

KVH

journal



ePAPER

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

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

GLÄNZENDE IDEEN, ZÜNDENDE PROJEKTE

Das ÄrzteNetz Hamburg feiert 25-jähriges Bestehen



ARZNEIMITTEL-MISSBRAUCH
Ausmaß und Tendenzen

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
Umgang mit problematischen Studien

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 Mitarbeitende

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

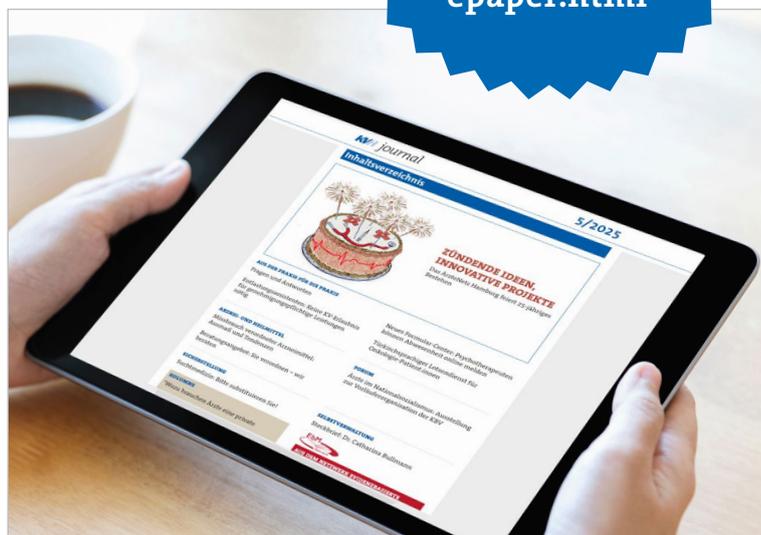
VISDP: John Afful

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 5/2025 (Mai 2025)



**PAPIER SPAREN –
DIGITAL LESEN!**

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.



Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Deutsche Rentenversicherung Bund, Betriebsprüfdienst Hamburg, hat der KV Hamburg jüngst bestätigt, dass die Tätigkeit von Vertragsärztinnen und -ärzten im Notdienst grundsätzlich nicht der Sozialversicherungspflicht unterliegt.

Eine gesetzliche Klarstellung, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Notdienst von der Sozialversicherungspflicht ausgenommen werden, war von der alten Regierung zwar geplant, konnte aber nicht mehr umgesetzt werden.

Eine Sozialversicherungspflicht hätte zu einem massiven Abbau der Notdienst-Versorgung in Hamburg geführt. Außerdem hätte die KV Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge für die Vergangenheit nachzahlen müssen. Insgesamt ging es um viele Millionen Euro, die die KV-Mitglieder als Kollektiv hätten aufbringen müssen.

Umso bedeutender ist, dass wir nach einem persönlichen Gespräch mit dem Betriebsprüfdienst Hamburg der Deutschen Rentenversicherung Bund eine schriftliche Bestätigung bekommen haben, die auch unabhängig von einer gesetzlichen Klarstellung gilt.

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_ Jubiläum: Ärztenetz Hamburg feiert 25-jähriges Bestehen

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

12_ Fragen und Antworten

14_ ePA: Nutzung zunächst freiwillig und ohne Sanktionen

Entlastungsassistenten: Keine KV-Erlaubnis für genehmigungspflichtige Leistungen nötig

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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

FORUM

- 16**_ Türkischsprachiger Lotsendienst für Onkologie-Patient:innen
- 17**_ Umfrage: Neu Niedergelassene schätzen Vorteile der eigenen Praxis
Warnung vor Betrugsversuch: angebliches Präventionsmodul der DGUV

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 18**_ Missbrauch verordneter Arzneimittel: Ausmaß und Tendenzen

GESCHICHTE

- 30**_ Ärzte und Patienten im Nationalsozialismus: Ausstellung zur Vorläuferorganisation der KBV

SELBSTVERWALTUNG

- 33**_ Steckbrief:
Dr. med. Catharina Bullmann

NETZWERK**EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 22**_ Integritäts-Bewertungsinstrument dringend benötigt: Umgang mit problematischen Studien in systematischen Übersichtsarbeiten

RUBRIKEN

- 02**_ Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 28**_ "Wozu brauchen Ärzte eine private Gebührenordnung?" –
von Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENDER

- 34**_ Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7: Fotografika-teria/Stock.Adobe.com; Seite 10: Ärztenetz Hamburg; Seite 26: Harriet Sommer; Seite 30: Kirsten Haarmann; Seite 31 und 32: Ben Reichardt/KBV; Seite 34: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmeler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON DR. ANDREAS SCHÜßELER

Selbstbewusst und selbstbestimmt



Das ÄrzteNetz Hamburg feiert 25-jähriges Bestehen. Es bringt Praxen und Kliniken zusammen, organisiert Fortbildungen, stellt die erste Modellregion der Gematik für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Und positioniert sich als konstruktiver Kooperationspartner der KV.

Das „ÄrzteNetz“ entstand vor einem Vierteljahrhundert in Eidelstedt: Dort gab es einen Stammtisch mit etwa 15 Ärztinnen und Ärzten, die den Streit zwischen den berufspolitischen Funktionären leid waren und sagten: Wir wollen uns nicht mehr gegenseitig vor die Schienbeine treten, sondern uns gemeinsam zum Nutzen aller

Kolleg:innen und zum Wohle der Patienten zusammenschließen.

So konstituierte sich, zunächst als kleine regionale Einrichtung, das ÄrzteNetz Hamburg Nordwest. Den Vorsitz übernahm in den ersten Jahren der Orthopäde Dr. Carsten Timm, später der HNO-Arzt Dr. Hans-Jürgen Juhl und danach die Allgemeinmedizinerin Dr. Cornelia

Thies. Ich durfte die Entwicklung des ÄrzteNetzes von Anfang an hautnah mitverfolgen. Ebenfalls Gründungsmitglied, bin ich nun mit Unterbrechung seit über 20 Jahren im Vorstand und seit acht Jahren Vorsitzender.

Heute sind wir mehr als 340 Haus- und Fachärzt:innen sowie zehn Krankenhäuser im ÄrzteNetz.



Wir fördern die intersektorale Verknüpfung und wollen als niedergelassene Ärzt:innen mit den Krankenhäusern auf Augenhöhe agieren. Zunächst waren drei regionale Krankenhäuser dabei, dann wurden weitere Kontakte in den stationären Bereich aufgebaut. Jede Klinik hat nur eine Stimme – ebenso wie jede Ärztin und jeder Arzt.

Ergänzt wird der Kernbereich des ÄrzteNetzes durch 19 Gesundheitsdienstleister und weitere Kooperationspartner ohne Stimmrecht.

Wichtig war uns immer, den ärztlichen Mitgliedern ganz konkrete Vorteile anbieten zu können, so dass der Benefit am Ende des Monats größer ist als der Monatsbeitrag. Dabei ist die Nutzung des Angebotes stets freiwillig. Für eine

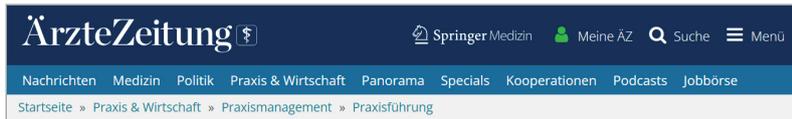
einzelne Praxis sind Bürokratie, Materialbeschaffung und Digitalisierung schwerer zu bewältigen als für das Mitglied eines großen Netzes, das Aufgaben übernehmen, als Einkaufsgemeinschaft auftreten und große Rahmenverträge schließen kann.

Wir haben ein Fortbildungsprogramm für Ärzt:innen und Praxismitarbeiter:innen aufgelegt, das fast ausschließlich digital läuft. All die Pflichtveranstaltungen wie Hygiene, QM, Arbeitssicherheit, Brandschutz oder Datenschutz bieten wir unseren Mitgliedern ohne Zusatzkosten an. Darüber hinaus gibt es vielfältige Qualitätszirkel und fachgruppenspezifische Fortbildungseinrichtungen (z. B. Schmerzkonferenzen, Tumorkonferenzen,

HNO-Qualitätszirkel, neurologische Qualitätszirkel auf Initiative der Netzmitglieder im niedergelassenen und Krankenhausbereich).

Am Ende des Jahres wird dieses Fortbildungsprogramm durch unsere alljährliche Tagesfortbildung im Hotel Hagenbeck unter dem Begriff „ÄrzteNetz aktuell“ beendet. Daneben bieten wir kostenlose Rechtsberatung durch spezialisierte Anwälte oder eine Unterstützung bei der Erstellung von Praxisfinanzierungskonzepten an.

Das ÄrzteNetz repräsentiert eine selbstbewusste und selbstbestimmte Ärzteschaft. Die selbständigen Praxen bilden das Fundament einer effizienten und von ärztlichem Ethos geprägten Medizin. Leider ist etwa ein Drittel der Praxisinhaber in



Die „virtuelle Rezeption“

Das Ärztenetz Hamburg Nordwest hat einen netzinternen Terminpool eingerichtet. Damit können die Praxen ein schnelles Case Management anbieten - was bislang als Domäne der MVZ galt.

Viele der im Ärztenetz Hamburg Nordwest organisierten Praxen haben sich zu lokalen Gesundheitszentren zusammengeschlossen. Am Eidelstedter Platz beispielsweise, wo das erste dieser Zentren entstand, kooperieren zur Zeit 44 Ärztinnen und Ärzte in 27 Praxen verschiedenster Fachrichtungen, die fast alle innerhalb eines fußläufigen Umkreises liegen. Mit diesen Gesundheitszentren bieten wir den Patienten jene Vorteile, mit denen die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) werben: eine konzentrierte Versorgung und

Strukturen in der ambulanten Versorgung zu erhalten. Von Kliniken und Investoren betriebene MVZ machen den niedergelassenen Ärzten direkt Konkurrenz. Ich denke, wir können darauf flexibel reagieren. Es gibt keine effektiveren und patientenfreundlicheren Betriebseinheiten als selbstständige Arztpraxen. Mit Hilfe unserer „virtuellen Rezeption“ bekommen die Patienten nicht nur eine Behandlung durch den ihnen vertrauten Arzt, sondern im Bedarfsfall auch ein „Case Management“, das andere Fachrichtungen mit einschließt.

ten Diagnose bewährt. Unsere Praxis beispielsweise ist auf Tinnitus spezialisiert. Wir legen großen Wert auf eine Differenzialdiagnose und ziehen oftmals Orthopäden, Neurologen und Internisten hinzu. Mit Hilfe der „virtuellen Rezeption“ können wir eine schnelle Diagnostik und einen schnellen Therapie-vorschlag anbieten.

