

KVH journal

VERZWEIFELTER ABWEHRKAMPF

*Ist der Vormarsch
antibiotikaresistenter Keime
noch zu stoppen?*



ANTIBIOTIKA

Hamburg startet Info-Kampagne

FORTSCHRITT

Wie lang bleibt Fachwissen gültig?

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeitern 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 Texte geben die Meinung des
Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe zu kürzen.

VISDP: Walter Plassmann

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

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 6/2018 (Juni 2018)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ja, es stimmt: Die Patienten nehmen noch immer zu viele Antibiotika ein, häufig auch ohne medizinische Notwendigkeit. Und ja, es stimmt auch: Das Problem der Resistenzen ist ein sehr ernstes. Eines stimmt aber nicht: dass an allem die Ärzte schuld sind.

Politik, Medien und Krankenkassen kennen in der Regel nur einen Adressaten, wenn es darum geht, den Einsatz der Antibiotika zurückzufahren: die Ärztinnen und Ärzte. So musste die KV Hamburg in der von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz initiierten „Arbeitsgemeinschaft Antibiotika“ lange und massiv intervenieren, um endlich auch einmal den Patienten in die Mitverantwortung zu nehmen.

Und kaum hatte die AG einen entsprechenden Maßnahmeplan veröffentlicht, ließ der stellvertretende Vorstand des BKK-Landesverbandes NORDWEST, Dr. Dirk Janssen, sich dazu hinreißen, neben einem reichlich weltfremden Vorschlag, die Antibiotika-Verordnung den gleichen Regeln zu unterwerfen wie die Verordnung von Betäubungsmitteln, den Hamburger Ärzten mal wieder vorzuhalten, Antibiotika „nach dem Motto ‚viel hilft viel‘ zu verschreiben“. Die KV Hamburg hat einen geharnischten Brief an die Kassen geschrieben, das Thema aber nicht öffentlich beantwortet, um den Maßnahmeplan nicht zu diskreditieren.

Tatsache ist, dass die Verordnung von Antibiotika in Hamburg seit vielen Jahren zurückgeht, darunter auch die der Breitbandantibiotika. Tatsache ist aber auch, dass endlich auch andere Verantwortung übernehmen müssen, wenn der Antibiotika-Verbrauch in Deutschland signifikant zurückgehen soll.

Dazu zählen nicht nur die Patienten, die häufig massiv die Verschreibung von Antibiotika einfordern, sondern auch die Kassen, die endlich den CRP-Schnelltest ausreichend finanzieren müssen, um die Arbeit des Arztes zu unterstützen. Und dazu gehört nicht zuletzt ein Stop der präventiven Antibiotika-Gabe in der Massentierhaltung. Genug Themen also für alle Akteure, mitzuwirken und sich Meriten zu erwerben. Die Ärztinnen und Ärzte sind da schon deutlich weiter.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Welche Hindernisse gibt es bei der rationalen Antibiotikaverordnung?
- 08_ „Nerven bewahren“: Wie Vertragsärzte ihre Antibiotikaverordnungen auf das nötige Maß reduzieren können. Interview mit Prof. Dr. Martin Scherer
- 10_ Hamburger Initiative gegen Antibiotikaresistenzen
- 11_ Patienteninfos zu Antibiotika
- 12_ MDK-Antibiotikaanalyse: Rückläufige Verordnungszahlen, aber weiterhin Reduktionspotential
- 14_ Neue Laborleistungen im EBM: Diagnostik vor Antibiotikaverordnung

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. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten
- 17_** Häusliche Krankenpflege: neue Leistung bei Kompressionstherapie/ Anspruch auf Unterstützungspflege
KBV-Serviceheft zum Anschluss an die Telematikinfrastuktur
- 18_** Datenschutzgrundverordnung: Auswirkung auf Verträge

QUALITÄT

- 19_** QEP-Seminare:
„Hygiene in der Arztpraxis“,
„Patientenrechte im Alltag“

FORUM

- 24_** Schwerpunktpraxen für Obdachlose brauchen Unterstützung
- 26_** Medibüro: Gesundheitsversorgung für alle

SELBSTVERWALTUNG

- 28_** Versammlung des Kreises 2
- 30_** Versammlung des Kreises 16
- 32_** Steckbrief: Dr. Frank Stüven

KV INTERN

- 33_** Familien der Namensgeber der Säle besuchten das Ärztehaus

RUBRIKEN

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

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 17_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 20_** Welche Halbwertszeit hat medizinisches Wissen?

KOLUMNE

- 23_** Hontschiks „Diagnose“

FORUM

- 34_** Leserbrief

TERMINKALENER

- 38_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 10: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) Hamburg; Seite 27: Felix Faller/Alinea; Seite 23: Barbara Klemm; Seite 25: Michael Zapf; Seite 26: Felix Faller/Alinea; Seite 32: Michael Zapf; Seite 33: Yuris Arcurs Photography/Fotolia; Seite 38: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

Welche Hindernisse gibt es bei der rationalen Antibiotikaverordnung?



Dr. Jörg Sablotny

Urologe in Niendorf und Vorsitzender des Hamburger Landesverbandes des Berufsverbandes der Deutschen Urologen

Falsche Anreize

Ob ein Antibiotikum indiziert ist, kann man in der urologischen Praxis oftmals mit Hilfe mikrobieller Untersuchungen entscheiden. Bei der Diagnose von Harnwegsinfektionen beispielsweise gehört eine Urinkultur mit Antibiotikaaustestung dazu. **Das Ergebnis hilft auch bei der Kommunikation mit dem Patienten. Man kann sagen: „Wir haben es getestet. Keine Bakterien. Ein Antibiotikum würde Ihnen eher schaden als nützen.“** Das ist eine Argumentation auf solider Basis. Die Grunddiagnostik muss allerdings zügig vor Ort ohne lange Wege und Verzögerungen durchgeführt werden. Doch die Laborreform und der HVM setzen falsche Anreize: Wer sorgfältig und qualitätsgesichert im Eigenlabor testet, wird durch den HVM bestraft – und verordnet deshalb möglicherweise lieber Antibiotika auf Verdacht. Wir plädieren dafür, die Urinkultur und Antibiotikaaustestung komplett aus der Beschränkung durch den HVM herauszunehmen, um eine vernünftige Antibiotikaverordnung zu fördern und Resistenzen einzudämmen. ■



Dr. Ulrich Machate

niedergelassener HNO-Arzt in Uhlenhorst und Mitglied des KV-Beschwerdeausschusses



Dr. Silke Lüder

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Mehr Aufwand

Eitrige Entzündungen im Hals-, Nasen-, Ohren-Bereich gehörten vor einem Jahrhundert noch zu den häufigsten Todesursachen bei den 15- bis 30-Jährigen. Heute sind bakterielle Infektionen gut zu behandeln. **Damit das so bleibt, müssen wir auf einen sparsamen Einsatz von Antibiotika achten. Dazu gehört, zunächst auf eine Antibiotika-Therapie zu verzichten und den Krankheitsverlauf zu beobachten, wenn unklar ist, ob eine Infektion tatsächlich bakteriell ist.** (Routinemäßige Abstriche zur bakteriologischen Abklärung im Labor sind im HNO-Bereich in Nase, Mund und Rachen zwar möglich, aber manchmal wenig hilfreich, weil die natürliche Schleimhautflora die eindeutige Diagnose verschleiern kann. Manche Entzündungsherde sind für Abstriche schwer zugänglich – zum Beispiel hinter dem Trommelfell im Mittelohr oder in der Nebenhöhle.) Abwartendes Beobachten ist für den Arzt allerdings nicht die bequemste Behandlungsvariante. Der Patient muss wieder einbestellt werden. Man hat mehr Mühe. Und egal, ob man den Patienten einmal sieht oder dreimal: Die Vergütung bleibt gleich. ■

Positive Entwicklung

In den vergangenen zehn Jahren ist die Rate der Antibiotika-Verordnungen in Deutschland sinnvollerweise gesunken. Wieso dann Politiker mit Titelschlagzeilen wie „Hamburgs Ärzte verschreiben zu oft Antibiotika“ und „Zeit, dass man Alarm schlägt“ in die Medien gehen müssen, bleibt wohl deren Geheimnis. Die Erfahrungen in der Praxis in Neu-Allermöhe sind in den letzten Jahren durchaus positiv. **Wir sind kritisch bei der Verordnung, und unsere für eine Hausarztpraxis relativ jungen Patienten sind es ebenfalls. Die Berichte über multiresistente Keime sind durchaus bei den Patienten angekommen.** Bei einer offenen Diskussion über die Indikation oder Nicht-Indikation von Antibiotika gibt es selten Schwierigkeiten. Wir würden uns allerdings freuen, wenn die Politik die eigene Verantwortung im Sinne einer stringenten Beschränkung der massenhaften Nutzung von Reserveantibiotika in der Tierhaltung besser wahrnehmen würde, statt immer nur überhebliche Schuldzuweisungen an die Ärzte zu richten. ■

»Nerven behalten«

Wie können Vertragsärzte ihre Antibiotikaverordnungen auf das nötige Maß reduzieren?

PROF. DR. MARTIN SCHERER über gefühlten Handlungsdruck, diagnostische Unsicherheit und den kalkulierten Umgang mit Risiken.

Nimmt die Zahl der Patienten zu, die unbedingt ein Antibiotikum bekommen wollen?

SCHERER: Nein. Meiner Erfahrung nach kennen immer mehr Patienten den Unterschied zwischen einem viralen und einem bakteriellen Infekt – und wissen, dass Antibiotika nur bei bestimmten bakteriellen Infekten wirklich notwendig sind.

Haben die Kampagnen der Vergangenheit also Wirkung gezeigt?

SCHERER: Ja, ich glaube schon. Die Medien haben immer wieder über das Thema berichtet. Außerdem wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Leitlinien erstellt, die kombiniert waren mit im Internet frei zugänglichen Patienteninformationen.

Was tun Sie, wenn sich ein Patient mit einem viralen Infekt von seinem Antibiotikum-Wunsch nicht abbringen lässt?

SCHERER: Dann spreche ich mit ihm und versuche herausfinden:

Warum möchte der Patient unbedingt ein Antibiotikum? In der Regel doch deshalb, weil er einen hartnäckigen Infekt hat, der Leidensdruck verursacht. Er hat vielleicht schon einiges probiert, verliert die Geduld, macht sich

"Die Ärzte müssen die Möglichkeit bekommen, an einem Feedback-System zur eigenen Antibiotika-Verordnung teilzunehmen."

Sorgen. Die Forderung nach einem Antibiotikum entspringt also eigentlich einer Heilungserwartung. Meine Erfahrung und die Erfahrung vieler anderer Ärzte ist: Sobald die Patienten verstanden haben, dass ein Antibiotikum nichts zur Heilung beiträgt, lenken sie recht schnell ein.

Wie erklären Sie das dem Patienten konkret?

SCHERER: Für die meisten Infekte gibt es anschauliche Nutzen-Risiko-Abwägungen, beispielsweise aus den

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Diese Daten kann man zur Unterstützung heranziehen. Nehmen wir an, der Patient hat einen Atemwegsinfekt. Der Arzt muss seine Arbeitshypothese nach der klinischen Untersuchung ganz klar formulieren: „Der weit überwiegende Anteil dieser Infekte ist harmloser Natur und Ihrer auch. In diesem Fall hilft ein Antibiotikum nichts, es schadet eher.“ Nun

kann es allerdings passieren, dass der Arzt unter Handlungsdruck gerät: Ut fiat aliquid. Es muss etwas geschehen, egal was.

Erwarten die Patienten denn tatsächlich, dass etwas geschieht?

SCHERER: Naja, es gibt verschiedene Patiententypen. Für viele Patienten ist es in Ordnung, wenn sie hören: „Die Infektion klingt aller Wahrscheinlichkeit nach von selbst wieder ab. Ich habe Sie untersucht, es gibt derzeit keine Anzeichen für einen gefährlichen Verlauf. Sie brau-

Prof. Dr. Martin Scherer,
Direktor Institut und Poli-
klinik für Allgemeinmedi-
zin am UKE, Sprecher der
Leitlinienkommission der
Deutschen Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und
Familienmedizin (DEGAM)
und DEGAM-Vizepräsident



chen etwas Geduld, Sie müssen sich schonen, dann werden Sie von alleine wieder gesund.“ Andere Patienten geben allerdings schon zu erkennen, dass jetzt etwas geschehen muss.

Und dann?

SCHERER: Was oft vernachlässigt wird, ist der natürliche Placeboeffekt. Wenn der Patient an ein Hausmittel glaubt, von dem ich sicher weiß, dass es unschädlich ist, bestärke ich ihn: „Ja, das könnte lindernd sein.“ Beispielsweise: Viel trinken und inhalieren beim Atemwegsinfekt, Teetrinken

beim Harnwegsinfekt oder auch Wadenwickel beim Fieber. Solche Dinge.

Sie schlagen solche Hausmittel nicht aktiv vor?

SCHERER: Nein. Ich versuche herauszufinden, was der Patient möchte. Ich frage: „Was haben Sie schon gemacht? Was haben Sie probiert?“ Da geht es auch um Selbstwirksamkeitserfahrungen. Um Hausmittel aktiv zu empfehlen, fehlt ja häufig die Evidenz. Dem Druck, auf Wunsch des Patienten ein „echtes“ Arzneimittel zu verordnen und damit eventu-

ell Schaden anzurichten, muss man standhalten. Das bedeutet natürlich nicht, dass man den abwendbar gefährlichen Verlauf aus den Augen verliert. Im Zweifelsfall ist es besser, den Patienten einmal mehr zur Kontrolle einzubestellen.

Was tun Sie, wenn Sie nicht sicher sind, ob ein Infekt viral oder bakteriell ist?

SCHERER: Die Unterscheidung zwischen viralem und bakteriellem Infekt ist klinisch nicht immer ganz einfach und auch nicht immer zwingend →

Hamburger Initiative zum gezielten Antibiotikaeinsatz

Vertreter des Hamburger Gesundheitswesens haben im April 2018 eine gemeinsame Kampagne für einen verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika und zur Eindämmung von Antibiotikaresistenzen vorgestellt. "Ich freue mich sehr, dass es in Hamburg gelungen ist, alle wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen für diese wichtige Initiative zu gewinnen", so Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. Ein wichtiges Element ist die Aufklärungskampagne „Antibiotika gezielt einsetzen“, die sich an die Bevölkerung richtet und auf die Risiken von unsachgemäßem und unbegründetem Antibiotikagebrauch aufmerksam macht. Hierfür wird es Plakate in S- und U-Bahnen, an Lif Fasssäulen und den Stadtinformationsanlagen geben. Zudem werden Hamburger Arztpraxen durch rund 16.000 Abreißblocks bei der Information der Patienten unterstützt (siehe Kasten gegenüberliegende Seite). Hinzu kommen spezielle Blätter für Apotheken, die individuelle Einnahmehinweise enthalten und zusammen mit dem verordneten Medikament ausgegeben werden können.

