2019) Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis - Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO-monitor* 16(1): 1–12
- 9) Hillier TA et al (2021) A pragmatic, randomized clinical trial of gestational diabetes screening. *NEJM* 384: 895-904
- 10) Crowther CA et al; GEMS Trial Group (2022) Lower versus higher glycemic criteria for diagnosis of gestational diabetes. *NEJM* 387: 587-598
- 11) Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (2023) S2e-Leitlinie zum Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden.



Halbzeit für den Minister der Herzen

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

Im Dezember 2021 benannte Olaf Scholz sein Kabinett. Insider waren überrascht von seinen Worten, es hätten sich „die meisten Bürgerinnen und Bürger dieses Landes gewünscht, dass der nächste Gesundheitsminister vom Fach ist, dass er das wirklich gut kann, und dass er Karl Lauterbach heißt.“

Wer ist Karl Lauterbach? Lauterbach war mal CDU-Mitglied und trat erst 2001 der SPD bei. Er hat zwar Medizin studiert, war aber nie als Arzt tätig. Er saß zwölf Jahre lang im Aufsichtsrat des privaten Klinik Konzerns Rhön-Kliniken. Er hatte in den vergangenen Jahren einige Niederlagen eingesteckt, hatte fast neun Jahre lang Ulla Schmidt auf diesem Posten zusehen müssen, landete im Jahr 2019 bei der Bewerbung um den SPD-Vorsitz mit 14,6 Prozent nur auf dem vierten Platz. Aber dann kam die Pandemie, seine große Chance!

Niemand außer Karl Lauterbach war fast täglich zu Gast in sämtlichen Talkshows des Fernsehens. Niemand konnte jederzeit und zu jeder Frage die passenden Studien aus aller Welt zitieren. Niemand hatte die immer gleiche, unerbittliche, unentrinnbare Botschaft, indem er ständig allergrößtes Unglück voraussagte, wenn man nicht auf ihn höre: Lockdown, Lockdown,

Lockdown. Spöttisch nannte man ihn schon die Corona-Kassandra. Maybrit Illner hingegen titulierte ihren Dauergast als „Gesundheitsminister der Herzen“. Vor diesem medialen Dauerdruck ging Olaf Scholz in die Knie.

Lauterbach hat als Minister in den vergangenen zwei Jahren ein Feuerwerk veranstaltet, wie es die Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre zuvor noch nicht gesehen hat. Ein Krankenhaus-Transparenzgesetz, seiner „revolutionären“ Krankenhausreform vorgeschaltet, und eine Digitalisierung des Gesundheitswesens, wie sie trotz Milliardeninvestitionen bisher nicht gelungen war, so lauteten seine Versprechungen. Das eRezept, die eKrankschreibung waren ihm nur kleine Schritte auf dem Weg zu einem Digitalgesetz, einem Gesundheitsdatennutzungsgesetz und zu einer elektronischen Patientenakte (ePA), wie sie der Deutsche Bundestag inzwischen tatsächlich beschlossen hat.

Bei seiner Rede im Plenum sprach Lauterbach von einem „Quantensprung“. Die ePA sei als ein persönlicher Datenspeicher aller Gesundheitsdaten und lebenslang für alle gedacht. Wer nicht ausdrücklich widersprochen hat, ist automatisch dabei, opt-out nennt man diese

moderne Entmündigung. Außerdem sei die ePA ein Durchbruch für die Forschung, denn die verschlüsselten Daten werden der Politik, der Wissenschaft, den Krankenkassen und der Pharmaindustrie für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt. Ob das wirklich ein Quantensprung ist, das ist die Frage. Man kann das bewundern, man kann das bezweifeln.

Aber spätestens seit einem Interview, das Karl Lauterbach im November 2023 dem „Spiegel“ gegeben hat, nehmen die Zweifel überhand. Allen Ernstes sagte er über die Vorteile der ePA in Verbindung mit künstlicher Intelligenz (KI): „Wenn ich als Arzt mit einem Patienten spreche, habe ich bereits seine alten Befunde im Computersystem. Ich frage: Wie fühlen Sie sich? Die ganze Zeit hört eine Spracherkennungssoftware zu und überträgt die Stichpunkte, die wichtig sind, in die elektronische Patientenakte ... (Ich) kann mit der KI über meine eigene ePA sprechen. Sie kann mir Empfehlungen geben, und ich kann sie fragen, ob bei meiner Behandlung vielleicht Fehler gemacht worden sind.“

Mir bleibt die Spucke weg. Als Arzt kann ich dazu nur sagen: Wer hat diesen Mann von der Leine gelassen, der von der Arzt-Patient-

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

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

Leserbriefe

KVH-Journal 12/2023, S. 22
"Querelen und Quälereien"

Beziehung und der Alltagsmedizin nicht die Spur einer Ahnung zu haben scheint?

Für die medizinische Arbeit ist das alles entweder völlig unbrauchbar, oder es handelt sich nicht mehr um Medizin. Wenn die Probleme in der Realität überhandnehmen, dann flüchtet man in die Digitalisierung, die alle Probleme löst und fast zu einem Objekt religiöser Verehrung wird. Dieser virtuelle Unfug macht die Digitalisierung zu einem Fetisch.

Im realen Gesundheitswesen knirscht es aber an allen Ecken und Enden. Krankenhäuser wurden reihenweise in die Insolvenz getrieben. Für Arztpraxen finden sich keine Nachfolgerinnen oder Nachfolger, stattdessen entstehen investoren-, sprich profitgetriebene Medizinische Versorgungszentren. In den Apotheken mangelt es an Medikamenten hinten und vorne. Der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal in den Kliniken hat inzwischen katastrophale Ausmaße angenommen. Da kann der Herr Lauterbach noch so lange mit seiner künstlichen Intelligenz plaudern. Es wird nichts helfen.