Die „virtuelle Rezeption“ kommt nicht zum Einsatz, wenn ein Patient noch am selben Tag einen anderen Arzt sehen muss. In diesem Fall muss ich weiterhin zum Telefonhörer greifen

Hamburger Ärztenetz schwört auf Terminpool

Mit einer netzweit koordinierten Terminvergabe sehen sich Ärzte im Norden gegen MVZ im Vorteil.

Veröffentlicht: 27.09.2010, 19:11 Uhr

Facebook, Twitter, LinkedIn, X

HAMBURG (di). Der Terminpool im Ärztenetz Hamburg Nordwest liefert Entlastung und verbessert den Service für Patienten. Das Ärztenetz zielt einjähriger Arbeit mit der virtuellen Rezeption ein positives Fazit.

Über ein spezielles Programm des Ärztenetzes können Patienten direkt überweisenden Arztes ihren Wunschtermin mit den freien Zeiten des abstimmen und vereinbaren - [Überweisungen mit den üblichen Wart](#)

Digitaler Terminpool für ein schnelles Case-Management (Medienbericht-erstattung von 2010)

POLITIK

ZENTRALISIERTE TERMINVERGABE

Schnelle Rund-um-Versorgung

Im Ärztenetz Hamburg-Nordwest können Patienten direkt in der Praxis des überweisenden Arztes ihren Termin beim Facharzt vereinbaren.

Die 170 Ärztinnen und Ärzte des Ärztenetzes Hamburg-Nordwest sind sich darüber einig: Ihr vor einem Jahr ins Leben gerufener gemeinsamer Terminpool hat sich in der Praxis bewährt. Die virtuelle Rezeption ermöglichte den niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen nicht nur eine konzentrierte wohnortnahe Versorgung ihrer Patienten, im Bedarfsfall sei sogar ein Case-Management möglich, das eine

am selben Tag eine Behandlung bei einem anderen Arzt, kommt der Terminpool nicht zum Einsatz. In diesem Fall wird telefonisch ein Termin vereinbart. Dr. med. Hans-Jürgen Juhl, Vorsitzender des Ärztenetzes Hamburg-Nordwest: „Mit diesem Service bieten wir den Patienten sehr real an, womit Medizinische Versorgungszentren oft nur vollmundig werben: eine konzentrierte Versorgung und enge Zusammen-

Hamburg bereits über 55 Jahre alt. Wir stehen somit vor einem Generationswechsel, der einschneidende Veränderungen mit sich bringen wird.

Um einen Beitrag für die Zukunftssicherung zu leisten, bieten wir ein Mentoringprogramm an. Hier werden ärztliche Nachwuchskräfte, die erwägen, sich selbständig zu machen, bei Bedarf an die Hand

dige Verjüngungsprozess auch im Netz vollzieht.

Wir verstehen uns als Gegenkonzept zu ausgreifenden, nicht ärztlich geführten Strukturen wie den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Deshalb gründete das Ärztenetz seinerzeit regionale „Gesundheitszentren“, die nahe beieinander liegende Praxen der verschiedenen Fachrichtungen koordinieren.

Vorteil, dass so gut wie kein Missbrauchspotenzial besteht.

Das Netz ist stetig gewachsen. Im Jahr 2011 folgte die Umbenennung in ÄrzteNetz Hamburg. 2020 fusionierten wir mit dem Praxisnetz Süderelbe, und mittlerweile sind wir im gesamten Stadtgebiet vertreten – in unseren Ursprungsgebieten noch immer etwas stärker als im Osten. Die Mitgliederzahl stagniert gegenwärtig, dabei muss man aber den laufenden Verjüngungsprozess berücksichtigen: Ältere Kolleg:innen scheiden aus, jüngere rücken nach.

Im Sinne des 125. Deutschen Ärztetages, der das Thema „Klimaschutz ist Gesundheitsschutz“ auf die Agenda setzte und eine nationale Strategie für eine klimafreundliche Gesundheitsversorgung forderte, richteten wir zwischen 2022 bis 2023 den Umweltschutz-Wettbewerb „Wir für unser Klima“ aus. Die Teilnehmer:innen erarbeiteten konkrete Vorschläge und Konzepte, um die Arbeitsabläufe in Praxis

Es ist ein tolles Gefühl, zu sehen, wie Ideen zu "fliegen" beginnen.

genommen. Sie können bei uns in den Praxen hinter die Kulissen schauen und Detailkenntnisse erwerben, die für den weiteren medizinischen Arbeitsweg entscheidend sind.

Durch die Förderung der jungen Kolleginnen und Kollegen wollen wir erreichen, dass sich der notwen-

Folgerichtig entwickelten wir einen digitalen Terminpool, wo die Ärzte für ihre Patienten kurz- und mittelfristig Termine bei Kolleginnen und Kollegen aller Fachrichtungen buchen können. Damit waren wir der gesetzlich vorgeschriebenen Terminvermittlung via 116117 weit voraus mit dem noch heute gültigen

Hamburger Abendblatt

Abendblatt | Abo | Home | Hamburg | HSV | St. Pauli | Kultur | Wirtschaft | Politik | Schleswig-Holstein

Home | Hamburg | So wollen Hamburger Ärzte zum Klimaschutz beitragen

UMWELT

So wollen Hamburger Ärzte zum Klimaschutz beitragen

20.09.2022, 06:50 Uhr | Leszeit: 1 Minute

Von Christoph Rybarczyk
Chefredaktor



Der Hamburger Laborarzt Dr. Jens Heidrich: Mehr Einsatz für Klimaschutz und CO₂-Reduzierung im Gesundheitswesen.
© Roland Magunia/Punkto Foto Services

Hamburg. Müll vermeiden, Energieverbrauch und CO₂ reduzieren, umweltfreundliche Arbeitsbedingungen: Ärztenetz schreibt Wettbewerb aus.

Der Verein Ärztenetz Hamburg, einer der größten Zusammenschlüsse von Praxen, Laboren und Kliniken in Deutschland, will mit einem Wettbewerb den Klimaschutz fördern und die CO₂-Bilanz in der Medizin erheblich reduzieren. Wie Labormediziner Dr. Jens Heidrich sagte, gehe es um Ideen,

Hamburger Abendblatt

Home | Hamburg | Arzt Hamburg Wettbewerb – Praxen sollen klimafreundlicher werden

ARZT HAMBURG

Wettbewerb: Praxen sollen klimafreundlicher werden

21.04.2022, 06:20 Uhr | Leszeit: 1 Minute

Hamburg. Gesundheitswesen sei für großen Teil der CO₂ verantwortlich. Kerstan hofft auf neue Projektideen für

Das ÄrzteNetz Hamburg, zu dem sich mehr als 350 Mediziner sowie acht Krankenhäuser und acht Gesundheitsdienstleister zusammengeschlossen haben, hat unter der Schirmherrschaft

Umweltschutz-Wettbewerb "Wir für unser Klima" (Medienberichterstattung von 2022)

und Klinik umweltfreundlicher zu gestalten. Die Gewinner erhielten attraktive Preise: die Nutzung eines Elektro-Autos für drei Jahre als Hauptgewinn, einen E-Roller, ein E-Bike, eine fußläufige Alpenquerung oder eine HVV-Jahreskarte. Unser Schirmherr war der Hamburger Umweltsenator Jens Kerstan.

Dieser Umweltschutz-Wettbewerb war getragen vom Gedanken der Eigeninitiative: Wir wollen nicht warten, bis uns von oben herab Anweisungen vorgegeben werden, die wir dann zu befolgen haben. Wir wollten selbst Möglichkeiten entwickeln, um mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen zu erreichen. Dieser Gedanken soll uns auch in Zukunft begleiten, weil er schlicht lebenswichtig ist.

Das ÄrzteNetz Hamburg gründete Anfang 2022 einen Digital-Ausschuss, weil der digitale Fortschritt trotz aller politischen Bemühungen nur sehr zäh voranschreitet. Die Initiative ging von Dr. Jens

Heidrich aus, Labormediziner und Vorstandsmitglied des Ärztenetzes. Er hatte die Idee, die großen Player des Hamburger Gesundheitswesens an einem Tisch zusammenzubringen. Die Frustration über die Telematik-Infrastruktur war groß. Was die Gesundheitspolitik seit Jahrzehnten versprochen hatte, wurde im Rahmen der Telematik-Infrastruktur nur sehr unzureichend umgesetzt.

Nun versuchte der Ausschuss, die digitale Vernetzung der Praxen und Kliniken in Hamburg auf eigene Initiative voranzutreiben. Maßgebliche Unterstützung kam vom Albertinen-Krankenhaus unter Leitung von PD Dr. Michael Rosenkranz und von der Radiologischen Allianz unter Mitwirkung von Dr. Murat Karul – und nicht zuletzt von Markus Habetha, dem jetzigen Projektleiter der Modellregion.

Diese Initiative blieb nicht unbeachtet, sodass die Gematik fragte, ob wir nicht aufgrund unserer Netz-

FORUM

VON DR. ANDREAS SCHÜßLER

Wir für unser Klima

ÄrzteNetz Hamburg schreibt Umwelt-Wettbewerb aus



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

Umweltschutz und Nachhaltigkeit stehen auch im Gesundheitswesen weit oben auf der Agenda. Instrumente nach einmaligem Gebrauch zu entsorgen, anzutast sie sterilisiert wieder- damit im Idealfall eine Vorbildfunktion in puncto Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens

struktur als erste Modellregion für die Digitalisierung im Gesundheitswesen fungieren wollten. So kam es, dass wir, ein Zusammenschluss von 90 Arztpraxen, 15 Krankenhäusern sowie Zahnarztpraxen, Apotheken und weiteren Einrichtungen unter Leitung des Ärztenetzes Hamburg die erste offizielle Modellregion in Deutschland wurden. Seither haben wir eine eigene IT-Abteilung mit neun Mitarbeitern, welche die Modellregion erfolgreich durchführen und die teilnehmenden Praxen beim Einsatz der Digital-Anwendungen unterstützen.

Ich war im vergangenen Herbst auf einer Tagung norddeutscher Ärztenetze und stellte fest: Viele Netze sind sehr umtriebig und stellen Beachtliches auf die Beine. Doch ich kenne kein Netz, das so groß ist und so viele Projekte umgesetzt hat wie unseres. Die Arbeit für das ÄrzteNetz Hamburg hat uns in den vergangenen Jahren sehr viel Spaß

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

gemacht. Es ist ein tolles Gefühl, zu sehen, wie Ideen verwirklicht werden und zu "fliegen" beginnen.

Dabei haben wir uns niemals als Konkurrenz zur KV gesehen, sondern stets als deren Ergänzung. Seit 2013 können KVen Praxisnetze akkreditieren und finanziell fördern. Doch die Richtlinie der KV Hamburg für die Anerkennung von Praxisnetzen war so formuliert, dass die Anforderungen weder von uns noch von einem anderen Netz in Hamburg erfüllt werden konnten.

