Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ISSN 2568-9517 2/2023

KVH journal

ePAPER
Lesen Sie das
KVH-JOURNAL
DIGITAL!
Anmeldung
www.kvhh.net/
epaper.html

INFEKTWELLE

Praxen und Notdienst im Ausnahmezustand

ABRECHNUNG
Vergütung für schnelle Terminvermittlung

KBV-SERVICE
Empfehlungen zur Labordiagnostik

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: John Afful

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 2/2023 (Februar 2023)

Carbon neutral
Print product
ClimatePartner.com/12682-2202-1013

PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!

Anmeldung
ePAPER
www.kvhh.net/epaper.html

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

Liebe Leserin, lieber Leser!

Die konstituierende Sitzung der neuen Vertreterversammlung am 11. Januar 2023 war eine beeindruckende Manifestation der Selbstverwaltung. Zunächst fiel auf, wie gelöst und gut gelaunt die Vertreterinnen und Vertreter des Gremiums miteinander plauderten, diskutierten und zudem noch ein riesiges Programm an Wahlgängen und Abstimmungen absolvierten.

Es war eine schöne Geste, dass Dr. Jana Husemann vom Hausärzteverband mit Dr. Michael Reusch den Listenführer der Hamburger Allianz als Kandidat für den Vorsitz der Vertreterversammlung vorschlug – und umgekehrt Christine Neumann-Grutzeck von der Allianz den Vorschlag machte, Dr. Björn Parey vom Hausärzteverband zum stellvertretenden Vorsitzenden zu wählen. Das war ein Ausdruck des Willens zur guten und konstruktiven Zusammenarbeit über alle Fachgruppen hinweg. Beide Kandidaten wurden mit überwältigender Mehrheit gewählt, was diesem Führungsteam viel Rückenwind gibt.

In den Reden und Wortbeiträgen wurde deutlich, dass die Mitglieder der neuen Vertreterversammlung engeren Austausch miteinander pflegen und auch uns, den Vorstand, intensiv mit einbeziehen wollen. Eine unserer wichtigsten Aufgaben wird es sein, alles dafür zu tun, um eine lebendige und erfolgreiche Selbstverwaltung in der KV Hamburg zu ermöglichen.

Ihr John Afful,
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

INHALT

SCHWERPUNKT

06_ Nachgefragt: Wie haben Sie die Infektwelle in Ihrer Praxis erlebt?

08_ Strukturelle Überlastung: Erfahrungsbericht aus der kinderärztlichen Notfallpraxis am Wilhelmstift

FORUM

12_ Psychotherapie: Das geplante QS-Verfahren wird zum Fiasko

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

16_ Fragen und Antworten

18_ Überblick: Vergütung für schnelle Terminvermittlung

20_ KBV-Service: Empfehlungen zur Labordiagnostik

22_ Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege

24_ Zweitmeinungsverfahren vor Gallenblasenentfernung

25_ Weiterentwicklung des ambulanten Operierens

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.

TELEMATIK

26_ eArztbrief per Mausklick verschicken

27_ eAU für Arbeitgeber

28_ Kostenlose Online-Schulung zu eRezept, eAU und ePA

UMFRAGE

29_ Energiekosten-Umfrage: Bitte nehmen Sie teil!

SELBSTVERWALTUNG

36_ Zum Abschied von Dr. Dirk Heinrich aus der Vertreterversammlung: Laudatio von Walter Plassmann

39_ Spitze der Selbstverwaltung ' neu besetzt

Vertreterversammlung fordert vollständige Finanzierung des Notdienstes

40_ Steckbrief: Dr. med. Annemarie Reißmann

NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

30_ Welche Erkenntnis bringt eine Mendel-randomisierte Kohortenstudie?

RUBRIKEN

02_ Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

34_ Dr. med. Christine Löber: Husting in a winter wonderland

FORUM

41_ Leserbrief

TERMINKALENDER

42_ Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer, Titelfoto: Asylab; Seite 2: Suradech/AdobeStock
Seite 3: Marco Grundt; Seite 7: Michael Zapf; Seite 9: Marco Grundt; Seite 10: Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift; Seite 23: N. Litke Universitätsklinikum Heidelberg; Seite 25: PIC4U/Stock.Adobe.com; Seite 26: oxinoxi/Stock.Adobe.com; Seite 28: fizkes/Stock.Adobe.com; Seite 29: tobiasott/Stock.Adobe.com; Seite 33: Sarah Rubensdörffer Seite 36 und 39: Michael Zapf; Seite 41: Christoph Jöns; Seite 42: iconmonstr; Lesniewski/Fotolia; Seite 44: Christoph Jöns, Vanessa Himmler; Icons: iStockfoto

Wie haben Sie die Infektwelle in Ihrer Praxis erlebt?

Dr. med. Armin Mechkat
Facharzt für HNO-Heilkunde in Eimsbüttel

Mehrbelastung ist erheblich

Der Unterschied zu den vorherigen Wintern ist deutlich spürbar: Wir sehen in unserer HNO-Praxis viel mehr akute und oftmals auch ziemlich langwierige Infekte. Ganze Familien kommen zu uns – auch viele Kinder, die in den pädiatrischen Praxen nicht unterkommen und deshalb von uns mitversorgt werden. Die Mehrbelastung ist erheblich. Gleichzeitig werden wir von der fachlichen Arbeit abgehalten: durch Bürokratie, ständig veränderte Regelungen und eine dysfunktionale Telematikinfrastruktur.

Mich beschäftigt schon, dass die Praxen viel leisten und auch krisenhafte Situationen flexibel abfangen – aber von der Politik nahezu völlig marginalisiert werden. Die fehlende Wertschätzung ärgert mich. Es ist höchste Zeit, dass die Honorare der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entbudgetiert werden. Seit den 1990er Jahren mussten wir finanzielle Einbußen hinnehmen, während die Löhne der meisten anderen Berufsgruppen angestiegen sind. Dazu kommen die gestiegenen Ausgaben und die Inflation. Wir werden sehen, was die erneute Budgetierung der OT- und Neupatienten für die Einnahmesituation unserer Praxis bedeutet. Gut möglich, dass wir unser Leistungsangebot den wirtschaftlichen Realitäten anpassen müssen. ■

Dr. med. Laurens Kils-Hütten
Facharzt für Allgemeinmedizin in Ottensen

Alle haben die Nase voll

Die Infektwelle hat uns in unserer Praxisgemeinschaft gleich auf mehreren Ebenen stark beansprucht. Die Patientenzahlen haben zugenommen. Unter anderem viele junge Menschen haben erkannt, wie wichtig und hilfreich es sein kann, hausärztlich gut versorgt zu sein. Gleichzeitig ist der Beratungsaufwand höher geworden. Eine einfache Erkältung wirft in diesem Winter mehr Fragen auf als vor der Pandemie. Und: Die Team-Mitglieder der Praxis waren selbst wiederholt von Infekten betroffen. **Unsere MFAs haben alles gegeben, um den Praxisbetrieb auch bei hohem Krankenstand aufrecht zu erhalten. Dafür sind wir sehr, sehr dankbar.**

Wir müssen unser Team dringend verstärken, denn mit unserer derzeitigen dünnen Personaldecke kann es eigentlich nicht weitergehen. Leider konnten wir zwei offene Stellen bislang nicht nachbesetzen. Das Team ist erschöpft von den Anstrengungen der letzten drei Jahre. Wir haben uns mit Ach und Krach in die Feiertage gerettet und hatten doch kaum Gelegenheit, uns zu erholen. Alle haben die Nase voll, faktisch und sprichwörtlich.

Was wir uns wünschen? Die Hausarztmedizin muss entbudgetiert und nachhaltig solide honoriert werden, damit wir unser Team verstärken können und unseren Angestellten einen attraktiven Job anbieten können. Hausärztinnen und Hausärzte haben eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe. Die müssen wir erfüllen können, ohne dabei selbst vor die Hunde zu gehen. Dazu braucht es entschlossene Politik, die auf Basis der lange bekannten demografischen Prognosen tragfähige Entscheidungen trifft. ■

Dr. med. Tanja Knolinski
Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie in Niendorf

Widrige Rahmenbedingungen

Die Behandlungskapazitäten unserer pneumologischen Praxis waren schon ausgeschöpft, bevor die Infektionswelle begann. Nun schieben wir trotzdem zusätzliche Fälle dazwischen. **Der Vorteil der ambulanten Versorgungsstruktur ist ja, dass wir unsere Patientinnen und Patienten kennen und oftmals verhindern können, dass schwere COPD-Fälle stationär eingewiesen und beatmet werden müssen.**

Allerdings haben wir im vertragsärztlichen Bereich mit widrigen Rahmenbedingungen zu kämpfen. Dass wir uns mit der bisher völlig unnützen Telematikinfrastruktur auseinandersetzen müssen und nun schon wieder sämtliche Komponenten austauschen müssen ohne Vorteil für Patienten und Praxis, stößt auf mein grenzenloses Unverständnis. Die Neupatientenregelung abzuschaffen, war ein großer Fehler. Unsere Praxis ist ausgebucht bis Juni. Wenn wir mehr Sprechstunden anbieten wollten, bräuchten wir zusätzliches Personal, für das die Finanzierung fehlt. Politiker und Krankenkassen achten nicht, was wir leisten – und geleistet haben, auch während der Pandemie. Wenn ich höre, die Ärztinnen und Ärzte hätten beim Impfen satt verdient, fühle ich mich wirklich verhöhnt. ■

VON DR. MED. CLAUDIA SCHWARTING

Strukturelle Überlastung

Die außergewöhnliche Infektionswelle traf den kinderärztlichen Notdienst mit voller Wucht. Wie erlebte das eine Ärztin, die oft in der Notfallpraxis am Kinderkrankenhaus Wilhemstift Dienst tut? Ein Erfahrungsbericht.

Die kinderärztliche Versorgung ist in diesem Winter an ihre Grenzen gekommen. Mitte Dezember 2022 berichteten die Medien, dass Hamburgs Kinderkliniken einige ihrer Patienten ins Umland schicken mussten. In einem Brandbrief der Mitarbeiter des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift an die Hamburger Sozialbehörde und an das Bundesgesundheitsministerium heißt es: Mehrmals wöchentlich könnten schwer erkrankte Kinder nicht aufgenommen werden, weil Pflegekräfte fehlen.

Bereits Ende Oktober hatten die Hamburger Kinderarzt-Praxen einen Brief an die KV und an die Hamburger Sozialbehörde geschickt und vor Versorgungsengpässen gewarnt. Um das System zu entlasten, richtete die KV Anfang 2023 in den Räumlichkeiten der Notfallpraxis Altona (Stresemannstraße) tagsüber eine kinderärztliche Infektpraxis ein.

Während der Corona-Pandemie waren die Kinder lange isoliert. Sie trugen Masken, hatten weniger Kontakte und kamen in geringerem Maß mit Viren oder Bakterien in Berührung. Nun erleben wir ein nachholendes Krankheitsgeschehen in sehr massiver, konzentrierter Form. Ich absolviere viele Dienste in der Notfallpraxis am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift – und die Infektionswelle hat uns schwer zu schaffen gemacht. Pro Dienst arbeitet in der Regel eine Ärztin oder ein Arzt zusammen mit zwei Pflegekräften. Wir fangen an Werktagen um 19 Uhr (Mo, Di, Do), 14 Uhr (Mi) und 16 Uhr (Fr) an – und sollten eigentlich um 23 Uhr fertig sein. Doch bereits vor Öffnung der Notfallpraxis warten dutzende Menschen vor der Tür, und in den darauffolgenden Stunden kommen so viele hinzu, dass wir manchmal bis zwei oder drei Uhr morgens ohne Pause durcharbeiten.

Früher kamen auch mal Kinder mit Bagatellerkrankungen in die

Dr. med. Claudia Schwarting: "Etwa ein Viertel der Familien, die in die Notfallpraxis am Wilhelmstift kommen, hat keine feste Kinderarztpraxis."

Notfallpraxis. Wir hatten Zeit, in Ruhe mit den Eltern zu sprechen, die oft einfach nur unsicher waren oder Fragen hatten. In diesem Winter habe ich den Eindruck, dass etwa die Hälfte der Kinder in der Notfallpraxis schwer krank ist – mit hohem Fieber, Atemnot oder starkem Erbrechen und Durchfall. Einige davon würde man gerne sofort ins Krankenhaus einweisen, doch es gibt nicht genug Betten.

Manchmal ist die Verständigung schwierig: Wenn Eltern und Kinder weder Deutsch noch Englisch sprechen, müssen wir per Handy-Übersetzer kommunizieren. Die Kinder haben auch mehr Angst, wenn sie nicht verstehen, welche Untersuchungen jetzt stattfinden werden.

Es gibt meinem Eindruck nach insgesamt mehr Kinder in Hamburg, die versorgt werden müssen. Ich schätze, dass etwa ein Viertel der Familien, die in die Notfallpraxis am Wilhelmstift kommen, keine feste Kinderarztpraxis hat. Die Eltern berichten, dass sie bereits zehn bis 20 Praxen angerufen haben. Überall bekamen sie zu hören: Es geht nicht, wir sind komplett überlastet und können keine weiteren Patienten aufnehmen. Als Notfall kann man in eine Kinderarztpraxis kommen, das ist klar. Niemand würde ein schwer krankes Kind einfach ablehnen. Doch die Eltern finden keine Kinderarztpraxis, die ihre Kinder dauerhaft aufnimmt und fest betreut.

Wenn die Eltern dann in die Notfallpraxis kommen, denken sie: „Nun bin ich mit meinem kranken Kind in der Klinik. Alles wird gut.“ Und dann heißt es: Es dauert mindestens fünf Stunden. Das Kind weint, ist müde und vielleicht hungrig.

Warten Sie mal fünf Stunden mit einem kranken Kleinkind! Das ist ein Albtraum! Ich kann mir gut vorstellen, wie sich diese Eltern fühlen: beunruhigt, hilflos, und auch wütend. Die Stimmung ist gereizt, manchmal auch aggressiv. →

Massives Krankheitsgeschehen: Warteschlange vor der Notfallpraxis Wilhelmstift

→ Eigentlich gibt es am Klinik-Eingang eine Triage. Doch die Menschen können auch direkt in die Notfallpraxis kommen, ohne triagiert zu werden. Das kann zu unübersichtlichen und gefährlichen Situationen führen, weil wir nicht die Kapazitäten haben, um auch noch die Kinder in der Wartehalle zu begutachten und eine Behandlungsreihenfolge nach Schwere der Krankheit festzulegen, obwohl wir es natürlich versuchen.

Wir können nicht im Auge behalten, wie es den Kindern in der Wartehalle geht. Vor einiger Zeit warteten bei uns Eltern mit einem Baby, das mit RS-Viren infiziert war. Während der Wartezeit hatte sich sein Zustand dramatisch verschlechtert, was die Eltern gar nicht so bemerkt hatten.

Was müsste getan werden, um die Situation zu entschärfen?

● Ich würde mir wünschen, dass zumindest im Winter während der Infekt-Saison immer mindestens zwei Ärztinnen oder Ärzte gemeinsam pro Schicht arbeiten. Außerdem sollte es Hintergrunddienste geben, falls jemand krankheitsbedingt ausfällt. Die Infektionswelle verschont auch Ärztinnen und Ärzte nicht, was durchaus zu Engpässen führen kann.

● Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind dazu verpflichtet, im Notdienst zu arbeiten. Man kann die Anzahl der Dienste aber nicht endlos steigern – zumal die Ärztinnen und Ärzte nach einem langen und anstrengenden Spätdienst wieder in ihrer eigenen Praxis arbeiten müssen. Deshalb würde ich mir wünschen, dass Ärztinnen und Ärzte ohne KV-Zulassung noch mehr Dienste übernehmen. Gäbe es mehr Kinderarztpraxen, so würden die Notfallambulanzen und Notaufnahmen entlastet werden.