Bereits bestehende Maßnahmen im Bereich der Aus-, Fort- und

Weiterbildung sollen ausgebaut werden. Die KV plant im Rahmen der Kampagne unter anderem die Pharmakotherapie-Beratung für ihre Mitglieder zu deren individuellen Antibiotika-Verordnungen zu intensivieren. Außerdem sollen Feedbackberichte an Ärzte relevanter Fachgruppen über ihre Antibiotikaverordnungen eingeführt werden.

„Wir haben bereits in den vergangenen Jahren das Problem erkannt und mit der Etablierung des Bündnisses für gezielte Antibiotikatherapie, Patienteninformationen und Fortbildungsmaßnahmen für unsere Mitglieder erste Erfolge erzielt“, sagt Dr. Andreas Walter, Abteilungsleiter Praxisberatung der KV Hamburg. „Die erreichten Ergebnisse können durch die jetzt beschlossenen Maßnahmen verstetigt werden.“

Weitere Informationen zur Kampagne „Antibiotika gezielt einsetzen“ im Internet: www.hamburg.de/antibiotika-gezielt

Informationen der KV Hamburg: www.kvhh.de → Verordnung → Antibiotika-Therapie



Gemeinsam gegen Antibiotikaresistenzen: Dr. Andreas Walter (KV Hamburg), Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks (Gesundheitsbehörde), Christine Neumann-Grutzeck (Ärzttekammer) und Matthias Mohrmann (AOK Rheinland/Hamburg).

nötig. Wir treffen entsprechend unserer Leitlinien die Entscheidung über eine Antibiotikaverordnung anhand der erhobenen Befunde. Es gibt auch Graubereiche, und da spielt die Einstellung der Patienten eine besondere Rolle. Es gibt ja durchaus Patienten, die Antibiotika rundheraus ablehnen, weil sie Unverträglichkeitserfahrungen gemacht haben oder keine „Chemie“ zu sich nehmen wollen. Der Arzt muss dann zusammen mit dem Patienten herausfinden, was für ihn das Beste ist. Wenn es keine Warnzeichen für einen gefährlichen Verlauf gibt, kann man auch abwarten und beobachten. Übrigens muss auch nicht jeder bakterielle Infekt gleich antibiotisch behandelt werden. Bei unkomplizierten Harnwegsinfekten, einer Otitis Media oder einer Halsentzündung eröffnen die Leitlinien Spielräume für partizipative Entscheidungsfindungsprozesse. In dieser Hinsicht hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen.

In den EBM werden zum 1. Juli 2018 neue Laborleistungen aufgenommen, die bei der Diagnose bakterieller Infekte helfen sollen. Wie praktikabel sind solche Tests?

SCHERER: In der allgemeinmedizinischen Praxis steht die klinische Symptomatik im Vordergrund: Der Arzt stützt sich auf eine gute Anamnese und eine gute körperliche Untersuchung. Einen abwendbar gefährlichen Verlauf muss er möglichst sofort erkennen, Tests sind meist nicht hilfreich und können höchstens mal ein Mosaikstein im Gesamtbild darstellen und bei der gemeinsamen Entscheidung helfen. Dass ein Test- oder ein Laborergebnis die Therapie völlig umwirft, beispielsweise weil er auf die zwingen-

de Indikation für ein Antibiotikum hinführt, kommt selten vor.

Was ist das Problem an der Verordnung von Reserveantibiotika?

SCHERER: Das Problem ist, dass Reserveantibiotika zu großzügig und leichtfertig eingesetzt werden. Der Gedanke des Reserveantibiotikums ist ja gerade, dass man damit sehr vorsichtig und sehr sparsam umgeht. Sonst wird es nicht mehr lange ein Reserveantibiotikum bleiben.

Warum werden Reserveantibiotika so oft verordnet?

SCHERER: Ich vermute, weil der Arzt glaubt, damit auf einer sicheren Seite zu sein. Er fürchtet, dass ein Standardantibiotikum nicht ausreicht, dass Resistenzen vorliegen und dass der Infekt des Patienten mit dem Standardantibiotikum nicht mehr gut in den Griff zu bekommen ist. Und dabei ist oft überhaupt kein Antibiotikum indiziert.

Wie geht man als Arzt mit so einer Unsicherheit um?

SCHERER: In der allgemeinmedizinischen Versorgung und auch in anderen medizinischen Bereichen macht man ja häufig eine kalkulierte Antibiotikatherapie. Das heißt: Ich verordne ein bestimmtes Antibiotikum aufgrund meiner Erfahrung und meines Wissens über Epidemiologie und Resistenzverhalten. Für die gängigsten Infekte gibt es gute Empfehlungen in den Leitlinien, die meist auch erfolgreich umgesetzt werden können. Die zweite Option ist eine gezielte Antibiotikatherapie. Das heißt: Ich lasse zum Beispiel beim Harnwegsinfekt ein Antibiogramm anfertigen, um herauszubekommen, auf welches Antibiotikum der Erreger sensibel

reagiert. Man kann auch beides kombinieren und sagen: Ich beginne eine kalkulierte Therapie mit einem Standardantibiotikum und gebe gleichzeitig ein Antibiogramm in Auftrag. Dann erfahre ich recht bald: Greift das Antibiotikum oder nicht? Notfalls muss ich nachsteuern – kann das aber ganz gezielt tun.

Wie gehen Sie vor, wenn sich ein Infekt nicht lokalisieren lässt?

SCHERER: Das ist eine schwierige Situation. Wenn ein Patient unklare Fieber hat und der Infekt trotz umfangreicher Diagnostik nicht zu lokalisieren ist, weiß man nicht, welches Antibiotikum indiziert wäre. Ich kann dann volle Breitseite schießen mit einem Breitbandantibiotikum. Oder ich behalte die Nerven und sage: Ich warte lieber ab, beobachte den Patienten aber sehr genau. Einen solchen Fall hatten wir kürzlich im Ambulanzzentrum des UKE (Katharina Krüger: „Fieber unklarer Ursache“, *Hamburger Ärzteblatt* 4/2018, S. 32). Die Ursache des Fiebers ist unklar geblieben, doch der Patient wurde ohne Antibiotika-Einsatz wieder vollständig gesund. Bei diesem Fall kam übrigens diagnostisch Procalcitonin zum Einsatz, um die anderen Infektparameter besser einordnen zu können. Procalcitonin ist also ein Marker, der bei komplexen Abwägungen durchaus eine Rolle spielen kann.

Sind denn vor allem die ambulant arbeitenden Ärzte verantwortlich für die Entwicklung von Antibiotika-Resistenzen?

SCHERER: Die Vertragsärzte tragen natürlich eine Verantwortung, denn 85 Prozent der Antibiotika-Verordnungen finden im ambulanten Bereich statt. Bisher haben wir nur →

Patienteninfo zu Antibiotika

Patienten sind manchmal fehlinformiert über Antibiotika und fordern auch in unpassenden Fällen eine Verordnung. Um die Praxen bei solchen Diskussionen zu unterstützen, stellt die KV eine von der Gesundheitsbehörde finanzierte Patienten-Kurzinformation über die spezifische Wirksamkeit von Antibiotika zur Verfügung.

Die Patienteninformation gibt es in sieben Sprachen. Abrissblocks mit Texten in Englisch, Türkisch, Arabisch, Farsi, Französisch und Russisch hat die KV im April 2018 an die Praxen verschickt. Weitere Blöcke können per E-Mail (praxisberatung@kvhh.de) bestellt werden.

Die deutschsprachige Version (und die fremdsprachigen Versionen, falls Sie wenige weitere Exemplare benötigen) finden Sie auf der Website der KV Hamburg zum Ausdrucken:

www.kvhh.net → Verordnung → Antibiotika-Therapie → Informationsmaterial für Patienten



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

→ über die Therapie gesprochen, doch das Problem hat noch andere Facetten, die vor allem den stationären Bereich betreffen. Antibiotika werden zunehmend zur Prophylaxe eingesetzt, zum Beispiel vor oder während einer Operation. Es gibt immer mehr Transplantationen, mehr und aggressivere Chemotherapien, mehr invasive Heilbehandlungen, Infusionen, Katheter und

maschinelle Beatmungen. Je mehr invasive Heilbehandlungen durchgeführt werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Antibiotika zur Prophylaxe gegeben werden. Grund für den Anstieg der Antibiotikaverordnungen ist also vor allem die zunehmende Interventionsdichte in der Medizin, die ja auch Spiegelbild des medizinischen Fortschritts ist.

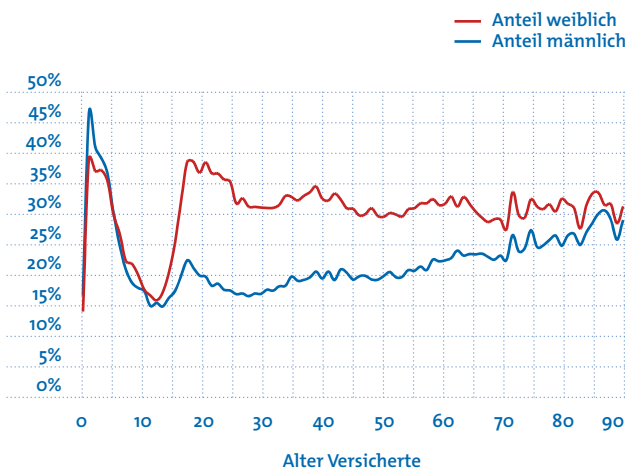
Und welche Rolle spielt der Antibiotikaeinsatz außerhalb der Humanmedizin?

SCHERER: Das ist ein riesiger, sehr problematischer Bereich. Antibiotika werden in der Massentierhaltung eingesetzt, man findet sie aber auch schon in Seifen und Spülmitteln. Um Antibiotikaresistenzen wirkungsvoll zu bekämpfen, müssen alle betroffenen Bereiche zusammenarbeiten.

MDK-Antibiotikaanalyse: Rückläufige Verordnungszahlen, aber weiterhin Reduktionspotential

Abbildung 1

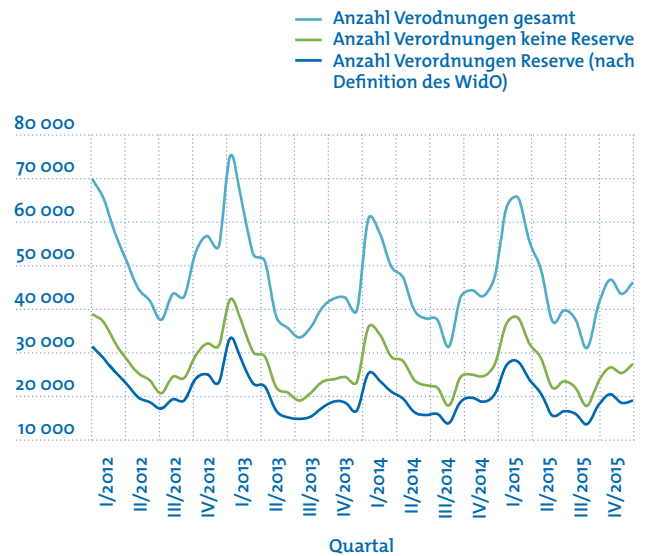
ANTEIL VERSICHERTE MIT ANTIBIOTIKAVERORDNUNGEN NACH GESCHLECHT UND ALTER



Frauen bekommen im Schnitt mehr Antibiotika verordnet als Männer. Ob geschlechtsspezifische Morbiditätsunterschiede dies vollständig erklären, muss weiter untersucht werden.

Abbildung 2

ANTIBIOTIKAVERORDNUNGEN (GESAMT, RESERVEANTIBIOTIKA UND ÜBRIGE)



Die Verordnungszahlen für Antibiotika schwanken im Jahreszeiten-Verlauf. Insgesamt aber sind die Antibiotikaverordnungen von 2012 bis 2015 um 9,5 Prozent gesunken.

Einer Umfrage des Robert-Koch-Instituts zufolge wünschen sich viele Vertragsärzte mehr Unterstützung bei Fragen der Antibiotika-Verordnung. Wie könnte so eine Unterstützung aussehen?

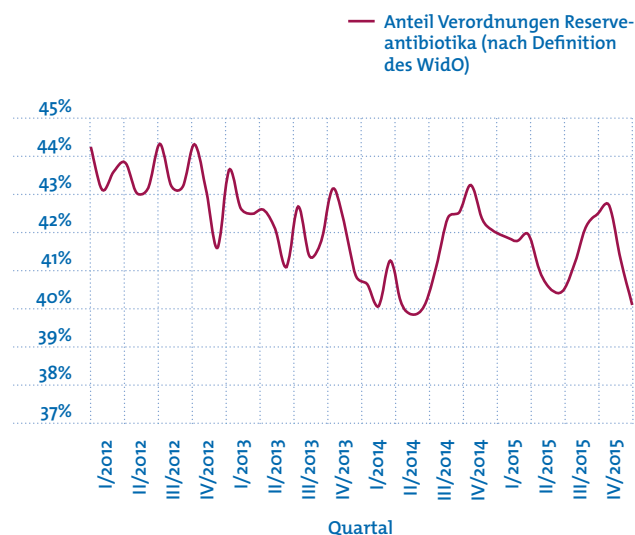
SCHERER: Da gibt es vor allem vier Elemente: Erstens braucht man gut moderierte Qualitätszirkel. Zweitens müssen industrie-unabhängige Fortbildungen angeboten werden –

da haben die Ärztekammer und die Hausärztliche Fortbildung in Hamburg ja einiges zu bieten. Drittens müssen die Ärzte die Möglichkeit bekommen, an einem Feedback-System zur eigenen Antibiotika-Verordnung teilzunehmen. Die KV Hamburg will das ja mittelfristig anbieten. In Göttingen führt das Aqua-Institut schon heute auf Wunsch Verordnungs-Analysen

durch. Die Diagnosen werden mit den Verordnungen abgeglichen, und die Ärzte bekommen ein individuelles Feedback. Das ist eine wichtige Maßnahme, wenn man Ärzte bei der Antibiotika-Verordnung unterstützen will. Und viertens hat die Forschung eine wesentliche Bedeutung: In der *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (04/2018) beschreiben Schwarz et al., dass →

Abbildung 3

ANTEIL RESERVEANTIBIOTIKA



Der Anteil an Antibiotikapatienten, denen Reserveantibiotika verordnet wurden, ist im Betrachtungszeitraum um 4,2 Prozent gesunken – liegt aber immer noch bei 41,5 Prozent. Das deutet auf weiteres Reduktionspotenzial hin. Das Reserveantibiotikum Ciprofloxacin steht auf Position drei der am meisten verordneten Antibiotika (nach Amoxicillin und Cefuroxim).

