

KVH *journal*

TÜCKE DES OBJEKTS

*Wie verlässlich ist die
histologische Befundung?*



PSYCHOTHERAPIE

Zählbare Vorurteile im Faktencheck

GEHÄLTER

Was zahlen wir unseren MFA?

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 2/2019 (Februar 2019)



Liebe Leserin, lieber Leser!

„Kein Kinderarzt in der Hafen-City!“ – in gewohnt dicker Überschrift hat die Bild-Zeitung im Januar auf einen gesundheitspolitischen Skandal aufmerksam gemacht. In der Tat gibt es im neuen Stadtteil Hafen-City keinen niedergelassenen Kinderarzt. So wie in vielen anderen Stadtteilen auch. Der nächste Kinderarzt praktiziert einen Stadtteil weiter. Oder anders ausgedrückt: zwei Bushaltestellen weiter. Das „Opfer“, auf das sich die Bild-Zeitung bezog, hat nun einen Kinderarzt gefunden, dessen Praxis eine gute halbe Stunde entfernt liegt – ein „gravierendes Problem“, findet die Zeitung.

Wenn Mütter aus wirklich schlecht versorgten Regionen in Deutschland die Diskussion um die kinderärztliche Versorgung in Hamburg mitbekämen, würden sie wahrscheinlich in einen Weinkampf ausbrechen. Unsere Probleme hätten sie gerne in der Heide, in Nordfriesland oder in der Oberpfalz.

Mitunter ist der Tonfall nur noch peinlich, mit dem (nicht nur) in Hamburg über die ambulante medizinische Versorgung lamentiert wird. Versuche, mit differenzierteren Argumenten die Dinge in das richtige Verhältnis zu setzen, werden niedergeknüppelt, und ausgeblendet wird in aller Regel, dass auch der Patient eine Mitverantwortung hat bei der Nutzung der ambulanten Ressourcen. Vollends ärgerlich wird es dann, wenn der Trumpf der deutschen Gesundheitspolitik, Karl Lauterbach, den Ärzten vorhält, lieber auf dem Golfplatz als in der Praxis zu stehen.

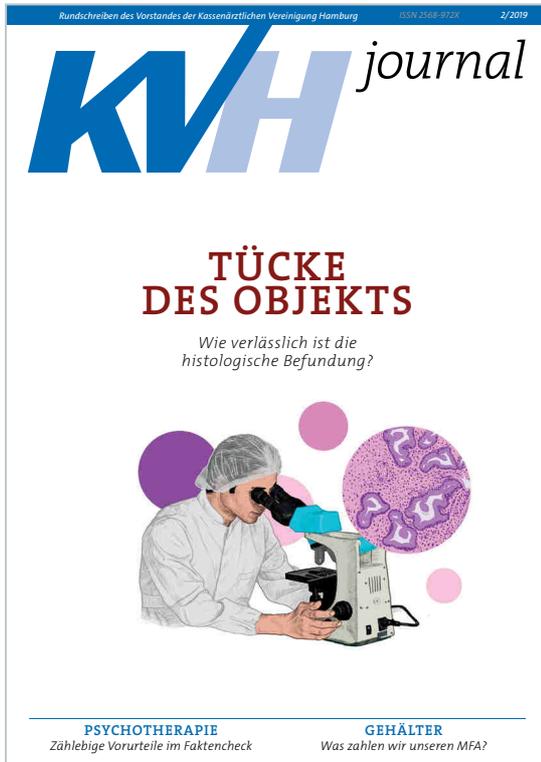
Das alles ist ein Affront gegenüber den hart arbeitenden Ärztinnen und Ärzten, die mit erheblichem Aufwand versuchen, den gewandelten Patientenansprüchen gerecht zu werden. Kein System der Welt kann die Forderungs-Kaskade des „immer mehr und immer mehr“ erfüllen. Politik und Bevölkerung müssen endlich einen vernünftigen Maßstab anlegen. Sie müssen mit dem System verantwortungsvoll umgehen. Und es wäre auch angesagt, den Akteuren in den Praxen einmal Dankbarkeit zu bezeugen. Die Krakeeler würden sich wundern, wie das System aussähe, wenn es nicht durch engagierte selbständige Ärzte getragen würde, sondern durch politik-gesteuerte Zentren.

Ihr Walter Plassmann
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Wie gehen Sie mit den Tücken der histologischen Befundung um?
- 08_ Diagnostik am Limit: UKE-Experte Prof. Guido Sauter erklärt, warum histologische Befunde mit Unsicherheiten behaftet sind

FORUM

- 14_ Psychotherapie: Zählebiges Vorurteile im Faktencheck
- 18_ Arztpraxis: Zahlen wir unseren MFA angemessene Gehälter?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20_ Fragen und Antworten

**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.



QUALITÄT

- 22_** Änderung der Onkologie-Vereinbarung
Änderung der Zervix-Zytologie-Vereinbarung
- 24_** Änderung der Substitutions-Richtlinie
- 24_** Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie

TELEMATIK

- 24_** Komponenten für die Telematikinfrastruktur jetzt bestellen!

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 25_** Wirkstoffvereinbarung für 2019 fortentwickelt

KV INTERN

- 32_** KV-Hamburg-Vorsitzender Walter Plassmann für weitere sechs Jahre im Amt bestätigt
- 33_** Steckbrief:
Dr. Sigrid Hülsbergen-Krüger

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
- 03_** Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 23_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 26_** Nutzung der Wirkprinzipien von Placeboeffekten

KOLUMNE

- 31_** Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

TERMINKALENER

- 34_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
 Seite 3: Michael Zapf; Seite 7 (li): Dr. Eckhard Zeigert; Seite 7 (re): Felix Faller/Alinea; Seite 8: Momento Design; Seite 9 bis 11: UKE; Seite 12: Modifiziert nach: Epstein et al., Am J Surg Pathol 2016; 40(2): 244-252; Seite 13: Yuris Arcurs Photography; Seite 18: Monkey Business/Fotolia, Robert Kneschke/Fotolia, Contrastwerkstatt/Fotolia; Seite 21 (li): Dan Race/Fotolia; Seite 21 (re): Felix Faller/Fotolia; Seite 23: Michael Zapf; Seite 31: Barbara Klemm; Seite 32: Dr. Jochen Kriens; Seite 34: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

Wie gehen Sie mit den Tücken der histologischen Befundung um?



Dr. Paola Brusa
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Hoheluft-West

Transparenz herstellen

Unsicherheiten in der Medizin gab es schon immer – doch heute redet man darüber. Der Vortrag von Herrn Prof. Guido Sauter am Tag der Allgemeinmedizin (siehe Seite 8) hat mich sehr inspiriert. Es ist hilfreich für Kliniker, über die Fehlerquoten bei histologischen Befunden Bescheid zu wissen. Nur so lassen sich die Ergebnisse sinnvoll einordnen in die Gesamtheit aller Befunde. Die Hausärzte kennen ihre Patienten ja teilweise über Jahre hinweg. Mit ihnen gemeinsam können sie das Für und Wider von Therapien abwägen und zu einer Entscheidung kommen. **Ob im Austausch mit Kollegen oder im Gespräch mit Patienten – wir müssen nicht so tun, als wüssten wir immer alles zu 100 Prozent. Transparenz über die Unsicherheiten in der Medizin herzustellen, ist meines Erachtens ein Teil der Qualitätssicherung.** ■



Ulrike Börgerding

Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Osdorf



Priv.-Doz. Dr. Henrik Suttman

Facharzt für Urologie
in Eppendorf

Zurückhaltend beraten Eng zusammenarbeiten

Dass medizinische Ergebnisse abhängig vom Erfahrungshorizont des Untersuchers sind und auch Erwartungen und Fragestellungen Einfluss haben, ist ja keine neue Erkenntnis. **Aber dass Histologien so unterschiedlich bewertet werden, war dann doch etwas überraschend für mich, galt doch das Urteil des Histologen lange als in Stein gemeißelte Wahrheit.**

In Bezug auf die Prostata-Vorsorge wird sich mein Verhalten dadurch nicht wesentlich verändern. Ich berate sehr zurückhaltend, insbesondere wegen der häufigen falsch positiven Ergebnisse und der damit verbundenen erheblichen Konsequenzen für die Patienten. Die Diskussion über die schwierige Gleason-Klassifikation bestätigen mich darin nur noch mehr. ■

Die pathologische Begutachtung einer Prostatastanziopsie mit Hilfe des Gleason-Grads beeinflusst maßgeblich, ob der Urologe einen Patienten mit klinisch lokal begrenztem Prostatakarzinom lediglich über Jahre aktiv beobachtet oder eine invasive operative und/oder strahlentherapeutische Intervention mit entsprechenden Folgen für die Lebensqualität erforderlich wird. Ein Bewusstsein für die genannten Intra- und Interobserver-Schwankungen bei der Bestimmung des Gleason-Grads ist essentiell. Bei der aktiven Beobachtung wird diesem Phänomen unter anderem durch über die Jahre wiederholte Prostatabiopsien Rechnung getragen.

Diskrepante klinische Befunde sollten zu einer persönlichen Kommunikation zwischen Urologen und Pathologen führen. Eine etablierte langfristige Zusammenarbeit mit „kurzen Dienstwegen“ ist hier hilfreich und ermöglicht eine kritische Einschätzung der Befunde des ärztlichen Kollegen. Das Hinterfragen eigener Handlungsalgorithmen, zum Beispiel durch Vergleichen präoperativer Biopsie- und postoperativer OP-Befunde ist möglich und sinnvoll. ■

»Diagnostik am Limit«

Histologische Befunde können ganz unterschiedlich ausfallen – je nachdem, welcher Pathologe am Werk war. UKE-Experte **GUIDO SAUTER** erklärt, woran das liegt und wie niedergelassene Ärzte mit dieser Unsicherheit umgehen können.



Sie haben am Tag der Allgemeinmedizin einen viel beachteten Vortrag gehalten. Warum stößt das Thema „Pathologie“ auf derartiges Interesse?

SAUTER: Fast jeder niedergelassene Arzt hat mit histologischen Befunden zu tun: Man schickt Proben zur Begutachtung ein und bekommt ein Ergebnis, von dem man die Art der Weiterbehandlung abhängig macht. Die Daten aus der Pathologie gehören zu den ganz harten, belastbaren Entscheidungsgrundlagen im medizinischen Alltag – so scheint es.

So scheint es? Wie meinen Sie das?

SAUTER: Naja, die Pathologie ist eine schwierige und bisweilen auch ziemlich unpräzise Angelegenheit. Einen ersten Eindruck von der Komplexität

der Materie bekommt, wer die WHO-Klassifikationen bösartiger Tumoren durchblättert: Das sind insgesamt 4.135 Seiten in elf Bänden. Als Pathologe muss man das eigentlich alles auswendig wissen, denn all diese Tumore können einem bei der Beurteilung von Gewebeproben begegnen. Dabei sind in der WHO-Klassifikation nur Lehrbuchfälle aufgeführt, die realen Fälle sind natürlich nicht immer lehrbuchhaft. Außerdem hat man es bisweilen mit kleinen und zerquetschten Biopsien zu tun – auch diese muss man beurteilen können. Und wenn man Zweifel hat und zwischen diesem und jenem Urteil schwankt, sollte man sehr genau wissen, welche Art der Behandlung der Befund gegebenenfalls nach sich zieht. Das ist Diagnostik am Limit.

Dieser Komplexität wird zu wenig Beachtung geschenkt?

SAUTER: Was Krankenhäuser und Ärzte, die ihre Proben an die Pathologie senden, vor allem interessiert, sind zwei Dinge: Erstens die Kosten. Und zweitens die Bearbeitungszeit – es muss schnell gehen. Nach der Qualität wird selten gefragt. Nicht, weil Qualität die Ärzte nicht interessiert. Die Kliniker stellen sich vor, dass es sich bei einer Pathologie-Befundung um einen technisch exakten, standardisierten Prozess handelt.

Haben sie damit nicht recht? Die Pathologie-Einrichtungen werden durch externe Stellen zertifiziert und akkreditiert, wodurch die technische Qualität der Prozesse sichergestellt wird ...