● Wenn der Dienst offiziell um 23 Uhr endet, sollten die Abläufe so organisiert werden, dass um 23 Uhr tatsächlich Schluss ist. Wir sind aber gehalten, alle Kinder, die zu diesem Zeitpunkt noch warten, zu versorgen. Ich habe schon Dienste erlebt, in denen um 23 Uhr noch 30 Kinder warteten, weshalb ich erst um vier Uhr morgens nach Hause kam. Das offene Dienst-Ende ist für die Ärztinnen und Ärzte und die Pflegekräfte ein Problem – aber auch für die Patienten. Die Gefahr, einen Fehler zu machen, wird größer, je müder man wird.

● Ich würde mir eine personelle Ausstattung in der Notfallpraxis wünschen, die es ermöglicht, die Menschen in der Wartehalle im Auge zu behalten: Wie geht es den Wartenden? Verschlechtert sich der Zustand eines Kindes?

● Es wäre hilfreich, wenn immer eine MFA oder eine Pflegekraft mit der Ärztin oder dem Arzt mitlaufen und mitschreiben würde. Zu den ärztlichen Aufgaben gehören nicht nur Diagnostik und Therapie, sondern auch das sofortige Schreiben eines Arztbriefes. Das

Wir sind erschöpft, frustriert und beunruhigt angesichts der Rahmenbedingungen, unter denen wir arbeiten müssen.

dauert einige Minuten. Die Ärztin oder der Arzt könnten viel schneller arbeiten, wenn der Entwurf des Arztbriefes delegiert werden könnte.

Das ganze System der Pädiatrie steht derzeit unter Druck – die Notfallpraxen, die Kinderkrankenhäuser und die Kinderarztpraxen. Ich sehe eine reale Gefahr, dass Kinder an irgendeiner Stelle des Systems zu Schaden kommen. Wer ist dann verantwortlich? Die Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund der strukturellen Überlastung einen Fehler machen?

In meiner Praxis klingelt zur Zeit das Telefon pausenlos. Kommen die Patienten telefonisch nicht durch, erscheinen sie ohne Termin in der Praxis. Wenn wir um 8.30 Uhr öffnen, stehen sie schon Schlange. Alle werden eingelassen, und wir triagieren: Ein Säugling oder ein Kind mit hohem Fieber wird sofort versorgt. Alle akut kranken Kinder kommen noch am selben Tag dran, alle nicht akuten Anliegen werden auf die nächsten Tage verschoben. So schieben wir eine Welle an anstehenden Untersuchungen vor uns her, die sich immer höher auftürmt. Eine Entspannung der Situation ist zur Zeit nicht abzusehen.
Auch in den Kinderarztpraxen herrscht Personalmangel, der Krankenstand bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist hoch. Dass viele pädiatrische Praxen in Hamburg derzeit keine neuen Kinder mehr aufnehmen können, ist aber kein neues Phänomen (siehe KVH-Journal 7-8/2022).

Die Infektionswelle ist außergewöhnlich, doch wir sollten auch die grundlegenden Strukturen der pädiatrischen Versorgung in den Blick nehmen. Zuvorderst müssten mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden. Das hat auch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach erkannt, der die Bundesländer dazu auffordert, 5000 zusätzliche Medizinstudienplätze pro Jahr zu schaffen, um einen eklatanten Ärztemangel zu vermeiden.

Und ja: Die Ankündigung von Karl Lauterbach, die Pädiatrie in der vertragsärztlichen Versorgung zu entbudgetieren und eine volle Bezahlung der Leistungen zu ermöglichen, ist ein Schritt in die richtige Richtung. In einem geschlossenen Honorarsystem ist es nicht möglich, Behandlungskapazitäten dem tatsächlichen Bedarf anzupassen. Die Entbudgetierung ist die Voraussetzung dafür, dass neue pädiatrische Behandlungskapazitäten entstehen. Neue Pädiatrie-Sitze sollten geschaffen werden und Praxen sollten hinzukommen, die neue Kinder aufnehmen können und bereit sind, weitere Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen und zu impfen.

Schließlich muss die stationäre kinderärztliche Versorgung stabilisiert werden. Kinderkliniken dürfen nicht geschlossen, pädiatrische Betten nicht abgebaut werden. Sonst erfasst uns die nächste große Infektionswelle genauso kalt wie es die aktuelle getan hat.

Trotz all der geschilderten Probleme bin ich gerne Kinderärztin, ich liebe meinen Beruf. Doch ich bin – wie viele der Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich mich austausche – zunehmend erschöpft, frustriert und beunruhigt angesichts der Rahmenbedingungen, unter denen wir arbeiten müssen. Ich hoffe, dass diese Krise den Anstoß für Reformen gibt, um Druck von den Ärztinnen und Ärzten zu nehmen und die Pädiatrie zu entlasten. ■

DR. MED. CLAUDIA SCHWARTING
niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin

Zusätzliche Anlaufstelle: Kinderärztliche Infektpraxis in Altona

Die KV Hamburg hat am 2.1.2023 eine kinderärztliche Infektpraxis in den Räumlichkeiten der Notfallpraxis Altona (Stresemannstraße 54) eröffnet. Die zusätzliche Anlaufstelle sollte die stark frequentierten Kinderarztpraxen und kinderärztlichen Notfalleinrichtungen entlasten.

Angesichts des abflauenden Infektgeschehens ist offen, wie lange das Angebot aufrechterhalten wird.

Aktuelle Informationen:
https://arztruf-hamburg.de
→ Notfallprais-Suche

VON HANNA GUSKOWSKI

Ein bürokratisches Monster

Das geplante QS-Verfahren für die ambulante Psychotherapie wird gegen den Widerstand aller großen psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände vorangetrieben. Der Nutzen des Verfahrens ist unklar – doch es gibt massive Risiken für die Versorgung.

Am 15. August 2022 wurde der Abschlussbericht des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zum Fragebogen zur Patientenbefragung veröffentlicht. Dieser Fragebogen soll künftig im Rahmen des gesetzlich beschlossenen Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahrens) in der Psychotherapie eingesetzt werden.

Bereits acht Monate (!) vorher war er fertiggestellt worden. Anfang Dezember 2022 gaben dann alle großen psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände eine gemeinsame Stellungnahme zu diesem vom IQTIG entworfenen Fragebogen ab, die allerdings vernichtend war.

Hintergründe und Bewertungen

Das sich in Entwicklung befindende QS-Verfahren für die ambulante Psychotherapie sollte eigentlich spätestens zum 1. Januar 2023 implementiert werden.

Die Entwicklung dieses Verfahrens und das Datum des Inkrafttretens wurden auf Antrag des Spitzenverbandes der Krankenkassen 2018 im Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beschlossen. Ein entsprechender Auftrag zur Umsetzung dieses Beschlusses wurde vom G-BA an das IQTIG übergeben. Dieses QS-Verfahren soll demnach einrichtungsübergreifend und sektorspezifisch sein, mit geeigneten Indikatoren zur Beurteilung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Mindestvorgaben für eine einheitliche und standardisierte Dokumentation enthalten, die eine Beurteilung des Therapieverlaufs ermöglichen.

Es war geradezu abzusehen, dass ein dermaßen komplexer Auftrag in dem geplanten Zeitraum nicht zu bewältigen sein würde. Tatsächlich ist die Einführung des QS-Systems nun für 2025 oder sogar erst 2026 geplant.

Dieses QS-Verfahren ist grundsätzlich als Teil der sog. "Datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsrichtlinie (DeQS-Richtlinie, seit Anfang 2019 in Kraft) konzipiert, wie alle QS-Verfahren im Gesundheitswesen, die z.Zt. existieren oder in Planung sind.

Die DeQS-Richtlinie gilt gleichermaßen für ärztliche, psychotherapeutische, stationäre und ambulante Behandlungen. Ihr Ziel ist es, durch objektive Messungen Vergleichbarkeit unter Behandlerinnen und Behandlern herzustellen, die erhobenen Daten im Netz zu veröffentlichen und so die Selbstbestimmung von Patienten bei der Wahl ihrer Behandlerinnen zu stärken. „Auffällige" Behandler sollen identifiziert und sanktioniert, Qualität und Wettbewerb so gestärkt werden.

Die Richtlinie besteht aus einem allgemeinen Teil, in dem die Rahmenbedingungen für alle angegliederten QS-Verfahren beschrieben werden, u.a. wie Daten erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden sollen, um Vergleichbarkeit unter Behandlerinnen herzustellen.

Diese gesammelten Daten sollen dann von so genannten Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs) ausgewertet werden. Dort wird entschieden, welche Behandler als auffällig gelten und welche Sanktionen in Kraft treten sollen. Auch das Vorgehen bei der Bewertung von Auffälligkeiten wird in diesem allgemeinen Teil der DeQS-Richtlinie beschrieben.

Neben diesem allgemeinen Teil gibt es spezielle Teile, in denen die QS für einzelne Verfahren beschrieben werden. Bisher sind 15 solcher QS-Verfahren definiert worden. Drei davon betreffen sektorenübergreifende Bereiche, die übrigen zwölf ausschließlich den stationären Bereich. Bei allen geht es um ärztlich-somatische Themen, wie z.B. Nierenersatztherapie oder Vermeidung postoperativer Wundinfektionen.

In dieses System soll nun auch die ambulante Richtlinienpsychotherapie eingegliedert werden.

Das erste Problem

Hier zeigt sich bereits ein gravierendes Problem: Wie sollen in einem Bereich, in dem es um die Linderung von psychischem Leid geht, Leitkriterien wie Konkurrenz, Wettbewerb, Benchmarking und Sanktionen die Qualität der Behandlung steigern können? Solche Kriterien verkennen in eklatanter Weise die Situation und die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen, sowie die Notwendigkeiten deren Behandlung.

"Auffällige" Behandler sollen identifiziert und sanktioniert werden.

Das zweite Problem

Erschwerend kommt eine weitere gesetzliche Regelung ins Spiel. In einer geradezu überfallartigen Aktion, ohne Absprache mit den betroffenen Berufsgruppen, nur wenige Tage vor der Verabschiedung des Psychotherapieausbildungsreformgesetzes (November 2019) und nach der Anhörung aller psychotherapeutischen Expertinnen zur Ausbildungsreform, fügte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einen kleinen Passus in eben dieses Gesetz ein, der inhaltlich nichts mit der Ausbildung zu tun hatte, dafür aber einen tiefen Eingriff in die bisherigen Bestimmungen zur Ausübung des psychotherapeutischen Berufs darstellte. Er legte in diesem Passus nämlich fest, dass „sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben“ seien, "... sobald ... ein Verfahren zur Qualitätssicherung eingeführt ...“ wurde, spätestens aber zum 31. Dezember 2022 (§ 92 SGB V).

Nun ist aber das Gutachterverfahren in der Psychotherapie dazu gedacht, Diagnose, Indikation, Umfang der Therapie, das geplante therapeutische Vorgehen, Prognose und Wirtschaftlichkeit dieser Planung für eine individuelle Patientin/einen Patienten zu begründen und gutachterlich zu überprüfen.

Entsprechend der gutachterlichen Empfehlung wird dann das beantragte Stundenkontingent von den Krankenkassen vorab genehmigt – oder auch nicht. Durch die damit verbundene Vorwegnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird ein festes Stundenkontingent, ein sicherer Zeitrahmen für Patienten geschaffen, in dem therapeutische Prozesse sich überhaupt erst entfalten können. Genau dieser sichere Rahmen, ein elementarer Bestandteil der Strukturqualität jedes Therapieverfahrens, soll nach dem Willen des ehemaligen Bundesgesundheitsministers nun also beseitigt werden.

Gutachterverfahren und DeQS-Verfahren haben also – wie beschrieben – völlig unterschiedliche Funktionen und Ziele. Eine Begründung für die gesetzliche Koppelung zwischen der Einführung eines DeQS-Verfahrens in die ambulante Psychotherapie und der Abschaffung des Gutachterverfahrens gibt es vom Gesetzgeber nicht. Offen gelassen wurde vom Gesetzgeber auch, von wem und wie stattdessen Stundenkontingente für Psychotherapien vergeben werden sollen.

Das aktuelle Ergebnis – Beharren auf einem bürokratischen Monster

Der Berg kreißte – aber leider gebar er in diesem Fall keine Maus, sondern ein bürokratisches Monster. Es sind in den zurücklie-

genden Jahren bereits zahlreiche grundsätzliche und immer hochkritische Resolutionen, Manifeste und Pressemitteilungen zu den DeQS-Verfahren verabschiedet worden: von Ärztinnen und Psychotherapeuten, von Berufs- und Fachverbänden, von Landes- und Bundeskammern, von der KBV-Vertreterversammlung.
Auch die Vertreterversammlung der Hamburger KV hat eine entsprechende Resolution einstimmig verabschiedet.

Zentrale Kritikpunkte sind u.a. der Paradigmenwechsel von berufsinterner Qualitätssicherung hin zu externer Kontrolle und Sanktionen; Konkurrenz, Wettbewerb und Effektivitätssteigerungen als leitende Kriterien in einem Bereich, der mit der ausschließlichen Orientierung an diesen Kriterien den Patientinnen und Patienten nicht gerecht werden kann; die überbordende Bürokratie bei fehlendem Nutzen für die Patienten (Stichproben erfüllen wissenschaftlich belegt den gleichen Nutzen wie Vollerhebungen, sind aber deutlich zeitsparender); die Ignoranz für bestehende Qualitätssicherungsinstrumente in der Psychotherapie (Intervision, Supervision, Arbeitskreise, Fortbildungen etc.).

Leider änderte die Kritik bisher nicht viel am Inhalt der bisherigen DeQS-Systeme.

Das Ergebnis für die ambulante Psychotherapie bleibt erschreckend: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen 100% (!) ihrer Therapien „datengestützt“ (d.h. mit noch zu konzipierender Software) dokumentieren. Diese Daten werden von den Praxen an eine Datenannahmestelle in der jeweiligen regionalen KV weitergeleitet, dort pseudonymisiert und über eine weitere Vertrauensstelle – nun komplett pseudonymisiert – an das IQTIG, die vom G-BA bestimmte Bundesauswertungsstelle, weitergeleitet.

Vom IQTIG werden diese Daten zusammengeführt mit Daten aus der Patientenbefragung (s.u.) und mit Sozialdaten der Krankenkassen, um dann in Bezug auf die definierten QS-Merkmale ausgewertet an die LAGs in den Regionen zurückgeschickt zu werden. Die LAGs werten diese Daten dann auf Auffälligkeiten von Behandlerinnen aus. Ziel s.o.: Qualitätswettbewerb, Benchmarking und Sanktionierung von sog. Low-Performern.

Patientinnen und Patienten sollen zusätzlich zu den Fragebögen, die sie vor, während und nach Ende der Therapie ausfüllen müssen, weitere Fragebögen zwei Monate nach Ende der Therapie ausfüllen. Dies sind die sog. Patientenfragebögen, die nun von allen großen psychotherapeutischen Berufsverbänden in ihrer gemeinsamen Stellungnahme vom Dezember 2022 scharf kritisiert wurden. (Der gesamte Bericht des IQTIG, inklusive des Patientenfragebogens, kann eingesehen werden unter https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ambpt-patbefragung/)

Diese Kritik richtet sich zum einen auf die statistischen Fehlerquellen bzw. die fehlende Risikoadjustierung (die in der Tat sehr schwierig sein dürfte), die mit den geringen Fallzahlen und der fehlenden Vergleichbarkeit völlig unterschiedlicher Patientinnen in psychotherapeutischen Praxen zusammenhängen.