In den vergangenen Jahren wurden die Gespräche mit der KV intensiver, die Kontakte enger – und wir näherten uns deutlich an. Im Dezember 2024 verabschiedete die KV-Vertreterversammlung eine überarbeitete Richtlinie für die Anerkennung von Praxisnetzen, die realistische Vorgaben definiert. Im März 2025 wurde das ÄrzteNetz Hamburg dann als Praxisnetz anerkannt.

Die Versorgung in Hamburg steht vor großen Herausforderungen. Mit

dem Aufkauf von Arztsitzen durch Konzerne und Investoren findet eine Konzentration der Versorgungskapazitäten statt. Privatinvestoren wollen möglichst hohe Gewinne erzielen und ziehen Geld aus der Versorgung ab.

Das ist ein Unterschied zu jener Art von Versorgung, für die wir stehen: Wir sind über das Berufsrecht an das ärztliche Ethos gebunden. Die eigentümergeführten Praxen sind vergleichsweise klein und wohnortnah über das Stadtgebiet verteilt – können aber im Verbund dennoch ein mächtiger, durchsetzungsstarker Player sein. Bei aller Berücksichtigung des politischen Wandels ist dies noch immer ein vordringliches Ziel des ÄrzteNetzes.

Da es bei der Sicherstellung in Hamburg bereits weiße Flecken gibt – man denke an die Diskussionen um die Versorgung in Hamburgs Osten –, könnten wir uns gut vorstellen, mit der KV zusammen Projekte zu entwickeln und umzusetzen, die den Patient:innen zugutekommen

und gleichzeitig für die selbstständige Ärzteschaft wirtschaftlich gut funktionieren.

Ich bin davon überzeugt, dass die ärztliche Selbstständigkeit durch eine enge Zusammenarbeit von Praxisnetzen mit der KV gefördert werden kann – eine solide wirtschaftliche Basis vorausgesetzt. ■

Weitere Informationen:

www.aerztenetz-hamburg.de

E-Mail: info@aerztenetz-hamburg.de



DR. ANDREAS SCHÜßELER ist Orthopäde und Unfallchirurg und Vorstandsvorsitzender des ÄrzteNetz Hamburg



Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg

HELDEN GESUCHT BITTE SUBSTITUIEREN SIE!

Sie suchen eine spannende und abwechslungsreiche Tätigkeit? Helfen Sie, chronisch kranke Opioidabhängige zu substituieren. Eine professionelle Herausforderung und eine erfüllende Aufgabe. Weitere Infos finden Sie unter dem QR-Code:



WWW.KVHH.DE/SUBSTITUTION.HTML



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, Tel: 040 / 22802-802**

FORMULARE

Können wir die Vordruckmuster, die wir über den Paul Albrechts Verlag (PAV) beziehen, auch für privat-versicherte Patienten verwenden?

Nein, die Vordrucke, die über den Paul Albrechts Verlag zur Verfügung gestellt werden, dürfen ausschließlich von Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Grund dafür ist unter anderem, dass die Vordrucke von der GKV finanziert werden. Auch die Weitergabe solcher Vordrucke an Nichtvertragsärzte ist laut Bundesmantelvertrag unstatthaft.

EINWEISUNG

Ein Krankenhaus fordert von mir eine zweite Einweisung für einen Patienten an, der bereits für denselben Behandlungsfall eine Einweisung zur stationären Behandlung erhalten hat. Ist das korrekt?

Nein. Wenn die Vertragsärzt:in einen stationären Aufenthalt für erforderlich hält, ist für

diesen Behandlungsfall einmalig eine Einweisung auszustellen. Eine zweite Einweisung auf Wunsch des Krankenhauses (gleichgültig, ob vor oder nach dem stationären Aufenthalt) darf nicht ausgestellt werden. Das Krankenhaus rechnet alle Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung sowie für die eigentliche stationäre Behandlung über diese Einweisung ab. Auch ein Quartalswechsel ist kein Grund für eine zweite Einweisung.

TSS

Wie lange müssen die gemeldeten TSS-Termine für Patienten freigehalten werden, bevor ich diese an meine eigenen Patienten vergeben darf?

Dies kann je Termin oder je Terminserie unter der Angabe „buchbar bis“ individuell festgelegt werden. Hierbei wird definiert, wieviel Tage vor dem jeweiligen Termin eine Buchung über den 116117 Terminservice noch möglich ist. Der Standardwert beträgt hierbei zwei Tage. Wenn Sie zum Beispiel für Freitag um 18 Uhr einen Termin eingestellt haben, ist dieser bis Mittwoch um 17:59 Uhr buchbar. Der Buchungsabstand lässt sich nach Belieben auf sieben Tage hochsetzen oder auf null Stunden reduzieren.

ePA

Muss jeder Behandlungsschritt zu jeder Erkrankung in der elektronischen Patientenakte (ePA) dokumentiert werden?

Nein, laut KBV gehört in die ePA nur das, was Ärzte und Psychotherapeuten auch heute schon an Kollegen berichten und was für diese von Interesse sein könnte. Das kann zum Beispiel der Befundbericht nach einer ambulanten Operation oder einer Koloskopie sein. Somit muss nicht jede Erkrankung, jeder Patientenkontakt oder jede Untersuchung in der ePA festgehalten werden. Dafür ist weiterhin die Behandlungsdokumentation da, welche im Praxisverwaltungssystem geführt wird. Mit der ePA entstehen keine neuen Berichtspflichten.

PSYCHOTHERAPIE I

Ist es möglich, Psychotherapeutische Sprechstunden mit einem neuen Patienten durchzuführen, der bereits bei einem anderen Kollegen zweimal 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde erhalten hat?

Ja, durch den Psychotherapeutenwechsel beginnt ein neuer Krankheitsfall. Somit steht wieder das gesamte Kontingent an Psychotherapeutischer Sprechstunde zur Verfügung.

PSYCHOTHERAPIE II

Wie viele Therapiestunden kann ich in einer Woche mit einer Patientin durchführen?

Die Behandlungsfrequenz wird in der Psychotherapie-Richtlinie auf maximal drei Behandlungsstunden in der Woche begrenzt (§ 23). Dadurch soll eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung gewährleistet werden.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802

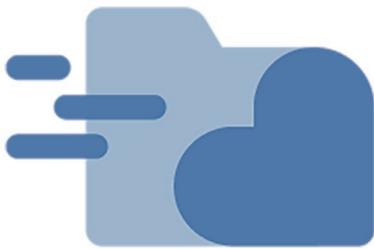


Ihre Ansprechpartner: Ulrike Hinz, Anna Spohn, Petra Timmann, Robin Schmidt und Adnana Cabric



Lauterbach: Nutzung der ePA zunächst freiwillig und ohne Sanktionen

Die elektronische Patientenakte (ePA) soll in den nächsten Wochen nach und nach eingeführt werden. Für Ärzte und Psychotherapeuten wird die Nutzung zunächst freiwillig sein. Das hat der geschäftsführende Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigt. ■



Weitere Informationen:
www.kbv.de/html/epa.php

Ansprechpartner:
KV Hamburg Online-Services
Tel: 040 / 22802 - 588, -554, -862
online-services@kvhh.de

Entlastungsassistenten: Keine KV-Erlaubnis für genehmigungspflichtige Leistungen nötig

Ein Entlastungsassistent darf nur solche genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen, zu deren Durchführung der anstellende Arzt selbst berechtigt ist. Der anstellende Arzt muss sich von der entsprechenden Qualifikation des Entlastungsassistenten überzeugen. Daher müssen für den Entlastungs-

assistenten keine Anträge bei der KV für die Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gestellt werden.

Die Abrechnung der vom Entlastungsassistenten erbrachten Leistungen erfolgt über die lebenslange Arztnummer des zu entlastenden Vertragsarztes. ■

IN WELCHEN FÄLLEN EINE ENTLASTUNGSASSISTENT:IN BESCHÄFTIGT WERDEN KANN

Wenn ein Vertragsarzt oder angestellter Arzt vorübergehend verhindert ist, seinen vertragsärztlichen Pflichten in vollem Umfang nachzukommen, besteht die Möglichkeit, zur Sicherstellung des Praxisbetriebs eine Entlastungsassistent:in zu beschäftigen. Mögliche Gründe für die Beschäftigung einer Entlastungsassistent:in sind zum Beispiel:

- starke gesundheitliche Einschränkung
- Erziehung von Kindern (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)
- Pflege eines nahen Angehörigen
- Berufspolitische Tätigkeit mit hohem zeitlichen Aufwand

Die Anstellung einer Entlastungsassistent:in ist nach vorheriger Genehmigung durch die KV möglich. Die Entlastungsassistent:in muss grundsätzlich über die gleiche Facharztanerkennung verfügen wie der Arzt, für den sie tätig wird.

Bitte beachten Sie folgende Information der KV Hamburg zur Beschäftigung eines Entlastungsassistenten aus Sicherheitsgründen: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Formulare → Formulare: Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → „A“ → Assistenten → Information zur Beschäftigung eines Entlastungsassistenten

Ansprechpartner:
Mitgliederservice
Tel: 040 / 22802 -802

Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf

Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel

Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung
Wirtschaftlichkeitsgebot
Digitale Gesundheitsanwendungen

Überweisung **Arzneimittelvereinbarung** *Krankenpflege*

Verordnung und Beratung

Hilfsmittel **Arbeitsunfähigkeit** **Rezepte**

Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung
Rehabilitation
Heilmittel *Krebsvorsorge*
Entlassmanagement
Einweisung

Medizinprodukte
Impfvereinbarung

Prüfungsvereinbarung
Heilmittelvereinbarung
Wiedereingliederung *DMP*
Substitution *Wirkstoffvereinbarung*
Nutzenbewertung *Krankengeld*
Antibiotika-Therapie
Arzneimittelmissbrauch

Sie verordnen – wir beraten!

Unser Team der Abteilung „Verordnung und Beratung“ mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen berät Sie gerne zu allen Fragen Ihres Verordnungsmanagements.

Fragen Sie uns einfach!

Türkischsprachiger Lotsendienst für Onkologie-Patient:innen

Praxen können Patient:innen an das Projekt vermitteln



Das Universitäre Cancer Center Hamburg (UCC Hamburg) am UKE hat ein Projekt zur Verbesserung der onkologischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund gestartet. Das Türkischsprachige Onko-Lots:innen-Projekt (TOL-Projekt) verfolgt das Ziel, den Zugang zu onkologischer Versorgung zu erleichtern und sprachliche sowie kulturelle Barrieren abzubauen.