Prof. Dr. Guido Sauter, Facharzt für Pathologie und Direktor des Instituts für Pathologie des Universitätsklinikums Eppendorf (UKE)

SAUTER: Das Problem ist: Die mit Abstand größte Schwachstelle im Prozess wird durch eine Akkreditierung nicht beeinflusst. Das ist die Befundung durch uns Pathologen. Und hierbei kommt es auch in den großen, bestens organisierten Pathologie-Einrichtungen immer wieder zu kleineren und auch größeren Fehlern – da nehme ich das von mir geleitete UKE-Institut in keiner Weise aus. Auch wir haben im Schnellschnitt Tumoren verkannt oder überbewertet. Auch wir haben durch eine falsche Einordnung von Tumoren eine falsche Behandlung ausgelöst. Ein Kliniker, der einen Pathologie-Bericht

in der Hand hält, muss sich klar machen: Es ist nicht ungewöhnlich, dass zwei Pathologen zu verschiedenen Beurteilungen kommen. Auch zwei Top-Pathologen können unterschiedlicher Meinung sein.

Auch in bestens organisierten Pathologie-Einrichtungen kommt es immer wieder zu kleinen und auch größeren Fehlern.

Ich weiß, das ist ein beunruhigender Gedanke, der das Leben für die Ärzte nicht einfacher macht. Doch es ist eine Tatsache, über die man Bescheid wissen muss.

Wie soll ein Kliniker mit dieser Unsicherheit umgehen?

SAUTER: Ich kann nur empfehlen: Wenn ein niedergelassener Arzt das Gefühl hat, dass die Pathologie-Diagnose nicht ins klinische Gesamtbild des Patienten passt, sollte er den Pathologen anrufen und sagen: „Bitte schauen Sie sich das Material nochmal an. Oder wenn Sie nicht ganz sicher sind, schicken Sie es bitte zu einem Spezialisten.“

Macht man sich damit nicht ziemlich unbeliebt?

SAUTER: Die Angst, sich unbeliebt zu machen, muss man im Interes-

se seines Patienten hintanstellen. Außerdem kennt der Pathologe ja die Unwägbarkeit der Befundung und muss Verständnis dafür haben, dass seine Diagnose hinterfragt wird. Manch ein Pathologe freut sich sogar darüber, seine Präparate an einen Experten schicken zu können und eine weitere Meinung zu bekommen. Einen Pathologen, der seine Präparate auf Anfrage nicht sofort und ohne Murren weiterschiebt, würden wir an unserem Institut nicht einstellen.

Können Sie die Probleme der Befundung anhand eines Beispiels erklären?

SAUTER: Mein Schwerpunkt liegt im Bereich der Prostata-Pathologie, aus diesem Bereich können wir ein Beispiel nehmen. Etwa 75 Prozent

der 75-jährigen Männer haben zumindest ein bisschen Krebs in der Prostata. Man kann also sagen: Die weitaus meisten älteren Männer sind von diesem Krebs betroffen – doch er macht oftmals keine klinischen Probleme, bleibt deshalb

Ohne klinisches Feedback ist die Gleason-Gradierung wie Würfeln: Man kann es unendlich oft tun, ohne besser zu werden.

unentdeckt und benötigt keine Therapie. Wenn Pathologen einen Prostatakrebs begutachten, beschreiben sie den Tumor anhand der vom US-Mediziner Donald Gleason entwickelten „Gleason-Gradierung“. Je bösartiger der Tumor, desto höher der Gleason-Grad (siehe Abb. Seite 12). Dabei werden

stets zwei Bereiche betrachtet. Der primäre Gleason-Grad beschreibt das häufigste Zellmuster - und der sekundäre Gleason-Grad das schlimmste. Viele Männer mit Prostata-Krebs brauchen keine Therapie. Doch bei einem Gleason-

Grad höher als 3+3 ist – gemäß Leitlinie – eine Behandlung indiziert. Die Entfernung der Prostata (Prostatektomie) kann allerdings gravierende Nebenwirkungen wie Inkontinenz und

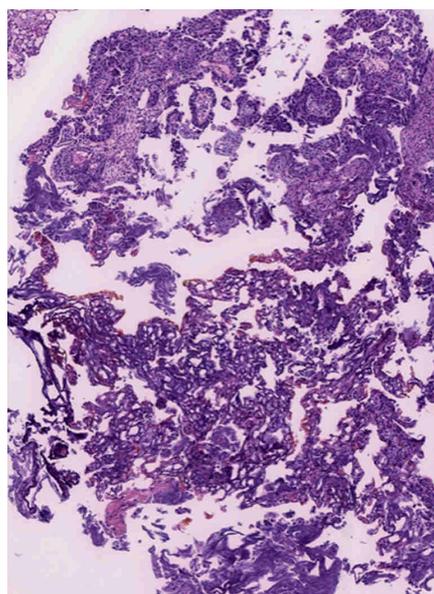
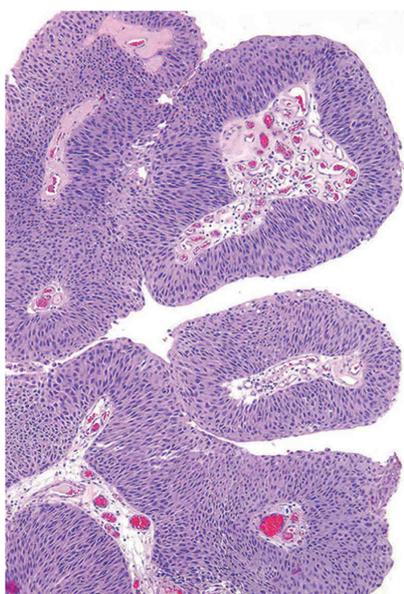
Impotenz mit sich bringen.

Das Ergebnis der Befundung hat also möglicherweise ganz massive Auswirkungen für den Patienten ...

SAUTER: Ja. Die Interobserver-Schwankungen bei der Gleason-Befundung liegen Studien zufolge bei einem Drittel. Das heißt: Wenn ein Pathologe zu dem Ergebnis Gleason 3+3 kommt, was eine Therapie potentiell unnötig macht, besteht eine Chance von einem Drittel, dass der nächste Pathologe an der gleichen Biopsie einen höheren Gleason-Grad bestimmt, bei dem eine Therapie indiziert wäre. Wurde von einem Pathologen ein Gleason 3+4 diagnostiziert, besteht umgekehrt eine Chance von einem Drittel, dass ein anderer Pathologe zur Diagnose 3+3 kommt und so die Therapieindikation relativiert werden könnte.

Was bedeutet für den Hausarzt?

SAUTER: Nehmen wir an, der Hausarzt führt bei einem Patienten einen PSA-Test durch und schickt ihn weiter zum Urologen. Dieser nimmt 12 Stenzen aus der Prostata.



Komplexe Materie: Die lehrbuchhafte Darstellung (links) sieht manchmal völlig anders aus als der reale Fall (rechts).



Qualitätsgesicherter Prozess: Die Pathologie-Einrichtungen werden durch externe Stellen akkreditiert. Doch die größte Schwachstelle im Prozess wird davon nicht beeinflusst: die Befundung durch die Pathologen.

Das Material aus einer der Stenzen befundet der Pathologe mit einem Gleason-Grad von 3+4. Das heißt: Die Prostata muss bestrahlt werden oder raus. Aber vielleicht ist der Hausarzt clever und sagt sich: „Moment mal. Es ist nur eine einzige Stanze auffällig. Ich weiß, dass die Pathologie nicht immer präzise ist, und wenn es der nächstniedrige Gleason-Grad wäre, könnte man auf die Operation verzichten.“ Der PSA-Wert des Patienten weist nicht auf einen sehr großen Tumor hin. Der Patient ist noch fit und hat Freude an seinem Sexualleben. Der Hausarzt wird also den Urologen anrufen und sich mit ihm beraten. Wichtig ist: Kliniker dürfen histologische Befunde anzweifeln, dürfen beim Pathologen nachfragen und dürfen Zweit-Meinungen einfordern. Letztlich profitieren alle Beteiligten.

Wie lernt ein Pathologe, den Gleason-Grad zu bestimmen? Wie wird diese Fertigkeit trainiert? Was oder wer ist der Goldstandard?

SAUTER: Das ist eine sehr gute Frage. Traditionellerweise ist es so: Der ältere, erfahrene Chef bringt es den jüngeren Kollegen bei. Doch auch wenn der ältere, erfahrene Chef sein ganzes Leben lang Gleason-Grade bestimmt hat, wird er es nicht automatisch gut machen, sondern bestenfalls schneller als ein weniger erfahrener Kollege. Es ist ja (leider) auch nicht so, dass der Chef zwangsläufig immer recht hat. Im Pathologie-Institut des UKE haben wir eine einzigartige Situation. Wir verfügen über eine Datenbank mit den Verlaufsdaten von Prostatakrebs-Patienten, die in der Martini-Klinik operiert wurden. Darauf aufbauend haben wir

ein Trainingssystem entwickelt, das wir „Gleasonaut“ nennen. Es stehen 3.000 Biopsie-Bilder von Tumoren zur Verfügung, deren klinische Verläufe wir kennen. Wir wissen also, ob die Patienten nach der Operation ein Rezidiv hatten oder nicht. Die Mitarbeiter unserer Abteilung sehen sich diese Bilder an und befunden sie. Die Ergebnisse werden dann verglichen. Einerseits mit den Befundungen, die ich oder andere Kollegen durchgeführt haben, aber vor allem auch mit den Verlaufsdaten. So können die Ärzte feststellen: Wie gut sind wir? Gradieren wir zu niedrig oder zu hoch? Das ist eine ziemlich revolutionäre Trainingsmethode; die gibt es meines Wissens sonst nirgends. Am „Gleasonauten“ können alle Pathologen unseres Instituts – zumindest theoretisch – beweisen, dass sie Prostatakarzinome besser gradieren können als ihr Chef. Entscheidend ist das klinische Feedback. Ohne klinisches Feedback ist Gleason-Gradierung wie Würfeln. Man kann es täglich viele Stunden tun, aber man wird nie besser.

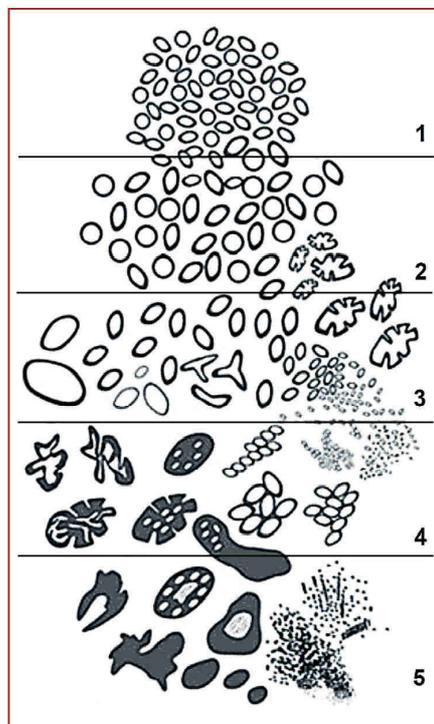
Könnten Computerprogramme dazu beitragen, die Befundung von Biopsien zu verbessern?

SAUTER: In Zukunft schon, denke ich. Es gibt bereits Software für Gesichtserkennung, zum Beispiel zur Terrorabwehr. Da muss es doch auch möglich sein, die Bösartigkeit eines Tumors mit Hilfe einer automatisierten Bildanalyse zu gradieren. Vor einiger Zeit nahm ich an einem Meeting über digitale Pathologie teil. Der Google-Chefpathologe – Google hat eine eigene Pathologie-Abteilung – stellte

ein Projekt zur Automatisierung der Gleason-Gradierung vor. Das Geschäftsmodell wäre: Der Schnitt mit dem Prostatakarzinom wird gescannt und an Google geschickt, und eine intelligente Software legt den Gleason-Grad fest. Das ist eigentlich eine gute Idee, doch der Google-Chefpathologe schilderte auch die Schwierigkeiten, die es bei der Software-Entwicklung zu bewältigen gilt: Man hatte acht Pathologen damit beauftragt, die Gleason-Grade zuzuordnen – und bekam acht komplett unterschiedliche Ergebnisse. Google stellte sich nun die Frage: Wie viele Pathologen müsste man denn einbeziehen, um der Wahrheit möglichst nahe zu kommen? An dieser Stelle des Vortrags stand ein älterer Pathologe auf und kritisierte, die „Demokratisierung“ der Gleason-Gradierung sei der falsche Weg. Man solle nicht möglichst viele Pathologen fragen, sondern den besten Pathologen der Welt. Ich war dann nahe dran, aufzustehen und zu sagen: „Was für ein Glück, dass ich gerade hier bin.“ Allerdings glaubt vermutlich jeder Pathologe, der beste der Welt zu sein. Deshalb sagte ich stattdessen: „Das einzige, was zählt, ist der Outcome.“ Über den Abgleich der Befundung mit der Realität hatte sich Google offenbar noch gar keine Gedanken gemacht.