Zudem haben Befragungen erfahrungsgemäß nur einen geringen Rücklauf, dies reduziert die Fallzahl weiter. Welche Patientinnen sich an so einer Befragung beteiligen, dürfte ebenfalls sehr selektiv sein. Und was Patienten zwei Monate nach Abschluss einer Therapie noch über deren Anfang konkret und korrekt erinnern, ist ebenfalls zweifelhaft. Zusammengenommen lassen diese Faktoren keine statistisch validen Ergebnisse zu.

Diese invaliden Ergebnisse sollen dann aber die Grundlage für Sanktionen sein, wie z.B. Honorarkürzungen oder im schlimmsten Fall Zulassungsentzug.

Konkurrenz und Effizienz sind als leitende Qualitäts-Indikatoren nicht geeignet.

Die Kritik richtet sich aber auch konkret gegen Inhalte und Formulierungen der 62 Items dieser Patientenfragebögen. Denn diese Items beziehen sich zu einem erheblichen Teil auf Aufklärung und Information zu Beginn der Therapie und entsprechen so mehr einer Checkliste, um die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften zu kontrollieren. Das ist aber nicht die Aufgabe von QS-Instrumenten und lässt auch keine Aussage über die therapeutische Qualität einer Therapie zu. Viele Fragen sind negativ-suggestiv formuliert, so dass die Gefahr einer nachträglichen negativen Beeinflussung gegeben ist.

Die meisten Fragen lassen nur beschränkte Antwortmöglichkeiten zu, Patienten haben also gar nicht die Möglichkeit, ihre eigenen Erfahrungen aus der Therapie differenziert darzustellen. Und vor allem: Es fehlt der Nutzen! Sowohl für die Patientinnen und Patienten wie auch für die Therapeutinnen und Therapeuten.

Das QS-Modell, das zunächst spätestens zum 1. Januar 2023 eingeführt werden sollte, gekoppelt mit der Aufhebung des Gutachterverfahrens, soll nun aufgrund von notwendigen, vor allem technischen Nacharbeiten (im Wesentlichen der Entwicklung einer geeigneten Software) vermutlich erst zum 1. Januar 2025, möglicherweise auch erst 2026 eingeführt werden. Bis dahin läuft auch das bisherige Gutachterverfahren weiter.

Eine Ausweitung dieses sog. QS-Verfahrens auf Systemische und Gruppen-Therapie wird z.Zt. vom IQTIG vorbereitet, ohne erkennbare Berücksichtigung der vorliegenden inhaltlichen Kritik. Diese Ausweitung bzw. eine entsprechende Modifikation des Patientenfragebogens ist Teil der Nacharbeiten, mit denen das IQTIG vom G-BA beauftragt wurde.

Mit großem Aufwand werden Lösungen für nicht-existierende Probleme gefunden.

Fazit

„Für zahlreiche der erhobenen Qualitätsmerkmale und Indikatoren konnte das IQTIG keine relevanten Qualitätsprobleme nachweisen. Auch konnte nicht dargelegt werden, inwieweit die Messung der vorgesehenen Indikatoren geeignet ist, eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu bewirken.“ So stellt es die Bundespsychotherapeutenkammer in einer Resolution im Mai 2022 fest.

Durch das hier gewollte QS-System werden also mit viel finanziellem und bürokratischem Aufwand Lösungen für nichtexistierende Probleme gefunden, Behandlungskapazitäten vernichtet, therapeutische Prozesse nicht verbessert, sondern eher beeinträchtigt. Es werden Unmengen von Daten produziert, die man unter wissenschaftlichen Aspekten nur als Datenmüll bezeichnen kann, die aber im schlimmsten Fall justitiable Folgen haben sollen.

Die Frage, wie bzw. wodurch das Gutachtersystem ersetzt werden kann und wie weiterhin eine vorweggenommene Wirtschaftlichkeitsprüfung – auch ohne zwischengeschaltete Gutachterinnen – stattfinden kann, bleibt unbeantwortet.

Sämtliche psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände fordern, dass dieses „QS“-Modell, das über 40.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ihre Patienten betrifft, zunächst wenigstens erst einmal über fünf Jahre in einer Modellregion erprobt, evaluiert und modifiziert werden muss, bevor es flächendeckend eingeführt würde.

Kann die bisherige hohe psychotherapeutische Qualität so doch noch gesichert werden? Diese zentrale Fragestellung sollte im Mittelpunkt stehen und entscheidendes Kriterium für eine zukunftsfähige QS sein. ■

HANNA GUSKOWSKI

psychologische Psychotherapeutin in Eimsbüttel, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg, bis Ende 2022 Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie und Vorstandsmitglied der Landesgruppe Hamburg der DPtV

Fragen und Antworten

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

KRANKENBEFÖRDERUNG

Können wir Patienten mit einer stark eingeschränkten Mobilität eine Verordnung für eine Krankenfahrt zu Gesundheits- oder Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ausstellen?

Ja, für Patienten mit einer stark eingeschränkten Mobilität können Sie eine Krankenfahrt zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen verordnen. Das betrifft jene Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, für die die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten übernehmen. Anspruchsberechtigt sind Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „B1“ oder „H“ vorweisen können. Ebenfalls anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad 4 oder 5 sowie für Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad 3, wenn bei ihnen eine dauerhafte Beeinträchtigung ihrer Mobilität vorliegt. Diese Personengruppen gehören zu den wenigen Ausnahmefällen, bei denen eine Verordnung von Krankenfahrt mit dem Taxi oder Mietwagen möglich ist. Generell gilt der Grundsatz: „Krankenbeförderungen zur ambulanten Behandlung dürfen nicht verordnet werden.“

CORONA

Ist die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) im Rahmen der Corona-Sonderregelung weiterhin telefonisch möglich?

Ja. Sie haben weiterhin die Möglichkeit, bekannte und unbekannte Patienten nach telefonischer Anamnese für bis zu sieben Kalendertage krankzuschreiben, wenn es sich hierbei um eine leichte Erkrankung der oberen Atemwege handelt. Bei fortdauernder Erkrankung kann die telefonische AU einmal um sieben Kalendertage verlängert werden. Dies gilt auch für die Ausstellung einer „Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“ (Muster 21). Die Sonderregelung wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bis zum 31. März 2023 verlängert. Das Gleiche gilt für das Porto für den Versand der Bescheinigungen. Die Abrechnung erfolgt weiterhin über die Gebührenordnungsposition (GOP) 88122.

PSYCHOTHERAPIE

Kann ein Patient innerhalb von zwei Jahren nach Ende der letzten Therapie einen neuen Antrag stellen?

Nach Beendigung einer Therapie gibt die Psychotherapie-Richtlinie eigentlich vor, eine Pause von zwei Jahren einzuhalten. Erst nach Ablauf dieser Zeit ist es möglich, eine neue Therapie problemlos durch die entsprechende Krankenkasse genehmigt zu bekommen. Sollte es innerhalb des 2-Jahres-Zeitraums nötig sein, einen Therapieantrag zu stellen, müssen besondere Gründe vorliegen, damit dies von der

Krankenkasse genehmigt wird. Diese Gründe müssen in einem Bericht an einen Gutachter zur Prüfung übermittelt werden.

TERMINSERVICESTELLE

Wie kann ich mir die Kontaktdaten eines Patienten anzeigen lassen, der von der Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurde?

Müssen Sie (z. B. aus Krankheitsgründen) einen über die TSS vermittelten Termin verschieben, haben Sie die Möglichkeit, die benötigten Patientendaten einzusehen. Loggen Sie sich hierfür bitte im Onlineportal mit Ihren Zugangsdaten ein. Über die Menüpunkte „Anwendungen“ und „Terminservicestelle“ können Sie auf Ihren Terminkalender zugreifen. Nun werden Ihnen die Termine angezeigt, die Sie der TSS zur Verfügung gestellt haben. Termine, die an Patienten vergeben wurden, sind blau hinterlegt. Mit dem Klick auf das blaue Uhrzeitenkästchen erscheinen die Kontaktdaten Ihres vermittelten Patienten.

ABRECHNUNG

Ich bin Hausarzt. In welchen Fällen muss ich die Chronikerpauschale (GOP 03220/03221 EBM) mit H kennzeichnen?

Um die GOP 03220 und 03221 EBM abrechnen zu können, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung und
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt nach EBM vor, wenn innerhalb der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) in derselben Arztpraxis stattgefunden hat. Zwei der drei Arzt-Patienten-Kontakte müssen dabei persönlich erfolgt sein, wobei davon ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen kann.

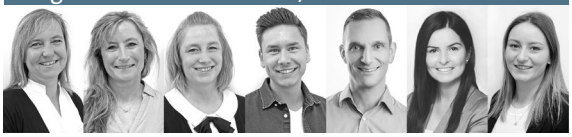
Die Chronikerpauschale wird mit einem „H“ gekennzeichnet, wenn ein Patient von einem anderen Hausarzt zu Ihnen wechselt und die notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte in den Vorquartalen aus diesem Grund fehlen. Laut Abschnitt 3.2.2 EBM sind in einem solchen Fall die bei dem vorherigen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte zu dokumentieren. Wir empfehlen, die Kennzeichnung mit einem „H“ für die ersten vier Quartale der Behandlung vorzunehmen, um einer Beanstandung durch die zuständige Krankenkasse entgegenzuwirken.

TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG

Wer ist für Leistungen zuständig, die zur Vorbereitung eines teilstationären Krankenhausaufenthaltes notwendig sind? Das Krankenhaus oder der niedergelassene Arzt?

Die Zuständigkeit liegt in diesem Fall beim niedergelassenen Vertragsarzt. Leistungen, die zur Vorbereitung einer teilstationären Krankenhausbehandlung notwendig sind, können in keinem Fall als vorstationäre Leistung im Sinne des § 115a SGB V erbracht werden. Der § 115a SGB V gilt ausschließlich für die vollstationäre Krankenhausbehandlung. Bei einer vollstationären Aufnahme muss das Krankenhaus die vorstationären Leistungen erbringen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Florian Doß, Damla Eymur, Natalie Wawrzeniez

Vergütung für schnelle Terminvermittlung

Zum 1. Januar 2023 hat der Gesetzgeber die TSVG-Konstellationen modifiziert. Hier eine Übersicht für die Abrechnung.

TSS-TERMINFALL

Bei einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) erhalten Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten die Behandlung im Arztgruppenfall weiterhin extrabudgetär vergütet. Der zusätzlich gezahlte Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale wurde deutlich angehoben.

Frist für Behandlung ab Terminvermittlung	Zuschlag auf Pauschale	Zusatzkennzeichen für die Abrechnung
„Akutfall*“ spätestens am Folgetag	200%	A
Behandlung spätestens am 4. Kalendertag	100%	B
Behandlung spätestens am 14. Kalendertag	80%	C
Behandlung spätestens am 35. Kalendertag	40%	D

* Der TSS-Akutfall setzt voraus, dass am Telefon der 116117 eine medizinische Ersteinschätzung der Dringlichkeit der Behandlung erfolgt ist.

TSS-TERMINFALL BEI FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN VON KINDERN

Für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und Gebührenordnungsposition 01720) aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS erhält die Ärztin oder der Arzt eine Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710. Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS (siehe Tabelle). Der Zuschlag nach der GOP 01710 ist im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

Frist für Behandlung ab Terminvermittlung	Zuschlag auf Pauschale	Zusatzkennzeichen für die Abrechnung
Ab dem gleichen bis 4. Kalendertag	100%	B
Vom 5. bis 14. Kalendertag	80%	C
Vom 15. bis 35. Kalendertag	40%	D

HAUSARZT-VERMITTLUNGSFALL

Vergütung für die Vermittlung durch Hausarzt oder Kinderarzt

Haus- oder Kinderärzte, die für einen Patienten einen dringenden Termin bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten vereinbaren, erhalten dafür 15 Euro (131 Punkte) über den hierfür abrechnungsfähigen Zuschlag der GOP 03008 bzw. 04008.

Eine Terminvermittlung ist künftig auch nach dem 4. Tag bis zum 35. Tag abrechnungsfähig. Hier ist lediglich festzustellen, dass dies aufgrund des medizinischen Einzelfalls angemessen oder anderes nicht zumutbar ist. Ab dem 24. Tag ist in der Abrechnung eine medizinische Begründung anzugeben.

Für Hausarzt-Vermittlungsfälle gibt es eine Obergrenze: Laut Abrechnungsprüfungs-Richtlinie ist eine Abrechnungsauffälligkeit zu vermuten, wenn die Haus- oder Kinderärzte einer Praxis mehr als 15 Prozent ihrer Fälle als Hausarzt-Vermittlungsfälle abrechnen.

Vergütung für die Weiterbehandlung durch Facharzt oder Psychotherapeut

Ein Facharzt oder Psychotherapeut, der den Patienten nach einer Terminvermittlung durch den Haus- oder Kinderarzt behandelt, erhält alle Leistungen in dem Quartal bei diesem Patienten (Arztgruppenfall) in voller Höhe vergütet, sofern die oben genannten Voraussetzungen für die Terminvermittlung durch den Haus- oder Kinderarzt erfüllt sind. Zusätzlich wird nun auch beim Hausarzt-Vermittlungsfall ein extrabudgetärer Zuschlag zur Grund- oder Konsiliarpauschale bzw. der Versichertenpauschale der fachärztlich tätigen Kinder- und Jugendmediziner gezahlt.

Frist für Behandlung ab Terminvermittlung	Zuschlag auf Pauschale	Zusatzkennzeichen für die Abrechnung
Behandlung spätestens am 4. Kalendertag	100%	B
Behandlung spätestens am 14. Kalendertag	80%	C
Behandlung spätestens am 35. Kalendertag	40%	D

Online-Vermittlungstool der KBV für Hausarzt-Vermittlungsfälle

Die KBV stellt für die Hausarzt-zu-Facharzt-Vermittlung ein Online-Vermittlungstool zur Verfügung (eTerminservice). Dort haben fachärztliche Praxen die Möglichkeit, verfügbare Termine einzustellen, die dann von hausärztlichen und kinderärztlichen Praxen direkt gebucht werden können. Diese digitale Lösung ist ein unverbindliches Angebot, das den Aufwand für die Terminvermittlung minimieren soll.

Anleitung zur Nutzung des Hausarzt-zu-Facharzt-Buchungsangebotes:

Erklärvideo:
https://vimeo.com/783213705/68dd40505e

Schritt-für Schritt-Anleitung (PDF):
www.kvhh.de → Praxis → Terminservicestelle → (ganz unten) Wichtige Links: "Hausarzt-Vermittlungsfall"

Neuer KBV-Service: Empfehlungen zur Labordiagnostik

In den ersten Ausgaben geht es um die Schilddrüsenerkrankungen Hyperthyreose und Hypothyreose

Mit den „Empfehlungen zur Labordiagnostik“ bietet die KBV den Praxen einen neuen Service. Sie sollen Ärztinnen und Ärzten beim Einsatz von Laboruntersuchungen zur Diagnose und Therapiekontrolle von Erkrankungen unterstützen. Die ersten beiden Ausgaben zur Hyperthyreose und Hypothyreose stehen auf der Internetseite der KBV bereit.

Laboruntersuchungen sind bei vielen Krankheiten ein wichtiger Baustein für Diagnosestellung und Therapiebegleitung. Dabei kommt es darauf an, dass Ärztinnen und Ärzte die adäquaten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen auswählen. Hier unterstützen die „Empfehlungen zur Labordiagnostik“: Diese bieten je nach Thema auf vier bis acht DIN-A4-Seiten Empfehlungen für den stufenweisen und effizienten Einsatz von Laboruntersuchungen zur Erstdiagnose und Verlaufskontrolle von Krankheiten.