Die Landeskonferenz Versorgung in Hamburg hat 2017 beschlossen, eine Arbeitsgruppe zu dem Schwerpunktthema Antibiotika-Therapie und Resistenz einzurichten. Diese soll eine gemeinsame Handlungsstrategie aller Akteure des Gesundheitswesens in Hamburg entwickeln. Als ein Teilprojekt dazu haben die Krankenkassen in Hamburg den MDK Nord mit einer pharmakoepidemiologischen Analyse der Antibiotikaverschreibungen der Jahre 2012 bis 2015 beauftragt.

Eine erste MDK-Auswertung wurde der Arbeitsgruppe im Januar 2018 vorgestellt. Insgesamt ist die Anzahl der GKV-Patienten mit Antibiotikaverordnungen von 2012 bis 2015 deutlich gesunken (siehe Abbildungen links). Ziel der Antibiotika-Initiative ist es, diese erfreuliche Entwicklung zu verstetigen.

Es liegen weitere Auswertungen mit dem Fokus auf Behandlungstagen nach DDD (definierte Tagesdosen nach der Systematik des Deutschen Institutes für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI) und beispielsweise nach Facharztgruppen vor, die derzeit mit Anregungen aus der Arbeitsgruppe weiter vertieft werden. In dieser wurde abgestimmt, im Laufe des Jahres 2018 weitere Auswertungen auf Basis der Daten der Jahre 2016 und 2017 vorzunehmen.

*Prof. Dr. Reinhard Schuster,
Stabsstelle Grundsatzfragen des
Medizinischen Dienstes der
Krankenversicherung Nord
(MDK Nord)*

→ immer noch Fieber und gelb-grünes Sputum eine Antibiotikagabe triggern.

Dabei konnten Altiner/Scherer schon 2009 in einer Studie zeigen (publiziert im *Scandinavian Journal of Primary Health Care*), dass die Sputumfarbe als diagnostisches Zeichen für einen bakteriellen Infekt

nicht geeignet ist. Es ist Zeit, sich von den alten Reflexen zu lösen.

Ermutigend dagegen ist eine Arbeit, die letztes Jahr im *Lancet* erschienen ist (Hallsworth et al.): Von allen knapp 8.000 englischen Hausarztpraxen wurden diejenigen 1.581 Praxen ausgewählt, die für die oberen 20 Prozent der Antibiotika-Ver-

schreibungen verantwortlich waren, und mit einer Intervention auf Arzteebene bedacht. Und siehe da: Die Arztintervention führte zu einer signifikanten Verminderung der Verschreibungen; die Patientenintervention, die auch noch in der Studie durchgeführt wurde, allerdings nicht. ■

Neue Laborleistungen im EBM: Diagnostik vor Antibiotikaverordnungen

Um den gezielten Einsatz von Antibiotika abzusichern, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss eine Anpassung des EBM zum 1. Juli 2018 beschlossen.

Mehrere labordiagnostische Untersuchungen zur schnellen Diagnostik bei Infektionen werden an den Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Zudem wurde vereinbart, dass sich die Kosten für mikrobiologische Tests nicht auf den Wirtschaftlichkeitsbonus auswirken, den Praxen erhalten können, wenn sie Laborleistungen wirtschaftlich veranlassen oder abrechnen. Dazu wird die Kennnummer 32004 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen.

Neue GOP zur Bestimmung von Procalcitonin

Zur Bestimmung des Entzündungsmarkers Procalcitonin bei Atemwegserkrankungen wird die GOP 32459 neu in den EBM aufgenommen. Mit diesem quantitativen Test ist eine Unterscheidung zwischen einer bakteriellen und viralen Infektion möglich.

Anpassung weiterer Leistungen

Die Empfindlichkeitsprüfungen nach den GOP 32766 und 32767 werden gestrichen und in den GOP 32772 und 32773 neu gefasst. Damit lässt sich die antimikrobielle Resistenztestung differenziert nach Bakteriengruppen abbilden und deren Durchführung sowie Interpretation entsprechend den aktuellen wissenschaftlichen Vorgaben standardisiert festlegen.

Mit der Aufnahme der GOP 32774 und 32775 als Zuschlag zur GOP 32772 beziehungsweise 32773 wird die Durch-

führung phänotypischer Bestätigungstests bei Verdacht auf Multiresistenz für grampositive und gramnegative Bakterien in den EBM aufgenommen. Die Differenzierung sowie die gesonderte Abbildung der Bestätigungstests ermöglicht es, anhand von Abrechnungsdaten Aussagen über die Häufigkeitsentwicklung von Mehrfachresistenzen im vertragsärztlichen Bereich zu treffen.

Zwei weitere neue Leistungen dienen einer schnelleren Erregerdifferenzierung mittels spezieller Massenspektrometrie (GOP 32692 und 32759).

Die KBV hat eine Praxisinformation zur Einführung der neuen Laborleistungen angekündigt, die wir Ihnen zur Verfügung stellen werden.

Extrabudgetäre Vergütung

Die KBV konnte im Erweiterten Bewertungsausschuss erreichen, dass die Krankenkassen den Entzündungsmarker Procalcitonin (GOP 32459) und die zwei neuen phänotypischen Bestätigungstests (GOP 32774 und 32775) für drei Jahre extrabudgetär vergüten.

Um den darüber hinausgehenden Mehrbedarf an mikrobiologischer Diagnostik zu finanzieren, wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erhöht. Im ersten Jahr werden für Deutschland insgesamt sechs Millionen Euro als Anschubfinanzierung zusätzlich bereitgestellt. In den folgenden drei Jahren wird jährlich geprüft, ob die sechs Millionen Euro zur Finanzierung ausreichend sind oder angepasst werden müssen.

Ansprechpartner:
Abrechnungsabteilung II
Jan Gräpel
Tel: 22802 - 868

wir
regulieren
ihren

[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

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

Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.

Infocenter Tel: 22802-900

HEILMITTEL

Bleibt die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung auch bei einem Vertragsarztwechsel gültig? Und wie ist das bei einem Kassenwechsel?

Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung ist nicht auf den behandelnden Vertragsarzt beschränkt, sondern bezieht sich auf den Versicherten. Die Genehmigung muss also bei einem Vertragsarztwechsel nicht neu eingeholt werden. Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung hat jedoch keine Verbindlichkeit gegenüber einer neuen Krankenkasse. Bei einem Krankenkassenwechsel müssen betroffene Versicherte einen neuen Genehmigungsantrag stellen.

HEILMITTEL

Wie verordne ich Krankengymnastik (KG) als Doppelbehandlung?

Wenn Sie im begründeten Ausnahmefall eine Doppelbehandlung als medizinisch notwendig erachten, ist das Rezept wie in folgendem Beispiel auszufüllen. Angenommen Sie möchten sechs Einheiten KG als Doppelbehandlung verordnen (das heißt drei Termine in der doppelten Länge), dann tragen Sie hierfür auf dem Verordnungsvordruck „6x Krankengymnastik (KG) als Doppelbehandlung“ ein.

VERTRETUNG

Ich bin Hausarzt und suche aktiv nach einer Praxisvertretung während meiner Urlaubszeit. Führt die KV ein Praxisvertretungsverzeichnis?

Ja, wir führen für unsere Mitglieder ein Praxisvertretungsverzeichnis, das wir Ihnen auf Nachfrage gern zur Verfügung stellen. Wenn Sie selbst Interesse haben, sich in unser Praxisvertretungsverzeichnis aufnehmen zu lassen, finden Sie den entsprechenden Antrag auf unserer Homepage: www.kvhh.de → **Formulare und Infomaterial** → KVH-Formulare → **Vertretung**.

Ansprechpartnerinnen:
Abteilung Arztregister
Jasmin Sautter, Tel: 22802 - 329;
Jacqueline Kühnert, Tel: 22802 - 662

QUARTALSABRECHNUNG

Müssen ambulante Scheine (Abrechnungsscheine), die im Ersatzverfahren erstellt wurden, mit der Abrechnung eingereicht werden?

Nein. Ersatzbelege der Primär- und Ersatzkassen sind jedoch mindestens vier Quartale in der Praxis aufzubewahren. Zudem ist es in diesen Fällen notwendig, den Patienten auf dem Abrechnungsschein (Muster 5) per Unterschrift bestätigen zu lassen, dass er bei der entsprechenden Krankenkasse versichert ist.



PSYCHOTHERAPIE

Kann die GOP 35140 EBM (Biographische Anamnese) im Verlauf der Durchführung von psychotherapeutischer Sprechstunde und psychotherapeutischer Akutbehandlung abrechnet werden?

Ja. Die biographische Anamnese ist jedoch nicht in derselben Sitzung wie die Akutbehandlung oder psychotherapeutische Sprechstunde abrechenbar. Bitte beachten Sie, dass die GOP 35140 EBM (Biographische Anamnese) zudem nur einmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig ist. Ein Krankheitsfall umfasst nach § 21 Abs. 1 des Bundesmantelvertrags „das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen“.

WIEDEREINGLIEDERUNG

Besteht in der Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung die Arbeitsunfähigkeit fort?

Ja. Während der Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung besteht gemäß § 2 Absatz 2 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie die Arbeitsunfähigkeit fort. Die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist demnach auch während der Zeit der Wiedereingliederung zwingend notwendig, damit der Patient seinen Anspruch auf Krankengeld nicht verliert.

Infocenter Tel: 22802-900



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

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge

- 41. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit der IKK classic: Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes im Falle kv-übergreifender Inanspruchnahme - Bereinigungsvertrag ab 2018 - (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 63, 73b, 140a SGB V i. V. m. mit §§ 87a Abs. 3 S. 2, Abs. 5 S. 7 und § 83 SGB V mit Gültigkeit ab dem Jahr 2018 mit der IKK classic (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 53. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996 mit dem vdek (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 5. Nachtrag zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der HEK (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)
- 9. Nachtrag zum Datenstellenvertrag (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- Nachträge zu den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ II, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma bronchiale sowie COPD, Diabetes mellitus Typ 1, ARGE und Gemeinsame Einrichtung (GE) (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

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

Ansprechpartner
Infocenter: Tel: 22802 - 900

Häusliche Krankenpflege

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege angepasst.

Neue Leistung bei Kompressionstherapie

Patienten können künftig Hilfe beim An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen oder -strumpfhosen bereits ab der Kompressionsklasse I erhalten. Bislang war eine Verordnung erst ab der Kompressionsklasse II möglich. Die Hilfe kann auch dann in Anspruch genommen werden, wenn darüber hinaus kein Bedarf an Grundpflege besteht.

Anspruch auf Unterstützungspflege

Zudem wurde in der Richtlinie der gesetzliche Anspruch auf sogenannte Unterstützungspflege ergänzt. Die Unterstützungspflege umfasst Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung und kann wegen schwerer Krankheit – beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt - verordnet werden.

Die Unterstützungspflege wurde vom Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführt. Sie ist auf einen kurzzeitigen, vorübergehenden Versorgungsbedarf ausgerichtet und kann bis zu vier Wochen in Anspruch genommen werden. Der gleichzeitige Bedarf für eine medizinische Behandlungspflege ist nicht erforderlich. ■

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

Serviceheft zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur

Die KBV hat ein Serviceheft zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur herausgebracht. Das neue Serviceheft aus der Reihe PraxisWissen bietet auf 24 Seiten grundlegende Informationen, wie Praxen sich auf den Einstieg in die TI vorbereiten können, einen Überblick über die notwendigen technischen Komponenten sowie die Finanzierung. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten Tipps zur Umsetzung, kurze Checklisten und Hinweise, unter anderem auch zum Versichertenstammdatenmanagement (VSDM), das ab 1. Januar 2019 für alle Praxen verpflichtend ist.

Die Broschüre „PraxisWissen Telematikinfrastruktur“ lag einer Teilaufgabe des Deutschen Ärzteblatts bei. Weitere Exemplare können Ärzte und Psychotherapeuten kostenlos bestellen (E-Mail an: versand@kbv.de) ■

Das Heft im Internet: www.kbv.de → Mediathek → Publikationen → PraxisWissen





QEP-Seminar: Hygiene in der Arztpraxis

Die Teilnehmer erhalten einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte, die im Hygienemanagement der Praxis eine Rolle spielen. Sie erfahren unter anderem, welche Aufgaben der Hygienebeauftragte hat, wie Sie sich auf eine Praxisbegehung durch Behörden vorbereiten, wie Hygiene-, Hautschutz-, und Reinigungspläne erstellt werden und vieles mehr. Ziel der Schulung ist die Sensibilisierung des Praxispersonals für hygienerelevante Schwachstellen und die Optimierung der Abläufe. Das Seminar richtet sich an Praxisinhaber und -mitarbeiter. ■

Termin:

Mi. 13.6.2018 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

QEP-Seminar: Patientenrechte im Alltag

Das Seminar zeigt auf, wie die Anforderungen aus dem Patientenrechtegesetz in die Praxisabläufe und in das Qualitätsmanagement integriert werden. Wichtige Aspekte hierbei sind die Informationspflicht des Arztes, die Dokumentation der Behandlung und die Einsicht in die Patientenakte. Außerdem erhält man praktische Tipps für einen sinnvollen Umgang mit Einwilligungen und Einverständniserklärungen und zur Gestaltung geeigneter Arbeitsanweisungen. Das Seminar richtet sich an Ärzte und Psychotherapeuten sowie an alle Mitarbeiter mit Führungsverantwortung. ■

Termin:

Mi. 29.8.2018 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Infos zur Anmeldung:
www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:
Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889
Sabrina Pfeifer Tel: 22802-858

Datenschutz- Grundverordnung: Auswirkung auf Verträge

Durch die zum 25. Mai 2018 in Kraft getretene Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) gelten EU-weit einheitliche Regeln zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch private Unternehmen und öffentliche Stellen. Dies wirkt sich auch auf zahlreiche Verträge der KV Hamburg aus, die an die Vorgaben zum Datenschutz angepasst werden müssen. Dies betrifft zum Beispiel die Teilnahme- und Einwilligungserklärung von Versicherten oder auch Ärzten.