Ein wichtiger Bestandteil des TOL-Projekts ist der Dolmetscherdienst, der Patient:innen bei sprachlichen Herausforderungen zur Seite steht. Das TOL-Projekt basiert auf einem bewährten Lotsenkonzept, das bereits seit längerer Zeit

in der allgemeinen onkologischen Versorgung des UCC Hamburg eingesetzt wird. Dort begleiten speziell geschulte, muttersprachliche Lots:innen die Patient:innen durch den gesamten Krankheitsverlauf, von der Diagnosestellung über die Therapie bis hin zur Nachsorge. Lots:innen fungieren als zentrale Schnittstelle zwischen Ärzt:innen, Pflegepersonal und Patient:innen und bieten einen niedrigschwelligen Zugang zu wichtigen Unterstützungsangeboten wie Ernährungsberatung, Komplementärmedizin, Psychoonkologie sowie Sport- und Bewegungsangeboten und Zweitmeinungen.

Praxen haben die Möglichkeit, Patient:innen mit einer Verdachtsdiagnose, zur Einholung einer Zweitmeinung oder im Rahmen der Nachsorge sowie für supportiv-medizinische Maßnahmen an die zentrale Anlaufstelle des UCC Hamburg zu vermitteln. Bei Bedarf kann dort die weitere Versorgung koordiniert werden.

Behandelnde und Interessierte haben darüber hinaus die Möglichkeit, sich aktiv am TOL-Projekt zu beteiligen oder als Netzwerkpartner:innen mitzuwirken.

Das Projekt wird von der Deutschen Krebshilfe unterstützt. Langfristig soll es auf weitere Sprachgruppen ausgeweitet werden. ■

Weitere Informationen zum Projekt: uke.de/ucch-tol

Projektleitung:
PD Dr. Faik Güntaç Uzunoğlu
und PD Dr. Marianne Sinn

Kontakt:
Universitäres Cancer Center
(UCC) Hamburg / TOL-Projekt
Ferda Canal
Tel: 0152 / 228 169 32
tol@uke.de



Umfrage: Neu Niedergelassene schätzen Vorteile der eigenen Praxis

Die Mehrheit der neu niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten würde sich erneut für eine eigene Praxis entscheiden. Allerdings empfinden viele die überbordende Bürokratie und die dadurch fehlende Zeit für Patienten als belastend. Das sind zentrale Ergebnisse einer Befragung, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) durchgeführt hat.

Demnach sind 77 Prozent der Befragten auch im Jahr nach der Niederlassung zufrieden mit ihrer Entscheidung. Nur 9,8 Prozent gaben an, sie würden die Entscheidung nicht noch einmal treffen, der Rest ist unentschieden. Besonders hoch ist die Zufriedenheit bei den Psychotherapeuten: Fast 90 Prozent würden sich wieder für die Niederlassung entscheiden. Bei den Hausärzten sind es 69 Prozent, bei den Fachärzten etwa 72 Prozent.

Das Zi hatte im vergangenen Jahr etwa 1.500 Ärzte und Psychotherapeuten befragt, die sich im Jahr 2023 neu niedergelassen hatten.

„Entgegen der landläufigen Meinung, für den ärztlichen Nachwuchs käme nur noch ein Anstellungsverhältnis infrage, zeigt unsere Befragung: Das Modell der selbstständigen Niederlassung kann auch weiterhin erfolgreich sein“, sagte der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. ■

Weitere Informationen: www.zi.de → (obere Navigationsleiste) Service – Medien → Medieninformation und Statements → Ergebnisse einer Zi-Befragung

Warnung vor Betrugsversuch

Praxen erhalten derzeit E-Mails und Faxe mit dem Logo der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN).

Darin ist von einem digitalen Präventionsmodul der DGUV die Rede, dessen Nutzung angeblich verpflichtend sei. Die Praxen werden aufgefordert, eine Rechnung über mehrere hundert Euro zu begleichen.



Die DGUV stellt klar, dass das Schreiben und die Rechnung gefälscht sind. Die Logos der DGUV und der BGN werden missbräuchlich verwendet. Ein solches Präventionsmodul der DGUV existiert nicht.

Bitte überweisen Sie kein Geld. Es handelt sich um einen Betrugsversuch. ■

Ansprechpartner:
Infoline der gesetzlichen Unfallversicherung
Tel: 0800 / 605 04 04
info@dguv.de

VON DR. RAINER ULLMANN

Missbrauch verordneter Arzneimittel: Ausmaß und Tendenzen

Pregabalin und einige Benzodiazepine und Opioide werden missbraucht. Der Verdacht entsteht, wenn ein Patient sich diese Arzneimittel in einem Jahr von mehr als drei Praxen verschreiben lässt (Doc hopper) oder wenn die von einzelnen Praxen an einen Patienten verordnete Menge die Höchstmenge nach der Fachinformation deutlich überschreitet. Diese beiden Patientengruppen (zusammen meist etwa ein Prozent der Patienten) bekommen bis zu 25 Prozent der verordneten Gesamtmenge der oben genannten Arzneimittel. Und es gibt eine steigende Tendenz: Die Verordnung an Doc hopper hat zwischen 2018 und 2023 deutlich zugenommen.

Auf der Straße gehandelte Arzneimittel stammen aus dem Darknet, illegaler Einfuhr („arabisches Pregabalin“) und aus ärztlichen Verschreibungen. Apothekeneinbrüche sind nach Daten des LKA Hamburg selten. Aus mehreren Untersuchungen ist bekannt, dass mindestens die Hälfte der Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen auf Privat Rezept vorgenommen wird – obwohl ein Großteil der Patienten gesetzlich versichert ist (Hoffmann, Glaeske 2014, Grimmsmann 2023) – ein fachlich und berufsrechtlich fragwürdiges Vorgehen. Wenn eine Verordnung medizinisch begründet ist, steht sie GKV-Patienten auf einem Kassenrezept zu. Wenn es keine medizinische Begründung gibt, verstößt die Verordnung einer abhängig machenden Substanz gegen das Berufsrecht – auch auf Privat Rezept.

Nach den Fachinformationen für die Benzodiazepine und Z-Substanzen soll die Dauer der Behandlung vier Wochen nicht überschreiten (bei Alprazolam zwölf Wochen). Hypnotika sind nach der AWMF-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ Mittel zweiter Wahl; erste Wahl ist die kognitive Verhaltenstherapie (die allerdings nicht ausreichend verfügbar ist). Werden Benzodiazepine länger als vier Wochen ver-

ordnet, muss dies nach der AM-RL Anlage III medizinisch begründet werden; eine längere Verordnung ist nicht verboten. Bei den Maximaldosen der Opioide wird zwischen den Indikationen Nicht-Tumorschmerz und Tumorschmerz unterschieden. Insgesamt wurden in Hamburg 2023 weniger Benzodiazepine und Opioide zu Lasten der GKV verschrieben als fünf Jahre zuvor. Nur Pregabalin wurde deutlich mehr verordnet als 2018 (Arzneiverordnungsreport 2023).

Doc hopper

Der Anteil der Doc hopper an der Zahl aller Patienten, denen dieses Arzneimittel verordnet wurde, ist gering – meist wenige Promille. Aber 5 bis 30 Prozent der Praxen verordnen 5 bis 15 Prozent der Gesamtmenge an Doc hopper. Die meisten Doc hopper gibt es bei Pregabalin. An 63 Doc Hopper wurde 2023 doppelt so viel Pregabalin verordnet wie 2018, etwa 5 Prozent der Gesamtmenge. Beteiligt waren 244 von 1100 Praxen. Bei den Opioiden fragen Doc hopper besonders nach Oxycodon; sie bekamen 2023 doppelt so viel wie 2018 – jetzt fast 10 Prozent der Gesamtmenge. Bei den übrigen untersuchten Opioiden wurden nur geringe Mengen von wenigen Praxen an Doc hopper verschrieben.



Doc hopper zu identifizieren, ist nicht einfach. Der KV liegen nur anonymisierte Verordnungsdaten vor. Auch die Kassen dürfen in ihren Daten nicht nach diesem Missbrauch der elektronischen Gesundheitskarte suchen. Wenn in der Praxis ein Verdacht entsteht, darf dieser an die Kassen gemeldet werden. Eine Liste der Ansprechpartner in den Krankenkassen finden Sie auf der Homepage der KV: www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Verordnung → Arzneimittel → Verdachtsfälle Arzneimittelmissbrauch

Der Verdacht kann anonymisiert auch bei der KV gemeldet werden, um andere Praxen zu informieren. Den Meldebogen finden Sie ebenfalls auf der genannten Seite.

Verordnung hoher Dosierungen

Die Höchstmenge von 600 mg Pregabalin täglich wurde 2023 bei 246 Patienten über-

Verordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen werden oft auf Privatrezept vorgenommen.

schritten; das sind fast doppelt so viele wie fünf Jahre zuvor (1 Prozent aller Patienten). Verordnet wurden bis über 3.000 mg täglich.

Es wurden zwar insgesamt weniger Benzodiazepine zu Lasten der GKV verordnet, aber häufiger hohe Dosen an einzelne Patienten als 2018. Clonazepam ist nur als Zusatzbehand-

lung bei Epilepsie zugelassen; dazu sind meist weniger als 8 mg täglich nötig. Es fällt auf, dass Dosierungen von 8 bis maximal 16 mg täglich ein Jahr lang in neun von zehn Fällen von allgemeinärztlichen Praxen verordnet wurden.

Nach der Fachinformation soll eine Dosis von 10 mg Diazepam täglich in der Regel nur stationär überschritten werden. Die Behandlungsdauer soll bei „chronischen Krankheitsbildern“ vier Wochen nicht überschreiten. Weniger als 30 Tabletten zu 10 mg im Jahr bekommen allerdings nur die Hälfte der ambulant behandelten Patienten. Sechs Prozent der Patienten (ca. 200) bekamen mindestens 10 mg täglich (maximal 100 mg). Lorazepam ist das am häufigsten verordnete Benzodiazepin. Eine Dosis von 2,5 mg täglich soll nicht überschritten werden, im Einzelfall (besonders im Krankenhaus) kann die Dosis bis 7,5 mg gesteigert werden. 15 Prozent der Patienten bekamen 2023 mehr als 2,5 mg täglich (bis 15 mg), verschrieben von zehn Prozent der Praxen.

Hypnotika sollen nach den Fachinformationen, der Arzneimittel-Richtlinie und Leitlinien möglichst nicht länger als vier Wochen verordnet werden. Auch Zolpidem und Zopiclon wurden nur etwa der Hälfte der Patienten für weniger als 30 Tage im Jahr verordnet; ein Viertel der Patienten bekamen mehr als 60 Tagesdosen. An ein bis zwei Prozent der Patienten (zusammen ca. 250 Patienten) wurden diese Schlafmittel täglich (maximal fünf Tabletten) verordnet.

Die große Zahl der Patienten, bei denen viele Ärzte Schlafmittel länger als empfohlen verschreiben, zeigt, dass die Anforderungen der Leitlinie in der Wirklichkeit nicht erreicht



werden. Das wird bei den privat verordneten Schlafmitteln nicht anders sein.