Die Laborpfade dienen der Orientierung und als Entscheidungshilfe, stellen jedoch keine verpflichtenden Standards dar. Ziel ist es unter anderem, eine Unter- beziehungsweise Überdiagnostik zu vermeiden.

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

EMPFEHLUNGEN ZUR LABORDIAGNOSTIK
AUSGABE 2/2022

Hyperthyreose

Durch die Bildung der Hormone Tetrajodthyronin (T_4, Thyroxin) und Trijodthyronin (T_3) beeinflusst die Schilddrüse die Stoffwechselaktivität vieler Gewebe. Die Schilddrüsenhormone sind trophisch für viele Gewebe und beeinflussen u. a. das Wachstum, die Differenzierung und den Unterhalt des Zentralnervensystems, des Skeletts sowie des kardiovaskulären und des gastrointestinalen Systems. Sie sind entscheidend an der Aufrechterhaltung des Wärmehaushalts und der metabolischen Homöostase des Menschen beteiligt.

Die Schilddrüsenfunktion wird durch die Hypophyse über die Abgabe des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) reguliert, wobei die Hypophyse selbst wiederum durch das Thyreotropin-releasing Hormon (TRH) reguliert wird, das im Hypothalamus gebildet wird. Die Schilddrüsenhormone T_4 und T_3 üben ihrerseits durch eine negative Rückkopplung eine Kontrolle auf die Hormonsekretion des Hypothalamus und der Hypophyse aus. So bilden sie den hypothalamisch-hypophysären-thyreoidalen Regelkreis. ›

LABORPARAMETER

↗ **TSH:** Als initiale Untersuchung der Schilddrüsendiagnostik dient die Konzentrationsbestimmung des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) im Blut. Die TSH-Konzentration korreliert invers mit den Konzentrationen der freien Schilddrüsenhormone T_4 und T_3.

↗ **fT_3 und fT_4:** Die Konzentrationen der freien Schilddrüsenhormone Thyroxin (fT_4) und Trijodthyronin (fT_3) sind Marker der sekretorischen Schilddrüsenfunktion.

↗ **TRAK und TPO-AK:** Bei Vorliegen einer Hyperthyreose dienen Untersuchungen zur Bestimmung der Schilddrüsen-Autoantikörper gegen den TSH-Rezeptor (TRAK) und die Thyreoperoxidase (TPO-AK) zur Abklärung einer häufig ursächlichen autoimmunen Schilddrüsenerkrankung.

Erste Ausgaben: Labordiagnostik bei Schilddrüsenerkrankungen

Die ersten beiden Ausgaben der neuen Reihe „Empfehlungen zur Labordiagnostik“ informieren auf jeweils vier Seiten zur Labordiagnostik der Schilddrüsenerkrankungen Hyperthyreose und Hypothyreose. Neben einem übersichtlichen Ablaufschema zur Basisdiagnostik und zur weiterführenden Diagnostik erläutert ein Text das stufenweise Vorgehen im Detail. Die jeweiligen Laborparameter sind in einem farbig abgehobenen Infokasten zusammengefasst und so schnell erfassbar.

Die Empfehlungen sind auf dem aktuellen Stand von Medizin, Wissenschaft und Technik und basieren unter anderem auf Leitlinien, Fachartikeln sowie praktischen Erfahrungen aus der vertragsärztlichen Versorgung. Entwickelt werden die Laborpfade in der Kommission „Labordiagnostische Empfehlungen“ von Vertretern der Berufsverbände in Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Labor der KBV (siehe Kasten).

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

EMPFEHLUNGEN ZUR LABORDIAGNOSTIK
AUSGABE 1/2022

Hypothyreose

Die Schilddrüse beeinflusst durch die Bildung der Hormone Tetrajodthyronin (T_4, Thyroxin) und Trijodthyronin (T_3) die Stoffwechselaktivität vieler Gewebe. Die Schilddrüsenhormone sind trophisch für viele Gewebe und nehmen unter anderem Einfluss auf das Wachstum, die Differenzierung und den Unterhalt des Zentralnervensystems, des Skeletts sowie des kardiovaskulären und des gastrointestinalen Systems. Sie sind entscheidend an der Aufrechterhaltung des Wärmehaushalts und der metabolischen Homöostase des Menschen beteiligt. Die Schilddrüsenfunktion wird durch die Hypophyse über die Abgabe des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) gesteuert, wobei die Hypophyse selbst wiederum durch das Thyreotropin-releasing Hormon (TRH) reguliert wird, das im Hypothalamus gebildet wird. Die Schilddrüsenhormone T_4 und T_3 üben ihrerseits durch eine negative Rückkopplung eine Kontrolle auf die Hormonsekretion des Hypothalamus und der Hypophyse aus. So bilden sie den hypothalamisch-hypophysären-thyreoidalen Regelkreis. ›

LABORPARAMETER

↗ **TSH:** Als initiale Untersuchung der Schilddrüsendiagnostik dient die Konzentrationsbestimmung des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) im Blut. Die TSH-Konzentration korreliert invers mit den Konzentrationen der freien Schilddrüsenhormone T_4 und T_3.

↗ **FT_3 und FT_4:** Die Konzentrationen der freien Schilddrüsenhormone Thyroxin (fT_4) und Trijodthyronin (fT_3) sind Marker der sekretorischen Schilddrüsenfunktion.

↗ **TPO-AK, Tg-AK:** Bei Vorliegen einer Hypothyreose dienen Untersuchungen zur Bestimmung der Schilddrüsen-Autoantikörper gegen die Thyreoperoxidase (TPO-AK) sowie gegen Thyreoglobulin (Tg-AK) zur Abklärung einer häufig ursächlichen autoimmunen Schilddrüsenerkrankung.

DIE KOMMISSION „LABORDIAGNOSTISCHE EMPFEHLUNGEN“

Die Kommission „Labordiagnostische Empfehlungen“ unter Moderation des Kompetenzzentrums Labor der KBV setzt sich aus ständigen und indikationsbezogen hinzugezogenen Mitgliedern zusammen. Zu den ständigen Mitgliedern zählen Internisten, Hausärzte, Labormediziner und Mikrobiologen, die von ihren jeweiligen Berufsverbänden als Vertreter benannt wurden. Diese werden durch hinzugezogene Spezialisten für die zu bearbeitende Indikation unterstützt.

BERUFSVERBÄNDE IN DER KOMMISSION

ALM	Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.
BDI	Berufsverband Deutscher Internisten e.V.
BDL	Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V.
BDRh	Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V.
BNHO	Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen e.V.
BVF	Berufsverband der Frauenärzte e.V.
DGfN	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V.
DGKL	Deutsche Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin e.V.
DHÄV	Deutscher Hausärzteverband e.V.

Weitere Veröffentlichungen in Vorbereitung

Die Labordiagnostischen Empfehlungen zur Hyperthyreose sowie zur Hypothyreose stehen ab sofort auf einer Themenseite der KBV als Webversion sowie als Druckversion bereit.

Als nächste Themen sind Empfehlungen zur Diagnostik der Anämie sowie des Eisenmangels in Vorbereitung; weitere Indikationen folgen. Die Dokumente werden nach ihrer Veröffentlichung in regelmäßigen Abständen überprüft und gegebenenfalls aktualisiert. ■

KBV-Themenseite Labordiagnostik:
www.kbv.de/html/labordiagnostik.php

Empfehlungen zur Labordiagnostik: Hypothyreose
https://www.kbv.de/html/hypothyreose.php

Empfehlungen zur Labordiagnostik: Hyperthyreose
https://www.kbv.de/html/hyperthyreose.php

Neuregelung der außerklinischen Intensivpflege

Die außerklinische Intensivpflege ist seit Januar 2023 eine eigenständige Versorgungsform. Die meisten Patientinnen und Patienten, die eine außerklinische Intensivpflege benötigen, sind beatmet oder trachealkanüliert. Künftig soll stärker die Entwöhnung von der Beatmung beziehungsweise der Trachealkanüle im Fokus stehen.

Grundlage des neuen Versorgungsmodells ist eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bei der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege muss eine Erhebung des Entwöhnungspotenzials von Beatmung oder Kanülierung vorliegen. Außerdem muss ein Behandlungsplan erstellt werden. Beides sind neue ärztliche Aufgaben.

DREI NEUE FORMULARE

Die Verordnung außerklinischer Intensivpflege erfolgt nicht mehr auf dem Formular 12 für die häusliche Krankenpflege, sondern auf dem neuen Vordruck 62B. Zusätzlich gibt es zwei weitere Formulare: 62A für das Ergebnis der Potenzialerhebung und 62C für den Behandlungsplan.

INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT

Künftig sollen in der außerklinischen Intensivpflege mindestens drei Gruppen von Leistungserbringern eng zusammenarbeiten, um die Patienten zu versorgen:

- „Potenzialerhebende“ Ärztinnen und Ärzte, die vor der Verordnung und danach regelmäßig das Potenzial für eine Beatmungsentwöhnung und Trachealkanülen-Entfernung prüfen. Die Gruppe der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte benötigt eine Genehmigung durch die KV.
- Verordnende Ärztinnen und Ärzte, die den Patienten die Verordnung für die außerklinische Intensivpflege ausstellen, den Behandlungsplan erstellen und die Versorgung koordinieren. Diese Gruppe benötigt, mit Ausnahme der Hausärztinnen und Hausärzte, keine Genehmigung.
- Pflegekräfte, die besondere Kenntnisse im Bereich der Intensivpflege vorweisen können.

QUALIFIKATION DER „POTENZIALERHEBENDEN“ ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Zur Potenzialerhebung berechtigt sind:

1. Fachärzte/-innen mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
2. Fachärzte/-innen für Innere Medizin und Pneumologie,
3. Fachärzte/-innen für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer speziali sierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,
4. Fachärzte/-innen für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugend medizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit
5. weitere Fachärzte/-innen mit mindestens 18-mo natiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.
6. bei nicht beatmeten Versicherten auch Fachärzte/-innen mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurolo gisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Um die Potenzialerhebung durchführen zu können, benötigen die genannten Gruppen eine Genehmigung der KV.

QUALIFIKATION DER VERORDNENDEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Zur Verordnung (auf der Grundlage einer Potenzialerhebung) sind berechtigt:

1. Fachärzte/-innen mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
2. Fachärzte/-innen für Innere Medizin und Pneumologie,
3. Fachärzte/-innen für Anästhesiologie,
4. Fachärzte/-innen für Neurologie,
5. Fachärzte/-innen für Kinder- und Jugendmedizin,
6. Hausärzte/-innen, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen.

Hausärztinnen und Hausärzte benötigen für die Verordnung eine Genehmigung durch die KV. Sofern sie keinen Nachweis über entsprechende Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patienten erbringen können, müssen sie innerhalb eines halben Jahres eine entsprechende Fortbildung nachweisen. Die KBV wird hierfür eine Online-Fortbildung anbieten. Sobald diese verfügbar ist, werden wird darüber informieren.

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

Für die außerklinische Intensivpflege wurden mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Seit Januar wird die Verordnung inklusive Behandlungsplan vergütet (GOP 37710). Für die Koordination der außerklinischen Intensivpflege können Vertragsärzte einen Zuschlag zur Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale berechnen (GOP 37711).

Die ärztliche Potenzialerhebung wird seit 1. Dezember 2022 honoriert. Hierfür wurde eine Grundleistung (GOP 37700) in den EBM aufgenommen. Wird die Erhebung bei einem Besuch bei dem Patienten oder der Patientin durchgeführt, können zudem Zeitzuschläge je weitere vollendete zehn Minuten (bis zu dreimal) und weitere Leistungen berechnet werden (z.B. GOP 37704 für eine Schluckendoskopie).

Insgesamt enthält der neue Abschnitt 37.7 des EBM neun neue Gebührenordnungspositionen (GOP). Die Vergütung erfolgt extrabudgetär, also in voller Höhe.

ÜBERGANGSREGELUNG BIS 30. OKTOBER 2023

Um eine nahtlose Patientenversorgung zu gewährleisten, darf die außerklinische Intensivpflege bis zum 30. Oktober 2023 weiterhin wie gewohnt ohne Potentialerhebung auf Formular 12 für die häusliche Krankenpflege verordnet werden. In diesem Fall können die neuen EBM-Leistungen nicht abgerechnet werden. Die Abrechnung der neuen Leistungen ist erst möglich, wenn die Verordnung nach der neuen Richtlinie erfolgt. ■

Weitere Informationen:

www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Verordnung → sonstige Verordnungen → Außerklinische Intensivpflege

www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Formulare → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → Außerklinische Intensivpflege

KBV-Themenseite „Außerklinische Intensivpflege“: https://www.kbv.de/html/60812.php

Ansprechpartner
Abteilung Verordnung und Beratung
Tel: 040 / 22802 - 571, -572
verordnung@kvhh.de

Ansprechpartner
Abteilung Genehmigung
Inga Beitz, Tel: 040 / 22802 - 663
inga.beitz@kvhh.de
Tina Stasch, Tel: 040 / 22802 - 451
tina.stasch@kvhh.de
Sebastian von Borstel, Tel: 040 / 22802 - 573
sebastian.vonborstel@kvhh.de

Zweitmeinungsverfahren vor Gallenblasenentfernung

Vor der Entfernung der Gallenblase haben gesetzlich Versicherte künftig Anspruch auf eine zweite ärztliche Meinung. Ärztinnen und Ärzte, die die Indikation für eine planbare Gallenblasenentfernung stellen („Erstmeiner"), sind verpflichtet, ihre Patienten über den Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung zu informieren. Die „Zweitmeiner" prüfen, ob die empfohlene Operation auch aus ihrer Sicht medizinisch wirklich notwendig ist. Zudem beraten sie die Versicherten zu möglichen Behandlungsalternativen.

Facharztgruppen „Zweitmeiner"

Für die Beratung über die Notwendigkeit eines empfohlenen Eingriffs können folgende Facharztgruppen eine Genehmigung erhalten:

- Innere Medizin und Gastroenterologie,
- Allgemeinchirurgie,
- Viszeralchirurgie,
- Kinder- und Jugendchirurgie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie.

Leistungsinhalt

Die Zweitmeinung umfasst die Durchsicht vorliegender Befunde der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes und ein Beratungsgespräch. Hinzu kommen ärztliche Untersuchungen, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zwingend erforderlich sind.

Regelungen zur Vergütung

„Erstmeiner": Der Arzt, der die Indikation stellt, kann für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren die Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 einmal im Krankheitsfall (vier Quartale) abrechnen. Sie ist mit 75 Punkten bewertet. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für die Patientin oder den Patienten.