Bis der Computer die Gleason-Gradierung übernimmt, wird es also noch etwas dauern ...

SAUTER: Einfacher ist wohl die Diagnosestellung: Prostatakrebs ja oder nein? Blasenkrebs ja oder nein? Schon heute gibt es Computer-Programme, die kleine Lymphkno-



Gleason-Gradierung zur Beurteilung der Drüsenmorphologie der Prostata: Je bösartiger der Tumor, desto höher der Gleason-Grad.

tenmetastasen sicherer erkennen können als dies einem Pathologen möglich ist. In einem Experiment hatten neun Pathologen zwei Stunden lang Zeit, Lymphknoten von 60 Patienten zu befunden – und schnitten viel schlechter ab als der Computer. Ein anderer Pathologe hatte unbegrenzt Zeit – und war gerade mal ebenso gut wie der Computer. Diese Daten sind plausibel, denn kleine Lymphknotenmetastasen sind leicht zu übersehen. Die Idee der Automatisierung ist, dass der Pathologe am Ende validiert, was das System findet. Das wäre ein echter Fortschritt.

Wie könnte man die Treffsicherheit der histologischen Befundung weiter erhöhen?

SAUTER: In spätestens 50 Jahren – möglicherweise auch viel früher – wird die morphologische Diagnostik weitgehend von Computern durchgeführt. Bis es soweit ist, müssen wir das Beste aus der Situation machen. Es besteht eine erfreuliche Tendenz zur Subspezialisierung von Pathologen auf kleinere und deswegen beherrschbare Gebiete. Immer mehr junge Pathologen wollen in ihrem „Lieblingsfachgebiet“ einen Ausbildungsaufenthalt bei einem international prominenten Pathologen absolvieren. Das Wichtigste ist aus meiner Sicht möglichst viel klinisches Feedback, aber auch Zeit und Ressourcen, um aus dem Feedback zu lernen. Wird beispielsweise bei einer Patientin eine Zervixdysplasie oder ein Zervixkarzinom diagnostiziert, ist es unbedingt sinnvoll, alle früheren Vorsorge-Zytologien der Patientin zu re-evaluieren, um möglicherweise verkannte Dysplasiezellen zu entdecken. Wichtig ist dabei für alle Beteiligten, nachträglich erkannte Fehlbeurteilungen nicht grundsätzlich als Versagen einer Person zu klassifizieren. Um als Pathologe oder auch als Pathologieinstitut „besser“ zu werden, ist es notwendig, gemachte Fehler zu identifizieren, die Gründe für die Fehler zu erkennen, und daraus für zukünftige Fälle möglichst viel zu lernen. ■

Interview: Martin Niggeschmidt

IN KOOPERATION
MIT DEM INSTITUT
FÜR ALLGEMEIN-
MEDIZIN DES UKE

UKE
HAMBURG



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

Unser Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Sozialversicherungsfachangestellten und einer Psychologin. Wir beraten Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig – und wir erleichtern Ärztinnen und Ärzten die Arbeit: Sie wollen Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an uns verweisen?

Sie haben grundsätzliche Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen gesetzlicher Krankenkassen?

Sie wollen an einen Kollegen oder eine Einrichtung mit einer besonderen Spezialisierung überweisen, wissen aber nicht, wohin?

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Sprechzeiten:

montags u. dienstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
mittwochs	9 – 12	Uhr
	14 – 18	Uhr
donnerstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
freitags	9 – 12	Uhr

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit.

Bitte informieren Sie uns darüber!

Fax 040 / 20 22 99 490

Bitte geben Sie die Telefonnummer der Beratung auch an Ihre Patienten weiter.

patientenberatung@aekeh.de

www.patientenberatung-hamburg.de

VON HANNA GUSKOWSKI

Zählebiges Vorurteile

Seit Jahren werden immer wieder die gleichen Klischees zur psychotherapeutischen Versorgung verbreitet – nun auch von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Was sind die Fakten?

Seit 50 Jahren hat die Psychotherapie einen festen Platz im deutschen Gesundheitswesen, und seit 20 Jahren ist sie auch im System der Gesetzlichen Krankenkassen fest verankert. Die positive Wirkung von Psychotherapie ist in vielen Studien empirisch nachgewiesen und wird in Patientenbefragungen eindrücklich bestätigt.

Dennoch werden seit Jahren immer wieder die gleichen Vorurteile und Klischees zur psychotherapeutischen Versorgung vorgetragen – und dies, obwohl psychotherapeutische Berufsverbände seit genauso langer Zeit immer wieder auf empirische Untersuchungen verweisen, die diese widerlegen. Auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat nun altbekannte Thesen aufgegriffen und wiederholt. Dem möchte ich ein paar Fakten gegenüberstellen.

BEHAUPTUNG 1: ES GIBT GENUG PSYCHOTHERAPEUTEN.

„Wir haben heute so viele Psychotherapeuten zugelassen wie Hausärzte.“ (Jens Spahn im ARD-Morgenmagazin, 12.12.2018)

DAS IST FALSCH. In Deutschland gibt es mehr als doppelt so viele Hausärzte wie Psychotherapeuten.

Am 31. Dezember 2017 waren genau 51.914 Praxissitze für Hausärzte zugelassen, aber nur 23.717 Praxissitze für Psychotherapeuten. Dass es noch mehr Psychotherapeuten sein müssten, belegen folgende Zahlen: Nach der bevölkerungsrepräsentativen Studie zur Gesundheit in Deutschland des Robert Koch-Instituts leiden 28 Prozent der Erwachsenen innerhalb eines Jahres unter mindestens einer psychischen Erkrankung. Insgesamt sind in Deutschland circa 19 Millionen Menschen jährlich von einer psychischen Erkrankung betroffen. Laut Gutachten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind jährlich etwa 1,9 Millionen Menschen bei einem Psychotherapeuten in Behandlung. Das sind lediglich 10 Prozent aller psychisch kranken Menschen. Nicht jeder psychisch kranke Mensch benötigt eine Psychotherapie oder möchte diese in Anspruch nehmen. Aber bei den meisten psychischen Erkrankungen ist Psychotherapie nach nationalen und internationalen Leitlinien die Behandlungsmethode der ersten Wahl. Dass nur jeder zehnte psychisch kranke Mensch eine Psychotherapie erhält, zeigt, welche große

Defizite in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung noch bestehen.

BEHAUPTUNG 2: MEHR ZULASSUNGEN WÜRDEN DIE VERSORGUNG NICHT VERBESSERN.

„Die Stadt mit dem höchsten Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung ist Freiburg; die Stadt mit den längsten Wartezeiten ist – Freiburg.“ (Jens Spahn im Deutschen Bundestag, 26.09.2018, BT-Drucksache 19/4420)

„Wir müssen gleichzeitig feststellen, dass in den Regionen, wo die meisten Psychotherapeuten sind, ihr Angebot machen, wir auch die längsten Wartezeiten haben.“ (Jens Spahn im ARD-Morgenmagazin, 12.12.2018)

RICHTIG IST: Dort, wo es mehr Psychotherapeuten gibt, sind die Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung auch kürzer. In Großstädten, in denen mehr Psychotherapeuten zugelassen werden als auf dem Land, warten psychisch kranke Menschen deutlich kürzer auf eine Behandlung als im Bundesdurchschnitt (19,9 Wochen). In Berlin warten sie beispielsweise 13,4 Wochen, im Saarland dagegen 23,6 Wochen.

Zu Freiburg: Dort arbeiten 121,5 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Damit ist Freiburg eine der am besten versorgten Großstädte. Im Bundesdurchschnitt sind es 25,1 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Weil es in Freiburg mehr Psychotherapeuten als im Bundesdurchschnitt gibt, warten die Menschen dort auch nicht so lange auf einen Termin bei einem Psychotherapeuten. In Freiburg beträgt die Wartezeit auf einen ersten Termin in der Sprechstunde 3,4 Wochen (Bundesdurchschnitt: 5,7 Wochen) und auf einen Behandlungstermin (Richtlinienpsychotherapie) 12,5 Wochen (Bundesdurchschnitt: 19,9 Wochen). Die Wartezeiten sind in Freiburg also deutlich kürzer als anderswo. Fazit: In Freiburg müssen Patienten fast nur halb so lange auf einen Beratungs- oder Behandlungstermin warten wie im Bundesdurchschnitt.

BEHAUPTUNG 3: PSYCHOTHERAPEUTEN BEHANDELN BEVORZUGT PATIENTEN, DIE GAR NICHT WIRKLICH KRANK SIND.

Patienten, „bei denen es etwas angenehmer ist, Therapie zu machen“ erhalten eher einen Termin als diejenigen, „die man nicht ganz so gerne als Patienten im Wartezimmer sitzen hat.“ (Jens Spahn im Deutschen Bundestag, 26.09.2018, BT-Drucksache 19/4420)

DAZU DIE FAKTEN: Bereits 2011 hat die Techniker Krankenkasse in ihrem Abschlussbericht zum Modellprojekt „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ festgestellt, dass mehr als 90 Prozent der Patienten, die eine ambulante Psychotherapie aufsuchen, mittelschwer

BEHANDELN PSYCHOTHERAPEUTEN NUR DIE LEICHTEN FÄLLE?

	Psychologische Psychotherapeuten	Nervenärzte
Rezidivierende mittelschwere depressive Störungen	16,7%	8,8%
Posttraumatische Belastungsstörung	5,0%	2,3%
Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetyp	1,2%	< 1%
Schizophrenes Residuum	< 1%	3,5%

Häufigsten Abrechnungsdiagnosen in der KV Rheinland-Pfalz im 3. Quartal 2017

und schwer ausgeprägte psychische Krankheiten sowie klinisch relevante Belastungen aufweisen, wie sie auch bei Patienten vor einem Krankenhausaufenthalt gefunden werden. Tatsache ist auch, dass ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychiater das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen behandeln. Eine Rangliste der häufigsten Abrechnungsdiagnosen der KV Rheinland-Pfalz aus dem Quartal 3/17 zeigt, dass sich das Diagnosespektrum der Fachgruppen, die psychische Krankheiten behandeln, stark überschneidet (siehe Tabelle).

Selbstverständlich haben die Fachgruppen unterschiedliche Schwerpunkte in der Behandlung; die entspricht ihren unterschiedlichen Versorgungsaufträgen. Dass jede Fachgruppe auch weniger stark einschränkende Krankheiten behandelt (z.B. leichte depressive Episode: Psychologische Psychotherapeuten 4,2%, Nervenärzte 2,2%), ist sinnvoll, weil mit einer frühzeitigen Behandlung spätere Chronifizierungen verhindert werden können. In der realen Versor-

gung besteht zwischen Psychotherapeuten und Psychiatern in aller Regel eine gut funktionierende Arbeitsteilung und Kooperation, um eine abgestimmte psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung zum Wohl ihrer Patienten zu gewährleisten.

Fazit: Es ist keine empirische Grundlage dafür erkennbar, dass Psychotherapeuten Patienten behandeln, die eine Psychotherapie nicht wirklich brauchen.

BEHAUPTUNG 4: PSYCHOTHERAPEUTEN ARBEITETEN WENIGER ALS ANDERE FACHGRUPPEN.

„Ein Psychiater hat im Schnitt 1.000 Patienten im Quartal, in der Psychotherapie gibt es im Schnitt 50 Patienten.“ (Jens Spahn im Deutschen Bundestag, 26.09.2018, BT-Drucksache 19/4420)

DIESE BEHAUPTUNG SUGGERIERT, dass Psychiater einen viel höheren Beitrag zur Versorgung leisten als Psychotherapeuten. Dazu die Fakten: Unter Berücksichtigung von Vollzeitäquivalenten behandelten im Bereich der KV Westfalen-Lippe im

1. Quartal 2018 Psychiater durchschnittlich 749 Patienten; Nervenärzte 1.235 Patienten und Psychotherapeuten 76 Patienten. Ähnliche Zahlen können bundesweit erwartet werden. (In der KV Hamburg liegt die durchschnittliche Fallzahl von Psychotherapeuten aktuell bei etwa 55 Patienten im Quartal. Die Fallzahlen sagen allerdings nicht unbedingt etwas über die Wochenarbeitszeit aus, da in der Psychoanalyse, aber unter bestimmten Umständen auch in den anderen therapeutischen Verfahren, Patienten nicht nur mit einer Stunde pro Woche, sondern häufiger behandelt werden.)