Die Ärzte, die von vertraglichen Neuerungen betroffen sind, werden von der KV Hamburg angeschrieben und informiert. ■

Ansprechpartner
Infocenter Tel. 22802-900

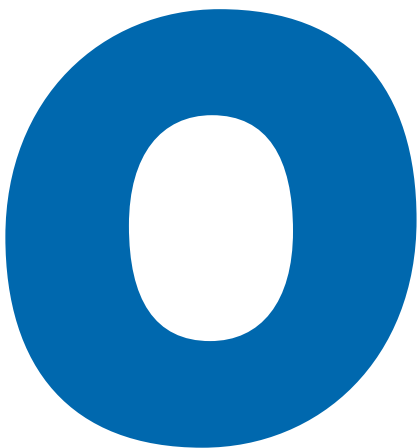


AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Welche Halbwertszeit hat medizinisches Wissen?

Der Fortschritt ist längst nicht so rasant, wie gemeinhin angenommen wird.

VON STEFAN SAUERLAND UND SIW WAFFENSCHMIDT IM AUFTRAG
DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Oft liest man, der medizinische Fortschritt sei so rasant, dass sich die Menge medizinischen Wissens binnen fünf Jahren verdoppele. Umgekehrt liege auch die Halbwertszeit medizinischen Wissens bei etwa fünf Jahren. Dies würde bedeuten, dass die Hälfte aller Diagnose- und Therapiemethoden, die vor fünf Jahren noch als evidenzbasierter Standard galten, verlassen werden müssen. Und die Halbwertszeit medizinischen Wissens sei in den letzten Jahrzehnten auch noch immer kürzer geworden.

Das enorme Tempo des medizinischen Fortschritts erfordere daher – neben der ärztlichen Pflicht zur kontinuierlichen Weiterbildung – neue Methoden in der wissenschaftlichen Evaluation dieser Vielzahl von Innovationen. Wer den Fortschritt nicht aufhalten und den Anschluss nicht verpassen wolle, müsse angesichts der ständigen Revolutionen

in der Medizin eine sehr offene Haltung gegenüber Neuerungen entwickeln.

Doch woher stammen diese Zahlen zur Kurzlebigkeit des medizinischen Wissens? Und viel wichtiger: Stimmen diese Zahlen überhaupt? Das klassische Bonmot stammt aus dem Jahr 1947, als C. Sidney Burwell, Dekan der Harvard Medical School, den Absolventen erklärte: „Die Hälfte von dem, was ihr als Studenten gelernt habt, wird sich in zehn Jahren als falsch herausstellen. Das Problem ist, dass niemand eurer Lehrer weiß, welche Hälfte.“ Die erste ernsthafte und daher oft zitierte Zahl jedoch findet sich erst im Jahr 1971. Der Vizepräsident des American College of Physicians, Edward C. Rosenow, Jr., bezifferte damals die Halbwertszeit des medizinischen Wissens mit fünf Jahren [1]. Obwohl die Grundlagen dieser Schätzung nie publiziert wurden und es auch Zweifel hieran gab [2], wurde die Fünf-Jahres-Marke zu einem geflügelten Wort, das immer weiter verwendet wurde – bis heute.

Genauer betrachtet hat die Halbwertszeit medizinischen Wissens zwei Komponenten. Einerseits kommt vor allem durch Forschung ständig neues Wissen hinzu, aber andererseits geht auch ständig Wissen verloren, weil jeder Arzt und jede Ärztin mit der Zeit Dinge vergisst. Die mit fünf Jahren geschätzte Halbwertszeit medizinischen Wissens bezog beide Aspekte mit ein und diente so als Begründung eher für das Wiederauffrischen als das Erweitern ärztlichen Wissens. Auch heutige Fortbildungen und Fachkongresse haben ihren

Schwerpunkt eher im Wiederholen des bekannten Wissens als im Präsentieren gänzlich neuer Sachverhalte.

Auch die Anwendung evidenzbasierter Medizin zielt nur teilweise auf die Anwendung neuer Studienergebnisse und Leitlinienempfehlungen. Meist geht es auch hier darum, Fragen anhand der Fachliteratur zu klären, deren Antwort man „eigentlich“ hätte schon ahnen können oder sogar wissen müssen.

Glücklicherweise verringert sich ärztliches Wissen nicht alle fünf Jahre durch Vergessen auf die Hälfte – was einer Demenz gleichkäme. Laut einer klassischen Analyse von 1991 (also aus der Prä-CME-Zeit) verlieren Ärzte binnen zwei Jahren etwa fünf Prozent ihres Fachwissens [3]. Dies entspricht einer Halbwertszeit des Wissens von etwa 25 Jahren, sofern man zumindest etwas versucht, sich fachlich auf dem Laufenden zu halten.

Will man das Tempo des medizinischen Fortschritts per se bestimmen, muss man den Wissenserwerb und -verlust auf individuell-ärztlicher Ebene außer Acht lassen. Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine einzelne, heute korrekte, ärztliche Behandlungsentcheidung in fünf Jahren anders getroffen würde? Zwei Studien haben dies für die Innere Medizin und die Chirurgie untersucht, indem die Fazitaussagen einzelner Fachartikel nach mehreren Jahren erneut mit dem aktuellen Standard abgeglichen wurden [4;5]. Beide Forschergruppen fanden exakt dieselbe Halbwertszeit, nämlich 45 Jahre. Wenn man großzügig annimmt, man könne 45 Jahre ärztlich berufstätig sein, bedeutet dies, dass man erst kurz vor dem Rentenalter jede zweite medizinische Entscheidung falsch trifft. Und dies gilt auch nur dann, wenn man es zeitlebens geschafft hat, um jegliches neue medizinische Wissen einen Bogen zu machen.

Für die praktische Medizin wichtig ist aber auch die Frage, wie hoch das Risiko ist, dass eine fünf Jahre alte Leitlinie falsche, weil veraltete Empfehlungen enthält. Eine Analyse amerikanischer beziehungsweise englischer Leitlinien konnte die klassische Fünf-Jahres-Vermutung bestätigen, weil tatsächlich nach fünf Jahren etwa die Hälfte der Leitlinien veraltete Empfehlungen machte [6,7].

Man muss aber bedenken, dass in Leitlinien zumeist nur große medizinische Themen beschrieben werden. Wenn es um die Behandlung seltenerer Krankheitsbilder geht, zu denen in der Regel auch weniger Forschung erfolgt, dürfte es wahrscheinlich sein, dass die Behandlung insgesamt sich über 10, 20 oder noch mehr Jahre nicht verändert. In ähnlicher Weise gilt dies auch für medizinische Lehrbücher, von denen die großen, allgemeinen Nachschlagewerke oft schon nach einem Jahr ausgetauscht werden sollten, während spezielle, thematisch eng eingegrenzte Fachbücher oft auch noch nach vielen Jahren hilfreich sein können.

Wieviel an neuem Wissen aus der klinischen Forschung hinzukommt, lässt sich anhand von MEDLINE für die Fachzeitschriften einfach bestimmen.

Diese Wissensflut ist als Problem wohlbekannt, weil kein praktisch tätiger Arzt Dutzende von Fachartikeln pro Tag lesen kann [8], sondern sich auf gebündelte Information verlassen muss.

Dennoch erscheint auch hier die übliche Behauptung, das medizinische Wissen verdoppele sich alle fünf Jahre, nicht haltbar: Da jedes Jahr etwa 25.000 randomisiert kontrollierte Studien neu publiziert werden, bedeutet dies angesichts der bereits vorhandenen Studienzahl von ca. 500.000, dass sich das medizinische Wissen erst alle 20 Jahre verdoppelt. Bedenkt man, dass vermutlich viele aktuelle medizi-



nische Standards nicht durch formale Studien belegt sind und dass viele der neuen Studien auch keine Änderung des Standards herbeiführen können, ergänzen sich noch deutlich längere Verdopplungszeiten.

Gerade die ersten Studien zu einer neuen Behandlungsmethode sind bekannt dafür, dass sie voller Euphorie den wahren Behandlungseffekt deutlich überschätzen.

In der Summe lässt sich erkennen, dass der medizinische Fortschritt bei Weitem nicht so rasant oder revolutionär ist, wie es gemeinhin angenommen und immer wieder kolportiert wird. Die Halbwertszeit des medizinischen Wissens – bezogen auf eine einzelne ärztliche Entscheidung – beträgt 45 Jahre. Nur bei gebündelten Informationen, zum Beispiel Leitlinien und systematischen Reviews, gilt in der Regel ein „Mindesthaltbarkeitsdatum“ von fünf Jahren. Und eine Verdopplung des behandlungsrelevanten medizinischen Wissens erfolgt vermutlich auch erst nach 40 bis 50 Jahren. Es ist also ganz normal, dass in einer Arztpraxis nicht alle Therapiekonzepte jeden Monat oder

jedes Jahr revidiert werden. Der Großteil der medizinischen Forschung ist für die tägliche Praxis nicht relevant. Wichtig ist es allein, die wesentlichen Neuerungen im eigenen Therapiegebiet mitzubekommen und einordnen zu können. Hierbei kann neben Continuing Medical Education (CME) auch die evidenzbasierte Medizin (EbM) als Informationsfilter und Strategie zum Wissensmanagement dabei helfen, Wichtiges von Unwichtigem und Wahres von Unwahrem zu unterscheiden.

Und weil der Fortschritt mit moderatem Tempo erfolgt, bleibt auch genügend Zeit, um Neuerungen erst genau zu prüfen, bevor man sie anwendet. ■

PD Dr. med. Stefan Sauerland

**Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
Im Mediapark 8, D-50670 Köln;
Tel.: 0221 / 356 85 – 359;
E-Mail: stefan.sauerland@iqwig.de**

[1] Rosenow EC: Medical knowledge self-assessment programs.

Paper presented at the 173rd Annual Meeting of the Medical and Chirurgical Faculty of State of Maryland, Baltimore, Maryland, April 14, 1971.

(zitiert nach: Robert Naylor: Medication Errors: Lessons for Education and Healthcare. Radcliffe Medical Press, Oxford; 2002)

[2] Emanuel E. A half-life of 5 years. Can Med Assoc J 1975; 112: 572.

[3] Ramsey PG, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerfo JP, Norcini JJ, Wenrich MD. Changes over time in the knowledge base of practicing internists. JAMA 1991; 266: 1103-7.

[4] Hall JC, Platell C. Half-life of truth in surgical literature. Lancet 1997; 350: 1752.

[5] Poynard T, Munteanu M, Ratziu V, Benhamou Y, Di Martino V, Taieb J, Opolon P.

Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem? Ann Intern Med 2002; 136: 888-95.

[6] Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH.

Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001; 286: 1461-7.

[7] Alderson LJ, Alderson P, Tan T. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care

Excellence clinical guidelines was about 60 months. J Clin Epidemiol 2014; 67: 52-5.

[8] Bastian H, Glasziou P, Chalmers I: Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up?

PLoS Med 2010; 7: e1000326.





Armut und Krankheit

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

Alle Jahre wieder kommt die freudige Nachricht: Die Lebenserwartung in Deutschland steigt und steigt. Vor hundert Jahren betrug die Lebenserwartung um die fünfzig Jahre. Wer heute geboren wird, hat eine durchschnittliche Lebenserwartung von etwa neunzig Jahren.

Wir werden immer älter! Alle? Wer ist über, wer ist unter dem Durchschnitt? Der Schweizer Soziologe und ehemalige Sonderberichterstatter der Vereinten Nationen für das Recht auf Nahrung, Jean Ziegler, ist ein Mann der klaren Worte. Und seine Worte werden immer drastischer. Er schäme sich seiner Ohnmacht, spricht von einer „kannibalischen Weltordnung“. Von den über sieben Milliarden Menschen auf der Erde ist mehr als eine Milliarde chronisch unterernährt. Jeden Tag verhungern etwa 40 000 Kinder.

Das wissen wir alles. Täglich sehen wir das permanente „Massaker des Hungers“ in den Nachrichtensendungen, und wir fühlen uns genauso ohnmächtig wie Jean Ziegler. Im Angesicht dieses Massensterbens kann man nicht mehr von Lebenserwartung sprechen. Können wir das ändern oder können wir es nur verdrängen?

Es gibt dieses Problem nicht nur in fernen Ländern. In unseren Breiten kommt es nur in einem anderen Gewand daher. Wer bei uns arm

ist, muss nicht verhungern. Das stimmt. Wer arm ist, muss auch nicht gleich sterben. Könnte man meinen. Stimmt aber nicht ganz. Das Problem ist nur nicht ganz so gut sichtbar und lässt sich nicht so erschütternd fotografieren.

Unbestritten ist der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit: Je schlechter die soziale Lage, desto kränker die Menschen. Das beginnt schon bei der Geburt. Sind die Eltern arm, wiegt ein Neugeborenes im Schnitt 50 Gramm weniger als eines von wohlhabenden Eltern. Arme Kinder haben häufiger Unfälle und Verletzungen, haben häufiger Infektionskrankheiten, erhalten weniger Medikamente, sind häufiger übergewichtig und haben einen schlechteren Zahnstatus. Und arme Erwachsene leiden häufiger unter Bluthochdruck und sind häufiger zuckerkrank, um nur zwei schwerwiegende Diagnosen zu nennen.

Und die Umkehrung gilt auch: Je kränker ein Mensch wird, umso höher ist das Risiko des finanziellen und sozialen Absturzes. So verlieren beispielsweise Krebspatienten, die diese schwere Krankheit und die invasive Therapie überlebt haben, bei höherem Lebensalter und schlechter Schulbildung immer häufiger ihren Arbeitsplatz – mit allen negativen finanziellen und sozialen Konsequenzen.

Und weil es diesen Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit gibt, gibt es auch den Zusammenhang zwischen Armut und Lebenserwartung. In Seattle wurde eine Untersuchung veröffentlicht, nach der arme US-Amerikaner etwa 20 Jahre früher sterben als wohlhabende Bewohner der reichen Küstenmetropolen.

In Deutschland sterben arme Männer etwa elf Jahre früher, arme Frauen etwa acht Jahre früher als wohlhabende, und die Schere geht

Je schlechter die soziale Lage, desto kürzer die Lebenserwartung.

stetig weiter auseinander. Dieser krasse Unterschied der Lebenserwartung ist mit einer weiteren Umverteilung von unten nach oben verknüpft: Die Armen haben nur wenig und nur kurz etwas von ihrer lebenslangen Beitragszahlung in die Rentenversicherung, die Wohlhabenden hingegen leben zehn Jahre länger und profitieren auf diese Weise vom frühen Ableben der Armen.