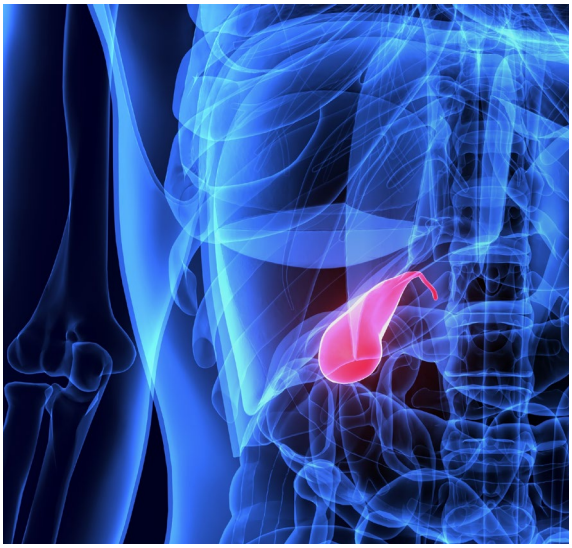
„Zweitmeiner": Die Abrechnung der Zweitmeinung ist im Abschnitt 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung" im Allgemeinen Teil des EBM geregelt. Danach rechnet der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, für die Patientin oder den Patienten seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Sind für seine Beurteilung ergänzende Untersuchungen notwendig, kann

ZWEITMEINUNG NUNMEHR BEI NEUN EINGRIFFEN MÖGLICH

Damit besteht nun bei neun Eingriffen, soweit diese planbar sind, Anspruch auf eine Zweitmeinung:

- Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)
- Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)
- arthroskopische Eingriffe an der Schulter
- Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom
- Implantationen einer Knieendoprothese
- Eingriffe an der Wirbelsäule
- kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
- Implantation von Herzschrittmachern und Defibrillatoren
- Entfernung der Gallenblase

Kein Rechtsanspruch auf Zweitmeinung besteht bei Eingriffen, die aufgrund von akuten traumatischen Ereignissen oder aufgrund von akut auftretenden neurologischen Komplikationen notwendig sind. Gleiches gilt bei Eingriffen aufgrund von Tumorerkrankungen, da in beiden Fällen die vorgegebene Mindestwartezeit vor der Zweitmeinung nicht adäquat ist.



er diese ebenfalls durchführen, muss sie aber medizinisch begründen.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt ab dem Inkrafttreten des jeweiligen Zweitmeinungsverfahrens befristet für drei Jahre extrabudgetär.

Kennzeichnung der Leistungen

Ärztinnen und Ärzte müssen alle Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens bei der Abrechnung nach bundeseinheitlichen Vorgaben eingriffsspezifisch kennzeichnen.
Für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren bei Eingriffen zur Entfernung der Gallenblase durch den „Erstmeiner" ist die bundeseinheitliche GOP 01645H vorgesehen.

Durch den „Zweitmeiner" hat eine indikationsspezifische Kennzeichnung aller im Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten Leistungen als Freitext im Feld freier Begründungstext (KVDT-Feldkennung 5009) mit dem Code 88200H zu erfolgen. ■

Ansprechpartner für die Antragstellung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren:
Abteilung Genehmigung
Monika Marks, Tel: 040/ 22 802 – 603
monika.marks@kvhh.de
Lucas Rathke, Tel: 040/ 22 802 – 358
lucas.rathke@kvhh.de

Weiterentwicklung des ambulanten Operierens

Zur Förderung des ambulanten Operierens haben KBV und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss ein erstes Maßnahmenpaket beschlossen.

Es beinhaltet neben einer höheren Vergütung für ausgewählte Operationen auch eine Reihe von stationären Eingriffen, die Vertragsärzte ab Januar ambulant durchführen können. Eine erste Möglichkeit zur verlängerten Nachbeobachtung ist ebenfalls vorgesehen.

Außerdem wurde die Kalkulation sämtlicher ambulanter und belegärztlicher Leistungen im EBM überprüft und die Bewertung angepasst.

Insgesamt werden mindestens 60 Millionen Euro zur Verfügung gestellt: ein durchschnittliches Plus bei den geförderten Operationen von 30 Prozent.
Der Katalog der Operationen, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ambulant durchführen dürfen, wird um fast 200 neue Leistungen erweitert.

Der Beschluss ist Anfang des Jahres in Kraft getreten. ■

Weitere Informationen:
KBV Themenseite „Ambulantes Operieren"
https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php

Katalog ambulant durchführbarer Operationen (Übersicht mit gelb markierten Neuerungen):
www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Formulare → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → Ambulantes Operieren → Rechtliche Grundlagen / Vereinbarungen → AOP-Katalog 2023

Ansprechpartner:
Sekretariat Abrechnung
Tel: 040 / 22 802 - 542, - 373
abrechnung.sekretariat@kvhh.de

eArztbrief per Mausklick verschicken

Der digitale Brief über KIM soll Post und Fax ablösen

Noch werden Arztbriefe oft per Post oder Fax verschickt. Der Postweg ist langsam, und das Fax sollten die Praxen heutzutage nicht mehr nutzen. Es ist nicht auszuschließen, dass beim Fax-Versand Teile unleserlich werden. Manchmal bricht die Übertragung unvermittelt ab. Der Absender weiß zudem nicht, wer die Seiten aus dem Fax-Gerät nimmt und ob sie tatsächlich beim richtigen Empfänger landen. Datenschutzbehörden raten deshalb, personenbezogene und medizinische Daten nicht per Fax zu übermitteln.

Alternative zu Brief und Fax

Abhilfe verspricht der Versand des eArztbriefs über die TI. Voraussetzung für die Übermittlung des elektronischen Arztbriefes ist der E-Mail-Dienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen). Die meisten Praxen dürften KIM bereits von der eAU her kennen. Übermittelte Informationen können in KIM nur von Sender und Empfänger gelesen werden. Somit entsteht ein geschützter Bereich, in dem die Informationen ausgetauscht werden. Zusätzlich ist KIM an das jeweilige PVS angebunden, so dass Informationen ganz einfach per Mausklick gesendet werden können.

Refinanziert wird KIM seit April 2022 mit einmalig 200 Euro pro Praxis. Hinzu kommen 23,40 Euro je Praxis und Quartal für den laufenden Betrieb.

Für die Nutzung des eArztbriefes sind darüber hinaus folgende Komponenten notwendig:

- die aktuelle Konnektorversion,
- ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) der zweiten Generation, um signieren und damit digital unterschreiben zu können,
- sowie das eArztbrief-Modul des jeweiligen PVS-Herstellers.

Sind alle technischen Voraussetzungen erfüllt, steht dem Versenden und Empfangen von eArztbriefen nichts mehr im Wege.

Die registrierten Nutzer sind im Verzeichnisdienst von KIM - ähnlich einem allgemeinen Adressbuch - gelistet. Sollte nicht erkennbar sein, ob der Empfänger eine KIM-Adresse hat, hilft ein kurzer Anruf. Tipp: Am Anfang den eArztbrief nur an bekannte Praxen versenden.

Falls sich herausstellt, dass die Empfänger-Praxis keine KIM-Adresse hat, muss der Arztbrief ausgedruckt und auf dem Postweg verschickt werden.

Der eigentliche Arztbrief wird als Anhang einer KIM-Nachricht übermittelt, der immer erst geöffnet werden muss, um ihn lesen zu können. Das Anhängen von Befunden wie etwa Röntgenbildern wird bislang nicht vergütet. Damit der Absender weiß, dass sein Brief beim Empfänger angekommen ist, kann eine Eingangsbestätigung verschickt werden.

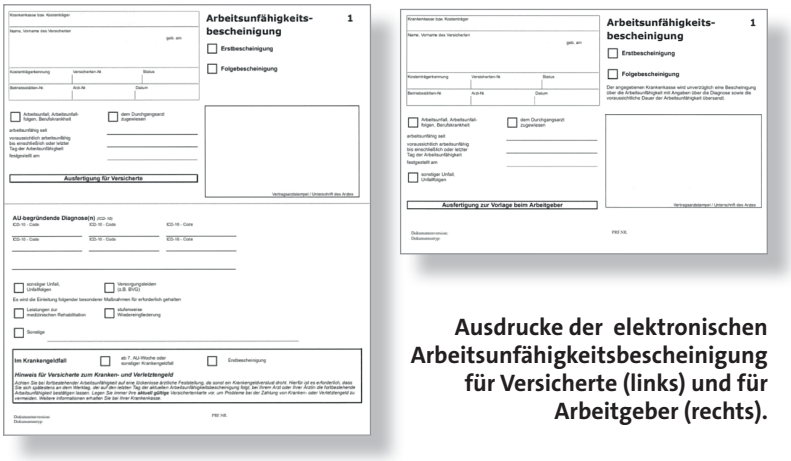
Die Vergütung über EBM liegt für jeden versendeten eArztbrief bei 28 Cent und für jeden empfangenen eArztbrief bei 27 Cent. Für Versand und Empfang gibt es aber einen Höchstwert pro Quartal. Ist er erreicht, wird für jeden weiteren Brief kein Honorar mehr ausgelöst. Anders ist das bei der Strukturförderpauschale von 11 Cent je eArztbrief für den Absender. Sie ist extrabudgetär und wird immer gezahlt, unabhängig von der Zahl der versendeten eArztbriefe. ■.

Mehr Infos unter:
www.kvhh.de → Menü → Praxis-IT&Telematik → Telematikinfrastruktur (TI-Anwendungen) → Elektronischer Arztbrief (eArztbrief)

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

KV empfiehlt: AU für Arbeitgeber weiterhin ausdrucken

Viele Arbeitgeber sind offenbar noch nicht in der Lage, die eAU ihrer Angestellten direkt bei den Krankenkassen abzurufen.



Ausdrucke der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für Versicherte (links) und für Arbeitgeber (rechts).

Seit Anfang des Jahres sind Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer gesetzlich versicherten Beschäftigten elektronisch bei den Krankenkassen abzurufen.

Die Arbeitnehmer müssen sich weiterhin bei ihren Arbeitgebern krankmelden. Die Vorlage einer Papier-Bescheinigung ist aber nicht mehr vorgesehen.

Für Arztpraxen bedeutet dies, dass sie mit der Umstellung auf das papierlose Verfahren nicht mehr in jedem Fall ihren Patientinnen und Patienten eine ausgedruckte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) für den Arbeitgeber aushändigen müssen. Dies soll eigentlich nur noch in Ausnahmefällen geschehen, zum Beispiel für Arbeitslose oder auf Wunsch des Patienten.

Da aber einige Arbeitgeber technisch noch nicht in der Lage sind, die AU digital bei den Krankenkassen abzurufen, empfiehlt die KV Hamburg, den Patientinnen und Patienten weiterhin zusätzlich einen Ausdruck für den Arbeitgeber mitzugeben.

Was Praxis-Chefs als Arbeitgeber wissen sollten

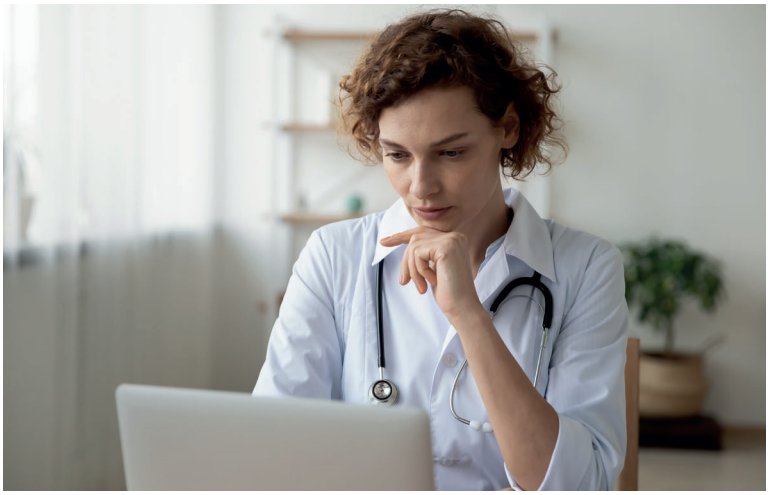
Die Regelungen für Arbeitgeber betreffen auch Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die Personal beschäftigen. Auch sie müssen seit Januar die AU-Daten bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen, sofern sie nicht selbst die AU-Bescheinigung für ihre Mitarbeitenden ausgestellt haben.

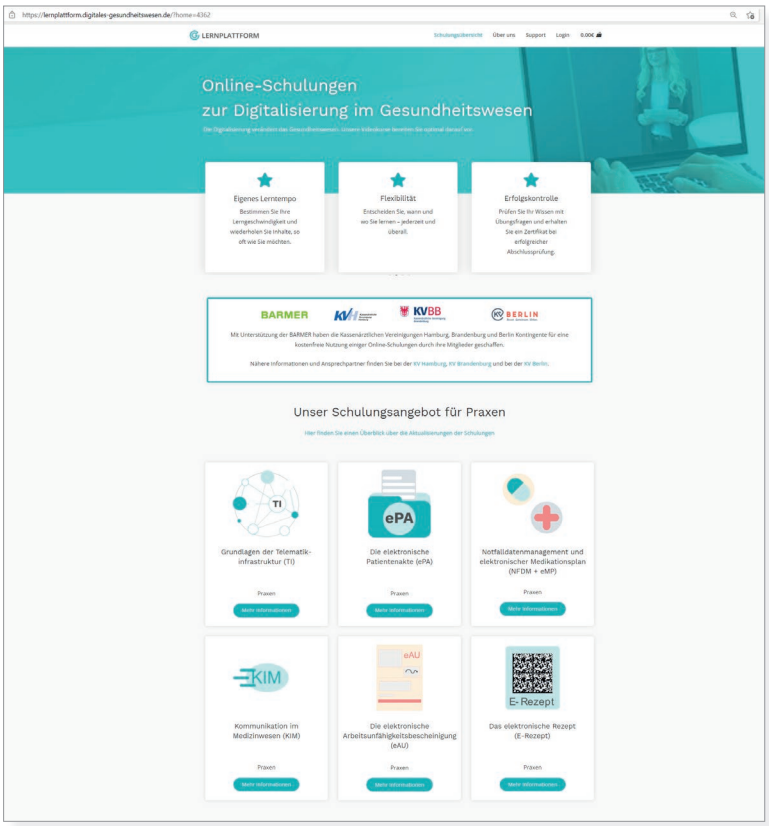
Zum Abruf der Daten benötigen Firmen, Behörden oder Arztpraxen eine zugelassene und datenschutzkonforme Software. Praxen, die einen externen Dienstleister mit dem Personalmanagement beauftragt haben (zum Beispiel eine Steuerberatung), sollten prüfen, ob der digitale Abruf der AU-Daten dort erfolgt. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Lohnabrechner, wie Sie den Abruf der eAU als Arbeitgeber praktisch umsetzen können. ■.

Detaillierte Infos zur elektronischen Übermittlung von AU-Daten an den Arbeitgeber stellen unter anderem der GKV Spitzenverband (www.gkv-datenaustausch.de) und die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (https://arbeitgeber.de/elektronische-arbeitsunfaehigkeitsbescheinigung) bereit.

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

Kostenlose Online-Schulungen zu eRezept, eAU und ePA





Für Mitglieder der KV Hamburg und deren Praxisteams stellt die BARMER eine begrenzte Anzahl an kostenlosen Online-Schulungen zu eRezept, eAU und ePA zur Verfügung. Die Online-Schulungen werden von der eLearning-Plattform „Digitales Gesundheitswesen“ angeboten. Jedes Modul beinhaltet ein Video und Übungsfragen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten nach erfolgreich bestandener Abschlussprüfung ein persönliches Zertifikat.

Für die Teilnahme ist ein Zugangscode erforderlich, den die BARMER für die KV-Mitglieder und ihre Teams erworben hat.

Infos zum Anbieter der Schulungen: https://lernplattform.digitales-gesundheitswesen.de

Bitte melden Sie sich per E-Mail an: Online.Schulungen@barmer.de

Die BARMER übermittelt Ihnen anschließend den Zugangscode sowie eine kurze Anleitung zur Registrierung auf der Plattform von „Digitales Gesundheitswesen“.

Energiekosten-Umfrage: Bitte nehmen Sie teil!

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) führt eine Umfrage zur finanziellen Mehrbelastung der Praxen und MVZ durch die Energiekrise durch. Die erhobenen Daten sollen KBV und KVen dabei helfen, die Interessen der Vertragsärzteschaft und Vertragspsychotherapeutenschaft zu vertreten. Die Zugangsdaten für die Umfrage erhalten die Praxen und MVZ per E-Mail, soweit E-Mail-Adressen vorliegen, und ansonsten per Briefpost.

Das Energiekosten-Monitoring wird in drei Befragungszeiträumen durchgeführt: Beginn der ersten Umfrage war im Dezember 2022. In diesem Jahr soll es weitere Umfragen geben.