Die von Jens Spahn behaupteten „1.000 Patienten pro Quartal“ bei Psychiatern entstammen möglicherweise einer Verwechslung von neurologischen und psychiatrischen Behandlungen, die nicht in jeder Statistik getrennt ausgewiesen werden. Dennoch ist die Behauptung, dass Psychiater im Schnitt 1.000 Patienten im Quartal behandeln, falsch.

Der dennoch bestehende große Unterschied bei der Patientenzahl ist darauf zurückzuführen, dass die psychotherapeutische Behandlung eines Patienten wesentlich zeitintensiver ist als eine psychiatrische Behandlung. Psychotherapien bemühen sich um die Heilung der Ursachen, die einer psychischen Erkrankung zugrundeliegen. Bei einer psychotherapeutischen Behandlung werden in der Regel wöchentliche Sitzungen im Umfang von 50 Minuten zuzüglich Vor- und Nachbereitung durchgeführt.

Sehen wir uns die Fallwerte an: Die psychiatrische/neurologische Behandlung eines Patienten kostet durch-

schnittlich 80,87 Euro im Quartal (wozu allerdings noch Medikamentenkosten in teils nicht unbeträchtlicher Höhe zugeschlagen werden müssen, um die realen Kosten einer psychiatrischen/neurologischen Behandlung zu ermitteln). Eine psychotherapeutische Behandlung kostet demgegenüber im Quartal durchschnittlich 347,85 Euro. In diesen Zahlen spiegelt sich der sehr unterschiedliche Zeitaufwand je Patient wider.

BEHAUPTUNG 5: PSYCHOTHERAPEUTEN WERDEN ANGEMESSEN BEZAHLT.

„Mit einem Honorar von 89,60 Euro pro Therapiesitzung (Vor- und Nachbereitungszeiten inklusive) werden die Therapeuten von den gesetzlichen Krankenkassen gut vergütet.“ (Publikation des GKV-Spitzenverbandes „Fokus: Ambulante Psychotherapie“, Internetmeldung vom 15.10.2018)

DAZU DIE FAKTEN: In Hamburg ist die Vergütung aufgrund des Hamburger Zuschlags geringfügig höher. Die Jahresberichte des Zentralinstituts (ZI) zeigen aber regelmäßig, dass der Überschuss (Umsatz abzüglich Kosten) einer psychotherapeutischen Praxis pro Stunde nicht einmal die Hälfte des durchschnittlichen Umsatzes der somatisch tätigen Arztgruppen beträgt. Im Bericht des ZI für die kassenärztliche Versorgung aus der Befragung 2015 heißt es zur Honorarsituation aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zusammen: „Bezogen auf die mittlere Arbeitszeit von 50 Wochenstunden ergibt der mittlere Jahresüberschuss von 156.400 Euro einen Überschuss von 69 Euro je In-

haberstunde in 2014.“ Und weiter: „In der hausärztlichen Versorgung wurde ein Überschuss von 68 Euro je Inhaberstunde erreicht. Am höchsten lag der Überschuss je Inhaberstunde in den technisierten fachärztlichen Fächern, angeführt von den fachärztlichen Internisten mit etwa 100 Euro je Inhaberstunde. In der psychotherapeutischen Versorgung wurde ein Überschuss von 35,40 Euro je Inhaberstunde erreicht.“ In der Zwischenzeit hat sich die Honorarschere zuungunsten der Psychotherapeuten noch weiter geöffnet, denn von zusätzlichen Geldern der Krankenkassen ins KV-System können Psychotherapeuten aufgrund der Zeitgebundenheit ihrer Leistungen nicht profitieren. Ausschließlich Punktwert erhöhungen führen zu einer Honorarerhöhung bei den Psychotherapeuten. Und Punktwert erhöhungen kompensieren in den letzten Jahren noch nicht einmal die Inflationsrate. Da hilft es auch nichts, dass die Kernleistungen der Psychologischen Psychotherapeuten extrabudgetär und damit unquotiert vergütet werden.

FAZIT: Psychotherapie ist mit großem Abstand die am schlechtesten vergütete Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Aber Vorurteile haben ein langes Leben! Oder, wie Albert Einstein sagt: „Es ist schwieriger, eine vorgefasste Meinung zu zertrümmern als ein Atom.“ ■

HANNA GUSKOWSKI

Psychologische Psychotherapeutin in Eimsbüttel und Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Hamburg

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

- Bestätigende Schriftwechsel zur bereichsübergreifenden Bereinigung zwischen der KV Hamburg und der HEK, HKK sowie der KKH
- 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V in Verbindung mit §§ 87a Abs. 3 S. 2, Abs. 5 S. 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit ab dem Jahr 2018 mit dem vdek (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 5. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2014 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 2. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2018 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

- Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2019
- 3. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

• Im KVH-Journal 1/2019 wurde der 3. Nachtrag zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gem. § 73c SGB V zwischen IKK classic und der AG Vertragskoordinierung unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

• Im KVH-Journal 1/2019 wurde der 3. Nachtrag zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gem. § 73c SGB V zwischen SECURVITA BKK und der AG Vertragskoordinierung unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und dieser Vorbehalt damit gegenstandslos.

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

Ansprechpartner: Infocenter Tel: 22 802-900

wir
regulieren
ihren

[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

so vielfältig ihr praxisalltag, so vielschichtig die vorgaben, die es dabei zu beachten gilt. wie also patientenorientiert praktizieren, ohne dabei dinge wie das wirtschaftlichkeitsgebot aus dem blick zu verlieren? in der praxisberatung der kvh finden sie gemeinsam mit erfahrenen ärzten und apothekern lösungen. fragen sie uns einfach!

VON DR. ECKHARD ZEIGERT

Wertvolle Arbeit, geringer Verdienst

Alle reden vom unterbezahlten Pflegepersonal.
Doch wie sieht es in unseren Praxen aus?
Was zahlen wir unseren MFA?



Es ist ein nationaler Diskurs entbrannt über den Pflegenotstand und die geringen Gehälter in der Pflege. So ist am 1. Januar 2019 das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz in Kraft getreten. Es sieht unter an-

derem vor, dass die Pflegekosten in Krankenhäusern von den Krankenkassen unabhängig von den Fallpauschalen vollständig getragen werden müssen. Jede zusätzliche Stelle wird voll finanziert. In

der häuslichen Pflege werden die Kassen verpflichtet, endlich nicht mehr nur Dumpinglöhne, sondern Tariflöhne zu zahlen [1]. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bereitet einen gesetzlich verbind-

lichen Tarifvertrag vor, der die Attraktivität der Pflegearbeit durch finanzielle Aufwertung steigern soll [2].

Die geringen Löhne in der Pflege sind ein gesellschaftliches Problem, und sie werden nun als solches wahrgenommen und öffentlich diskutiert. Doch wie sieht es in unseren Praxen aus? Was zahlen wir unseren Medizinischen Fachangestellten (MFA)?

Die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelfer/MFA (AAA) in der Bundesärztekammer ist dafür zuständig, mit dem Verband Medizinischer Fachberufe e.V. (VMF) Tarifverträge auszuhandeln. Sie wird dabei vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) unterstützt, das statistische Erhebungen durchführt. Dieser Tarifvertrag ist allerdings nur dann verbindlich, wenn Ärzte und MFA jeweils in ihrem Verband organisiert sind, was nur ausnahmsweise der Fall ist.

Die jüngsten Erhebungen zum Gehalt der MFA sind aus den Jahren 2017 (VMF)[3] und 2016 (Zi) [4] und betreffen jeweils das Vorjahr. Nur 67 Prozent der Ärzte schließen den oben genannten Tarifvertrag ab. Davon entfallen 49 Prozent auf den Tariflohn der niedrigen Gruppen I und II, nur 64 Prozent zahlen ein 13. Gehalt [3]. Löhne ohne tarifliche Bindung fallen deutlich geringer aus [4].

Im Jahr 2013 wurde jede vierte MFA unter Tarif und jede fünfte MFA in einer zu niedrigen Gehaltsgruppe entlohnt [6]. Noch immer vergüten 11 Prozent der Ärzte unterhalb des Tarifvertrags [3].

Die gezahlten Monatsgehälter für MFA liegen über alle Gruppen und Regionen bei durchschnittlich 2.250 Euro brutto [4]. Zum Vergleich: Ein durchschnittlicher Bürojob bringt hierzulande 2.990 Euro pro Monat [5] ein.

Im ersten Berufsjahr nach der Ausbildung verdient derzeit monatlich

- eine MFA der Tätigkeitsgruppe I [4]: 1.884 Euro [9]

- eine Pflegekraft nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD-P7): 2.712 Euro [8]

- eine Sozialversicherungsfachangestellte bei der AOK/E7: 2.945 Euro [7]

Besonders deutlich wird der Unterschied beim Stundenlohn: Eine MFA verdient 13.61 Euro pro Stunde [5], eine Pflegefachkraft 15.41 Euro pro Stunde [1] und ein durchschnittlicher Arbeitnehmer 20.08 Euro pro Stunde. Definitionsgemäß zählt eine ausgebildete Medizinische Fachangestellte damit zu den 16 Prozent Niedrigverdienern im Lande. Das ist eine Schande! Die MFA leisten in unseren Praxen eine sehr wichtige, hochqualifizierte Arbeit mit hoher Intensität und ständigem Multitasking, oft mit geteilten Diensten und Arbeit in den Abendstunden.

Es ist nicht einzusehen, warum die Gehälter unserer MFA geringer sind als die der Versicherungs-Angestellten und der Pflegenden. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will die Löhne in der Pflege anheben. Im Bundestag empört er sich darüber, dass regional Altenpfleger sehr viel weniger verdienen als Krankenpfleger. Es ist höchste Zeit, von Jens Spahn zu fordern, für un-

sere MFA ebenfalls einen verbindlichen Tarifvertrag zu beschließen und die dringlichen Tarifsteigerungen analog den steigenden Löhnen in der Pflege von den Kassen refinanzieren zu lassen. Denn aus den Beiträgen zur Krankenversicherung werden nicht nur die Gewinne der Gesundheitskonzerne, die Honorare und Gewinne der Ärzte, sondern auch die Löhne der Angestellten geschöpft.

Wir haben Verantwortung für unsere Angestellten. Dass wir diese Verantwortung wahrnehmen, liegt in unserem eigenen Interesse und auch im Interesse der Patienten: Wer will noch bei uns arbeiten, wenn wir weiterhin so geringe Löhne zahlen? Schon jetzt sollen 40 Prozent der ausgebildeten MFA in andere Berufe gewechselt sein, weil sie von unseren Gehältern nicht leben können. Auf dem Arbeitsmarkt sieht es demzufolge schlecht aus. Knapp 20 Prozent der Ärzte suchen händeringend Mitarbeiter und weitere 20 Prozent möchten Arbeitsbereiche wegen hoher eigener Belastung delegieren [4]. Ohne qualifiziertes Personal werden wir unsere Arbeit künftig nicht mehr leisten können. Werden unsere Mitarbeiter nicht angemessen bezahlt, folgt auf den Pflegenotstand bald der Praxisnotstand. ■

DR. ECKHARD ZEIGERT

Allgemeinmediziner in Osdorf

[1] Bundesgesundheitsministerium.de

[2] Zeit online, 2018/05

[3] VMF, www.vmf-online.de

[4] Zi, www.Zi.de

[5] ZDFzeit 23.10.18 20:15

[6] Ärztezeitung 13.06.2013

[7] TVöD-P

[8] Öffentlicher-Dienst-News.de

[9] Tarifvertrag MFA, Bundesärztekammer

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

AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Wie lange müssen wir die Patientenakte aufbewahren? Verringert sich unsere Aufbewahrungsfrist, wenn der Patient verstorben ist?

Die Patientenakte unterliegt einer Mindestaufbewahrungsfrist von zehn Jahren (nach Abschluss der Behandlung). Die Mindestaufbewahrungsfristen gelten auch für Unterlagen von verstorbenen Patienten. Zivilrechtliche Ansprüche eines Patienten gegen seinen Arzt verjähren nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch jedoch erst nach dreißig Jahren. Wir empfehlen Ihnen daher, die Dokumentationsunterlagen mindestens so lange aufzuheben, bis eindeutig feststeht, dass aus der ärztlichen Behandlung keine Schadensersatzansprüche mehr erwachsen können. Bei Unterlagen von verstorbenen Patienten ist eine kürzere Frist angebracht, da es eher unwahrscheinlich ist, dass innerhalb von dreißig Jahren Angehörige Schadensersatzansprüche geltend machen.