Auch Opioide wurden insgesamt weniger verschrieben. Allerdings wurde 2023 doppelt so viel Oxycodon wie 2018 an hochdosierte Patienten verordnet, bis über 1000 mg Oxycodon täglich (Maximaldosis beim Tumorschmerz nach der Fachinformation 400 mg).

Wenn Patienten nach einer Dosiserhöhung fragen, muss geprüft werden, ob die erwünschte Schmerzlinderung damit erreicht werden kann, ob ein neuropathischer Schmerz besser mit anderen Arzneimitteln behandelt werden kann oder ob eine psychiatrische Ursache vorliegt (Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen / LONTS“). Natürlich kann eine im Rahmen der Schmerzbehandlung entstehende Opioidabhängigkeit bei einem tumorbedingten Schmerz in Kauf genommen werden. Bei einem Nicht-Tumorschmerz soll diese unerwünschte Arzneimittelwirkung vermieden werden. Die Leitlinie empfiehlt deshalb, nur bei deutlicher Schmerzbesserung innerhalb von zwölf Wochen die Therapie fortzusetzen und eine Dosis von 120 mg Morphinäquivalent nur in Ausnahmefällen zu überschreiten.

Bei der Verordnung abhängig machender Arzneimittel müssen Indikation, Menge und Dauer sorgfältig geprüft werden. Das gilt auch für Privatpatienten. In der Berufsordnung heißt es in §7 Abs.8: „Ärztinnen und Ärzte dürfen

Maximaldosis bei LONTS

Morphin	120mg
Tilidin	600mg
Tramadol	600mg
Oxycodon	80mg
Hydromorphon	16mg
Buprenorphin	1,6mg
Fentanyl	50µg/h

einer missbräuchlichen Verwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten“. Die Opioide Fentanyl und Oxycodon fallen unter das Betäubungsmittelgesetz. Betäubungsmittelrecht ist Strafrecht. Betäubungsmittel dürfen nur verordnet werden, wenn der beabsichtigte Zweck nicht auf andere Weise erreicht werden kann. Sie sind also immer Arzneimittel zweiter Wahl. Auch im Vertretungsfall muss belegt werden können, dass das Betäubungsmittel indiziert ist.

Bei der Verordnung auffällig hoher Dosierungen muss mit einer Prüfung wegen Unwirtschaftlichkeit gerechnet werden. Es ist deshalb wichtig, die Begründung für die Verordnungen in der Patientendatei sorgfältig zu dokumentieren. ■

DR. MED. RAINER ULLMANN ist beratender Arzt in der Abteilung „Verordnung und Beratung“. Tel: 040 / 22802 - 571, -572
verordnung@kvhh.de

Literatur

Grimmsmann, Himmel (2023): Privatverordnungen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen in Ost- und Westdeutschland – eine Sekundärdatenanalyse. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-2160-2679.pdf>

Hoffmann, Glaeske (2014) Benzodiazepinhypnotika, Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezept. Verbrauch zwischen 1993 und 2012. doi: 10.1007/s00115-014-4016-8

Ludwig, Mühlbauer, Seifert: Arzneiverordnungsreport 2023

S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen / LONTS“.

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-003>

S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ (AWMF-Registernummer 063-003, Update 2016).

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/063-001>

Antibiotika
Prüfverfahren

Hilfsmittel

Regress
Rezepte

Heilmittel
Off-Label-Verordnung

Richtlinien

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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Integritäts-Bewertungsinstrument dringend benötigt

Umgang mit problematischen Studien in systematischen Übersichtsarbeiten

**VON DR. RER. NAT. BIRGIT SCHINDLER, CLAUDIA BREUER UND PROF. DR. MED. JÖRG MEERPOHL IM
AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)**



Aktuelle, methodisch hochwertige systematische Übersichtsarbeiten zu Gesundheitsinterventionen fassen alle relevante Evidenz für eine Fragestellung zusammen und spielen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Leitlinienempfehlungen und bei medizinischen Versorgungsentscheidungen. Sie können jedoch auch ungewollt Fehlinformationen verbreiten, wenn fragwürdige oder nicht authentische Studien in die Evidenzbasis einfließen. Verfügbare Instrumente zur Bewertung eingeschlossener Studien, wie beispielsweise das Risk of Bias-Tool (RoB-2) von Cochrane, gehen davon aus, dass die Studien und die berichteten Daten echt sind. Doch wenn Studien manipuliert oder komplett erfunden sind, aber eine hochwertige Methodik vorgeben, kann dies das RoB-2-Tool nicht aufdecken [1].

„Nicht authentische“ Studien werden oft erst dann als solche bekannt, wenn sie von den publizierenden

Fachzeitschriften zurückgezogen werden. Die Zahl der zurückgezogenen Forschungsartikel hat im Jahr 2023 die Marke von 10.000 überschritten und damit einen neuen jährlichen Höchstwert erreicht [2]. Die Gründe für die Rücknahme einer Publikation mögen vielfältig sein und von unbeabsichtigten Fehlern und naiven Irrtümern bis hin zu wissenschaftlichem Fehlverhalten reichen. Einer Studie zufolge liegt das Zurückziehen jedoch in den meisten Fällen tatsächlich an wissenschaftlichem Fehlverhalten wie nachgewiesenem oder vermutetem Betrug, doppelten Veröffentlichungen oder Plagiaten [3]. Und Integritätsexperten vermuten, dass die zurückgezogenen Studien nur die Spitze des Eisbergs sind [1].

PAPER MILLS – GEFÄLSCHTE WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN ALS GESCHÄFTSMODELL

In den letzten Jahren hat sich ein besorgniserregender Trend in der wissenschaftlichen Publikationslandschaft etabliert: die systematische Produktion gefälschter Forschungsartikel durch profitorientierte Dienstleister, sogenannte „Paper Mills“. Diese haben sich darauf spezialisiert, wissenschaftliche Arbeiten gegen Bezahlung zu erstellen. Mithilfe von künstlicher Intelligenz (KI) arbeiten sie äußerst effizient und können dank eines fragwürdigen Netzwerks sogar die Veröffentlichung in Fachjournalen ermöglichen [4]. Und diese KI-generierten, gefälschten Forschungsarbeiten sind nicht mehr einfach als Plagiate oder durch schlechte Qualität zu erkennen.

Schätzungen zufolge gelangen jährlich tausende gefälschte Paper durch Paper Mills in den wissenschaftlichen Kreislauf [4].

Das Problem ist global, betrifft aber insbesondere Länder mit hohem Publikationsdruck, wie China, Indien, Russland und einige osteuropäische Staaten [4]. Aber auch in westlichen Ländern gibt es eine wachsende Zahl von Forschenden, die sich durch solche Dienste Vorteile verschaffen wollen.

COCHRANE GEHT DAS PROBLEM AN

Um das Problem der gefälschten Daten bzw. komplett gefälschter Studien bei der Erstellung von systematischen Reviews in den Griff zu bekommen, entwickelt Cochrane derzeit ein „Integritätswerkzeug“ (INSPECT-SR Tool: INveStigating ProblEMatic Clinical Trials in Systematic Reviews). Durch verschiedene Informations-Checks sollen zukünftig Indizien für mögliche Integritätsprobleme gesammelt und zu einer Gesamteinschätzung zusammengeführt werden. Studien, bei denen es dann ernsthafte Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit der Daten oder der gesamten Studie gibt, sollen dadurch früh im Reviewprozess erkannt werden. Umso besser, wenn dabei nicht nur Datenfälschungen, sondern auch unbeabsichtigte Fehler wie Flüchtigkeitsfehler und Versäumnisse im Datenmanagement bei an sich „echten“ Studien aufgedeckt werden. Gleichzeitig muss aber sichergestellt werden, dass „echte“ Studien nicht zu Unrecht unter Verdacht geraten und nicht berücksichtigt werden.

Um diese Herausforderung zu bewältigen und einen ausgewogenen Ansatz zu finden, wurde das INSPECT-SR-Projekt ins Leben gerufen.

→ Fortsetzung nächste Seite

DAS INSPECT-SR-PROJEKT

Im Rahmen des vom NIHR (National Institute for Health and Care Research) geförderten INSPECT-SR-Projekts entwickelt Cochrane derzeit gemeinsam mit einem internationalen Expertengremium ein Instrument zur Identifizierung „nicht-authentischer“ Studien. Dabei werden empirische Evidenz und Konsensmethoden kombiniert, um ein möglichst zuverlässiges Instrument zu entwickeln, das anschließend durch umfassende Tests weiter verfeinert und optimiert werden soll [5].

Das INSPECT-SR-Projekt umfasst fünf Phasen:

Sammlung von Prüfmethoden: In einer Umfrage unter 71 Experten in 16 Ländern wurde eine umfassende Liste von 102 potenziellen Prüfkriterien identifiziert [6].

Bewertung der Machbarkeit: Die gesammelten Methoden wurden auf 95 RCTs in Cochrane Reviews angewendet, um die Anwendbarkeit und die Auswirkungen zu bewerten [7].

Delphi-Umfrage und Konsensfindung: Derzeit wird durch eine Delphi-Umfrage und anschließende Konsenstreffen ermittelt, welche der Prüfkriterien in das endgültige INSPECT-SR-Werkzeug aufgenommen werden sollen.

Praxistest und Verfeinerung: Das entwickelte Werkzeug soll an neuen systematischen Übersichtsarbeiten getestet und basierend auf Nutzerfeedback optimiert werden.



→ Fortsetzung

WENN DIE STUDIENBASIS MIT DER ZEIT KLEINER STATT GRÖßER WIRD

Wie weitreichend das Phänomen „nicht-authentischer Studien“ tatsächlich ist, bleibt unklar. Es deutet sich jedoch in einigen aktualisierten Cochrane Reviews bereits an, dass nicht nur die präklinische Forschung, sondern auch die klinische Forschung von Fälschungen und Manipulationen betroffen ist.

Konkret kamen zwei unter Nutzung von Vorläuferinstrumenten von INSPECT-SR aktualisierte Cochrane Reviews zu häufig eingesetzten Mitteln – Vitamin D in der Schwangerschaft und Statine nach einer Herzoperation – in ihren aktualisierten Versionen unter Berücksichtigung einer kleineren Anzahl von Studien zu einem anderen Schluss als die vorherigen Versionen auf Basis einer größeren Anzahl von Studien.

In beiden Fällen führten die Cochrane-Autor:innen in der aktualisierten Version ein Vorab-Screening der zu ihrer Forschungsfrage gefundenen Studien auf wissenschaftliche Integrität der Studien durch und schlossen zum Teil Studien aus, die sie in der vorherigen Version berücksichtigt hatten.

COCHRANE REVIEW ZU VITAMIN D IN DER SCHWANGERSCHAFT

Einer der Reviews drehte sich um die Frage, ob eine Nahrungsergänzung mit Vitamin D während der Schwangerschaft zur Vorbeugung von Komplikationen sinnvoll und verträglich ist [8].