Um fundierte Ergebnisse zu erhalten, benötigt das Zi eine breite Beteiligung aus allen Fachgruppen. Wir bitten Sie, sich an der Umfrage zu beteiligen.

Weitere Informationen:
https://monitoring.zi.de
E-Mail: kontakt@zi-ths.de

KVH

Hilfsmittel
Regress
Richtlinien
Heilmittel
Rezepte
Off-Label-Verordnung
Antibiotika
Sprechstundenbedarf
Prüfverfahren
Wirtschaftlichkeitsgebot
Pharmakotherapieberatung
Schutzimpfungen
Betäubungsmittel
Cannabis-Verordnung
Trendmeldungen
Arzneimittel
Wirkstoffvereinbarung
Aut idem
Arzneimittel-Richtlinie
Verbandmittel

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 Verordnungsverhalten sondern zu allen Grundsatzfragen des Verordnungsmanagements.

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

Und nochmals Vitamin D – Welche Erkenntnis bringt eine Mendel-randomisierte Kohortenstudie?

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

Ein relevanter Anteil unserer Bevölkerung soll an Unterversorgung mit Vitamin D leiden. Kohortenstudien berichten immer wieder von Assoziationen zwischen niedrigen 25-Hydroxyvitamin-D Konzentrationen im Serum (25[OH]D) und den unterschiedlichsten akuten und chronischen Krankheitszuständen. Beobachtungsstudien erlauben jedoch keine kausalen Ableitungen. Dem Studiendesign inhärent sind Verzerrungen durch nicht ausreichend berücksichtigte Störvariablen und umgekehrte Kausalität (z. B., wenn niedrige 25[OH]D Werte die Folge einer Erkrankung sind und nicht deren Ursache). Zum Nutzennachweis einer Vitamin-D-Supplementierung braucht es daher randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs).

Kürzlich haben wir an dieser Stelle berichtet, dass die US Wissenschaftsbehörde USPSTF von einem Screening auf Vitamin-D-Mangel abrät (1). Die Auswertung von 46 RCTs konnte die Wirksamkeit einer Behandlung niedriger Vitamin-D-Spiegel nicht belegen, weder auf Mortalität noch auf Knochenbrüche, Depression, Diabetes, kardiovaskuläre Krankheiten oder Krebs.

Auch aus dem IQWiG gibt es ein aktuelles Gutachten zur regelmäßigen Bestimmung von Vitamin-D-Werten (2). Die Zielgruppe sind asymptomatische Personen ab 50 Jahre mit 25[OH]D < 30 ng/ml. Die Evidenzanalyse umfasst 33 RCTs mit etwa 60 000 Erwachsenen und Beobachtungszeiten bis zu 5 Jahren und findet ebenfalls keinen Anhaltspunkt für einen Nutzen einer Vitamin-D-Supplementierung in Bezug auf die Prävention von Frakturen, Stürzen, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen und Depression.

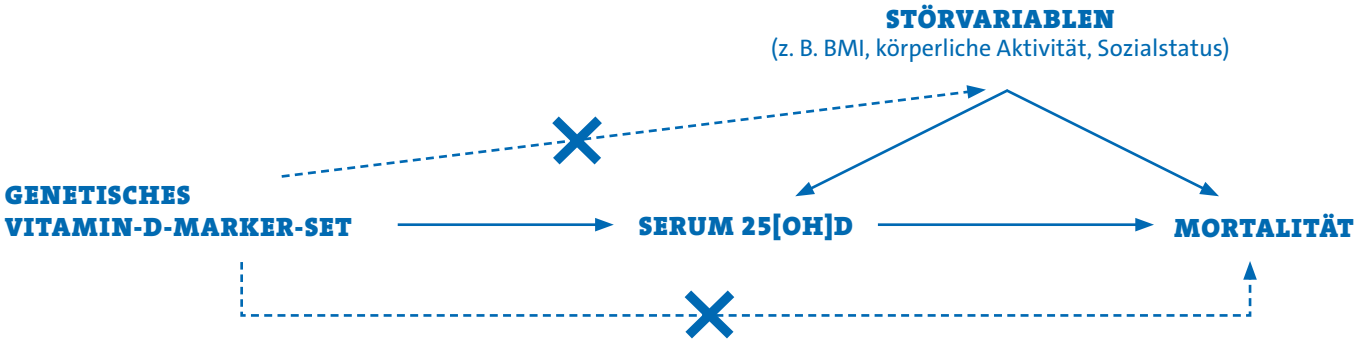
Ein weiteres Review aus dem Jahr 2022 wurde als Grundlage für ein Expertengremium der WHO erstellt, um den Vitamin-D-Bedarf für Kinder im Alter 0-4 Jahre zu bestimmen (3). Das Gutachten wertet 146 Studien aus, davon 28 RCTs, und kommt zu dem Schluss, dass es keine ausreichende Evidenz gibt für eine kausale Assoziation zwischen Vitamin-D-Aufnahme und Asthma, Ekzemen, Infektionen oder Rachitis.

Übereinstimmend mit anderen Evidenzanalysen (1,2) verweisen die Autor:innen auf den fehlenden Konsens zur Definition des Vitamin-D-Status. Es bleibt unklar, was ein Mangelzustand, was unzureichend bzw. ausreichend ist, oder wo Toxizität beginnt.

Auch das renommierte Wissenschaftsjournal Nature publizierte 2022 eine Übersicht zu den gesundheitlichen Wirkungen von Vitamin-D-Supplementierungen (4). Zusätzlich zu neuen RCTs wurden 60 sogenannte Mendel-randomisierte Analysen (MR) eingeschlossen. Das Review findet ebenfalls keine kausale Beziehung zwischen Vitamin-D-Supplementierung und Morbidität oder Mortalität. Die Autor:innen sehen jedoch ein Potenzial für weitere Forschung mit MR.

WAS IST EINE MENDEL-RANDOMISIERUNG?

MR-Studien nutzen die Tatsache, dass genetische Varianten (Allele) zufällig von den Eltern auf ihre Kinder vererbt werden, ähnlich wie Studienteilnehmer einer RCT auf die Studienarme verteilt werden. MR-Analysen sollen in Kohortenstudien kausale Ableitungen ermöglichen, für die üblicherweise RCTs notwendig sind (5). Dabei dienen genetische Variablen zur Abschätzung einer kausalen Beziehung zwischen einem modifizierbaren Risikofaktor (z. B. Vitamin-D-Spiegel) und einem Ergebnisparameter (z. B. Mortalität). Zusätzlich zu den üblichen Kriterien für Kohortenstudien müssen MR-Analysen bestimmte Voraussetzungen erfüllen (Abbildung).



Eine valide kausale Ableitung aus einer Mendel-Randomisierung zur Assoziation zwischen 25[OH]D und Mortalität muss folgende Bedingungen erfüllen:

- Das genetische Marker-Set ist mit dem gewählten Risikofaktor (25[OH]D) assoziiert.
- Das genetische Marker-Set hat keine direkte Wirkung auf den gewählten Ergebnisparameter (Mortalität). Der Effekt des genetischen Marker-Sets erfolgt ausschließlich über den Vitamin-D-Spiegel.
- Es gibt keine Assoziation zwischen genetischem Marker-Set und Störvariablen, die auf die Assoziation zwischen Risikofaktor und Ergebnisparameter einwirken.

(Abbildung modifiziert nach Suppl. Abb. 2 aus Ref. Sutherland JP et al. 2022)

MR-Analysen schätzen den Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Ergebnisparameter, wobei der Einfluss bekannter Störvariablen (Alter, sozialer Status, etc.) bestmöglich durch geeignete statistische Verfahren kontrolliert wird, so wie es für Kohortenstudien üblich ist. Weil als Risikofaktor aber nicht der tatsächlich gemessene, sondern der polygenetisch prognostizierte Vitamin-D-Spiegel betrachtet wird, ist der Störvariableneinfluss in einer MR-Studie theoretisch geringer als in einer konventionellen Kohortenstudie. Denn der tatsächliche Vitamin-D-Spiegel einer Person wird durch Störvariablen mitbestimmt, während das Genom einer Person in aller Regel unveränderlich ist. Analysiert wird letztlich aber stets nur ein Risikofaktor, also eine Exposition, keine Intervention. Fragestellungen nach dem Zeitpunkt, der Dauer und Dosis einer Vitamin-D-Supplementierung erfordern RCTs.

KRITIK AN BISHERIGEN VITAMIN-D-STUDIEN

Kritiker sehen folgende Limitierungen bisheriger RCTs und MR-Studien (4, 6): Zu wenige RCTs hätten Personen mit schwerem Vitamin-D-Mangel eingeschlossen; die Studienpopulationen wären nicht groß genug und die Studiendauer nicht lang genug, um Effekte auf Mortalität zu prüfen. MR-Analysen hätten schwache genetische Marker und ungeeignete statistische Methoden eingesetzt.

DAS GENETISCHE VITAMIN-D-MARKER-SET

Bisher wurden in MR-Studien 2 bis 4 Genvarianten zum Vitamin-D-Metabolismus benutzt. Sie konnten bestenfalls 5% der Varianz der Vitamin-D-Spiegel erklären. Aktuelle Genome-weite Assoziationsstudien haben eine große Anzahl weiterer Genvarianten identifiziert. Sie könnten etwa 10% des Vitamin-D-Status erklären. Einige dieser Genvarianten sind direkt assoziiert mit dem Vitamin-D-Metabolismus, andere mit indirekten Wirkmechanismen von Vitamin D, etwa auf den Lipidstoffwechsel, Speichereigenschaften der Leber, den BMI oder Hauteigenschaften (6).

AKTUELLE MR-STUDIE ZU VITAMIN D

Kürzlich hat eine MR-Analyse Aufmerksamkeit erfahren, weil die Ergebnisse einen kausalen Zusammenhang zwischen 25[OH]D-Mangel und Mortalität stützen (6). Die Studie benutzt ein genetisches Set aus 35 Genvarianten und ein angepasstes statistisches Analyseverfahren.

Die Studienpopulation besteht aus etwa 300 000 nicht verwandten UK-Bürgern und Bürgerinnen europäischer Abstammung, die zwischen 2006 und 2010, im Alter von 37 bis 73 Jahren, der UK Biobank Untersuchungsdaten zur Verfügung stellten. Neben einer Genanalyse wurde 25[OH]D einmalig gemessen. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug im Mittel 14 Jahre.

Wie gefordert, ist das genetische Vitamin-D-Marker-Set mit dem 25[OH]D-Serumspiegel assoziiert (6), allerdings beträgt der Unterschied im mittleren 25[OH]D zwischen dem niedrigsten und höchsten Quartil des genetischen Scores nur 3,6 ng/ml (7).

Die Autor:innen berichten signifikante Assoziationen bei einem genetischen Risiko für Vitamin-D-Spiegel < 20 ng/ml. Im Vergleich zu höheren 25[OH]D wird die Odds Ratio für die Gesamtmortalität auf 1,25 (95% Konfidenzintervall 1,16 bis 1,35) geschätzt. Auch für die kardiovaskuläre, Krebs- und respiratorische Mortalität finden sich signifikante Assoziationen. Hingegen kann bei 25[OH]D > 20 ng/ml kein Zusammenhang zwischen Vitamin D und Gesamtmortalität beobachtet werden.

Die konventionelle Datenanalyse dieser UK-Kohorte ergibt ähnliche Ergebnisse, wobei sich die signifikanten Assoziationen bei der MR-Analyse deutlicher auf den 25[OH]D-Bereich von schwerem Vitamin-D-Mangel konzentrieren (< 10 ng/ml). Somit bleibt die Frage nach dem zusätzlichen Erkenntnisgewinn dieser MR-Studie. Letztlich können unzureichend berücksichtigte indirekte Effekte des genetischen Marker-Sets auf den Endpunkt Mortalität nicht ausgeschlossen werden. Kritisch wäre insbesondere, wenn die genetischen Vitamin-D-Marker auch über andere Wege (z. B. den Fettstoffwechsel) mit dem Sterberisiko zusammenhängen.

Die Forscher:innen selbst schlussfolgern, dass schwerer Vitamin-D-Mangel, wie in Leitlinien empfohlen, behandelt werden sollte. Die Ergebnisse würden jedoch gegen eine Supplementierung bei 25[OH]D Werten > 20 ng/ml sprechen. Zudem könnten MR-Analysen keinen Aufschluss geben zur Art und Weise einer Vitamin-D-Supplementierung.

FAZIT

MR-Analysen können dazu beitragen, kausale Zusammenhänge aufzudecken. Voraussetzung sind valide genetische Marker. Eine mendelsche (oder natürliche) Randomisierung darf nicht mit „echter" Randomisierung gleichgesetzt werden, kann aber eventuell aussagekräftigere Ergebnisse liefern als eine klassische Kohortenstudie. MR-Studien müssen im Kontext der bisherigen Evidenz interpretiert werden, um wesentliche Annahmen und Verzerrungsrisiken zu prüfen. Es gibt Hinweise, dass einzelne genetische Varianten auch das Reagieren von 25[OH]D auf Vitamin-D-Zufuhr (Ernährung, Supplementierung, UV-Bestrahlung) beeinflussen (7). RCTs sind daher notwendig, um die Wirksamkeit einer Supplementierung mit Vitamin D zu belegen. Bisherige RCTs konnten einen solchen Nutzen nicht nachweisen. ■

UNIV.-PROF. DR. MED. INGRID MÜHLHAUSER
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Ingrid.Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 / 42838 - 3988

Literatur:
1) Mühlhauser I (2021) Vitamin D - das Ende eines Hypes? Screening auf Vitamin-D-Mangel ohne Nutzennachweis. KVH-Journal (7-8): 22-24. https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/ebm-beitrag-zu-screening-auf-vitamin-d-mangel.pdf
2) IQWiG (Hrsg) (2022). Profitieren ältere Personen von einer regelmäßigen Bestimmung der Vitamin-B12- und Vitamin-D-Werte im Blut? HT20-04, Version 1.0. https://www.iqwig.de/sich-einbringen/themencheck-medizin/berichte/ht20-04.html
3) Beauchesnea AR, Copeland K, Krobatha DM et al (2022) Vitamin D intakes and health outcomes in infants and preschool children: Summary of an evidence report. Ann Med 54: 2278–2301. https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2111602
4) Bouillon R, Manousaki D, Rosen C et al (2022) The health effects of vitamin D supplementation: evidence from human studies. Nat Rev Endocrinol 18: 96–110. https://doi.org/10.1038/s41574-021-00593-z
5) Davies NM, Holmes MV, Smith DG (2018) Reading Mendelian randomisation studies: a guide, glossary, and checklist for clinicians. BMJ 362: k601. https://doi.org/10.1136/bmj.k601
6) Sutherland JP, Zhou A, Hyppönen E (2022) Vitamin D deficiency increases mortality risk in the UK Biobank: A nonlinear Mendelian randomization study. Ann Intern Med 175:1552-1559. https://doi.org/10.7326/m21-3324
7) Hyppönen E, Vimaleswaran KS, Zhou A (2022) Genetic determinants of 25-Hydroxyvitamin D concentrations and their relevance to public health. Nutrients 14: 4408. https://doi.org/10.3390/nu14204408.

EbM Netzwerk

Husting in a winter wonderland

Kolumne von **Dr. Christine Löber**, HNO-Ärztin in Hamburg-Farmsen

Wir HNO-Menschen und sicherlich auch die Hausärzt:innen und die Kinderärzt:innen kennen das. Kaum wird es kälter und nässer, werden alle krank. Das ist schon seit Äonen so, da gibt´s auch gar nicht viel drüber zu sagen, außer in der Quarkdenker-Ecke, wo alle nochmal rumschreien müssen, dass auch der augenblickliche Zustand überhaupt nichts anderes ist als die normale Infektsaison und wegen der Maskentragerei kommt.