HEILMITTEL

Wir behandeln einen Patienten, der wegen der gleichen Diagnose bereits von einem ärztlichen Kollegen eine Heilmittel-Verordnung erhalten hat. Nun möchte er, dass ich die ärztliche Betreuung weiterführe. Wie stelle ich im Anschluss eine Heilmittel-Verordnung aus — als Erst- oder als Folgeverordnung?

Hier handelt es sich um eine Folgeverordnung. Nach einer Erstverordnung gilt nach der Heilmittel-Richtlinie jede Verordnung zur Behandlung derselben Erkrankung (desselben Regelfalls) als Folgeverordnung. Wir empfehlen Ihnen daher, immer den Patienten zu fragen, ob er für die gleiche Diagnose Heilmittel von einem anderen Arzt verordnet bekommen hat. Wenn sich dies nicht zweifelsfrei im Gespräch mit dem Patienten eruieren lässt, dann sind Sie nicht verpflichtet, Nachforschungen anzustellen. Das bedeutet, dass Sie im Zweifelsfall „Ihre“ erste Verordnung für den Patienten als Erstverordnung ausstellen. Wir empfehlen Ihnen, die Nachfrage sorgfältig zu dokumentieren.

Wenn jedoch der Physiotherapeut bei dem Patienten eine formal nicht zulässige Anhäufung zum Beispiel von Erstverordnungen zur gleichen Diagnose feststellt, wird er Sie um eine Rezeptänderung (von Erst- auf Folgeverordnung) bitten, der Sie in dem Fall nachkommen können, ohne dass es für Sie zu negativen Konsequenzen führt.



VERTRÄGE

Welche Leistung kann ich für die J1- und J2-Untersuchung abrechnen?

Für die Durchführung der J1-Untersuchung können Sie die GOP 01720 EBM in Ansatz bringen. Die J2-Untersuchung ist keine Kassenleistung. Die KV Hamburg hat hierfür jedoch im Rahmen der zusätzlichen Früherkennung der Kinder- und Jugendmedizin eine Zusatzvereinbarung mit der Techniker Krankenkasse und der Knappschaft getroffen. Sie können die Sondernummer 81121 bei Patienten der Techniker und Knappschaft jeweils in Ansatz bringen, wenn Sie und Ihr Patient schriftlich die Teilnahme am Vertrag gegenüber der KV Hamburg erklärt haben. Teilnahmeberechtigt an diesem Sondervertrag sind alle Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte, die mindestens dreißig Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale erbracht haben. Durch die Teilnahme an diesem Vertrag lassen sich neben der J2-Untersuchung (81121) auch die U10 (81102) und U11 (81120) extrabudgetär abrechnen.

EBM

Wie können wir den EBM beziehen? Welche Version empfehlen Sie uns?

Der EBM kann in Papierform über die Buchhandlung bestellt werden. Da der EBM quartalsweise aktualisiert wird, ist es unserer Meinung nach nicht sinnvoll, ihn in Papierform zu bestellen. Die KBV stellt auf ihrer Homepage immer die aktuelle EBM-Version als PDF-Datei zur Verfügung.

www.kbv.de → Service → EBM

Achten Sie bitte darauf, jedes Quartal die neueste Fassung herunterzuladen, damit Sie auf dem aktuellen Stand sind.

Die KV Hamburg informiert Sie zudem gern über die wichtigsten Abrechnungsneuerungen im Quartal über einen Newsletter. Registrieren Sie sich hierfür einfach auf unserer Homepage: www.kvhh.net → Abrechnung → Newsletter → Anmeldung

Infocenter Tel: 22802-900



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

Änderung der Onkologie-Vereinbarung

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich auf Anpassungen in der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) zum 1. Januar 2019 geeinigt.

Aufnahme der oralen zytostatischen Tumorthherapie

Die orale zytostatische Tumorthherapie wurde in die Onkologie-Vereinbarung aufgenommen. Sie wird über die Kostenpauschale 86520 abgebildet, die die Behandlung im Zusammenhang mit der oralen Chemotherapie umfasst. Diese Kostenpauschale ist nicht für rein hormonell beziehungsweise rein anti-hormonell wirkende Substanzen der ATC-Klasse L02 (endokrine Therapie) berechnungsfähig. Zudem ist geregelt, dass die Vertragspartner die Angemessenheit der Bewertung für die orale zytostatische Tumorthherapie bis zum 30. Juni 2020 prüfen und gegebenenfalls anpassen.

In den Voraussetzungen zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung ist die orale zytostatische Tumorthherapie bei den nachzuweisenden Mindestpatientenzahlen bis Januar 2019 nicht berücksichtigt worden. Die Entwicklung

der Gabe der oralen zytostatischen Tumorthherapie wird nach ihrer Einführung evaluiert und danach ihre Berücksichtigung bei den Mindestpatientenzahlen beraten.

Onkologische Kooperationsgemeinschaft: verpflichtende Zusatzweiterbildung Palliativmedizin

In der onkologischen Kooperationsgemeinschaft muss verpflichtend ein Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin vertreten sein. Ärzte, die bereits vor dem 31. Dezember 2018 eine Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung erhalten haben, müssen den kooperierenden palliativmedizinischen Arzt bis spätestens 28. Februar 2019 an die Kassenärztliche Vereinigung melden.

Palliativversorgung nach erfolgter Operation

Die Kostenpauschale 86518 für die Palliativversorgung kann auch künftig nach erfolgter Operation berechnet werden. Die Befristung wurde aufgehoben. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Sabrina Pfeifer, Tel: 22 802-858
Michael Bauer, Tel: 22 802-388

Änderung der Zervix-Zytologie-Vereinbarung

Zum 1. Januar 2019 sind zwei Änderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie (QSV) in Kraft getreten:

Jahresstatistik: Die Frist zur Vorlage der Jahresstatistik nach §8 der QSV verlängert sich um einen Monat auf den 31. August.

Präparateprüfung: Ärzte, die die Überprüfung der Präparatequalität und Dokumentation zweimal in Folge bestanden haben, werden jeweils erst nach vier Jahren erneut überprüft. (Bisher fand die Prüfung jeweils nach zwei Jahren statt.) Wird eine Prüfung nicht bestanden, findet wieder der zweijährliche Prüfzyklus Anwendung. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Kay Siebolds, Tel: 22 802-478



Substitutionsbehandlung: Geänderte Richtlinie in Kraft getreten

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Regelungen für die Substitutionsbehandlung angepasst (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung / MVV: Anlage I Nummer 2 – Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger). Die Änderungen sind zum 7. Dezember 2018 in Kraft getreten.

Die neugefasste Richtlinie stellt nun konsistente Regelungen zur BÄK-Richtlinie her und schafft für die substituierenden Ärzte eine größtmögliche Rechtssicherheit.

Indikationsstellung und Therapiekonzept

Die Opioidabhängigkeit wird als schwere chronische Krankheit definiert, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf. Die Suchtmittelfreiheit als oberstes Ziel (Abstinenzparadigma) wurde gestrichen und hinsichtlich einer Opioidabstinenz konkretisiert.

Meldeverpflichtungen

Die bisherigen Regelungen zur Übermittlung von personenbezogenen Patientendaten an die zuständige KV und die leistungspflichtige Krankenkasse wurden ersatzlos gestrichen.

Die Meldeverpflichtungen gegenüber der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bleiben jedoch unverändert.

Qualitätssicherung und Stichprobenprüfungen

Aus datenschutzrechtlichen Gründen entfällt die Verpflichtung zur Übermittlung patientenbezogener Dokumentationen an die Qualitätssicherungskommission im Fall von Substitutionsbehandlungen mit Diamorphin, Codein oder Dihydrocodein oder im Fall einer erst kurz andauernden Abhängigkeit und bei unter 18-Jährigen. Gestrichen wurde auch die



Verpflichtung, mit Ablauf von fünf Behandlungsjahren patientenbezogene Dokumentationen an die Qualitätssicherungskommission zu übermitteln.

Die Dokumentationen, die zukünftig im Rahmen der 2-Prozent-Stichprobenprüfung zur Qualitätssicherung angefordert werden, müssen pseudonymisiert werden. Aus Gründen der Praktikabilität wird hierzu das Pseudonymisierungsverfahren des Substitutionsregisters verwendet. ■

Die neugefasste MVV-Richtlinie und weitere Informationen finden Sie unter:

www.kvhh.de → Genehmigung → Substitution.

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Sabrina Pfeifer, Tel: 22 802-858
Christine Schwarzloh, Tel: 22 802-741
Michael Bauer, Tel: 22 802-388

Änderung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie

Neue Vorgaben bei den Anspruchs-Voraussetzungen und den Inhalten

Die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie wird angepasst. Der entsprechende G-BA-Beschluss ist am 24. Oktober 2018 durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten. Seither hat der Bewertungsausschuss sechs Monate Zeit, eine Vergütung festzulegen. Erst danach haben Versicherte Anspruch auf die überarbeitete Gesundheitsuntersuchung. Wir informieren Sie auf unserer Homepage (www.kvhh.net), sobald die Gesundheitsuntersuchung nach der geänderten Richtlinie abgerechnet werden kann.

Vom 18. Geburtstag bis zum 35. Geburtstag haben die Versicherten künftig einmalig Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung. Dabei sind Blutuntersuchungen nur bei entsprechendem Risikoprofil durchzuführen, eine Urinuntersuchung ist nicht vorgesehen.

Ab dem 35. Geburtstag haben die Versicherten künftig alle drei Jahre (statt wie bisher

alle zwei Jahre) Anspruch auf den „Check-up 35“. Nach Auskunft der KBV gilt die Drei-Jahres-Frist für Patienten, bei denen bereits ein „Check-up 35“ nach den neuen Regeln durchgeführt wurde. Wurde der letzte „Check-up 35“ nach den alten Regeln durchgeführt, gilt noch die Zwei-Jahres-Frist. Bereits vergebene Termine können also bestehen bleiben.

Zum „Check-up 35“ gehören weiterhin neben der Anamnese eine körperliche Untersuchung, eine Überprüfung des Impfstatus, das Messen des Blutdrucks, eine Untersuchung des Urins sowie die Bestimmung der Blutzucker- und Cholesterinwerte. Zusätzlich wird künftig ein vollständiges Lipidprofil erstellt – bestehend aus Gesamtcholesterin, LDL- und HDL-Cholesterin sowie Triglyceriden.

Vereinbart wurde laut KBV, dass Ärzte die Ergebnisse des Check-ups nicht mehr auf dem Formular 30 („Berichtsvordruck Gesundheitsuntersuchung“) dokumentieren müssen. Die Dokumentation erfolgt künftig ausschließlich in der Patientenakte. ■

Ansprechpartner: Infocenter,
Tel: 22 802-900

Komponenten für die Telematikinfrastruktur jetzt bestellen!

Inzwischen sind alle Konnektoren zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) zertifiziert. Die Finanzierungspauschalen des 4. Quartals 2018 gelten in 2019 fort, sodass es 2019 keine Deckungslücken mehr aufgrund sinkender Finanzierungspauschalen gibt.

Bis 31. März 2019 müssen Ärzte und Psychotherapeuten die notwendigen Komponenten für den Anschluss an die TI verbindlich bestellen. Spätestens bis 30. Juni 2019 müssen sie das erste Versichertenstammdatenmanagement durchgeführt haben. Bei Nichtbeachtung der

Frist erfolgt eine Honorarkürzung rückwirkend ab dem 1. Januar 2019. Der erforderliche Nachweis zur Bestellung der Komponenten kann mittels Bestätigung bei Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal über das Onlineportal erfolgen. Da noch sehr viele Praxen an die TI angebunden werden müssen und es nur begrenzte Techniker-Kapazitäten gibt, empfehlen wir Ihnen, die TI-Komponenten so bald wie möglich zu bestellen. ■

Ansprechpartner: Infocenter,
Tel: 22 802-900



Wirkstoffvereinbarung für 2019 fortentwickelt

Die Wirkstoffvereinbarung konnte mit den Krankenkassen für 2019 fortentwickelt werden. Neue Wirkstoffgruppen wurden nicht aufgenommen, doch einzelne Zielquoten wurden verändert. Hier die Neuerungen im Überblick.