Daher lautet die einfache Faustregel: ärmer-kränker-kürzer.

VON ANTJE THIEL

Praxen für Wohnungslose brauchen Unterstützung

Seit fünf Jahren können sich Wohnungslose an spezielle Schwerpunktpraxen wenden, wenn sie medizinische Hilfe brauchen. Nun sucht die Sozialbehörde wieder Ärzte, die Sprechzeiten oder Vertretungen übernehmen – oder als fachärztliche Anlaufstelle für Überweisungen zur Verfügung stehen.

Der Startschuss für das Projekt fiel im Juli 2013, als die KV Hamburg, die gesetzlichen Krankenkassen in der Hansestadt sowie die Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI) einen Vertrag schlossen und Schwerpunktpraxen für Wohnungslose an drei Standorten eröffneten (siehe Kasten).

Ziel ist es, wohnungslosen Menschen einen niedrighschwelligigen Zugang zu medizinischer Versorgung zu verschaffen – und zwar genau dort, wo sie auch sonst Hilfe und ein Dach über dem Kopf suchen: in Übernachtungsstätten, Stützpunkten und Wohnunterkünften.

Das Angebot hat sich bewährt und wird von den Betroffenen gut angenommen. Doch nach fünf Jahren setzt unter den mitarbeitenden Ärztinnen und Ärzten eine natürliche Fluktuation ein. „Die Tätigkeit in den Schwerpunktpraxen ist an die vertragsärztliche Zulassung gebunden“, sagt Friederike von dem Hagen von der BASFI. „Derzeit sind zwar noch alle Stellen besetzt, doch wir haben keine

Ärztinnen und Ärzte, die nachrücken oder bei Bedarf Vertretungen übernehmen.“

Eine der Ärztinnen, die immer ein offenes Ohr für ihre wohnungslosen Patientinnen und Patienten hat, ist Martina Rüllmann, Fachärztin für Allgemeinmedizin

in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Hamburg-Farmseen. Einmal pro Woche arbeitet sie nachmittags in der Schwerpunktpraxis für Wohnungslose in der Übernachtungsstätte Pik As statt in ihrer Praxis. Bislang ließ sich ihre Tätigkeit in der Schwerpunkt-

Das sind die drei Schwerpunktpraxen für Wohnungslose

Grundlage für die Arbeit der drei Schwerpunktpraxen für Wohnungslose ist ein Vertrag zwischen der KV Hamburg, den gesetzlichen Krankenkassen und der Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (BASFI), welche die Kosten zu unterschiedlichen Anteilen tragen. Die in den Schwerpunktpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzte erhalten ihr Honorar – unabhängig von ihren Praxisbudgets – in Form eines festen Stundenlohns in Höhe von 70 Euro, der über die KV Hamburg ausgezahlt wird.

Schwerpunktpraxis in der Übernachtungsstätte Pik As
Neustädter Str. 31A, Neustadt
Tel.: 040 42841-1703

Hausärztliche Sprechstunden:
Mo 15–18 Uhr, Mi 16–19 Uhr
Psychiatrische Sprechstunden:
Do 15–12 Uhr, Fr 13:30–16:30 Uhr

Schwerpunktpraxis am Stützpunkt Johanniswall

Johanniswall 3, Innenstadt
Tel.: 040 280140-32
Hausärztliche Sprechstunden:
Di 13–16 Uhr, Do 15–18 Uhr
Psychiatrische Sprechstunde:
Mi 16–18 Uhr

Schwerpunktpraxis in der Wohnunterkunft Achterdwars

Achterdwars 7–13, Bergedorf
Tel.: 040 7211519
Hausärztliche Sprechstunde:
Do 13–15 Uhr

praxis problemlos mit ihrer Praxistätigkeit vereinbaren. Doch ab Sommer würde sie gern nur noch alle zwei Wochen zur Sprechstunde ins Pik As kommen, um den Alltag mit ihrer Praxispartnerin neu zu organisieren. Ersatz für ihre Tätigkeit im Pik As ist bislang nicht in Sicht. Und: „Wenn die Ärztinnen und Ärzte der Schwerpunktpraxen im Urlaub sind, haben wir niemanden, der solange die Sprechstunden abhält“, erzählt Rüllmann.

Es wäre wünschenswert, eine Liste mit fachärztlichen Praxen anzulegen, die explizit ihre Bereitschaft bekundet haben, wohnungslose Menschen zu behandeln. Die BASFI würde diese Liste führen und an die drei Schwerpunktpraxen weitergeben, damit die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte ihren Patienten bei Bedarf sagen können: „Geh ruhig zu dieser Facharztpraxis. Ich weiß, dass Wohnungslose dort willkommen sind.“

Auch für diese Liste werden Ärzte gesucht. „Wir brauchen fachärztliche Praxen, die ganz deutlich ihre Bereitschaft zeigen, Wohnungslose zu behandeln. Das sind Menschen mit vielfältigen Problemlagen. Sie sind nicht immer nüchtern, auch nicht immer termintreu – aber nichtsdestotrotz sehr dankbar für eine zugewandte Behandlung“, erklärt von dem Hagen.

„Ich glaube, dass doch einige Kolleginnen und Kollegen bereit wären, sich auf diese Menschen einzulassen“, sagt Rüllmann. Dies gelte auch für die Fälle, die fachärztlich versorgt und hierfür von den Schwerpunktpraxen in die Regelversorgung überwiesen wer-



Sprechstunde im Pik As: Martina Rüllmann mit Patienten

den müssen. Man müsse allerdings bereit sein, auch mal einen Menschen ohne Versicherungskarte zu behandeln, so Rüllmann: „Zu den fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen schicke ich nur die Leute, bei denen ich davon ausgehe, dass es auch klappt. Also diejenigen, die halbwegs sortiert und deshalb in der Lage sind, einen Termin in einer normalen Arztpraxis wahrzunehmen.“

Bedarf für fachärztliche Anlaufstellen gebe es in nahezu allen Fachrichtungen, meint Rüllmann, doch insbesondere in der Urologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Chirurgie, Dermatologie und gelegent-

lich auch Gynäkologie. Besonders geeignet sind Praxen in Innenstadtlage, die für die Wohnungslosen gut zu erreichen sind.

Ob als Vertretungskraft, als Arzt mit festen Sprechstunden in den Schwerpunktpraxen oder als fachärztliche Anlaufstelle für Überweisungen – wer die Arbeit der Schwerpunktpraxen für Wohnungslose unterstützen möchte, kann sich bei Friederike von dem Hagen von der BASFI melden.

Kontakt:

Tel: 42863-2115

E-Mail: friederike.vondemhagen@basfi.hamburg.de

VON DR. ANKE KLEINEMEIER
UND CHRISTIANE GEBECKE

Gesundheitsversorgung für alle!

Etwa 160 Hamburger Vertragsärztinnen und -ärzte gehören zu einem Netzwerk, das Menschen ohne Krankenversicherung versorgt. Das Grundrecht auf medizinische Betreuung sollte nicht vom Ehrenamt abhängig sein – doch die Stadt drückt sich um ihre Verantwortung.

Das Medibüro Hamburg wurde 1994 gegründet, um die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Krankenversicherung zu verbessern. Zweimal pro Woche finden offene Sprechstunden in den Medibüro-Räumen in Altona statt. Auf Basis der Beratungsgespräche erfolgt eine Vermittlung von Terminen in ärztlichen Praxen, Krankenhäusern, Heilpraktiker- und Krankengymnastik-Praxen oder bei Hebammen.

Die Patientinnen und Patienten kommen gebürtig aus Deutsch-

land, der EU und der ganzen Welt – zum Beispiel Chile, Vietnam und Eritrea. Sie sind Teil unserer Gesellschaft. Die Frauen und Männer arbeiten zum Beispiel bei Reinigungsfirmen, in der Gastronomie, in privaten Haushalten, in der Industrie und dem Hafen und haben bis heute noch immer keine Chance, eine sozialversicherte Arbeit auszuüben. Auch EU-Bürger sind unter den Ratsuchenden. Sie haben ein Arbeitsrecht in Deutschland, können ihre Versorgungsansprüche bei der Versiche-

rung im Heimatland aber meist nicht durchsetzen.

Die vom Medibüro an unsere gynäkologische Gemeinschaftspraxis vermittelten Frauen ohne Versicherung behandeln wir wie alle anderen Patientinnen. Als Niedergelassene können wir über unsere Arbeit frei bestimmen. Doch wenn Maßnahmen indiziert sind, die über das Leistungsspektrum unserer Praxis hinausgehen – wie Operationen, Geburten oder weitere Diagnostik –, müssen die Kosten von den Patientinnen oder dem Medibüro getragen werden. Diese Mittelbeschaffung nimmt sehr viel zusätzliche Zeit in Anspruch.

Kommen Menschen ohne Aufenthaltstitel wegen eines Notfalls ins Krankenhaus, werden sie manchmal unter Druck gesetzt, eine Kostenübernahmeerklärung zu unterschreiben. Erst daraufhin erhalten sie einen ärztlichen Kontakt. Es ist erschreckend, dass immer wieder von Fällen berichtet wird, in denen Krankenhausmitarbeiter mit der Polizei drohen oder sie tatsächlich rufen, wenn Patientinnen oder Patienten angeben, keine Ausweisdokumente vorlegen zu können. Hier muss deutlich gemacht werden: Es ist strafbar, die Schweigepflicht in dieser Weise zu brechen.



Aktiv für das Medibüro: Dr. Anke Kleinemeier (niedergelassene Frauenärztin), Christiane Gebecke und Maren Spannenkrebs (Beratende des Medibüro und Medizinstudentinnen)

Seit 2013 gibt es eine von der Stadt finanzierte Clearingstelle für Menschen ohne Aufenthaltstitel. Allerdings bleiben viele der bestehenden Probleme ungelöst: So sind zum Beispiel chronische Erkrankungen von der Kostenübernahme ausgeschlossen. Auch Gesprächsleistungen und damit alle psychotherapeutischen Behandlungen werden trotz massiver Traumatisierungen bei Flüchtlingen nicht von der Clearingstelle getragen. Ein weiteres großes Problem ist, dass Menschen ohne Krankenversicherung aus der EU oder aus Ex-Jugoslawien seit 2016 von den Leistungen der Clearingstelle ausgeschlossen sind.

Für Patientinnen und Patienten, die alle Kriterien erfüllen, um von der Clearingstelle unterstützt zu werden, stellt diese Einrichtung eine gewisse Verbesserung in der Versorgung dar. Die Stadt Hamburg hat mit der Eröffnung der Clearingstelle erstmals anerkannt, dass in unserer Stadt viele Menschen ohne Aufenthaltstitel und Krankenversicherung leben. Es ist ein großer Erfolg, der nicht zuletzt auf die jahrelange Arbeit des Medibüros zurückgeht.

Nichtsdestotrotz zeichnet sich keine strukturelle Veränderung ab: Noch immer sind wir in Hamburg von der in völkerrechtlichen Abkommen definierten Gesundheitsversorgung für alle weit entfernt (UN-Sozialpakt Art. 12: Die Vertragsstaaten schaffen „Voraussetzungen, die für jedermann im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“ / Charta der Grundrechte der Europäischen Union Art. 35: „Jede Person hat das Recht auf

Kostenübernahme bei Schwangerschaftsabbrüchen: Krankenkassen stellen sich quer

Laut Schwangerschaftskonflikt-Gesetz werden die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch von den Sozialbehörden übernommen, wenn Frauen mittellos sind. Auch Frauen ohne legalen Aufenthaltstitel haben Anspruch darauf. Nach einem Beratungsgespräch müssen die Frauen in eine Geschäftsstelle der Krankenkasse ihrer Wahl gehen und dort einen formlosen Antrag auf Kostenübernahme stellen. Die Krankenkassen stellen die Kostenübernahme-Scheine für geringverdienende und mittellose Frauen aus und erhalten die Kosten von den Sozialbehörden zurück. Doch im letzten Jahr kam es vermehrt zu Schwierigkeiten: Häufig verwehrten Krankenkassen-

mitarbeiter die Kostenübernahme mit der Begründung, es liege keine Meldebestätigung vor. Wie soll sich eine Frau, die sich undokumentiert in Hamburg aufhält, eine Meldebestätigung besorgen? Manchmal konnte der Sachverhalt durch die Begleitung einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters des Medibüro geklärt werden. Laut Auskunft des Senats muss „ein Wohnort oder der gewöhnliche Aufenthalt in Hamburg vorliegen“ – keine Meldebestätigung. Es stellt sich die Frage, ob die Probleme mit der Kostenübernahme tatsächlich nur auf Ebene der Krankenkassenmitarbeiter zu verorten sind. Jedenfalls ist hier noch Aufklärungsarbeit zu leisten.

Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung ...“).

Hamburg ist eine der reichsten Städte der Welt und hätte die Möglichkeit, eine strukturierte, verlässliche Gesundheitsversorgung für alle hier lebenden Menschen zu gewährleisten. Es handelt sich um ein Grundrecht – und das kann aber nicht vom ehrenamtlichen Engagement Einzelner abhängig sein, sondern muss geregelt sein und für alle Menschen gleich gelten.

Deshalb fordern das Medibüro und Teile der Hamburger Ärzteschaft die Einführung eines Anonymen Krankenscheins. Ausgegeben wird der Anonyme Krankenschein durch medizinisch geschultes Personal, das den Patientinnen und Patienten Anonymität zusichern kann. Menschen ohne Aufenthaltstitel können auf diese Weise zu Ärztinnen oder Ärzten gehen, ohne Angst

vor Abschiebung haben zu müssen.

In Hannover und Göttingen gibt es den Anonymen Krankenschein seit Januar 2016, in Thüringen seit Februar 2017, jeweils als Projekt für drei Jahre angesetzt. Für die Jahre 2018 und 2019 wurde in Berlin ein Etat von jeweils 1,5 Mio. Euro für eine Clearingstelle und den Anonymen Krankenschein verabschiedet.