Die Schlangen vor unserer Praxistür sind mittlerweile noch länger geworden, denn es mischen sich aktuell in ständig wechselnder Reihenfolge Covid-19-Infekte, RSV, Influenza, irgendwelche Erkältungen mit unbekanntem Erregerspektrum, Schlappheiten nach einer dieser Erkrankungen, eine Reihe von bakteriellen Klassikern und – zumindest bei uns – die typischen Ohrfolgen.

Winter ist immer die Jahreszeit des Mittelohres, aber aufgrund der diesjährigen Anzahl würde ich Quartal 4 /2022 als Tubenfunktionsstörungs-Pandemie bezeichnen wollen.

So weit, so ungut, aber im Moment kommt dazu, dass die Kinder- und Hausärzt:innen an ihr Limit kommen bzw. da sowieso schon längst sind. Jetzt stehen in unserer Schlange vor der Praxis auf einmal kleine, verschnodderte Kinder mit Husten, denen wir nicht richtig helfen können. Nein, liebe Eltern, ich kann keine Kinderlungen behandeln, es tut mir wirklich ehrlich leid.

Darüberhinaus gibt es aber auch noch die hustenden Erwachsenen, denen es eigentlich gar nicht so schlecht geht, die aber beim Hausarzt nicht so lange warten wollen, wir kennen es. Die wiederum blockieren Kapazität für die echten HNO-Kranken. Mehr Sorgen bereiten mir allerdings die tatsächlich Husten-Kranken, die nirgends unterkommen können, weil es überall voll ist.

Grund für viele Patient:innen, erstmal sauer zu werden, denn der Arzt muss ja alles wissen und können. Aber nicht nur Patient:innen denken das! Auch unsere Ruhmbekleckerten aus der Politik warten in einer Zeit völlig unzureichender Versorgung mit völlig verqueren Vorstellungen über unseren Beruf auf. Bekannt ist ja, dass die Kliniken immer voll sind. Überlegungen anstellen, warum das so ist, macht lieber keiner, könnte zu kompliziert werden. Politiker:innen ahnen, dass in den Kliniken wohl zu viele vielleicht kranke Menschen sind, was ja merkwürdig ist, Corona ist ja beendet. Muss Rumheulerei sein. Irgendwas ist ja auch immer mit der Pflege, weiß aber auch keiner genau. Mit den Ärzt:innen beschäftigt man sich nicht, die kriegen sowieso zu viel Geld, da muss man mal durchgreifen. So oder so ähnlich quietscht das Politikgehirn.

Jedenfalls muss in dieser Hustenzeit mit den Kliniken was passieren, denn es wird gemunkelt, dass da Kinder sterben, das klingt in der Zeitung nicht gut, denn Achtung: Immer an die Wähler denken.

Ha! Es ist ja ganz einfach! Die Klinik wird einfach zu den faulen Niedergelassenen geschoben, Win-win-Situation. Krankenhaus wieder gesund, Golfer werden angemessen bestraft. Hier, rupturiertes Bauchaortenaneurysma, ein klassischer Fall für den KV-Dienst, mache schon mal den Ohrsauger an.

Neupatientenregelung wird abgeschafft, dafür kommt was

Ha! Es ist ja ganz einfach! Die Klinik wird einfach zu den faulen Niedergelassenen geschoben, Win-win-Situation. Krankenhaus wieder gesund, Golfer werden bestraft.

Neues, was dazu führt, dass die Hausärzt:innen mehr Arbeit haben und unterm Strich erstmal alle aufeinander sauer sind. Divide et impera. Rechte Tasche, linke Tasche, die Mangelverwaltung muss so tun, als wäre Medizin permanent kostenlos verfügbar.

Habe kürzlich passenderweise gelesen, dass jemand (nicht aus der Politik), sich 24/7-Praxen wünscht, weil es ja sein könnte, dass er nachts um elf mal einen Checkup braucht.

Meine Reaktion ist vorstellbar, die von Karl Lauterbach wäre hier wohl ein heftig zustimmendes Nicken (sofern der Checkup nicht GKV-finanziert ist). Wir wissen ja, dass die armen Bürgerinnen und Bürger nur deswegen so leiden müssen, weil die Arztmonster den Dienst am Patienten immer verweigern.

Zurück zum Husten. Ist in der Zwischenzeit nicht besser geworden. Masken sind sooo 2021, das lassen wir mal. Überhaupt ist es wichtig, wenn alle erdenklichen Erreger parallel durch die Gegend kreuchen und fleuchen, überhaupt keinen Infektionsschutz mehr zu betreiben. Das Immunsystem muss jetzt gestärkt werden, deshalb immer rein in den Topf mit den Krankmachern, auch alle Kinder!

Klaus Reinhardt empfiehlt Medikamentenflohmärkte. Hier, ich habe noch abgelaufenes Tavörchen, kann ich was gegen Schmerzen haben, ah Bisoprolol, klingt ganz gut.

Parallel zu diesem Unsinn habe ich neulich im Bekanntenkreis von der Wiederauferstehung von Masern- und Windpockenparties gehört.

Fast meint man, ein bizarres Stockholm-Syndrom zu beobachten, je katastrophaler die Lage wird, desto größer wird bei einigen die Liebe zu Gruselkeimen.

Naja gut, dann geht man eben in die Apotheke und behandelt den ganzen Kram. Prävention war ja schon immer langweilig.

In der Apotheke ist Ghost Town, da gibt es nur noch Windeln und Kosmetik und sonst nichts. Hörte neulich die erschreckende Zahl von über 300 nicht lieferbaren Medikamenten. Kann selbst bestätigen, die letzte (!) Packung Pantoprazol in meiner Apotheke ergattert zu haben, brauche ich übrigens wegen meines 2022-bedingten Ulcus.

Heulende Mütter, Väter und Kinder, weil die erwähnten Mittelohrentzündungen ohne Schmerzmittel durchgestanden werden müssen, banale Bakterien werden mit Ausnahme-Antibiotika oder Abwarten und Hoffen behandelt. Beknacktheiten in den Medien sind an der Tagesordnung. In dieser Situation springt uns jemand aus den eigenen Reihen dazwischen: Klaus Reinhardt empfiehlt Medikamentenflohmärkte. Hier, ich habe noch abgelaufenes Tavörchen, kann ich was gegen Schmerzen haben, ah Bisoprolol, klingt ganz gut.

Das ist selbstverständlich übertrieben formuliert, aber so ähnlich war die öffentliche Rezeption.

Gut, fassen wir zusammen: Ende 2022 haben alle Husten, es gibt keine Versorgung, es gibt keine Medikamente.

Das wäre alles schlimm, wenn nicht alles davon in weiten Teilen vermeidbar gewesen wäre.

Deswegen ist es noch viel schlimmer als schlimm. ■

DR. CHRISTINE LÖBER
ist HNO-Ärztin und Buchautorin. Aktuell im Buchhandel: „Immer der Nase nach“ (zusammen mit Hanna Grabbe), Mosaik Verlag / Hamburg

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

VON WALTER PLASSMANN

Klare Worte und Arztsprech

Laudatio auf Dr. Dirk Heinrich zu dessen Abschied aus der Vertreterversammlung

Er geht, aber er bleibt. Dr. Dirk Heinrich hat nicht mehr für den Vorsitz der Vertreterversammlung der KV Hamburg kandidiert, gehört ihr in der neuen Amtsperiode noch nicht einmal an. Aber es ist kein Abschied aus der Berufspolitik, sondern „nur" eine Konzentration auf die Bundesebene, wo er weiter für ärztliche Interessen kämpfen wird. Anlaß für eine (Zwischen-)Laudatio.

Die Politik der SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt habe ihn in die Berufspolitik getrieben, bekannte Heinrich bei seiner letzten Vertreterversammlung. Das ist mehr als verständlich. Denn Heinrich war immer ein Verfechter des in eigener Praxis tätigen Vertragsarztes – und stand damit im kompletten Gegensatz zu Schmidt, der die selbstbewußte Ärzteschaft und ihre Selbstverwaltung ein Dorn im Auge war. **„Die wollte eine Staatsmedizin – wie Herr Lauterbach sie auch heute will", wettert Heinrich noch immer.**

Der HNO-Arzt mit Wurzeln aus dem Badischen war immer ein politischer Mensch. So ging er ganz bewußt mit seiner Praxis in einen sozial schwachen Stadtteil. Das hat er zwar verbrämt mit der flapsigen Bemerkung, es sei in Horn weniger langweilig als in einem wohlhabenden Umfeld, aber im Grunde war dies Ergebnis seines tiefen sozial-politischen Engagements.

Das gilt auch für seine seit Jahrzehnten währende Unterstützung der HNO-Versorgung der Bevölkerung in Ruanda. Dort hat er nicht nur ein HNO-Krankenhaus aufgebaut und ausgestattet, sondern hat vor allem Ärztinnen und Ärzte aus- und fortgebildet und so quasi im Alleingang eine jetzt stabile und autonome Kollegenschaft von HNO-Ärzten in diesem afrikanischen Land aufgebaut.

Vor diesem Hintergrund war es kein Wunder, dass er zur ärztlichen Berufspolitik fand. Und das ging schnell. 1996 eröffnete er mit Kollegen seine HNO-Praxis in Horn, und schon fünf Jahre später saß er nicht nur in der Kammerversammlung in Hamburg, sondern auch in der Vertreterversammlung der KV Hamburg.

Ex-KV-Chef Walter Plassmann (links) und Dr. Dirk Heinrich nach dessen letztem Auftritt als Vorsitzender der Vertreterversammlung

In der Vertreterversammlung fiel er sofort durch seine pointierten Stellungnahmen auf. Heinrich hat die seltene Gabe, grobe Gemeinheiten in einen locker-lustigen Ton zu verpacken. Dabei kann er die Dinge derart überspitzen, dass sie auch dem nicht so gut informierten Zuhörer klar werden. **Erinnert sei an seine Wortschöpfung der „Zalando-Mentalität" für die massiv gestiegene Anspruchshaltung der Versicherten oder den schönen Ausdruck „Praxis der Sinne" für HNO-Praxen.**

Schon in dieser Zeit fiel auf, was ein Erfolgsgeheimnis seiner Politik gewesen sein dürfte: Er kann Arztsprech. Klar und präzise, ohne Schwurbeleien. Heinrich hat es schon immer verstanden, seine Kolleginnen und Kollegen auf dieser Basis mitzunehmen, dies aber gleichzeitig für die Öffentlichkeit und die Politik zu „übersetzen".

Als die KV Hamburg 2005 gegen das GKV-Modernisierungsgesetz mobil machte und den Saal im ehemaligen Ärztehaus bis auf den letzten Stehplatz füllte, war es Heinrich, der mit seinen pointierten Sätzen die Gründe des Protestes präzise auf den Punkt brachte. Der Saal tobte. Gleichzeitig hatte er es aber auch so formuliert, dass die Journalisten wußten, um was es ging und entsprechend berichten konnten.

Heinrich hatte erkannt, dass die Ärzte, insbesondere die Fachärzte, eine bessere Lobby in Berlin brauchten. Zwar war der dilettantische Versuch der Grünen-Gesundheitsministerin Andrea Fischer gescheitert, die Fachärzte aus dem KV-System zu drängen, aber Heinrich spürte, dass dieser Kampf weitergehen würde. Sein Weg: die Verbände müßten wieder stark werden.

Also übernahm er 2004 den HNO-Landesverband in Hamburg, 2008 den HNO-Bundesverband. 2010 wurde er zum Vorsitzenden des NAV-Virchowbundes gewählt, der damals selig vor sich hin schlummerte. Und 2012 gründete er den „Spitzenverband Fachärzte Deutschlands“, kurz SpiFa.

Parallel intensivierte er seine Arbeit in der KV Hamburg. Es war keine Frage, dass er Sprecher des neuen Beratenden Fachausschusses der Fachärzte werden würde. Das war 2005. Acht Jahre später zog sich der damalige VV-Vorsitzende Dr. Michael Späth aus der KV-Politik zurück, und Heinrich wurde sein Nachfolger. Nun zeigte sich diese sehr besondere und seltene Mischung, die ihn als Berufspolitiker auszeichnet.

Er vereint ärztliches Ethos und politisches Engagement, er kann Interessen vertreten und politische Kompromisse aushandeln, denkt strategisch und nicht ausschließlich taktisch, hat ein gesundes Verhältnis zur Macht und kann sich sowohl nach innen wie nach außen verständlich machen. Kein Wunder, dass er auch auf der Bundesebene Gehör fand.

2011 kandidierte er für den Vorsitz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Sein Gegenkandidat war Amtsinhaber Dr. Andreas Köhler. Natürlich hatte er gegen Köhler keine Chance, aber zwei Dinge fielen auf: seine kämpferische Rede spielte in einer völlig anderen Liga als die defensiv angelegte Bewerbungsrede von Köhler. Und immerhin gaben knapp 30 Prozent der Delegierten dem damals weitgehend unbekannten HNO-Arzt aus Hamburg ihre Stimme.

Zu diesem Zeitpunkt hatte Heinrich bereits beschlossen, die Vertretung der fachärztlichen Interessen voranzubringen. Sie sollten eine ähnlich schlagkräftige Vertretung auf der Bundesebene bekommen wie es der Hausärzteverband im Windschatten der Hausarztzentrierten Versorgungsverträge geworden war. **So gründete er den SpiFa als Verband der fachärztlichen Berufsverbände, also als Verbändeverband, was hohe Anforderungen an die Führung stellt.** Trotzdem, ihm gelang das eigentlich Unmögliche. Der SpiFa konnte auf eigene wirtschaftliche Beine gestellt werden und macht mittlerweile erfolgreiche Lobbyarbeit für die niedergelassenen Ärzte im allgemeinen und die Fachärzte im besonderen.

Der Erfolg brachte Heinrich allerdings in eine Zwickmühle. Als Vertreterversammlungs-Vorsitzender war er Teil der KV-Selbstverwaltung. Den SpiFa erfolgreich zu etablieren, führte ihn aber zwangsläufig mitunter in Gegensatz zur KV-Politik. Heinrich hat zwar mit großer Aufmerksamkeit versucht, die unterschiedlichen Aufgaben auseinanderzuhalten, aber er konnte nicht verhindern, dass seine Aussagen mitunter für Irritationen – vor allem im KV-System – sorgten.

Das galt aber mehr für die Bundespolitik. In Hamburg engagierte er sich vorbehaltlos für die KV und deren Mitglieder. Er vertrat mit Verve die Interessen der Ärzte und Psychotherapeuten, organisierte Protestmaßnah-

men, wenn es denn anders nicht ging und hielt eine kluge Balance zwischen der Selbstverwaltung und dem hauptamtlichen KV-Vorstand. Er ließ dem KV-Vorstand immer freie Hand in allen operativen Fragen, brachte sich aber ein, wenn es um die politisch-strategische Ausrichtung ging. Das hat der Vorstandsarbeit insgesamt gut getan.

In seinen neuneinhalb Jahren als Vertreterversammlungs-Vorsitzender hat Heinrich bewiesen, dass er auf vielen Feldern sattelfest ist. Er ist eben nicht nur der ewige Protestler – worauf sich viele ärztliche Berufspolitiker beschränken –, sondern er gestaltet auch gerne und gut. So hat er die drei Versorgungsforschungstage, die die KV Hamburg veranstaltet hat, inhaltlich maßgeblich geprägt und mit hohem Engagement auch vertreten.