ZIEL 29 (LEITSUBSTANZZIEL):

TNF-ALPHA-BLOCKER

Der Fokus soll künftig auf dem vermehrten Einsatz der Biosimilars liegen. Seit Oktober 2018 ist der „Blockbuster“ Adalimumab (Humira) als Biosimilar in der Apotheke erhältlich. Die KV hat sich mit den Krankenkassen auf einen neuen hamburgweiten Biosimilar-Zielwert in der Gruppe der TNF-Alpha-Blocker von 40 Prozent geeinigt. Für die Fachgruppe der Rheumatologen wurde der Zielwert auf 40 Prozent angehoben. Abweichend von den Vorjahren haben auch die Hautärzte nunmehr eine Zielquote (vorsichtige 5 Prozent) für die TNF-Alpha-Blocker bekommen.

Trotz der von Kassen abgeschlossenen Rabattverträge mit den Herstellern der Originale lautet die vorrangige Empfehlung zur wirtschaftlichen Verordnung: Biosimilars first!

ZIEL 25.1 (LEITSUBSTANZZIEL):

ANTIKOAGULANTIEN

Leider ist es uns nicht gelungen, die Kassenseite davon zu überzeugen, die Phenprocoumon-Quote in der Wirkstoffgruppe der Antikoagulantien aufzugeben. Zu groß war deren Sorge, dass dann in kurzer Zeit auch die noch verbliebenen Patienten auf die NOAKs umgestellt werden.

Zumindest konnten wir erreichen, dass die Zielquote für die Hausärzte von 35,3 auf 24,5 Prozent abgesenkt wird. Damit ist die Zielquote identisch mit der Zielquote für die Kardiologen.

Darüber hinaus wurde der hamburgweite Zielwert von 35,2 auf 30 Prozent gesenkt.

ZIEL 25.2 (LEITSUBSTANZZIEL): DOAK

Das zweite Ziel für die Antikoagulantien (Vorzug der Leitsubstanzen Apixaban und Lixiana) wurde auf 70 Prozent erhöht. Rabattarzneimittel bleiben weiterhin positiv. Wir empfehlen aber, den Leitsubstanzen unbedingt den Vorrang zu geben, da die Prüfung, ob für Xarelto oder Pradaxa wirklich Rabattverträge vorliegen, offenbar fehleranfällig ist.

ZIEL 15 (GENERIKAZIEL):

KNOCHENERKRANKUNGEN

In der Wirkstoffgruppe „Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen“ wurde vereinbart, den Zielwert für die Fachgruppe der Urologen auf 25 Prozent abzusenken.

ZIEL 4 (GENERIKAZIEL): ANTIEPILEPTIKA

In der Gruppe der Antiepileptika wurden die Zielquoten für Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater gestrichen.

ZIEL 22 (GENERIKAZIEL):

THROMBOZYTENAGGREGATIONSHEMMER

Im Ziel der Thrombozytenaggregationshemmer wurde die hamburgweite Quote von 93 auf 90 Prozent abgesenkt.

Generika, deren Preise über dem Festbetrag liegen, tragen nicht zur Zielerreichung bei und sollten nicht verordnet werden. Welche Generika zu dieser Gruppe gehören, können Sie direkt in Ihrem Praxisverwaltungssystem erkennen. Eine Beispielliste für betroffene Generika finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Verordnung → Wirkstoffvereinbarung → Basisinformation → „Generika über Festbetrag – Beispielliste“

Zielwerte, die in diesem Artikel nicht angesprochen wurden, bleiben für 2019 unverändert bestehen. Die vollständige Vereinbarung finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Verordnung → Wirkstoffvereinbarung → Wirkstoffvereinbarung 2019

Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie weitere Informationen zu den fachlichen Hintergründen dieser Anpassungen erhalten möchten. ■

Ansprechpartner:
Abt. Praxisberatung,
Tel. 22 802-571 / -572



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Nutzung der Wirkprinzipien von Placeboeffekten

Methodische Anforderungen aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin

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

S

Suggestion, Konditionierung, Erfahrung und Erwartungshaltung können Wahrnehmung und Erleben beeinflussen. Im Laborexperiment lassen sich Placebo- und Nocebo-Reaktionen eindrücklich auf subjektive Parameter wie Schmerz, Stimmung oder Schlaf beobachten.

Placeboforscher fordern nun zunehmend, Placeboeffekte auch gezielt in der medizinischen Behandlung zu nutzen. Allerdings stand bisher der Nachweis aus, dass die Übertragung der Mechanismen von Erwartung und Konditionierung als Basisprozesse von Placebo- und Nocebo-Reaktionen in die klinische Anwendung zu einer längerfristigen Verbesserung von objektiv messbaren Krankheitszuständen führen könnte. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG hat während der letzten Jahre einen Forschungsverbund zur Placeboforschung gefördert. Die Wissenschaftler hatten sich das Ziel gesetzt, den Wirksamkeitsnachweis für Placebobehand-

lungen zu erbringen. Projektergebnisse wurden inzwischen veröffentlicht (www.placeboforschung.de).

Ein führendes Forschungsmitglied, der Psychologe Prof. Winfried Rief, scheint von seinen Studienergebnissen so sehr überzeugt, dass er in einem kürzlich in der Süddeutschen Zeitung publizierten Meinungsartikel sogar „die Grundfesten der modernen, evidenzbasierten Medizin ins Wackeln“ geraten sah. Unter dem Titel „Placebos als bessere Medizin“ beklagt er eine Vernachlässigung von Scheinmedizin, Homöopathie und Patientenerwartung, die angeblich helfen könnten zu heilen (SZ, 22.8.2018).

Zwar zweifeln die Placeboforscher keinesfalls daran, dass Globuli und Zuckerpillen selbst keine Wirkung haben, aber entscheidend für den Behandlungserfolg wäre, was Placebobehandlung beim Kranken auslösen könnte. Die Arbeitsgruppe um Winfried Rief wollte daher beweisen, dass die Manipulation von Patientenerwartungen vor einer aortokoronaren Bypass-Operation das Behandlungsergebnis verbessern kann (Rief 2017). Die prospektive Studie hat an einem einzelnen Herzzentrum 124 Patienten auf 3 Behandlungsarme randomisiert: 1) eine psychoedukative Intervention vor der Operation, um die Erwartungen des Patienten an sein Leben nach der Operation zu optimieren; 2) eine psychologische Kontrollintervention von vergleichbarer Dauer und Intensität zur emotionalen Unterstützung und allgemeinen Beratung, aber ohne Manipulation von Erwartungen; und 3) das medizinische Standardverfah-

ren ohne psychologische Begleitung. Beide Interventionen erfolgten durch speziell trainierte Psychologen und bestanden aus individuellen Gesprächen, zwei persönliche von je 50 Minuten und zwei Telefongespräche von je 20 Minuten vor der Operation sowie ein Booster-Telefongespräch von 20 Minuten etwa 6 Wochen nach der Operation. Zusätzlich erhielten die Patienten schriftliches Informationsmaterial, Arbeitsblätter und Audio-CDs der therapeutischen Sitzungen. Der primäre Endpunkt war die durch die Patienten berichtete krankheitsbedingte Beeinträchtigung im täglichen Leben nach 6 Monaten. Im Vergleich zur nicht-spezifischen psychologischen Unterstützung gab es in Bezug auf den primären Endpunkt keinen statistisch signifikanten Vorteil der Placebointervention. Lediglich im Vergleich zur Standardversorgung zeigte sich ein Unterschied. Letztlich hat die Studie von Rief et al. also den erhofften Wirksamkeitsnachweis für die spezifische Placebointervention nicht erbringen können.

Die in der Studie untersuchte Intervention zur Optimierung von Patientenerwartungen ist eine komplexe Intervention. Ähnlich wie andere (psycho-)edukative/behaviorale/ psychosoziale oder psychotherapeutische Maßnahmen besteht sie aus mehreren interagierenden Einzelkomponenten (Therapeut, Inhalte/was wird wann von wem und wie kommuniziert, zeitliche Anordnung, Häufigkeit der Kontakte, Kontextfaktoren). Verblindung ist oft nur teilweise möglich. Begleitphänomene und Interaktionen während der Studie können zu erheblichen Verzerrungen führen. Auch wenn versucht wird, einige methodische Probleme der Placeboforschung durch Anpassung der randomisierten klinischen Studiendesigns zu lösen, so bleiben Placeboeffekte variabel, je nach Studienpopulation, Therapeuten, Interventionen und Kontexten. Selbst wenn für eine spezifische Placebointervention an einem Zentrum unter hoher Standardisierung ein Wirksamkeitsnachweis

erbracht werden könnte, wäre eine multizentrische Replizierbarkeit der Studienergebnisse durch unabhängige Forschergruppen unverzichtbar.

RELEVANTE ASPEKTE FÜR DIE WISSENSCHAFTLICHE BEWERTUNG

Aus der Perspektive der Evidenzbasierten Medizin erscheinen bei der Bewertung von Maßnahmen zur klinischen Nutzung von Placeboeffekten folgende Aspekte von besonderer Relevanz:

Zielgruppe der Patienten: Können Krankheitsbilder bzw. Gruppen von Personen klar definiert werden, für die Interventionen zur Nutzung von Placeboeffekten wirksam sein könnten? Gibt es Ausschlusskriterien?

Definition der Intervention: Da die Intervention keine standardisierte Größe ist, wie etwa ein Arzneimittel, müssen die Komponenten der Intervention wissenschaftlich begründet und nachvollziehbar beschrieben werden. Dazu zählen insbesondere die inhaltlichen Botschaften, aber auch Kontextfaktoren, der zeitliche Rahmen der Intervention oder die Qualifikation und Rolle des Therapeuten.

Standardtherapieverfahren in der Vergleichsgruppe: Die Auswahl der Vergleichstherapie ist von grundlegender Bedeutung. Üblicherweise muss für einen fairen Vergleich in klinischen Studien ein optimiertes Standardverfahren gewählt werden. Dies ist insbesondere für die Arzt-Patienten Kommunikation, die Inhalte der Kommunikation sowie Kontextfaktoren von Relevanz. Die Auswahl der Vergleichstherapie wäre auch ausschlaggebend, wenn in einer Studie geprüft werden soll, ob Maßnahmen zur Steigerung der positiven Erwartungshaltung bzw. Konditionierung geeignet sind, die Intensität einer medikamentösen Therapie zu reduzieren. Ziel ist hier eine Einsparung von nebenwirkungsreichen Arzneien. Die Wirkung soll erhalten bleiben, die Nebenwirkungen jedoch reduziert werden. Es gibt zunehmend Beispiele,



dass Medikamente zu hoch dosiert oder zu lange verordnet werden. Bei wissenschaftlicher Überprüfung zeigt sich nicht selten, dass niedrigere Dosierungen bzw. eine kürzere Therapiedauer vergleichbar wirksam sind.

Fehlende Verblindung und subjektive Ergebnisse: Wesentliche Verzerrungspotenziale in den Studien zur Nutzung von Placeboeffekten ergeben sich durch die besonderen Charakteristika von Placebointerventionen. Die Studien sind meist offen und sie nutzen Endpunkte, die sich auf Patientenberichte stützen. Daher sollten soweit möglich immer auch objektivierbare Parameter zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs mit erhoben werden.

Größe und Relevanz des beobachteten Effekts: Auch wenn selbstberichtete Effekte statistisch signifikant sein mögen, muss ihre klinische Relevanz beurteilt werden.

Persistenz der Placeboeffekte: Daten zu den Langzeiteffekten bzw. zur Wiederholbarkeit von Effekten fehlen für die meisten klinischen Anwendungen von Placebomaßnahmen.

Implementierbarkeit und Replizierbarkeit durch andere Therapeuten. Die Konsistenz der Ergebnisse in mehreren Studien müsste gegeben sein. Psychoedukative Interventionen zur Nutzung von Placeboeffekten sind im Vergleich zur Verabreichung eines Arzneimittels meist aufwendig (mehrere längere Einzelgespräche, Informationsmaterialien). Akzeptanz und Umsetzbarkeit stehen eventuell in Konkurrenz mit anderen Interventionen zur Optimierung der Arzt-Patienten Kommunikation (informierte bzw. partizipative Entscheidungsfindung) oder dem Patientenselbstmanagement (strukturierte Patienten-Behandlungs- und Schulungsprogramme).

Eine Beurteilung der Mediatoren von Placeboeffekten sollte möglich sein. Ein wichtiger Parameter dabei ist die Adhärenz der Patienten bzw. Therapeuten zu wirksamen Begleittherapien oder anderen Maßnahmen während der Studie. Verlässliche Angaben dazu fehlen oft in den Publikationen.