Wir fordern, dass auch Hamburg seine Letztverantwortung für diesen Versorgungsbereich im vollen Umfang anerkennt. Bis dahin sind Menschen ohne Aufenthaltstitel auf ehrenamtliche Nebenstrukturen angewiesen. ■

Wir freuen uns über weitere niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die das Medibüro mit ihrer Arbeitsspende unterstützen. Informationen und Kontakt: www.medibuero-hamburg.org

VON DR. RITA R. TRETTIN

Versammlung des Kreises 2

Informationen aus erster Hand von KV-Vizechefin Caroline Roos – und eine Umsetzungshilfe für die „Datenschutzgrundverordnung“

Es war eine sehr kurzweilige, informative Kreisversammlung, zu der sich am 19. April 2018 etwa 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in meinen Praxisräumen im Ärztehaus Winterhude in der Hudtwalckerstraße eingefunden hatten – und ich war erleichtert, dass sie trotz des ersten milden Frühlingsabends in diesem Jahr so gut besucht war. Das große Interesse der Kolleginnen und Kollegen lag ganz sicher zum einen an dem brisanten Thema „Datenschutzgrundverordnung“, über das ich meine Kollegen sehr ausführlich informierte, möglicherweise aber auch ein bisschen an unserem prominenten Gast: Immerhin hatte sich die stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg, Caroline Roos, angekündigt, die seit Anfang September 2017 an der Seite des KV-Vorsitzenden Walter Plassmann im Vorstand der KV tätig ist. Sie informierte uns umfassend über die wichtigsten Neuigkeiten aus der Gesundheitspolitik und stellte sich den Fragen aus dem Publikum.

Dieses Dialogangebot wurde von den Anwesenden intensiv genutzt: Sie beteiligten sich sehr interessiert und rege diskutierend an unseren Ausführungen, stellten Fragen und brachten Beiträge, die im Nachgang weiter zu diskutieren sind und zu denen Frau Roos auch weitere Antworten liefern wird. Es waren sogar Kolleginnen und Kollegen da, die eigentlich nicht zum Kreis

2 (Winterhude) gehören, aber die Programmankündigung zu unserer Veranstaltung im KV-Journal entdeckt hatten und neugierig auf unsere hochaktuellen und brisanten Themen waren.

Arztruf Hamburg

Frau Roos gab zunächst einen Überblick über die Neuregelung des Bereitschaftsdienstes – Stichwort „Arztruf Hamburg – 116117“ –, der das bisherige Notdienstkonzept zeitlich ausweitet und um weitere Angebote ergänzt. So bietet der neue Service den Menschen in Hamburg seit 1. Mai 2018 auf Wunsch zu jeder Tages- und Nachtzeit schnelle ambulante ärztliche Hilfe.

Es gibt verschiedene Optionen: eine telefonische Beratung durch einen Arzt, bei Bedarf einen Hausbesuch durch den Besuchsdienst, die Behandlung in einer der Notfallpraxen der KV Hamburg sowie gegebenenfalls die Vermittlung eines Termins bei einem Arzt. In echten Notfällen wird der Anrufer sofort an den Rettungsdienst weitergeleitet.

Wie Frau Roos berichtete, solle die Anzahl der KV-Notfallpraxen an Krankenhäusern weiter ausgebaut werden. Man sei im Gespräch mit dem UKE und in Kooperation mit der KV Schleswig Holstein bezüglich der Klinik Reinbek. Im Herbst letzten Jahres habe die KV bereits die erste Notfallpraxis am Krankenhaus – am AK Harburg – eröffnet. Inzwischen seien hier

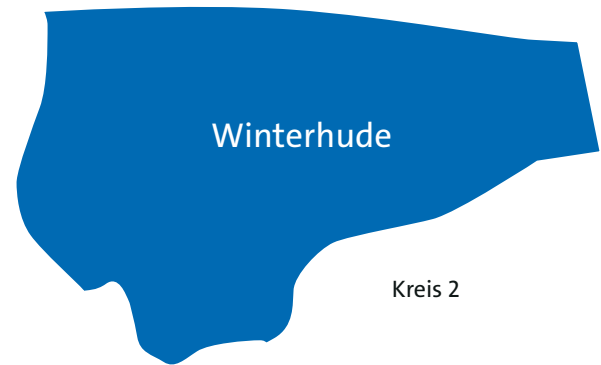
die Abläufe bei den Standärzten und dem Praxispersonal aus dem Krankenhaus gut eingespielt, das Triage-System funktioniere und Anregungen zur Praxisausstattung und zum medizinischen Personal würden umgesetzt. Die monatlichen Fallzahlen lägen derzeit zwischen 600 und 1.000 Fällen.

Um das neue Konzept Arztruf Hamburg bei den Ärztinnen und Ärzten sowie der Hamburger Bevölkerung bekannt zu machen, gibt es eine Kampagne, die ein umfangreiches Informationspaket mit Materialien für die Praxen, Citylight-Plakate und Großflächenplakate im gesamten Stadtgebiet, Seitenscheiben-Plakate in U- und S-Bahn, Anzeigen in allen Wo-

Dr. Rita R. Trettin



Dr. Rita R. Trettin, Fachärztin für Neurologie, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Diplom-Psychologin in Winterhude – und Obfrau des Kreises 2.



chenblättern und im *Hamburger Abendblatt* umfasst.

Telematik-Infrastruktur

Ein weiteres heißes Eisen waren die jüngsten Probleme mit der Telematik-Infrastruktur (TI): Frau Roos wies hier insbesondere auf die besonderen Schwierigkeiten in der Umsetzung hin. Weiterhin gelingt es der Industrie nicht, die erforderliche technische Ausstattung zu liefern.

Die größte Schwachstelle seien die Konnektoren, wobei nach wie vor nur der Konnektor der Compu-Group KoCoBox Med+ zertifiziert und verfügbar sei. Die für das erste Quartal angekündigten Konnektoren der Firmen SecuNet und T-Systems sollen nun im Laufe des ersten Halbjahrs lieferbar sein. Der Konnektor des österreichischen Herstellers Rise werde für Mitte des Jahres erwartet. Für Hamburg bedeute dies, dass es für etwa 2.500 der Praxen bislang gar keine passenden TI-Komponenten gibt. Insgesamt seien derzeit 3.019 von 3.250 Praxen (93 Prozent) noch nicht an die TI angebunden. Durch die Lieferschwierigkeiten verkürze sich die verbleibende Anschlusszeit weiter.

Darüber hinaus stünden bei den IT-Dienstleistern – auch ohne weitere Lieferverzögerungen – gar nicht ausreichend Technikerkapazitäten für die termingerechte TI-Anbindung zur Verfügung.

Frau Roos betonte, dass die Lieferschwierigkeiten der Industrie und das bestehende Preis- und Sanktionsrisiko nicht zu Lasten der Ärzte gehen dürfen. Die Finanzierungsvereinbarung werde zwischen KBV und GKV-Spitzenverband mittlerweile neu verhandelt, das Schiedsamt sei bereits eingebunden. Um das Preisrisiko zu entschärfen, dringe die KBV darauf, in der TI-Finanzierungsvereinbarung die aktuelle Marktpreissituation zu berücksichtigen.

Die Frist zum Anschluss an die TI und zur Durchführung des Versichertenstammdatenmanagements ist nach wie vor der 31. Dezember 2018. Bei Nichterfüllung droht laut Gesetz eine Honorarkürzung um ein Prozent.

Um zumindest die Rechtsansprüche ihrer Mitglieder zu sichern, erstellt die KV im Zuge der Berechnung und Auszahlung der Erstaustattungs- und Betriebskostenpauschale Zahlungsbescheide, sodass die Mitglieder bei einer Finanzierungsunterdeckung ohne Gebühr Widerspruch einlegen können.

Datenschutzgrundverordnung

Im zweiten Teil des Abends führte ich das Auditorium dann sehr ausführlich durch die wesentlichen Aspekte der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO): Was ist neu? Was ist wichtig? Was muss der niedergelassene Arzt und Psychotherapeut beachten? Was muss

zwingend umgesetzt werden? Hierfür hatte ich im Vorfeld eigens eine „Checkliste Datenschutz“ entworfen, die unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern verteilt wurde und in der die wichtigsten Punkte zusammengestellt sind, die ab 25. Mai 2018 umzusetzen sind:

- Erstellen eines Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten, die in der Praxis anfallen.
- Zusammenstellung der technischen und organisatorischen Maßnahmen, welche die Praxis zum Schutz von personenbezogenen Daten ergreift.
- Bereitstellung einer Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis, z. B. als Aushang in den Praxisräumen und auf der Praxis-Website.
- Verträge zur Auftragsverarbeitung mit Softwareanbietern und anderen Dienstleistern anpassen oder neu abschließen. Solche Verträge sind notwendig, wenn Auftragnehmer auf Patienten- oder Mitarbeiterdaten zugreifen können.
- Auskunftsrecht des Patienten – neben dem Einsichtsrecht gemäß § 630g BGB (Behandlungsvertrag) existiert das datenschutzrechtliche Auskunftsrecht (Art. 15 EU-DSGVO), wonach Patienten vom Arzt Auskunft über die zu ihrer Person gegebenenfalls gespeicherten Daten verlangen können. Dafür sollte in einer internen Datenschutzrichtlinie ein bestimmtes Verfahren eingerichtet werden, um entsprechende

Anfragen schnell beantworten zu können.

- Recht auf Löschung – im Zusammenhang mit den Aufbewahrungsfristen sind Lösungsfristen (Art. 17 EU-DSGVO) zu berücksichtigen. Dafür sollte in einer internen Datenschutzrichtlinie ein bestimmtes Verfahren festgelegt werden, zum Beispiel wann und durch wen die Daten nach Ablauf von Aufbewahrungsfristen gelöscht werden sollen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten außerdem eine bereits ausgearbeitete Patienteninformation, wie sie zukünftig in der Praxis zur Einsicht zur Verfügung stehen sollte und wie wir sie in meiner Praxis bereits einsetzen. Anschließend ging ich mit den Anwesenden beispielhaft die Erstellung eines Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten durch und händigte auch diese in einer Printversion allen Kolleginnen und Kollegen aus. Außerdem wurde auf

die wesentlichen Quellen und Literaturverzeichnisse hingewiesen, in denen alle erforderlichen Informationen zusammengestellt sind.

Diese Kreisversammlung war erneut ein sehr gelungener Informationsabend. Es kamen bereits direkt nach der Veranstaltung dankbare Rückmeldungen zu der Fülle gut verwendbarer Informationen, die insbesondere in der verpflichtenden Umsetzung des Datenschutzmanagements eine hilfreiche Unterstützung bieten.

Diese positive Resonanz bestätigte mich darin, wie ich meine Rolle als Kreisobfrau verstehe und wie ich mir auch zukünftig die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen vorstelle:

- Die Basis sollte möglichst kontinuierlich und noch stärker in die Entscheidungsprozesse eingebunden werden.
- Als Kreisobfrau stehe ich in der Kreisversammlung Rede und

Antwort und erläutere, was in der Vertreterversammlung der KV Hamburg vor sich geht.

- Die Kreisversammlungen sollten als Informationsportal aufrechterhalten und ausgebaut werden, damit Aktuelles aus der Vertreterversammlung direkt an die Basis gelangt.
- Kreisversammlungen finden zweis bis dreimal pro Jahr statt, und zwar je nach Teilnehmerzahl in meiner Praxis oder in einem Raum in der Ärztekammer.
- Wir bilden uns fort, wir tauschen uns aus, wir verbessern die Zusammenarbeit und bauen sie aus.
- Wir laden interessante Gastrednerinnen und Gastredner aus der KV zu den Kreisversammlungen ein, die uns informieren, sich unseren Fragen stellen und mit uns diskutieren.

Die nächste Kreisversammlung ist geplant für den 19. September 2018 um 18.00 Uhr und wird erneut in meiner Praxis stattfinden. ■

VON DR. THORSTEN BRUNS

Versammlung des Kreises 16

Wir Niedergelassenen sollten wissen, welche Expertise die Kolleginnen und Kollegen haben!

Bei unserer Kreisversammlung am 11. April 2018 stand dieses Mal kein KV-spezifisches Thema rund um Abrechnung, neue Vorschriften oder behördliche Auflagen o.ä. auf der Agenda. Vielmehr hatten wir uns für einen fachlichen Themenbereich entschieden, mit dem niedergelassene Ärztinnen

und Ärzte unabhängig von ihrer Fachrichtung immer wieder einmal in Berührung kommen: die Onkologie und die Palliativmedizin. Wenn wir in unseren Praxen onkologische Patientinnen und Patienten ambulant zu betreuen haben, kommt es ganz besonders auf die Organisation, die Infrastruktur und

die Kommunikation aller Beteiligten an: Da müssen der Hausarzt und andere mitbehandelnde Kolleginnen und Kollegen auf geeignetem Weg informiert werden und beispielsweise über das Nebenwirkungsprofil und die Risiken des jeweiligen onkologischen Therapie-regimes informiert sein.

Hierzu berichtete im ersten Vortrag des Abends die Onkologin Dr. Afsaneh Bakhshandeh-Bath von der Hämato-Onkologischen Praxis Blankenese unter anderem zu den Fragen: Wie ist eine onkologische Praxis organisiert? Was ist ambulant leistbar? Wann kann der Patient nicht mehr ambulant versorgt werden? Wie kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit sinnvoll strukturiert werden? Wie sollte die Kommunikation idealerweise stattfinden?

Darüber hinaus gab Dr. Bakhshandeh-Bath einen Überblick über einige Therapieregime, wobei schnell klar wurde, dass onkologische Therapie heute keineswegs automatisch mit klassischer parenteraler Chemotherapie gleichzusetzen ist. In den vergangenen Jahren hat sich besonders der Markt neuer oraler Onkologika nahezu explosionsartig vergrößert:

Heute werden sowohl von den Hämatonkologen als auch von anderen Disziplinen mit Onkologielizenz (z.B. Gynäkologen, Urologen) häufig orale Medikamente wie Targettherapeutika (TKI's) oder Immuntherapeutika (Checkpoint-Inhibitoren) eingesetzt.

Unsere Referentin erklärte die Wirkweise und insbesondere das Nebenwirkungspotenzial der neuen Substanzen und gab Tipps, wie man als mitbehandelnder Arzt im Falle von Nebenwirkungen reagieren sollte.