DR. BERND HONTSCHIK ist Chirurg und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie“, Westend-Verlag

chirurg@hontschik.de
<https://chirurg.hontschik.de/>

Sehr gut zusammengefasst

Selten hat mir etwas so aus der Seele gesprochen wie der Kommentar der Kollegin Löber. Ich liebe meinen Beruf und meine Patient:innen, bin hochkompetent und extrem leistungsfähig. Und ich denke jede Woche darüber nach, meine Praxis zu schließen. Man weiß gar nicht, wo man anfangen soll, die Misere zu beschreiben. Die Kollegin hat es sehr gut zusammengefasst. Aus meiner Sicht ist die Einführung des verpflichtenden e-Rezeptes zum 1. Januar 2024 eine Schikane, die uns endgültig kollabieren lässt. Keiner der Entscheider hat jemals in einer Praxis mit der Infektionswelle des Winterhalbjahres gekämpft, das ist mal sicher. Es ist nicht machbar, gleichzeitig eine so gravierende Änderung in den Ablauf zu integrieren.

Aber wie immer: wir machen es irgendwie. Bis wir aufgeben.

Dr. med. Karen Klahn
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Rettungsmedizin in Hamburg-Rönneburg

Die üblichen Klischees

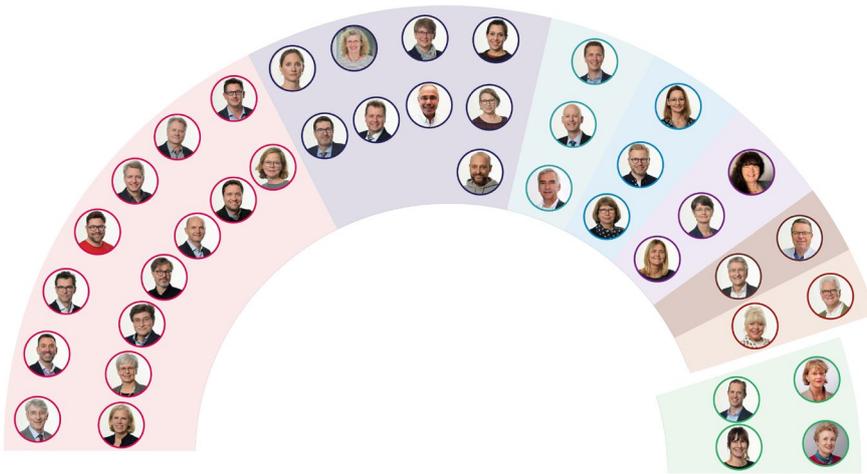
Diese Kolumne von Kollegin Löber ist so überflüssig wie langweilig. Der Text ist schlecht recherchiert (Ausbildung unseres Gesundheitsministers) und bedient darüber hinaus nur die üblichen Klischees des mediziner-feindlichen Politikers. Das ist Stammtisch- Niveau.

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

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 7. Februar 2024

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi. 3.7.2024 (18 Uhr)

"Aktuelles aus der Berufspolitik"
Referentin: Dr. Rita Trettin

Ort: Ärztehaus
Saal 5 + 6
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINAR

QEP® aktuell (online)

Mi. 7.2.2024 (15 - 18 Uhr)

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Hygiene in der Arztpraxis (online)

Mi. 13.3.2024 (9 - 14 Uhr)

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz in der Arztpraxis (online)

Mi. 17.4.2024 (9 - 14 Uhr)

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

Prävention und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt gegen Kinder und Jugendliche / Schutzkonzept (online)

Mi. 17.4.2024 (15 - 18.30 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Hygiene für Fortgeschrittene (online)

Mi. 8.5.2024 (14 - 18 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz für Fortgeschrittene (online)

Mi. 29.5.2024 (9 - 14 Uhr)

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

Weitere Informationen finden Sie im

Internet: www.kvhh.de →

(oben rechts) Menü → Praxis →

Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2-858

Michael Bauer, Tel: 040 / 22802-388

Lena Belger, Tel: 040 / 22802-574

qualitaetsmanagement@kvhh.de

**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNG**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 23.2.2024 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 3
22083 Hamburg**

Fr. 8.11.2024 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können

**WINTERHÜDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Peripher vestibulärer Schwindel vs. zentraler Schwindel

Symptomatik – Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 21.2.2024 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg**

Der depressive ältere Patient

Besonderheiten und Gefahren in der Pharmakotherapie

Mi. 12.6.2024 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 3
22083 Hamburg**

Nicht-motorische Störungen beim Parkinson-Syndrom

Vigilanz – Schlafstörungen – vegetative Störungen in der differentialdiagnostischen Betrachtungsweise

Mi. 18.9.2024 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg**

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 20.11.2024 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 3
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Ansprechpartnerin:

Bettina Rawald, Fortbildungsakademie
Tel: 040 / 202299-306
akademie@aekhh.de

**Medizinische
Fachangestellte:
Planen Sie Ihre
Fortbildungen für 2024!**



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2024 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html



Kurze Info gefällig?

Was auch immer Sie vorhaben und welche Frage Sie auch haben mögen – unser Team vom Mitgliederservice ist für Sie da! Von A wie Abrechnung über T wie Terminservicestelle bis Z wie Zulassung – bei all Ihren Fragen stehen wir gern zur Seite.

Mitgliederservice (ehemals Infocenter) - Wir begleiten Sie durch das KV-System.

 **040 22 802 802**

Oder nutzen Sie unser Kontaktformular auf www.kvhh.de. Wir rufen Sie gern zurück!