Unerwünschte Nebenwirkungen/Schaden. Auch für Placebointerventionen müssen kurz- und langfristige unerwünschte Effekte definiert und dokumentiert werden. Insbesondere unerwünschte Auswirkungen auf einen rationalen wissenschaftsbasierten Umgang mit medizinischen Maßnahmen stehen hier im Fokus. Wie wirken sich Placebointerventionen auf Patientenerwartungen oder Anspruchshaltung aus, etwa in der Bewertung von teuren versus billigeren Medikamenten identer Wirkstoffe, Injektionen versus Tablettenverabreichungen, invasiver operativer versus konservativer Verfahren, häufige Therapeutenkontakte versus mögliche und sinnvolle Reduzierung durch Aufklärung und Unterstützung von Patientenautonomie?

PLACEBOS IN KLINISCHEN STUDIEN

Bei der Prüfung von Arzneimitteln soll der Einsatz von Placebos Strukturvergleichbarkeit in den Studienarmen sowie Verblindung ermöglichen und dadurch den verzerrenden Einfluss von so genannten Bias-Faktoren minimieren. Das Verfahren hat Limitierungen. Beispielsweise können die Effekte des Einsatzes von Placebos nicht von anderen variablen Veränderungen, die während der Studie auftreten, differenziert werden. Dazu zählen der natürliche Verlauf der Erkrankung bzw. der Beschwerden, statistische Phänomene, Patientencharakteristika einschließlich Krankheitsschwere (Chronifizierung, Begleiterkrankungen), Einstellung der Patienten gegenüber Placebo, das Arzt-Patienten-Verhältnis, Inhalte der Kommunikation oder Kontextfaktoren. Häufig unerkannt und nicht dokumentiert bzw. kommuniziert sind Kollateraleffekte durch unterschiedliche Auswirkungen von Placebos und Arzneimitteln auf physiologische, pathophysiologische und patientenrelevante Endpunkte. So können Begleittherapien oder andere Maßnahmen während der Studie initiiert oder beendet werden, die selbst maßgeblich den Behand-

lungserfolg beeinflussen. Das Ausmaß der sogenannten Placeboeffekte sowie der Wirksamkeit eines Arzneimittels (Effektstärke) können daher zwischen Studien deutlich variieren. Das Mitführen einer Wartegruppe kann die Unsicherheit hinsichtlich der Effektgröße nur teilweise beheben. Gemäß Methoden der Evidenzbasierten Medizin sollten daher alle möglichen Störvariablen gewissenhaft bereits bei der Studienplanung beschrieben, während der Studie dokumentiert und in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden (Malmivaara 2019).

PLACEBOINTERVENTIONEN UND EVIDENZBASIERTE AUFKLÄRUNG VON PATIENTEN

Die (partizipative) Patientenentscheidung ist ein Kernelement der Evidenzbasierten Medizin. Informierte Entscheidungen erfordern wissenschaftsbasierte Informationsmaterialien und Aufklärung (informed consent). Verschiedene Studien im Rahmen des DFG Projekts zur Placeboforschung beschäftigen sich mit psychoedukativen Interventionen bzw. Konditionierung zur Einflussnahme auf die Erwartungen von Patienten in Bezug auf das Auftreten von Medikamentennebenwirkungen. Wesentlicher Bestandteil solcher komplexen Interventionen ist die Information der Patienten über Nutzen und Risiken medizinischer Behandlungen. So werden beispielsweise in den Studien Frauen über Vor- und Nachteile von Behandlungen bei Brustkrebs informiert. Die Patientinnen sollen durch eine spezifische Form der Aufklärung und durch eine kognitiv-behaviorale Intervention zur Optimierung von Erwartungen zu einer besseren Medikamentenadhärenz bewogen werden (Nestoriuc 2016). Die Autoren der Studien bedienen dabei Verfahren der überredenden Patienteninformation. Aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin sind die Informationen missverständlich und irreführend. So wird der mögliche Nutzen der

Krebsbehandlung in Relativprozent dargestellt, der mögliche Schaden in natürlichen Häufigkeiten. Kriterien der evidenzbasierten Kommunikation von wissenschaftlichen Daten an Patienten bzw. die Bevölkerung bleiben dabei unberücksichtigt. Eine informierte (partizipative) Entscheidung der Patientinnen (und der Ärzte) im Sinne der Evidenzbasierten Medizin ist auf diese Weise nicht möglich. Bei der Nutzung von Angaben zu Medikamentennebenwirkungen gibt es weitere Trugschlüsse. Die Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung werden oft in ihrer Häufigkeit so dargestellt, wie sie auch im Beipackzettel bzw. der Gebrauchsinformation für die Patientinnen gelistet sind – nach ihrem Auftreten unter Medikamenteneinnahme. Welcher Anteil davon kausal auf das Medikament zurückzuführen ist, kann so nicht beurteilt werden. Dazu bedürfte es eines Vergleichs zur Häufigkeit der jeweiligen Symptome unter Placebobehandlung. Solche Informationen werden im Beipackzettel nicht angegeben. Das Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen wird demgemäß massiv überschätzt, nicht nur von Patienten, sondern auch von Ärzten oder Apothekern (Mühlbauer 2015). Zur Beurteilung von Nutzen und Schaden müssten vollständige und verständliche Informationen präsentiert werden, etwa unter Nutzung von sog. Faktenboxen. Vor- und Nachteile wären gleichwertig unter Angabe von natürlichen Häufigkeiten, konstanten Bezugsgrößen und Zeiträumen zu nennen (Fagerlin 2010, Mühlbauer 2018).

FAZIT

Placebos haben keine heilende Wirkung. Genesung ist nicht Heilung. Placebo-Behandlungen sind mehr als nur Placebos. Sie nutzen das ärztliche Gespräch, psychologische, erzieherische oder soziale Maßnahmen. Es sind komplexe Interventionen. Ob sie den Patienten helfen oder sogar schaden, kann nur in guten kontrollierten



Studien geprüft werden. Dazu gibt die Evidenzbasierte Medizin methodische Anleitung.

Die Öffentlichkeit sollte nicht getäuscht werden durch die missverständliche Nutzung der Begriffe Placebo-Behandlungen und Placebo-Effekte. Die Besserung von alltäglichen Beschwerden, die Patienten unter einer Behandlung beobachten, sind meist wesentlich der Selbstheilung des Körpers zu verdanken. Egal welche rituelle Handanlegung erfolgt, mit oder ohne Verabreichung von Zuckerpillen oder Globuli, mit oder ohne empathische Zuwendung durch einen freundlichen Arzt, die Muskelverspannung, der Schmerz, die Schlaflosigkeit oder die depressive Verstimmung verschwinden so gut wie immer auch ganz ohne solche Maßnahmen. Ob Placebo-Behandlungen wirken, kann am Einzelfall und am eigenen Körper nicht beobachtet werden, es ist ein Trugschluss, den sich allerlei Scharlatane zu Nutze machen.

Es ist daher begrüßenswert, dass Placeboforscher versuchen, die Wirksamkeit von psychologischen Verfahren zur Nutzung von Placebo-Effekten gewissenhaft nach den methodischen Anforderungen der Evidenzbasierten Medizin zu prüfen. Die bisherigen Ergebnisse

für diese aufwendigen Behandlungen sind jedoch eher bescheiden. Keineswegs zeigen die verfügbaren Studien, dass „Placebo-Behandlungen hocheffektiv und langfristig wirksam sind“ (Rief, SZ 22.8.2018).

Wirksame Komponenten von sog. Placebomaßnahmen sollten durch aussagekräftige Studien definiert werden. Sie wären geeignet, als Teil einer Best-Practice-Versorgung als Standardverfahren in der klinischen Versorgungssituation besser berücksichtigt zu werden. Dabei müssten aktuell gültige ethische und rechtliche Ansprüche der Patienten auf informierte Entscheidungen respektiert werden. ■



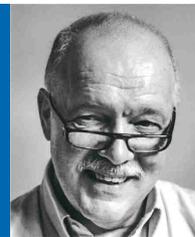
**Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mühlhauser**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 42838 3988

Einzelne Teile dieses Manuskripts wurden folgender Publikation entnommen:

Mühlhauser I. Nutzung der Wirkprinzipien der Placeboeffekte in der medizinischen Behandlung - Anforderungen aus der Sicht der Evidenzbasierten Medizin. In: Ernst Hauck, Stefan Huster (Herausgeber): Wirkprinzipien der Placebo-Effekte in der medizinischen Behandlung. NOMOS Verlag 2019. ISBN 978-3-8487-4900-3

Referenzen

- Fagerlin A, Zikmund-Fisher BJ, Nair V, Derry HA, McClure JB, Greene S, et al. Women's decisions regarding tamoxifen for breast cancer prevention: responses to a tailored decision aid. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 119(3):613-20
- Malmivaara A. Generalizability of findings from randomized controlled trials is limited in the leading general medical journals. *Journal of Clinical Epidemiology* 2019; 107:36e41
- Mühlbauer V, Mühlhauser I: Understanding adverse drug reactions in package leaflets – an exploratory survey among health care professionals. *BMC Health Serv Res* 2015; 15:505
- Mühlbauer V, Prinz R, Mühlhauser I, Wegwarth O. Alternative package leaflets improve people's understanding of drug side effects - A randomized controlled exploratory survey. *PLoS One* 2018; 13(9):e0203800
- Nestoriuc Y, von Blanckenburg P, Schuricht F, Barsky AJ, Hadji P, Albert US, Rief W. Is it best to expect the worst? Influence of patients' side-effect expectations on endocrine treatment outcome in a 2-year prospective clinical cohort study. *Ann Oncol* 2016; 27(10):1909-15
- Rief W, Shedden-Mora MC, Laferton JAC, Auer C, Petrie KJ, Salzmann S, et al. Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: results of the randomized controlled PSY-HEART trial. *BMC Med* 2017; 15(1):4



Solidarität statt Selbstvermessung

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

Alles beginnt ganz harmlos. Ein Freund kommt in meine Praxis. Seine private Krankenversicherung verlangt eine ärztliche Bescheinigung von ihm, dass sich sein Body-Mass-Index zwischen 18 und 25 bewegt, dass er regelmäßig Sport treibt und dass er Nichtraucher ist. Für diesen Fall und falls er in den zurückliegenden zwölf Monaten nicht krank gewesen ist, könne er mit einer satten Beitragsrückerstattung rechnen.

Ich fülle die Bescheinigung aus und unterschreibe sie, ausnahmsweise, denn es handelt sich ja um einen Freund. Währenddessen erkläre ich ihm aber, dass ich solche Bonusprogramme eigentlich zum Kotzen finde, dass ich nicht verstehen kann, wie Junge und Gesunde in der privaten Krankenversicherung mit Vorteilen überhäuft werden, während sie sich aus der Solidarität der Versicherten verabschieden. Außerdem könne ich nicht verstehen, wie man seine Gesundheitsdaten so gedankenlos irgendeiner Krankenversicherung überlassen kann. Mein Freund meinte daraufhin, meine Schwarzmalerei komme ihm doch reichlich übertrieben vor.

Nicht sehr viel später las ich vom Vitality-Programm der Generali Versicherung. Mit der Teilnahme an diesem Programm können die Versicherten die Prämien ihrer Lebens-

versicherung um bis zu sechzehn Prozent senken. Body-Mass-Index, Blutzucker und Cholesterin regelmäßig mitteilen, Ernährungsaufzeichnungen führen, regelmäßig zum Check-up zum Arzt gehen und mit einem Fitness-Tracker am Handgelenk die Intensität der sportlichen Aktivitäten dokumentieren: das ist das neue Pflichtenheft des Versicherten. Zwar wird niemand zur Teilnahme am Vitality-Programm gezwungen, aber Kranke und Menschen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen können daran gar nicht erst teilnehmen.

Das entspricht auch anderen modernen Versicherungsstrategien, die sich bei der Generali außer in Vitality auch noch hinter den Programmen Mobility und Domocity verbergen. Mit Mobility werden von einer App während des Autofahrens Daten gesammelt, die Rückschlüsse auf die Sicherheit, Verträglichkeit und Gelassenheit der Fahrweise zulassen. Diese werden in einen Score umgerechnet, nach dem sich die Höhe der Versicherungsprämie berechnet. Bei Domocity wird in den eigenen vier Wänden mit Hilfe von Sensoren alles Mögliche gemessen und online weitergegeben. Diese Überwachung soll die persönliche Sicherheit und eine Schadensbegrenzung möglich machen, etwa bei einem Brandfall. Auch die Teilnahme an Domocity ist mit

einem Prämiennachlass verbunden.