Die zweite Referentin des Abends war Denise Kirsch, Projektkoordinatorin beim Palliativnetz Hamburg-West. Sie berichtete aus ihrer täglichen Praxis der onkologischen Fachpflege und stellte dar,

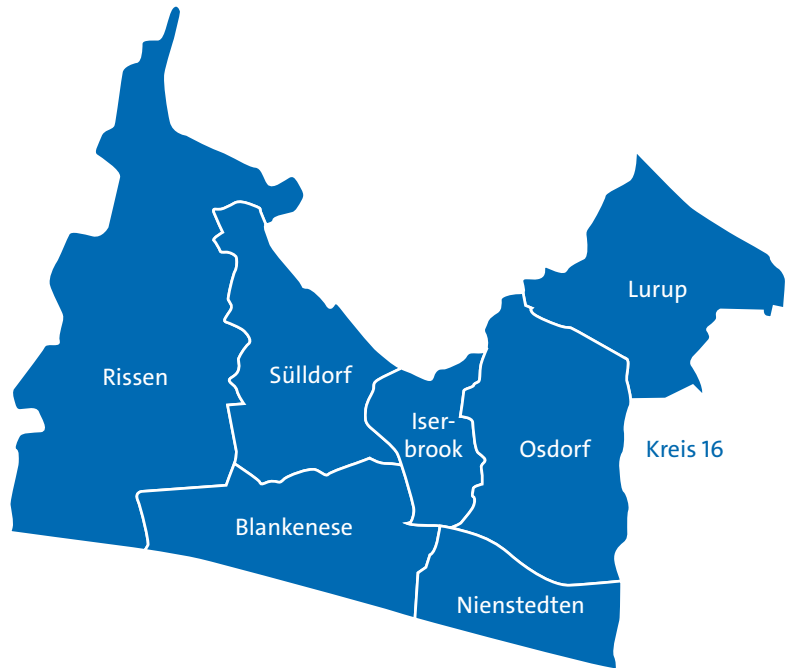
wie die pflegerische Versorgung von Palliativpatienten, angefangen von der Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) über die tägliche Routine bis hin zur Überleitung in die Hospizversorgung, konkret organisiert werden kann. Obwohl ich persönlich in meiner urologischen Praxis relativ viele onkologische Patientinnen und Patienten betreue, habe ich bei diesem Vortrag immer noch Einiges dazugelernt.

Genau darum geht es mir bei dem Angebot fachlicher Vorträge im Rahmen der Kreisversammlungen auch: Ich halte es für wichtig, die Expertise der vertragsärztlichen Kolleginnen und Kollegen im näheren Umfeld besser kennenzulernen. Immerhin vergeht in Hamburg kaum ein Tag, an dem nicht ein Krankenhaus in Informationsveranstaltungen und „Spezialprechstunden“ (die sich zum Teil durchaus mit dem Zuständigkeitsbereich der vertragsärztlichen Versorgung überlappen) die Werbetrommel für das eigene Haus rührt.

Wenn wir Niedergelassenen untereinander besser Bescheid wissen, welche Kolleginnen und Kollegen über welche spezielle Expertise

verfügen, dann kann man diesen Marketingaktivitäten der Krankenhäuser vielleicht etwas entgegenzusetzen.

Unsere nächste Kreisversammlung soll im Herbst 2018 stattfinden. Angeregt durch die Thematik des Abends haben die 17 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der jüngsten Sitzung auch schon ein Thema hierfür vorgeschlagen: „Kommunikation zwischen den Praxen mit besonderem Blick auf die Datensicherheit“. Der genaue Termin wird noch rechtzeitig bekanntgegeben. ■



Dr. Thorsten Bruns



Dr. Thorsten Bruns ist Urologe in Hamburg-Blankenese und Obmann des Kreises 16.



STECKBRIEF

Für Sie in der Vertreterversammlung: **Dr. Frank Stüven**

Name: **Dr. Frank Stüven**

Familienstand: **verheiratet, 2 erwachsene Töchter**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **Vorsitzender des Hausärzterverbands Hamburg,**

Mitglied im Finanzausschuss der KV Hamburg

Hobbys: **Politik**

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

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ursprünglich: Ärger. Mittlerweile: Wenn wir uns nicht für gute Versorgung der Kranken und gute Arbeitsbedingungen der Ärzte und Psychotherapeuten einsetzen, wer dann?

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die Einführung eines Primärarztsystems, weil dies den Interessen der Kranken und der Beitragszahler am besten dient.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? In der zunehmenden Komplexität. In der Medizin ist sie zum Teil unvermeidlich. Die zunehmende Komplexität der Verwaltung mit gefühlt einer Million Regeln, Ausnahmen und Ausnahmen von den Ausnahmen ist einfach nur ärgerlich.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Über die Alpen wandern. ■

wir
schärfen
ihren

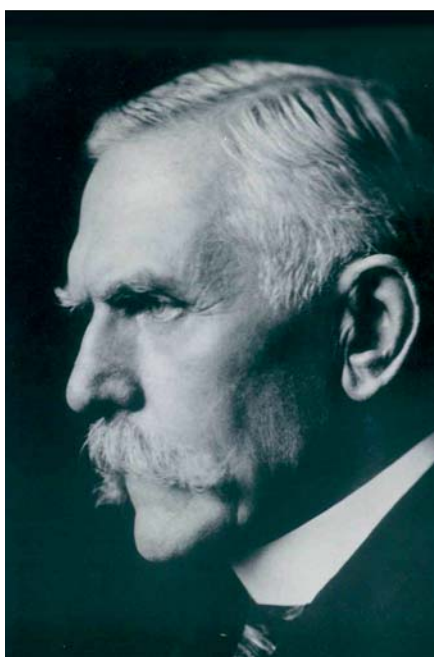
[v i • s u s]

/pharmakotherapieberatung

die gesundheit des patienten voranzustellen und dabei die regularien der wirkstoffvereinbarung und des wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten, gestaltet sich im praxisalltag oftmals als herausforderung. erfahrene ärzte beraten sie ganz individuell in der pharmakotherapieberatung der kvh. fragen sie uns einfach!

Würdigung verdienter Ärzte

Familien der Namensgeber
der Säle besuchten das Ärztehaus



Dr. Hugo Niemeyer



Dr. Peter Scheutzow



Dr. Hartmut Horst

Angehörige jener Ärzte, nach denen die Säle des neuen Ärztehauses benannt sind, haben im April 2018 das Gebäude besichtigt. Die KV hatte Namensgeber für die sechs Säle ausgewählt, die sich in besonderer Weise um die vertragsärztliche Versorgung in Hamburg verdient gemacht haben: beispielsweise Dr. Hugo Niemeyer (KV-Vorsitzender bis 1933), Dr. Peter Scheutzow (Mitbegründer des ärztlichen Notfalldienstes) und Dr. Hartmut Horst (Vorstandsmitglied und Pharmakotherapieberater).

KV-Chef Walter Plassmann und der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Dirk Heinrich, führten die Gäste durch das Haus und zeigten ihnen die nach ihren Familienmitgliedern benannten Säle und die neben den Türen angebrachten Gedenktafeln.

Im November kommenden Jahres liegt die Gründung der KV Hamburg 100 Jahre zurück. Zu diesem Anlass wird es Feierlichkeiten geben, bei denen die Verdienste der Namensgeber der Säle nochmals gewürdigt werden. ■

Leserbrief

KVH-Journal Nr. 5/2018

"Substitution oder Medikalisierung gesunder Frauen?", S. 34

Im *KVH-Journal*, im Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, 5/2018 erschien auf Seite 34 der Artikel von Frau Professor Dr. med. Ingrid Mühlhauser im Auftrag des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin „Substitution oder Medikalisierung gesunder Frauen?“. Auf der Titelseite des Journals wird auf das Thema mit „Hormontherapie: Doch wieder unbedenklich?“ hingewiesen. Wer das *Hamburger Ärzteblatt* 03/2018, Seite 13, gelesen hat, dem kommt der Titel bekannt vor. Hier haben Dres. med. Karin Schaudig und Anneliese Schwenkhagen ein wissenschaftliches Statement zur Hormonersatztherapie (HRT) abgegeben. [1]

Im wissenschaftlichen Diskurs hätte die Autorin darauf Bezug nehmen müssen! Folgende Publikationen geben beispielhaft wissenschaftliche Auseinandersetzungen zum Thema Hormonsubstitution in Klimakterium und Postmenopause wieder: Santen et al. und Ortmann et al. [2,3], das IMS Positions Statement [4] oder das Statement der Nordamerikanischen Menopausengesellschaft NAMS [5] sowie die NICE Guidelines aus 2016 [6]. Das Lehrbuch von Prof. Dr. med. Alexander Römmeler „Hormone“ gibt einen umfassenden endokrinologischen Abriss und bildet eine Basis für die Präventionsmedizin. [7]

Der Artikel von Frau Professor Dr. med. Ingrid Mühlhauser kompromittiert renommierte Fachgesellschaften, wie den Berufsverband der Frauenärzte, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, die Deutsche Menopause Gesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin.

Diese Gesellschaften haben 2016 ein gemeinsames Medienstatement zur Fehlinterpretation der WHI Studie 2002 [8] abgegeben, nachdem die Autoren Manson und Kaunitz ihr Bedauern darüber ausgedrückt hatten.

„Frauen mit Wechseljahres-Symptomen eine Hormonersatzbehandlung zu verweigern, erzeugt eine große und unnötige Bürde des Leidens. In einer Publikation des angesehenen New England Journal of Medicine weisen Autoren der WHI-Studie auf die Folgen der jahrelangen, fehlerhaften Interpretation ihrer Studiendaten hin: Hunderttausende von Frauen hatten in der Folge der Studie, deren Auswertungen seit 2002 publiziert werden, die Hormonpräparate abgesetzt oder wurden nicht angemessen behandelt, weil die Annahme vorherrschte, dass die Hormonersatzbehandlung (HRT) durchweg gesundheitliche Risiken berge.“

Jedoch übersteigt der Nutzen dieser Ersatzbehandlung bei weitem mögliche Risiken, so JoAnn E. Manson und Andrew M. Kaunitz, zwei der maßgeblichen StudienautorInnen in einem im März 2016 publizierten Artikel des renommierten Journals "New England Journal of Medicine" [9]“

Ist der Artikel „Substitution oder Medikalisierung gesunder Frauen?“ eine adäquate Stellungnahme aus der Feder einer Lehrstuhlinhaberin oder eine Zumutung für die Hamburger Ärzteschaft? Frau Professor Dr. med. Ingrid Mühlhauser polemisiert ein Thema ohne wissenschaftliche Sachlichkeit, welches längst auf qualifizierter und zielführender Ebene diskutiert wird! Sie benutzt längst überholte, 16 Jahre alte Argumente des Begründers der Evidenzbasierten Medizin, David Sackett mit seinem Leitartikel: „Arroganz der präventiven Medizin“ aus 2002. [10]

Wenn über Risiken und Nebenwirkungen bei der Hormonersatztherapie (HRT) menopausaler Frauen gesprochen wird, geht es neben personenbezogenen Risiken auch um die methodische Variante der Anwendung!

Bekannt ist, dass die orale Östrogenanwendung in Kombination mit Gestagenderivaten risikobehaftet ist, übrigens egal in welchem Alter („Pille“)! Transdermale Östrogen-Präparate sind im Hinblick auf weniger schädliche Wirkungen in Betracht zu ziehen, da der Lebermetabolismus und die Anhäufung von Metaboliten mit antiöstrogener Aktivität vermieden werden. Daten deuten darauf hin, dass transdermale Pflaster-Gel-Östrogenpräparate sowohl sicherer als auch potentiell wirksamer sind als die orale Östrogentherapie. Leitlinien empfehlen die Zugabe von natürlichem Progesteron für Frauen, die keine Hysterektomie hatten. [11]

Der im *KVH-Journal* 5/2018 veröffentlichte Artikel ist eine Zumutung für die Hamburger Ärzteschaft! Es werden keine neuen Argumente gebracht. Sprachverwirrungen zu eingesetzten Therapeutika werden fortgeführt. Die verschiedenen Applikationsformen werden nicht bewertet. Es ist eine Ignoranz gegenüber den Ansätzen der Präventionsmedizin!

Ist das von der KV Hamburg so gewollt? Es gibt keinen wissenschaftlichen Beirat der Redaktion für das *KVH-Journal*. Die Redaktion scheint ganz unbedarft und guten Willens zu sein, einen wissenschaftlichen Dialog anzuregen. Oder ist es ein gut platzierter „Trojaner“ des Deutschen Netzwerkes evidenzbasierter Medizin?

Mit dieser einseitigen Darstellung einer Extremmeinung zum Thema „Therapie und Prävention menopausaler Frauen“ wird die Autorität der KV Hamburg benutzt. Die Redaktion des *KVH-Journals* verweist bei meiner Nachfrage auf Professor Bernd Mühlbauer, Pharmakologe, Vorstandsmitglied der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Autor der *AVP (Arzneiverordnung in der Praxis)* und Direktor des Instituts für klinische Pharmakologie Bremen.

Die Autoren der *AVP* sind keine Experten der Hormonersatztherapie menopausaler Frauen. Ihnen fehlt gänzlich der Praxisbezug. Hierbei handelt es sich um eher pharmakologisch sehr breit orientierte Wissenschaftler, oft ohne eigene Erfahrung im kommentierten Gebiet. Hier wäre es interessant, nach einem Interessenkonflikt zu fahnden.

Meiner Meinung nach ist es unverantwortlich, eine derart tendenziöse Meinung unter der Flagge der KV zu verbreiten. Es ist hier nicht auszuschließen, dass hiermit andere Interessen vertreten werden. Ich fordere hiermit eine Gegendarstellung durch die oben genannten Fachgesellschaften und bitte um Offenlegung der Interessenkonflikte der Autorin.

Dr. med. Britta Manchot, MSc
Präventionsmedizinerin in
Harvestehude

References

1. Schaudig, K., Schwenkhagen A., Hormonersatztherapie - doch wieder unbedenklich? *Hamburger Ärzteblatt*, 2018. 03/2018; p. 13-17.
2. Santen, R.J., et al., Postmenopausal hormone therapy: an Endocrine Society scientific statement. *J Clin Endocrinol Metab*, 2010. 95(7 Suppl 1): p. s1-s66.
3. Ortmann, O. and C. Lattrich, The treatment of climacteric symptoms. *Dtsch Arztebl Int*, 2012. 109(17): p. 316-23; quiz 324.
4. Hunter, M.S., et al., The International Menopause Study of Climate, Altitude, Temperature (IMS-CAT) and vasomotor symptoms. *Climacteric*, 2013. 16(1): p. 8-16.
5. NAMS, The 2012 hormone therapy position statement of: The North American Menopause Society. *Menopause*, 2012. 19(3): p. 257-71.
6. Lumsden, M.A., M. Davies, and G. Sarri, Diagnosis and Management of Menopause: The National Institute of Health and Care Excellence (NICE) Guideline. *JAMA Intern Med*, 2016. 176(8): p. 1205-6.
7. Römmler, A., *Hormone*. 2014 Georg Thieme Verlag.
8. Rossouw, J.E., et al., Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*, 2002. 288(3): p. 321-33.
9. Manson, J.E. and A.M. Kaunitz, Menopause Management-Getting Clinical Care Back on Track. *N Engl J Med*, 2016. 374(9): p. 803-6.
10. Sackett, D.L., The arrogance of preventive medicine. *Cmaj*, 2002. 167(4): p. 363-4.
11. Beck, K.L., M.C. Anderson, and J.K. Kirk, Transdermal estrogens in the changing landscape of hormone replacement therapy. *Postgrad Med*, 2017. 129(6): p. 632-636.