Die vorherige Version war auf Basis von 30 Studien zu dem Schluss gekommen, dass die Nahrungsergänzung mit Vitamin D in der Schwangerschaft wahrscheinlich das Risiko für Präeklampsie, Schwangerschaftsdiabetes und geringem Geburtsgewicht reduziert und möglicherweise auch das Risiko für schwere Blutungen nach der Geburt verringert.

Die Verwendung eines Integritäts-Instruments, des sogenannten Cochrane Pregnancy and Childbirth Trust-

worthiness Screening Tools [9], führte dazu, dass 21 Studien aus der vorherigen Version des systematischen Reviews nun nicht mehr in die Analyse einfließen. Und dies hatte Auswirkungen auf die Schlussfolgerungen: Nun wird die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz für die Wirksamkeit der Vitamin-D-Supplementation in der Schwangerschaft als niedrig oder sehr niedrig eingestuft, und die meisten berichteten Ergebnisse für Mutter und Kind stützen sich nur auf Daten aus einer, zwei oder drei Studien.

Im Bereich „Nahrungsergänzung in Schwangerschaft und Stillzeit“ scheint es möglicherweise generell ein Problem mit der Integrität von Studien zu geben. In 14 von 18 speziell mit diesem Tool untersuchten Cochrane Reviews aus diesem Bereich führte eine formale Bewertung der Integrität zum Ausschluss von Studien und bei sechs veränderten sich durch die vordefinierten Kriterien für Integrität die Schlussfolgerungen für die Praxis [9]. Das bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass die ausgeschlossenen Studien tatsächlich Fälschungen sind. Vielmehr wurde ein Teil dieser Studien der Kategorie „awaiting classification“ zugeordnet.

COCHRANE REVIEW ZU STATINEN ZUR VORBEUGUNG VON KOMPLIKATIONEN NACH EINER HERZOPERATION

Der zweite Review ging der Frage nach, ob es sinnvoll ist, vor einer Herzoperation Statine einzunehmen, um beispielsweise einem Vorhofflimmern in den ersten Wochen nach der Operation vorzubeugen [10].

Ältere und neuere Studien kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Ältere Studien, die weder eine Registrierung vor Studienbeginn, noch die Genehmigung einer Ethikkommission aufwiesen und vergleichsweise wenig Teilnehmende einschlossen, wurden in der aktuellen Version des Reviews nicht mehr berücksichtigt. Ausgewertet wurden jetzt nur noch 8 Studien (zuvor: 23 Studien) mit insgesamt 5592 Teilnehmenden, fünf davon neuere RCTs, die in der vorherigen Version gar nicht enthalten waren.

Man könnte hier die restriktive Vorgehensweise der Autor:innen infrage stellen und bezweifeln, ob die Grundlage für den Ausschluss einiger RCTs ausreichend war. Schließlich wurde die Registrierung erst seit den 2000er Jahren verpflichtend. Für das Vorgehen spricht aber nicht zuletzt, dass der Ausschluss kleinerer RCTs, die nicht registriert waren und keinen Nachweis über die ethische Genehmigung erbrachten, dazu beiträgt den "Small-Study-Effect" zu vermeiden. Als solcher wird in der wissenschaftlichen Forschung eine Verzerrung (Bias) bezeichnet, die dadurch entsteht, dass kleinere Studien tendenziell deutlichere Effekte berichten als größere Studien. So hatten die älteren Studien auf eine ausgeprägte Reduktion von Komplikationen nach einer Herzoperation unter Statin-Anwendung hingedeutet [11].

Der aktuelle Review findet im Unterschied zur vorherigen Version keine Hinweise für einen Nutzen hinsichtlich postoperativer Komplikationen. Statine beeinflussten weder die Sterblichkeit innerhalb der ersten 30 Tage nach der Herz-Operation, noch schwerwiegende Ereignisse wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen, Vorhofflimmern oder die Dauer des Aufenthalts auf der Intensivstation. Werden Statine sowieso regelmäßig eingenommen, spricht nichts dagegen, sie weiter einzunehmen, denn schädliche Auswirkungen von Statinen wurden in der Phase rund um eine Herzoperation nicht berichtet.

INDIZIEN FÜR „NICHT AUTHENTISCHE“ STUDIEN SAMMELN

Um die „Verunreinigung“ der Evidenzbasis durch nicht authentische Studien zu vermeiden, soll das

BEISPIELE DES VORLÄUFIGEN INSPECT-SR-INSTRUMENTS [12]

<p>Überprüfung von Mitteilungen nach der Veröffentlichung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Wurde die Studie im Nachhinein zurückgezogen? ● Wurde im Nachhinein ein „Expression of Concern“ zur Studie veröffentlicht? ● Wurde bei anderen Studien des Teams im Nachhinein ein „Expression of Concern“ zur Studie veröffentlicht oder die Studie zurückgezogen?
<p>Überprüfung der Durchführung und Transparenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Liegt die Genehmigung einer Ethikkommission vor? ● Wurde die Studie prospektiv registriert? ● Ist die Rekrutierung plausibel? (beispielsweise zu viele Betroffene einer seltenen Erkrankung innerhalb von kurzer Zeit in einem Studienzentrum)
<p>Überprüfung von Text und Abbildungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Gibt es plagiierte Textstellen? ● Gibt es Duplikationen von Abbildungen?
<p>Überprüfung der Ergebnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Sind die Baseline-Charakteristika plausibel? ● Passt die Zahl der randomisierten Personen zum Randomisierungsverfahren (Anzahl der Blöcke)? ● Keine oder kaum Studienabbrüche trotz längerer Laufzeit? ● Gibt es nicht plausible Ergebnisse bzw. statistische Auffälligkeiten?



sich derzeit in Entwicklung befindende Instrument – das INSPECT-SR-Tool (INVeStigating ProblEmatic Clinical Trials in Systematic Reviews) – eine transparente Bewertung der Integrität von RCTs in systematischen Übersichtsarbeiten ermöglichen und so zur Sicherstellung der wissenschaftlichen Validität der SR-Ergebnisse beitragen [5]. Das INSPECT-SR-Integritäts-Tool wird verschiedene Kriterien enthalten, um so Indizien für mögliche Integritätsprobleme zu sammeln (vgl. Kasten Seite 25).

Es zeichnet sich schon jetzt ab, dass es keinen eindeutigen und sicheren Referenz-Standard für verdächtige oder gefälschte Studien geben kann, und das INSPECT-SR-Tool wird auch kein eindeutiger und verlässlicher diagnostischer Test für Betrug sein. Es soll den Review-Autor:innen aber in Zukunft helfen, die Integrität der eingeschlossenen Studien besser einzuschätzen, indem Indizien für Fehler oder Hinweise für mangelnde Authentizität gesammelt werden und so zu einer Gesamteinschätzung zusammengeführt werden. ■



**DR. RER. NAT.
BIRGIT SCHINDLER**
wissenschaftliche Mitarbeiterin der
Cochrane Deutschland Stiftung



CLAUDIA BREUER
wissenschaftliche Mitarbeiterin der
Cochrane Deutschland Stiftung



**PROF. DR. MED.
JÖRG MEERPOHL**
Direktor Cochrane Deutschland
und Direktor des Instituts für
Evidenz in der Medizin des Universi-
tätsklinikums Freiburg

Referenzen

- [1] Boughton SL, Wilkinson J, Bero L. When beauty is but skin deep: dealing with problematic studies in systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 6(6): ED000152.
- [2] Van Noorden R. More than 10,000 research papers were retracted in 2023 – a new record. *Nature.* 2023; 624: 479-481.
- [3] Fang FC, Steen RG, Casadevall A. Misconduct accounts for the majority of retracted scientific publications. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 2012; 109: 17028–33.
- [4] Else H, Van Noorden R. The fight against fake-paper factories that churn out sham science. *Nature.* 2021; 591: 516-519.
- [5] Wilkinson J, Heal C, Antoniou GA, Flemyng E, Alfirevic Z, Avenell A, Barbour V, Brown NJL, Carlisle J, Clarke M, Dicker P, Dumville J, Grey A, Grohmann S, Gurrin LC, Hayden JA, Heathers J, Hunter KE, Lasserson T, Lam E, Lensen S, Li T, Li W, Loder E, Lundh A, Meyerowitz-Katz G, Mol BW, O'Connell NE, Parker L, Redman BK, Seidler AL, Sheldrick KA, Sydenham E, Torgerson DJ, van Wely M, Wang R, Bero L, Kirkham JJ. Protocol for the development of a tool (INSPECT-SR) to identify problematic randomised controlled trials in systematic reviews of health interventions. *BMJ Open.* 2024; 14: e084164.
- [6] Wilkinson J, Heal C, Antoniou GA, Flemyng E, Avenell A, Barbour V, Bordewijk EM, Brown NJL, Clarke M, Dumville J, Grohmann S, Gurrin LC, Hayden JA, Hunter KE, Lam E, Lasserson T, Li T, Lensen S, Liu J, Lundh A, Meyerowitz-Katz G, Mol BW, O'Connell NE, Parker L, Redman B, Seidler AL, Sheldrick K, Sydenham E, Dahly DL, van Wely M, Bero L, Kirkham JJ. A survey of experts to identify methods to detect problematic studies: stage 1 of the INveStigating ProBlEmatic Clinical Trials in Systematic Reviews project. *J Clin Epidemiol.* 2024; 175: 111512.
- [7] Preprint: Wilkinson J et al. 2024. Assessing the feasibility and impact of clinical trial trustworthiness checks via an application to Cochrane Reviews: Stage 2 of the INSPECT-SR project. *medRxiv* 2024.11.25.24316905; doi:<https://doi.org/10.1101/2024.11.25.24316905>.
- [8] Palacios C, Kostiuik LL, Cuthbert A, Weeks J. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 7. Art. No.: CD008873.
- [9] Weeks J, Cuthbert A, Alfirevic Z. Trustworthiness assessment as an inclusion criterion for systematic reviews – What is the impact on results? *Cochrane Evidence Synthesis and Methods* 2023; 1: e12037.
- [10] Marques Antunes M, Nunes-Ferreira A, Duarte GS, Gouveia e Melo R, Sucena Rodrigues B, Guerra NC, Nobre A, Pinto FJ, Costa J, Caldeira D. Preoperative statin therapy for adults undergoing cardiac surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 7. Art. No.: CD008493.
- [11] Providencia R. Preoperative statins in cardiac surgery: a tale of small study bias or 'the truth, and nothing but the truth'. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 7. Art. No.: ED000167
- [12] Wilkinson J. Workshop: Introducing INSPECT-SR: a tool for detecting problematic randomized controlled trials in health systematic reviews. *Global Evidence Summit.* 10.09.2024, Prag.



Wozu brauchen Ärzte eine private Gebührenordnung?

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

Seit 1982 erhalten Ärzte für die meisten Leistungen, die sie für private Patienten erbringen, fast das gleiche Honorar. 1996 gab es eine minimale Anpassung an die Inflation, seitdem sind die Preise komplett unverändert.