Die Idee zur Feier des 100-jährigen Bestehens der KV Hamburg hat er begeistert aufgenommen und mit Nachdruck dafür gesorgt, dass die 100 Jahre intensiv aufbereitet werden. Die von Historikern verfaßte Geschichte der KV Hamburg, in der deutlich mehr erzählt wird als nur die Geschichte der KV Hamburg, hat Maßstäbe gesetzt.

Auch hat Heinrich ein gutes Gespür für Chancen. Jede der vielen HVM-Änderungen, die in seine Amtszeit fielen, wurde darauf abgeklopft, welche Chancen sie birgt. In Zeiten knapper Mittel ging es vor allem darum, den Praxen Planungs-Sicherheit und Ruhe im Praxis-Alltag zu geben. Wenn er aber die Möglichkeit sah, noch zusätzliches Geld zu generieren, tüftelte er an Wegen, dies auch zu realisieren. Alles immer unter dem Leitmotiv, es den Praxen so einfach wie möglich zu machen.

Hierbei kam es ihm sehr zugute, dass er immer tätiger Vertragsarzt blieb. Er spürte die Auswirkungen aller Entscheidungen unmittelbar in seiner Praxis und genau so, wie die Kolleginnen und Kollegen, die er vertrat. Das gab seinen Argumenten eine hohe Glaubwürdigkeit.

In der Pandemiezeit bewies Heinrich sein Geschick als Krisenmanager. **Als Teil der Task-Force, die KV-Vorstand Caroline Roos im Februar 2020 zu Beginn der Covid-Pandemie gegründet hatte, engagierte er sich kraft- und phantasievoll.** Kein Problem, für das er nicht eine Lösung hatte. Und dann kam das Impfzentrum Es könnte sein, dass das knappe Jahr, in der das Impfzentrum geplant, aufgebaut und betrieben wurde, die erfüllteste Zeit im berufspolitischen Leben von Dirk Heinrich war. Hier konnte er jedenfalls viele seiner Talente zusammenführen: vorausschauende Planung, kluge Organisation, unendliches Improvisationstalent, ärztliche Expertise, politisches Gespür, meisterhafte laterale Führung und nicht zuletzt ein unerschöpfliches Kommunikationstalent.

Seine Expertise war nahezu weltweit gesucht. Er gab nicht nur sämtlichen deutschsprachigen Medien Interviews, sondern stand auch in Englisch Rede und Antwort, zierte sogar die Titelseite der New York Times. Mit seinem Handy trieb er nicht nur den mächtigen Apparat der Sozialbehörde vor sich her, sondern auch mitunter den der KV Hamburg. Er war Stammgast in allen Nachrichtensendungen und zierte die Sessel der Talkshows, am liebsten den von Markus Lanz.

In vielen dieser Interviews blitzte auch auf, was den Privatmann Dirk Heinrich kennzeichnet: Er kann Anekdoten – und Witze! – meisterhaft erzählen. Selbst aus leidlich witzigen Gegebenheiten kitzelt er durch eine geschickte Dramaturgie und eine blendende Rhetorik die großen Lacher heraus. Er stand eben nicht nur im Impfzentrum im Mittelpunkt, sondern kann dies auch spielend in jeder Gesellschaft. Kurzweil garantiert.

Mit Heinrich geht auch ein bestimmter Politikstil. Die klare Kante ohne Scheu vor einer Auseinandersetzung ist in der nachrückenden Generation der Standespolitiker selten geworden. Es macht mitunter den Eindruck, als würde heutzutage vor lauter Konsenssuche und vorbeugender Rücksichtnahme verabsäumt, die eigenen Interessen klar und nachdrücklich zu vertreten.

Dirk Heinrich wird dies weiterhin tun. Leider nicht mehr in der KV Hamburg. Aber auf der Bundesebene. Und das wird man auch in Hamburg spüren. ■

Walter Plassmann,
ehemaliger Vorsitzender der KV Hamburg

Notdienst muss vollständig finanziert werden!

KV-Vertreterversammlung beschließt, nicht mehr weiter in Vorleistung zu gehen

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat auf ihrer konstituierenden Sitzung am 11. Januar 2023 eine volle Finanzierung des Notdienstes durch die Krankenkassen gefordert. Andernfalls sei eine Schließung von Notfallpraxen oder eine Einschränkung beim fahrenden Notdienst zu prüfen.

„Wir wollen die Hamburger Bevölkerung versorgen", sagte Dr. Torsten Hemker, der den Antrag in die Sitzung eingebracht hatte, „aber nicht mehr zum Nulltarif".

Es sei wirtschaftlich absolut nicht mehr zumutbar, dass angesichts von explodierender Inflation, steigenden Energie- und Personalkosten und einer Politik, die die Budgetierung noch weiter verschärft, die Kassenärzte die Kosten für den Notdienst zum Großteil aus der eigenen Tasche zahlen.

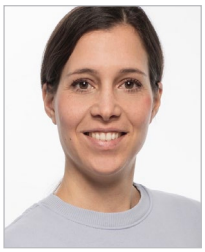
Der neue Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Michael Reusch, unterstützte den Antrag: „Wir können nicht mehr in Vorleistung gehen. Der Notdienst in Hamburg, der aus acht Notfallpraxen, einem fahrenden Besuchsdienst und einer telefonischen ärztlichen Beratung besteht, kostet 20 Millionen Euro pro Jahr und wird zum Großteil von den Mitgliedern der KV bezahlt. Das können und wollen wir nicht mehr angesichts politisch veranlasster sinkender Honorareinnahmen und ausbleibendem Ausgleich für Inflation und Energiekosten. Deshalb ist der Vorstand der KV Hamburg beauftragt worden, zu prüfen, wie die entsprechenden Kosten für die Mitglieder der KV erheblich reduziert werden können."

John Afful, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg, sagte: „Der Notdienst, den wir in den vergangenen Jahren stark ausgeweitet haben – von zwei auf acht Notfallpraxen – ist zwar der komfortabelste in ganz Deutschland, aber auch hochdefizitär. Im vergangenen Jahr haben wir im Notdienst insgesamt 365.000 Patientinnen und Patienten versorgt. Ohne eine volle Finanzierung durch die Kassen können wir diesen Service in diesem Umfang nicht mehr erbringen. Es droht ganz konkret die Schließung von Notfallpraxen, wenn hier nicht in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und der Stadt Hamburg schnell wirklich tragfähige Lösungen gefunden werden."

Der Antrag wurde von der Vertreterversammlung einstimmig (ohne Gegenstimmen und ohne Enthaltungen) angenommen. ■

Spitze der Selbstverwaltung neu besetzt

Dr. Michael Reusch (rechts) ist am 11. Januar 2023 zum Vorsitzenden der KV-Vertreterversammlung gewählt worden. Dr. Björn Parey (links) bleibt stellvertretender Vorsitzender. Wir veröffentlichen in der nächsten Ausgabe des KVH-Journals ein Interview mit den beiden zu ihren Plänen und politischen Zielen.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Annemarie Reißmann**
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Annemarie Reißmann**
Geburtsdatum: **12.10.1983**
Familienstand: **verheiratet, zwei Kinder**
Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**
Weitere Ämter: **stellvertretendes Mitglied BFA Hausärzte, Mitglied Frauenkommission der KVH**
Hobbys: **Yoga, Tennis, Musik hören, Zeit mit Freunden verbringen, draußen aktiv sein**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? In der Allgemeinmedizin habe ich das perfekte Tätigkeitsfeld gefunden, um meine medizinischen Interessen zu vereinen – den Menschen ganzheitlich zu sehen und ihn in vielseitigen Fragen und Anliegen zu begleiten und behandeln.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ich möchte mich mit dafür einsetzen, den Beruf einer Hausärzt:in wieder attraktiver zu gestalten. Nur durch aktive Mitarbeit in unserer Freiberuflichkeit können wir etwas voranbringen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Die Rahmenbedingungen hausärztlicher Tätigkeit müssen gestärkt und weiterentwickelt werden. Sie müssen so gestaltet werden, dass die Tätigkeit als Hausärzt:in unbürokratisch und bei einem angemessenen Honorar möglich ist. Arbeits- und Zeitmodelle müssen geschaffen werden, um die Niederlassung und Tätigkeit in der Selbstverwaltung für Frauen und Männer familienfreundlich möglich zu machen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Die Hausarzttätigkeit lebt von der sprechenden Medizin, dies bildet sich aktuell im Honorar nicht ab. Die Entbudgetierung ist dabei der unabdingbare Weg, um auch Nachwuchs für den ambulanten Bereich zu gewinnen. Bürokratie muss abgebaut werden, um mehr Zeit für unsere Patienten zu haben, um die es in unserer Tätigkeit ja geht. Wir müssen in Entscheidungsprozesse wie in der Digitalisierung und kurzfristigen Anforderungen unserer täglichen Arbeit mehr und von vornherein mit eingebunden werden, damit Prozesse praxistauglich sind. Informationsaustausch zwischen den Facharztgruppen und Gesundheitsfachberufen sollte unkompliziert möglich sein.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Ich lebe meinen Traum, nur das Hamsterrad des Lebens könnte etwas langsamer drehen.

Leserbrief

KVH-Journal 1/2023, Seite 22, Kolumne: „Worum geht es in der Medizin?“

Alles richtig, was Bernd Hontschik da schreibt. Es braucht eine Kurskorrektur, um das solidarische Gesundheitswesen zu sichern. Aber es braucht noch mehr! Die Medaille hat noch eine zweite Seite und das sind die Ärztinnen und Ärzte. Work-Life-balance oder besser Life-Work-Balance bestimmt immer mehr, wo und wie junge Kolleg:innen arbeiten! Wir Älteren, die täglich zehn Stunden in der Praxis sind, oft auch am Wochenende für Patient:innen erreichbar, sind doch eine aussterbende Zunft! Anstellungsverträge von acht oder zehn Stunden pro Woche sind heute keine Seltenheit. Solche Verträge können nun mal fast nur MVZ´s bieten. Das Aussterben der Landarztpraxen macht dieses Problem nur zu deutlich. Der Arztberuf darf nicht zum Job verkümmern! Vielleicht ist auch das Auswahlverfahren zur Studienzulassung schon der falsche Weg. Eine 1 im Abi besagt noch gar nichts über die empathischen Fähigkeiten eines Kandidaten, einer Kandidatin. Für seinen Beruf muss man brennen! Vielleicht braucht es davon wieder mehr. Nur wenn wir Kolleg:innen haben, die eben nicht nach Stechuhr arbeiten, wird ein solidarisches Gesundheitswesen aufrecht zu halten sein!

Dr. Thomas Gent,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
in Volksdorf, seit 1993 niedergelassen

KVH

Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf
Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel
Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung Verbandmittel
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

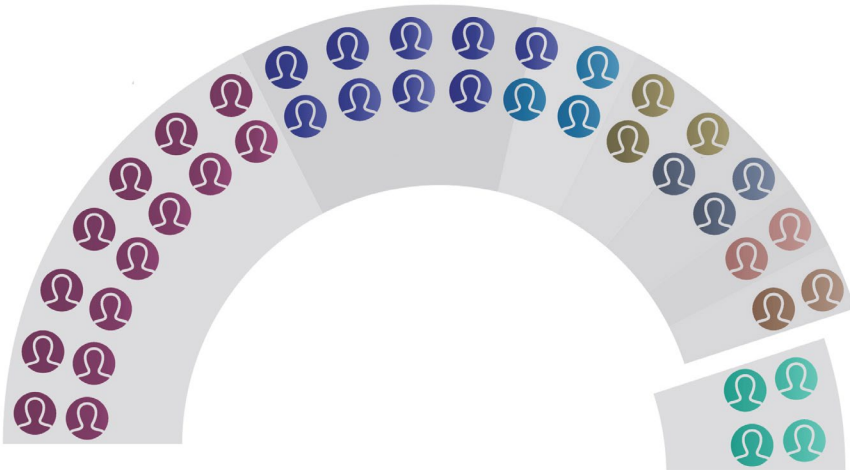
Sie verordnen – wir beraten!

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!**

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

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 29. März 2023
Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

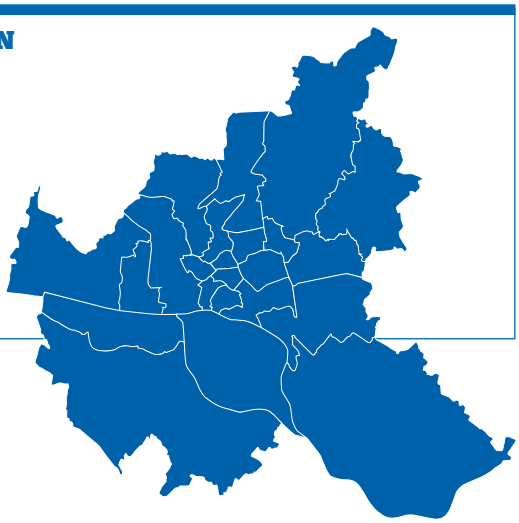
JEWEILS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 2
(Winterhude)
Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 28.6.2023 (18 Uhr)

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



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP® aktuell (online)
Mi. 8.2.2023 (15 - 18 Uhr)

QEP® Einführungsseminar für Psychotherapeut:innen (online)
Fr. 3.3.2023 (9 - 14 Uhr)

Hygiene in der Arztpraxis (online)
Mi. 29.3.2023 (9 - 14 Uhr)

Datenschutz in der Arztpraxis (online)
Mi. 5.4.2023 (9 - 14 Uhr)

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen
Oder über den QR-Code:

Ansprechpartner:
Laura Goldmann, Tel: 22802-574
Michael Bauer, Tel: 22802-388
qualitaetsmanagement@kvhh.de

FORTBILDUNGSAKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Fortbildungen für MFA

Aktuelle Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

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

WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

Demenz! Was nun?
Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen kognitiver Störungen

Mi. 8.2.2023 (18 Uhr)
6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Cerebrale Anfälle
Differentialdiagnostische und pharmakotherapeutische Aspekte – Sinn und Unsinn von Medikamentenumstellung

Mi. 21.6.2023 (18 Uhr)
7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Peripher vestibulärer Schwindel vs. zentraler Schwindel
Symptomatik – Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 30.8.2023 (18 Uhr)
7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Betriebliches Gesundheitsmanagement
Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 15.11.2023 (18 Uhr)
7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNG

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 17.2.2023 (14.30 - 17 Uhr)
Fr. 9.6.2023 (14.30 - 17 Uhr)
Fr. 10.11.2023 (14.30 - 17 Uhr)

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

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
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 (E-Mail-Adresse siehe oben).

ULTRASCHALL-KURSE HELIOS-KLINIK UND AK WANDSBEK

Teil 1
Grundlagen
Fr. 12.5.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 13.5.2023 (8 - 13.30 Uhr)
14 FORTBILDUNGSPUNKTE
Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 2
Leber, Gallenblase, Gallengang
Fr. 23.6.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 24.6.2023 (8 - 13.30 Uhr)
14 FORTBILDUNGSPUNKTE
Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Teil 3
Nieren, Harnwege, Darm
Fr. 15.9.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 16.9.2023 (8 - 13.30 Uhr)
14 FORTBILDUNGSPUNKTE
Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 4
Milz, Pankreas, Schilddrüse
Fr. 17.11.2023 (14 - 18 Uhr) /
Sa. 18.11.2023 (8 - 13.30 Uhr)
14 FORTBILDUNGSPUNKTE
Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Teilnahmegebühr: pro Kurs € 178
bei Buchung aller vier Kurse € 592

Weitere Informationen und Anmeldung: https://sonoboomer.com/

Ansprechpartner:
Dr. med. Thomas Leineweber
Helios Mariahilf Klinik Hamburg
Chefarzt Gastroenterologie/
Innere Medizin
Tel: 040 / 79006-426
thomas.leineweber@sonoboomer.com

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!