Nun aber der neueste Schritt: Bei dem US-amerikanischen Lebensversicherer John Hancock wird ab sofort nur noch versichert, wer verbindlich an Vitality teilnimmt. Dafür erhält der Kunde großzügige Rabatte und Prämiennachlässe. Vitality-Teilnehmer leben 15-20 Jahre länger als Normalbürger und verursachen 30 Prozent weniger Krankenhauskosten, sagt man jedenfalls bei John Hancock. Mir ist schleierhaft, wie man auf eine solch dreiste Volksverdummung hereinfallen kann. Natürlich sind Junge und Gesunde seltener oder gar nicht im Krankenhaus und natürlich leben sie länger als Alte, Kranke oder Verletzte. Mit Vitality werden junge und gesunde Menschen mit Rabatten und Boni aus der solidarischen Gesellschaft direkt in die Arme von Big Brother gelockt.

Eigentlich zahlen alle in eine Versicherung ein, um den Wenigen, die durch Krankheit oder Unfall nicht mehr mithalten können, jede mögliche Hilfe zukommen zu lassen. Das nennt man Solidarität. Leider sind Bonusprogramme inzwischen auch bei gesetzlichen Krankenversicherungen gang und gäbe, beispielsweise bei der Technikerkasse. Solche Programme gefährden den sozialen Zusammenhalt und den sozialen Frieden. Man muss sie anprangern, ächten und sich verweigern. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

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



Nach der Wiederwahl: Der KV-Vorsitzende Walter Plassmann (mit Blumenstrauß) zusammen mit dem stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung Dr. Björn Parey, dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung Dr. Dirk Heinrich sowie der stellvertretenden KV-Vorsitzenden Caroline Roos.

KV-Hamburg-Vorsitzender Walter Plassmann für weitere sechs Jahre im Amt bestätigt

Der Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann, ist am 13. Dezember 2018 für weitere sechs Jahre in seinem Amt bestätigt worden. Das Votum der Vertreterversammlung fiel einstimmig aus.

Plassmann dankte den Vertretern für die Bestätigung und das Vertrauen. „Sie sehen mich sprachlos, aber es ist das beste Wahlergebnis, das ich jemals in diesem Gremium erhalten habe. Darüber freue ich mich sehr.“

Walter Plassmann gehört zu den dienstältesten KV-Vorständen Deutschlands.

Der Jurist, der im Februar 64 Jahre alt wird, ist seit 1999 in der KV Hamburg tätig. Zuerst arbeitete er als Bereichsleiter für „Versorgungsmanagement und Qualität“, ab 2004 als stellvertretender Hauptgeschäftsführer. Im Jahr 2005 wurde er zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden gewählt. Seit 2013 ist er Vorstandsvorsitzender.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung:

Dr. Sigrid Hülsbergen-Krüger

stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Sigrid Hülsbergen-Krüger**

Geburtsdatum: **24.06.1957**

Familienstand: **verheiratet, ein Sohn, ein Hund**

Fachrichtung: **Plastische Chirurgie/Handchirurgie**

Weiter Ämter: **Vorstandsmitglied und Kreisverbandsärztin DRK Hamburg-Harburg**

Hobbys: **Lesen, Zumba, Schwimmen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ich wollte einen Beruf, in dem ich mich nie langweile. Das hat geklappt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Wer bei den Arbeitsbedingungen im Beruf mitreden und die Zukunft mitgestalten möchte, muss sich in den entsprechenden Gremien engagieren.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Die Integration von ambulanter und stationärer Behandlung liegt mir am Herzen. Die USA sind da durchaus ein gutes Vorbild. Außerdem sollten die Bedingungen für die ambulanten Operationen unbedingt verbessert werden.

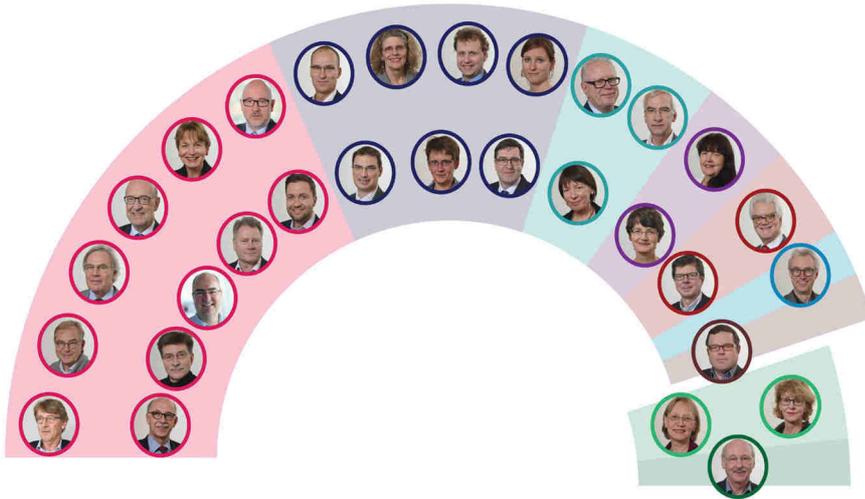
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Wir ertrinken in überbordender Bürokratie. Die Kosten für Geräte- wartung bis zur letzten Steckdose stellen die Anschaffungskosten längst in den Schatten, und der Mangel an qualifiziertem Personal macht uns zu schaffen.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Beruflich etwas kürzer treten und Russisch lernen.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 27.2.2019 (ab 19.30 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2019!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Januar und Juni 2019 stattfinden und gibt eine Vorschau auf das zweite Halbjahr 2019. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Datenschutz für Fortgeschrittene

Für alle, die bereits ein Datenschutzseminar besucht haben und sich über Änderungen und neue Urteile informieren wollen. Auch zum Auffrischen für Praxisinhaber und Datenschutzbeauftragte der Praxis gedacht.

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 20.2.2019 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 119 inkl. Imbiss & Getränke

Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Das 1,5-tägige Seminar richtet sich speziell an psychotherapeutische Praxen, die ihr QM-System unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und ihrer Praxisbesonderheiten aufbauen möchten. Im Seminar wird Ihnen gezeigt, wie der QEP-Qualitätszielkatalog aufgebaut und im Praxisalltag angewendet wird.

21 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 22.2.2019 (15 - 21 Uhr) und Sa.

23.2.2019 (8.30 - 16.30 Uhr)

Gebühr: ca. € 200 bis 250 inkl. Imbiss und Getränke

QEP Hygiene

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren unter anderem, welche Aufgaben der Hygienebeauftragte hat, wie Sie sich auf eine Praxisbegehung durch Behörden vorbereiten können, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und vieles mehr.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 27.2.2019 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss & Getränk

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:
www.kvhh.de → Fortbildung → Termine

Ansprechpartnerinnen:
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858
qualitaetsmanagement@kvhh.de

**ARBEITS- UND
GESUNDHEITSSCHUTZ**

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar
8 FORTBILDUNGSPUNKTE
Fr. 8.3.2019 (15 - 20 Uhr)
Fr. 29.3.2019 (15 - 20 Uhr)
Fr. 12.4.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

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

8 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 13.3.2019 (15 - 20 Uhr)
Mi. 27.3.2019 (15 - 20 Uhr)
Mi. 8.5.2019 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Gefährdungsbeurteilung

Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften

Fr. 1.2.2019 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 60 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

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

**DMP PATIENTEN-
SCHULUNGEN**

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

**Zi-DMP Diabetesschulung für
nicht-insulinpflichtige Patienten
(Kursnr. 19A0337)**

5 FORTBILDUNGSPUNKTE
Sa. 23.3.2019
9 - 12.45 Uhr (für Ärzte und Praxispersonal)
12.45 - 17 Uhr (für Praxispersonal)
Mi. 27.3.2019
9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)
Gebühr: € 215

**Zi-DMP Diabetesschulung für
insulinpflichtige Patienten
(Kursnr. 19A0338)**

5 FORTBILDUNGSPUNKTE
Sa. 22.6.2019
9 - 12.45 Uhr (für Ärzte und Praxispersonal)
12.45 - 17 Uhr (für Praxispersonal)
Mi. 26.6.2019
9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)
Gebühr: € 215

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

Anmeldung:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte die Kursnr. eingeben

Gerne senden wir Ihnen auch ein Anmeldeformular per Fax, E-Mail oder Post zu (bsp. bei Übernahme der Kursgebühr durch die Praxis).

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

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

**Persönlichkeitsstörungen
verstehen - Teil II**

Narzisstische Persönlichkeitsstörung, histrionische Persönlichkeitsstörung, passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung

Zum Umgang mit schwierigen Patienten/Klienten
Referentin: Dr. Rita Trettin

6 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 20.2.2019 (18 Uhr)

Das zweite Gehirn

Wie der Darm unser Wohlbefinden beeinflusst

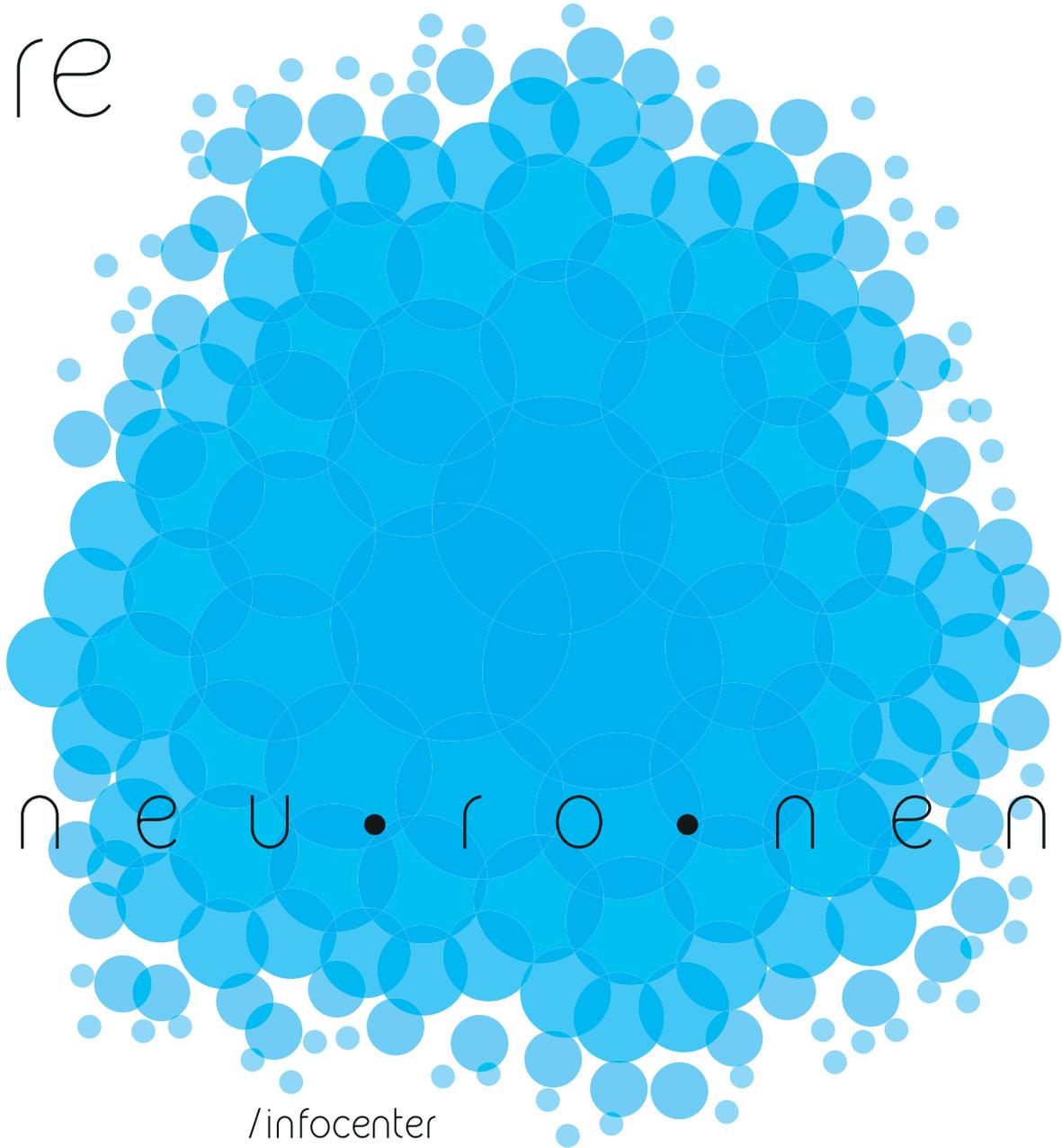
Reizdarmsyndrom - M. Crohn - Colitis ulcerosa
Referentin: Dr. Rita Trettin

6 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 3.4.2019 (18 Uhr)

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

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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