Die überfällige Novellierung der privatärztlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) soll jetzt endlich kommen. Doch um den Entwurf der Bundesärztekammer gibt es eine kritische Diskussion.

Eine Reihe von Kritikern (zu denen sich auch der Autor zählt) bemängeln, dass die neue GOÄ keine Möglichkeit mehr zuließe, Gebührensatz nach Schwierigkeitsgrad zu steigern. Zudem gäbe es keinen Inflationsausgleich. Für viele Kollegen seien sogar erhebliche Mindererlöse zu befürchten.

Um diese Diskussion soll es aber in diesem Text nicht gehen. Mich beschäftigt in dieser Kolumne vielmehr die Frage, warum die Diskussion auf so wenig Widerhall stößt und warum die Apelle der Bundesärztekammer an den Gesundheitsminister so wenig Resonanz erfahren. Mein Eindruck ist, dass viele von uns Ärzten der privaten Gebührenordnung keine große Bedeutung zumessen.

Dabei betrifft die Gebührenordnung jeden von uns, selbst die jüngsten Assistenzärzte. Viele junge

Ärzte denken zwar, die Gebührenordnung ginge sie nichts an, da sie keine eigenen Privatpatienten haben. Dabei könnten auch Ärzte in Weiterbildung privatärztliche Leistungen erbringen. Sie erstellen z.B. Gutachten und Atteste für Patienten und beteiligen sich an der Privatbehandlung ihrer Chefs. Früher zumindest war es weit verbreitet, Assistenzärzte an den Privateinnahmen zu beteiligen. Auch wenn man nachts zu einer Blutabnahme für die Polizei hinzugezogen wurde, konnte man das als Assistenzarzt selbst abrechnen. Heute sind die Privatbehandlungen und -erlöse meist fest in der Hand der Klinikkonzerne. Das kommt jungen Kollegen, die nichts anderes kennen, völlig normal vor. Ist es aber nicht.

Ich fand es als junger Assistenzarzt sehr hilfreich, einen kleinen Einblick in die Privatbehandlung meiner Chefs zu bekommen. Mir wurde dabei klar, dass die Möglichkeit zur Privatabrechnung auch ein Stück Unabhängigkeit bedeutet. Älteren Kollegen, die genug hatten vom Klinikalltag, blieben zwei Möglichkeiten: In erster Linie natürlich der Kauf einer Kassenpraxis. Aber in den Fällen, in denen kein KV-Sitz zu bekommen war, wichen einige Oberärzte oder Fachärzte auf die Privatpraxis aus. Die Kassenpraxis war zwar der favorisierte Weg. Aber

als Notlösung oder zur Überbrückung verhalf die Privatpraxis so manchem zur ersehnten beruflichen Freiheit. Ich erinnere mich an operative Oberärzte, die, als es in der Klinik nicht so gut lief, sich mit Praxen für Neuraltherapie oder Akupunktur retteten.

Selbst wenn man selbst solche Wege nicht primär anstrebt, wird die eigene Position faktisch wie mental gestärkt, wenn man berufliche Alternativen hat.

Ärzte sind nicht gut im Streiken, weshalb sie wenig Druck auf die Politik ausüben. Doch ein Druckmittel gibt es: Sie müssen nicht zwangsweise als Angestellter oder Kassenarzt arbeiten. Sie können zur Not auch Gutachten machen, Amtsarzt werden oder zum MDK wechseln. Einige gehen ins Ausland, zur Pharma oder vorzeitig in Rente. Andere werden Bürgermeister. Eine der am häufigsten gewählten Alternativen ist jedoch die Privatmedizin. Schon deshalb kann die GOÄ keinem Arzt egal sein.

Für Vertragsärzte hat die private Gebührenordnung noch eine besondere Bedeutung. Denn die gesetzliche Versicherung deckt nicht alles ab, was Ärzte und Patienten wollen. Atteste z.B. gehören gemeinhin nicht zu den kassenärztlichen Aufgaben. Eine Bescheinigung für ein Fitnessstudio kann nur privat,

also nach GOÄ, abgerechnet werden. Das gilt für viele Leistungen, z.B. für weite Teile der Reisemedizin und der Sportmedizin, sowie eine ganze Reihe von Vorsorgeuntersuchungen. Für viele Praxen ist die Behandlung von Privatpatienten und Selbstzahlern der Rettungsring, der sie wirtschaftlich überleben lässt. Zwar wird Selbstzahlermedizin oft kritisch gesehen, weil teilweise auch

und bleiben in der Obhut eines schulmedizinisch ausgebildeten Arztes, der Alarmsignale schwerer Erkrankungen erkennen kann.

Alle Ärzte können zudem neue Methoden, von denen sie überzeugt sind, als private Leistungen anbieten. Vieles, was jetzt im Katalog der gesetzlichen Krankenkassen steht, war einst „Individuelle Gesundheitsleistung“, wie die Knochendich-

Die eigene Position wird faktisch wie mental gestärkt, wenn man berufliche Alternativen hat: Wir müssen nicht zwangsweise als Kassenärzte arbeiten.

Leistungen angeboten würden, deren Nutzen zweifelhaft sei. Doch das ist ungerecht. Denn auch im offiziellen Leistungskatalog der Krankenkassen finden sich viele Dinge, für die es keine gute Studienlage gibt. Der Unterschied ist ein anderer.

Die Behandlung gesetzlich Versicherter muss „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. Alles, was darüber hinausgeht, ist Privatsache des Versicherten.

Homöopathie z.B. ist nicht meine Lieblingstherapie. Ich halte es für völlig richtig, dass sie nicht im GKV Katalog steht. Aber viele Menschen möchten mit dieser Therapieform behandelt werden. Deshalb ist es eine gute Lösung, dass Ärzte diese Therapie weiterhin als Privatleistungen anbieten können. Patienten müssen nicht zum Heilpraktiker

temessung, die Mammografie als Früherkennung oder die Stoßwelle bei Fersensporn, um nur einige zu nennen. Auch für den medizinischen Fortschritt benötigen wir eine private Gebührenordnung. Sie schafft uns die Freiheit, die Medizin zu betreiben, die wir für richtig halten. Und sie ermöglicht unseren Patienten die Behandlungen, die sie wünschen, auch wenn diese nicht in das Korsett der gesetzlichen Krankenversicherungen passen.

Das gilt auch, wenn Patienten mehr Zuwendung und Zeit für sich beanspruchen als ihnen nach den Kriterien der wirtschaftlichen Notwendigkeit „zusteht“. Statt diesen Wunsch pauschal abzulehnen, bleibt dem Arzt die Möglichkeit, diese Leistungen privat in Rechnung zu stellen.

Diese Seite der Privatbehandlung wird in Zukunft noch wichtiger, wenn es gelingt, eine effektive Patientensteuerung durchzusetzen. Denn Patientensteuerung heißt auch, nicht unbedingt nötige Arztkontakte zu Lasten der Kassen zu vermeiden. Das wird deutlich in einem etwas schrägen Vorschlag der Ersatzkassen, die fordern, dass jedes Mitglied sich für einen bestimmten Zeitraum ein „Vierer-Team“ von Ärzten wählen muss, von dem es vorrangig behandelt wird. Behandlungen durch andere Ärzte gibt es dann nur per Überweisung. Alle anderen Behandlungen wären privat zu bezahlen. Hier führt Patientensteuerung – wie auch in anderen Modellen – automatisch zu mehr Privatbehandlungen, also noch ein Grund mehr, sich um die GOÄ zu kümmern.

Ende Mai will der Deutsche Ärztetag einen Entwurf für eine neue GOÄ beschließen. Höchste Zeit also, sich im eigenen Interesse über diesen Entwurf zu informieren und sich eine Meinung zu bilden.

Denn die private Gebührenordnung ist wichtig. Sie schafft uns Ärzten die Freiheit, die wir brauchen, um unabhängig zu arbeiten. Sie ist wesentliches Merkmal eines freien Berufs. ■

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



AUSSTELLUNG: ARZT UND PATIENT IM NATIONALSOZIALISMUS

„Anlass zur Wachsamkeit“

Das Zentrum für Antisemitismusforschung hat die Geschichte der KBV-Vorläuferorganisation KVD (Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands) erforscht. Im Interview berichtet der Historiker **DR. ULRICH PREHN** über das bürokratische Räderwerk der NS-Verwaltung, die Entrechtung jüdischer Ärzte und eine erstaunliche Fallgeschichte aus Hamburg.

Was hat Sie im Rahmen Ihrer Forschungsarbeit besonders überrascht oder persönlich bewegt?

PREHN: Besondere Überraschungsmomente ergaben sich aus der Durchsicht der Aktenbestände der KVD (Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands), die wir im Auftrag der KBV durchgesehen und ausgewertet haben. So fand ich zum Beispiel eines Tages in einem der Kartons, der überwiegend Verwaltungsunterlagen mit völlig anderen thematischen Bezügen enthielt, einen Aktenordner, dessen Rücken mit nur einem einzigen Wort beschriftet war: „Juden“. Andere in dem Aktenordner enthaltene Beschriftungen, zum Beispiel „Ausschaltung der jüdischen Ärzte“, spiegeln direkt die zeitgenössische NS-Terminologie wider. Gesammelt finden sich dort die maßgeblichen Verordnungen zur Entrechtung der jüdischen Ärzt:innen – überwiegend als Rundschreiben, zum Teil aber auch abgedruckt



Kurator Dr. Ulrich Prehn bei der Ausstellungs-Eröffnung am 10. April 2025 im Foyer der KV Hamburg.

im *Deutschen Ärzteblatt*. Ich fand darunter auch ein 19-seitiges Rundschreiben des Reichsärztesführers an die Ärztekammern vom 17. Oktober 1938, das in folgender Formulierung gipfelt: „Es kann nicht unser Ziel sein, die Wartezimmer der deutschen Ärzte mit Juden zu bevölkern.“ Konkret hieß das: Ausgewählte (deutsch-)jüdische Ärzt:innen, die man zu „Krankenbehandlern“ degradiert hatte, sollten die medizinische Versorgung „ihresgleichen“ gewährleisten,

damit deutsche (nichtjüdische) Ärzt:innen sich ausschließlich um die sogenannten deutschen Volksgenossen kümmern konnten.

Warum empfehlen Sie KV-Mitarbeiter:innen die Ausstellung?

PREHN: Ich denke, das Beispiel des Aktenordners, den ich gerade erwähnte, bringt es doch ganz gut auf den Punkt. Mitarbeiter:innen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind

WANDERAUSSTELLUNG IM FOYER DER KV HAMBURG

Die Wanderausstellung „Systemerkrankung“ berichtet anhand von Fallbeispielen über Ärzte und Patienten im Nationalsozialismus: In den ärztlichen Standesorganisationen vollzog sich ein Prozess der (Selbst-)Gleichschaltung, **politisch unerwünschte sowie jüdische Ärztinnen und Ärzte wurden verdrängt**. Die Ausstellung schildert auch Verbrechen, die Ärzte während der Nazi-Zeit verübten: Zwangssterilisationen, Krankenmorde und Humanexperimente.

Die Ausstellung ist das Ergebnis eines **Forschungsprojekts zur KBV-Vorgängerorganisation KVD** (Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands), mit dem die KBV das **Zentrum für Antisemitismusforschung** der TU Berlin beauftragte. Erstmals gezeigt wurde die Ausstellung im Haus der KBV in Berlin.



Vom **7. April bis zum 26. Mai 2025** ist die Wanderausstellung im **Foyer der KV Hamburg** zu sehen – jeweils Mo. bis Fr. zwischen 9 und 18 Uhr.

Website zur Ausstellung: www.systemerkrankung.de

ja in ihren arbeitsbezogenen Entscheidungen, ihrem ganz alltäglichen Verwaltungshandeln ebenfalls an Verordnungen, gesetzliche Vorgaben und so weiter gebunden. Gesetzt den Fall, es fänden ganz allmählich zunächst kaum wahrnehmbare, dann womöglich immer radikalere Verschiebungen solcher rechtlichen Grundlagen – in Bezug auf welche auch immer denkbare Gruppe – statt, wäre unbedingt Vorsicht geboten. Und es bedürfte einer möglichst großen Zahl von Menschen, die bereit wären, sich solchen Entwicklungen entgegenzustellen. Anlass zur Wachsamkeit in dieser Hinsicht bietet das aktuelle

Anwachsen politischer Kräfte am rechten Rand in Deutschland ja zweifellos!



„Arzt und Volk“: Titelblatt der Illustrierten Zeitung vom 23.2.1933

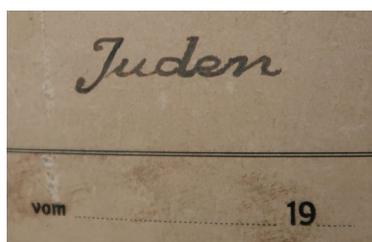
Die Ausstellung enthält Fallgeschichten. Weshalb haben Sie genau diese ausgewählt?

PREHN: Die Fallgeschichten haben sich beinahe „natürlich“ aus den Aktenfunden im KBV-Archiv ergeben. Bestes Beispiel hierfür ist die Geschichte der unangepassten, aus Sicht ihrer Vorgesetzten „renitenten“ und in politisch-weltanschaulicher Hinsicht „unzuverlässigen“ KVD-Angestellten Gerta Disselkamp, die wir auf dem Ausstellungs-Banner „Ärztliche Standesorganisationen und ihre Gefolgschaft“ erzählen. Andere „Fallgeschichten“ mussten wir andernorts, das



Ausstellungskatalog - herausgegeben von Dr. Ulrich Prehn und Sjoma Liederwald

heißt in anderen Archiven und Sammlungen, suchen. Denn Unterlagen, die Auskunft über etwa solche das Arzt-Patient-Verhältnis unmittelbar betreffenden Themenfelder geben wie Zwangssterilisationen oder den sogenannten Kranken-



Akten aus dem Bestand der KVD (Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands): Verordnungen und Regelungen zur Entreichung der jüdischen Ärzt:innen

mord im Nationalsozialismus, enthalten die Aktenbestände des Alt-Archivs der KBV nicht. Wichtig war uns, die Fallgeschichten nicht nur aus der Perspektive von Ärztinnen und Ärzten, Ärzte-Funktionären und Vertretern der ärztlichen Standesorganisationen zu erzählen, sondern immer auch einen Blick auf Patientinnen und Patienten zu werfen und sie möglichst weitgehend selbst zu Wort kommen zu lassen.

Sind auch Fallgeschichten von Hamburger Ärztinnen und Ärzten darunter?

PREHN: Allerdings. In neun von insgesamt vierzehn Interviewausschnitten, die wir an den Medienstationen zeigen, sind Hamburgerinnen oder Hamburger die Protagonist:innen. Sie sind zumeist Familienangehörige von jüdisch-deutschen Ärzt:innen oder von Opfern des NS-Krankenmordprogramms. Eins der besonders beeindruckenden Interviews, das wir in der „Werkstatt der Erinnerung“ (dem Oral-History-Archiv der Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg) fanden, wurde

2002 mit dem 1916 geborenen Hans Engel geführt – Sohn des aus Hamburg vertriebenen Ärzteehepaars Dr. Heinrich Engel und Dr. Toni Engel (geb. Blumenfeld). Hans Engel selbst emigrierte 1935 nach Großbritannien, wo er Medizin studierte. 1943 schloss er sich der britischen Armee an und nahm später als Stabsarzt an der Landung in der Normandie teil. Besonders berührend sind seine Schilderungen darüber, wie er ab Ende April 1945 bei der medizinischen Versorgung der Insassen des Kriegsgefangenenlagers Sandbostel half. Dort befanden sich auch viele Häftlinge des KZ Neuengamme, die auf einem sogenannten Todesmarsch dorthin gebracht worden waren. Die Befreier dieses Lagers – unter ihnen Hans Engel – retteten vielen der völlig entkräfteten, unterernährten Menschen das Leben. ■

Interview: Marthe Hartig

Interviews mit Zeitzeuginnen und Zeitzeugen bzw. deren Nachkommen (unter anderem mit Hans Engel):
www.systemerkrankung.de → Ausstellung → Interviews



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Catharina Bullmann**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Catharina Bullmann**

Geburtsdatum: **1964**

Familienstand: **verheiratet , 1 Kind**

Fachrichtung: **Fachärztin für Innere Medizin, Endokrinologie & Diabetologie, Osteologin (DVO)**

Weitere Ämter: **Weiterbildungskommission für das Fach Internistische Endokrinologie, Prüferin für dieses Fach, Beiratstätigkeit in der Fachgesellschaft**

Hobbys: **aktiv Musik machen (Bigband und Quartett)**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja, die Endokrinologie ist immer noch ein vielfältiges und sehr spannendes Fach.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Der Anteil der niedergelassenen Ärzt:innen, die im angestellten Verhältnis tätig sind, ist hoch und wird erwartungsgemäß weiter stetig zunehmen, in der Selbstverwaltung sind sie zu wenig vertreten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Gerechte Bezahlung für medizinisch sinnvoll erbrachte Leistungen. Das Honorierungssystem für die Ärztinnen und Ärzte der sog. Sprechenden Medizin, wozu ich mein Fachgebiet auch zählen würde, ist reformierungsbedürftig.

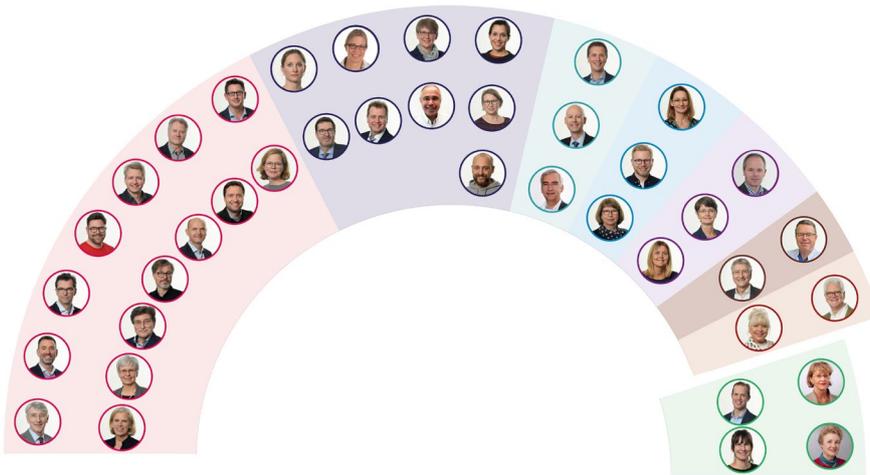
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Zu viel administrative Tätigkeit, Fachkräftemangel.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mehr Zeit für Reisen.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 25. Juni 2025 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 19

(Lohbrügge, Bergedorf, Curslack, Altengamme, Neuengamme, Kirchwerder, Ochsenwerder, Reitbrook, Allermöhe, Billwerder, Moorflet, Tatenberg, Spadenland)
Kreisobfrau: Dr. Andrea Heinenberg

Di, 20.5.2025 (19 Uhr s.t.)

Ort: Agaplesion Bethesda Krankenhaus Bergedorf /
 Konferenzraum 1, Ebene O, Haus B
 Glindersweg 80
 21029 Hamburg

KREIS 2

(Winterhude)
Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 8.10.2025 (18 - 21 Uhr)

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



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Datenschutz für Fortgeschrittene (online)

Di. 13.5.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €
8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Exklusiv-Workshop (Präsenz)

Zweitägig:
Fr. 6.6.2025 (9.30 - 17 Uhr) und
Sa. 7.6.2025 (9.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr 298 €
24 FORTBILDUNGSPUNKTE

Einführungsseminar QEP für Arztpraxen und Psychotherapeuten (Präsenz)

Zweitägig:
Fr. 4.7.2025 (15 - 20 Uhr) und
Sa. 5.7.2025 (9 -16 Uhr)

Teilnahmegebühr:
 1. Person: 270 €, 2. Person: 215 €
20 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
 Humboldtstraße 56
 22083 Hamburg**

Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2-858
 Lena Belger, Tel: 040 / 22802-574
 qualitaetsmanagement@kvhh.de

Weitere Informationen und
 Anmeldung: www.kvhh.de →
 (oben rechts) Menü → Praxis →
 Veranstaltungen



Oder
 über den
 QR-Code

**DATENSCHUTZ-
JAHRSSCHULUNG**

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. 4.7.2025 (14.30 - 17 Uhr)

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

**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**

Angst- und Zwangsstörungen

Ursachen - Diagnostik - Therapieoptionen

Mi. 18.6.2025 (18 - 22 Uhr)

**Bewegung – der perfekte
Stressabbau**

Couch vs. Sport – der große Unterschied

Mi. 17.9.2025 (18 - 22 Uhr)

Alkoholabhängigkeit und Epilepsie

Zusammenhänge – therapeutisches Vorgehen – differentialdiagnostische Besonderheiten

Mi. 19.11.2025 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADE-
MIE DER ÄRZTEKAMMER**

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Ansprechpartnerin:

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

**Medizinische
Fachangestellte:
Planen Sie Ihre
Fortbildungen für 2025!**



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2025 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

Workshops für Praxisteam

**Die neue Sprechstunden-
bedarfsvereinbarung**



Di. 20.5.2025 (17 - 19 Uhr)

Di. 17.6.2025 (17 - 19 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstr. 56 / 22083 Hamburg

Anmeldung: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen

Oder über den QR-Code

Wir freuen uns auf Sie!

KVH



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!