Entgegnung der Autorin

Ich versuche einige Missverständnisse zu klären, insbesondere zu dem, was Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist und was nicht.

1. Das Format des Beitrags aus dem DNEbM

Das DNEbM (www.ebm-netzwerk.de) wurde von der Redaktion des *KVH-Journals* eingeladen, monatlich einen kurzen Beitrag zu schreiben. Der Kommentar soll fokussiert und prägnant anhand eines aktuellen Themas methodische Aspekte der EbM erläutern. Es handelt sich also nicht um einen systematischen Übersichtsartikel, der die gesamte Evidenz zu einem Gegenstand aufbereitet. Die Beiträge müssen mehrere Wochen vor Veröffentlichung der Redaktion vorliegen. Aus diesem Grund konnte auf den zeitgleich erschienenen Artikel der Kolleginnen Schaudig & Schwenkhagen in der März-Ausgabe des *Hamburger Ärzteblatts* nicht Bezug genommen werden [1]. Gerne nutze ich jedoch den Anlass, einige kritische Anmerkungen auch zu dieser Publikation zu formulieren. Vorschlag an die Redaktion: Datum der Einreichung mit veröffentlichen.

2. Berücksichtigung von Expertenmeinungen

Frau Manchot beklagt, dass ich in meinem Beitrag Expertenmeinungen, Buchartikel und Veröffentlichungen von Berufsverbänden oder Fachgesellschaften nicht als Evidenzquellen berücksichtige. Das ist korrekt und mit Absicht, da sol-

che Publikationen den niedrigsten Evidenzgrad besitzen, wenn es um die Beurteilung von Nutzen und Schaden medizinischer Verfahren geht. Fachgesellschaften sind häufig von Partikularinteressen ihrer Mitglieder geprägt. Berufsverbände sind keine wissenschaftlichen Institutionen. Sie vertreten vorrangig wirtschaftliche Interessen ihrer Mitglieder. Gerade der Berufsverband der Frauenärzte ist wegen wissenschaftlich unqualifizierter Pressemeldungen mehrfach kritisiert worden, wie kürzlich wieder vom Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) [2], dem größten Zusammenschluss von unabhängigen Frauengesundheitsorganisationen im deutschsprachigen Raum.

3. Interessenkonflikte

Frau Manchot fordert in ihrem Leserbrief zu Recht die Offenlegung von Interessenkonflikten. Allerdings scheinen sowohl Frau Manchot selbst als auch die Autorinnen Schaudig & Schwenkhagen nicht frei von Interessenkonflikten in Bezug auf das Thema Hormontherapie zu sein. So finden sich im Internet Einträge zu Frau Manchot als Referentin auf Veranstaltungen der Industrie zu Anti-Age und Präventionsmedizin, (<http://www.gsaam-konferenz-2018.de/workshops-lunchsymposien.php>) und sie bietet entsprechende privatärztliche Leistungen an (<http://www.klinische-praxen.de/>). Schaudig & Schwenkhagen betreiben in Hamburg eine „Praxis für gynäkologische Endokrinologie“, die sich als „HORMONE HAMBURG“ ausweist. Eine Erklärung

von Interessenkonflikten der beiden Ärztinnen fehlt im Beitrag des *Hamburger Ärzteblatts*.

Das DNEbM finanziert sich ohne Zuwendungen von Pharmafirmen oder Medizinprodukteherstellern. Die Mitglieder des Vorstands des DNEbM müssen ihre Interessenkonflikte offenlegen und es gibt eine Geschäftsordnung zum Umgang mit Interessenkonflikten. Zu meiner eigenen Person finden sich Angaben am Ende dieses Beitrags.

4. Methodisches Vorgehen der EbM

Gerade wegen der erheblichen Interessenkonflikte, die Äußerungen einzelner Experten oder Veröffentlichungen von medizinischen Fachgesellschaften häufig zugrunde liegen, ist ein unabhängiges wissenschaftsbasiertes transparentes methodisches Vorgehen so notwendig und wertvoll.

Seit nun fast 30 Jahren versucht die EbM diesem Anspruch gerecht zu werden. Wenn es um die Bewertung von Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen geht, einschließlich präventiver Verfahren, sind höchste Ansprüche an die Evidenzgrundlage zu stellen. Vorrangig sind dazu systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) oder einzelne qualitativ hochwertige RCT zu benutzen.

Die höchste Aussagekraft haben derzeit Cochrane Reviews oder Meta-Analysen von unabhängigen Wissenschaftsorganisationen. In meinem Artikel „Substitution oder Medikalisierung gesunder Frauen – Wieviel Evidenz braucht die Hormontherapie in der Menopause?“ habe ich einen aktuellen Cochrane Review und eine Meta-Analyse der US Preventive Services Task Force,

kürzlich publiziert in der amerikanischen Zeitschrift *JAMA*, zitiert [3,4]. Weder Frau Manchot noch die Autorinnen Schaudig & Schwenkhagen berücksichtigen in angemessener Weise aktuelle Evidenz mit der höchsten Aussagekraft. Hingegen zitieren die Autorinnen überwiegend veraltete Veröffentlichungen oder selektiv Experteninterpretationen, um ihre persönlichen Überzeugungen zu stützen.

5. Weitere Anmerkungen zum Artikel von Schaudig & Schwenkhagen im Hamburger Ärzteblatt

Ein Übersichtsartikel in einem Ärzteblatt muss eine transparente und wissenschaftsbasierte Darstellung der Evidenz gewährleisten. Dazu braucht es ein systematisches methodisches Vorgehen zur Auswahl, Bewertung und Berichterstattung von wissenschaftlichen Studien. Ein entsprechender Methodenteil fehlt in der Publikation von Schaudig & Schwenkhagen.

Aktuelle Cochrane Reviews oder andere qualitativ hochwertige aktuelle Meta-Analysen werden nicht genutzt. RCTs werden selektiv berichtet. Es erscheint sehr bedenklich, dass offensichtlich sogar weiterhin eine präventive langfristige Hormonbehandlung von Frauen in und nach der Menopause befürwortet wird, obwohl die Evidenz gegen ein solches Vorgehen spricht [3,4].

6. Informierte Entscheidung der Frauen

Im Gegensatz zu den Behauptungen von Frau Manchot stand und steht eine Indikation zur Hormonbehandlung bei schweren Menopausebeschwerden nicht zur

Diskussion. Im Kommentar des DNEbM wird ausdrücklich auf diese Indikation verwiesen. Allerdings haben die Frauen den Anspruch und ein ethisch verbrieftes Recht auf eine informierte Entscheidung. Dazu müssen in verständlicher Form vollständig und wissenschaftsbasiert die möglichen Vor- und Nachteile einer solchen Behandlung präsentiert und diskutiert werden.

Nach den Kriterien der EbM steht den Frauen eine informierte Entscheidung zu. Das DNEbM hat zur Entwicklung von solchen Gesundheitsinformationen Anleitungen publiziert, wie die „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ (<https://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/fachbereiche/patienteninformation/gpggi>) und die „Leitlinie Evidenzbasierte Gesundheitsinformation“ (<https://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/fachbereiche/patienteninformation/ll-gesundheitsinfo>).

Auch Schaudig & Schwenkhagen nennen in ihrem Übersichtsartikel nicht vollständig mögliche unerwünschte Wirkungen der Hormontherapie. Dazu zählen die mögliche Demenz, die Gallenblasenleiden, die tödlichen Lungenembolien und vor allem die Harninkontinenz, die sich bei etwa 10 Prozent der Frauen erst durch die Hormonbehandlung entwickelt oder verschlechtert [4]. Auch Unsicherheiten der wissenschaftlichen Daten müssten kenntlich gemacht werden. So hat ein kürzlich publiziertes RCT bei Frauen mit vulvovaginalen Beschwerden keinen Vorteil einer vaginalen Östrogenbehandlung im Vergleich zu Placebo gefunden [5], einer Indikation zur Hormontherapie, die bisher als unumstößlich galt.

Zur Autorin:

Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser

Medizinstudium an der Universität Wien, etwa 20 Jahre lang tätig als Ärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an den Universitäten Wien und Düsseldorf (Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung, WHO Collaborating Centre for Diabetes), Habilitation und Venia legendi für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gesundheitserziehung; Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologie, Endokrinologie; seit 1996 Universitätsprofessur für Gesundheit, Universität Hamburg; Vorstandsmitglied des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM), von 2015 bis 2017 Vorsitzende, Sprecherin des Fachbereichs Patienteninformation und -Beteiligung. Seit Nov. 2017 Vorsitzende des AKF. (www.akf-info.de). Redaktionsmitglied *arznei-telegramm*.

Interessenkonflikte:

Als verbeamtete Universitätsprofessorin nehme ich seit mehr als 20 Jahren keine Honorare oder andere geldwertige Zuweisungen von Pharmafirmen, Medizinprodukteherstellern oder anderen Unternehmen. Ich bin Mitglied bei MEZIS (Mein Essen zahl' ich selbst). Ich rezeptiere keine Medikamente. Aktuelle Forschungsschwerpunkte sind die wissenschaftsbasierte Aufklärung von BürgerInnen und PatientInnen durch die Entwicklung und Evaluation von evidenzbasierten Patienteninformationen und Entscheidungshilfen.

Publikationen:

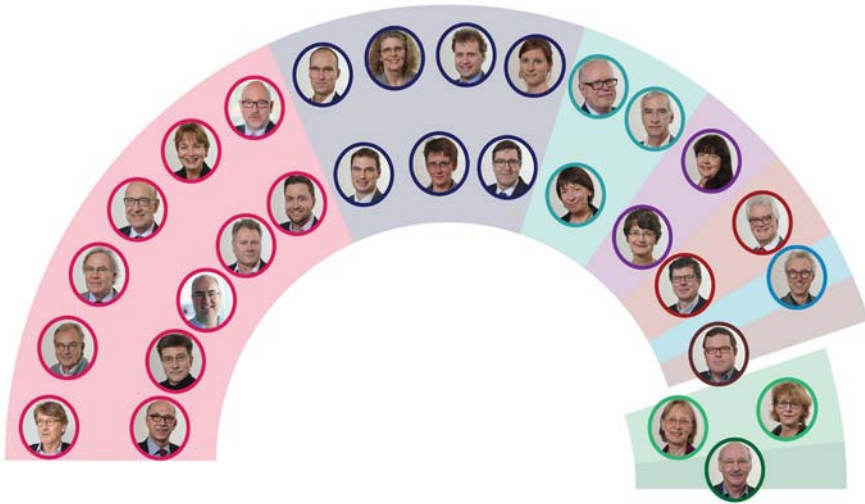
PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=M%C3%BChlhauser-I
Arbeitskreis: www.chemie.uni-hamburg.de/pha/muehlhauser/

Literatur

- 1) Schaudig K, Schwenkhagen A. Hormonersatztherapie – doch wieder unbedenklich? *Hamburger Ärzteblatt* 03/2018; 12-17
- 2) Hertle D, Mühlhauser I für den AKF. Frauen und Hormone: Hier muss dringend etwas geschehen! | Internationaler Frauentag 2018, Berlin zum 8. März 2018; <http://www.akf-info.de/portal/2018/03/07/frauen-und-hormone-hier-muss-dringend-etwas-geschehen-internationaler-frauentag-2018/>
- 3) Marjoribanks J, Farquhar C, Roberts H, Lethaby A, Lee J. Long-term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017: CD004143.
- 4) Gartlehner G, Patel SV, Feltner C et al. Hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions in postmenopausal women: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2017; 318: 2234-2249.
- 5) Mitchell CM, Reed SD, Diem S, et al. Efficacy of vaginal estradiol or vaginal moisturizer vs placebo for treating postmenopausal vulvovaginal symptoms: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2018 Mar 19. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.0116.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 28.6.2018 (ab 19.30 Uhr) – Ärztehaus (Julius-Adam-Saal),
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM
1. BIS 15. KALENDERTAG
DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 22 (Bramfeld / Steilshoop / Wellingsbüttel / Sasel / Poppenbüttel / Hummelsbüttel / Lemsahl-Mellingstedt / Duvenstedt / Wohldorf-Ohlstedt / Bergstedt)
Kreisobmann: Dr. Rolf Eichenauer

Di. 19.6.2018 (19.30 Uhr st)
Programm: Vortrag von KV-Chef Walter Plassmann zu den Themen Arztruf Hamburg, Telematik, Honorar, ASV
Ort: Restaurant La Madera, Saseler Chaussee 101, 22393 Hamburg

KREIS 6 (Harvestehude)
Kreisobmann: Dr. Fritz Pieper
Mi, 20.6.2018 (19.30 Uhr)
Programm:
Nachwahl stellvertretende/r Kreisobfrau/mann
Vortrag von KV-Apothekerin Regina Lilje zur Wirkstoffvereinbarung
Vortrag zur Datenschutzgrundverordnung
Ort: Die Boutique, Poelchaukamp 22, 22301 Hamburg



KREIS 11 (Horn / Billstedt / Billbrook / Rothenburgsort)
Kreisobmann: Dr. Gerd Fass
Stellvertreter: Dr. Dirk Heinrich
Mi, 27.6.2018 (18.00 Uhr)
Programm:
Vortrag von KV-Apothekerin Regina Lilje zur Wirkstoffvereinbarung
Vortrag von Dr. Dirk Heinrich zu aktuellen Fragen: TI, Arztruf Hamburg, Kammerwahl, BMG
Ort: Gesundheitskiosk Möllner Landstraße 18 22111 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP-Hygiene

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

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 13.6.2018 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss/Getränke

Patientenrechte im Alltag

Welche Anforderungen ergeben sich aus dem Patientenrechtegesetz? Und wie lassen sie sich in die Praxisabläufe und ins QM integrieren? Hier erfahren Sie, worauf bei der Dokumentation in der Patientenakte zu achten ist, wie mit Einwilligungen und Einverständniserklärungen umzugehen ist und welche Einsichtsrechte Patienten haben. Außerdem erhalten Sie Tipps zur Gestaltung geeigneter Arbeitsanweisungen.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 29.8.2018 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss/Getränke

Praxis der Zukunft

Das Seminar befasst sich damit, wie sich die Praxis-Abläufe in den nächsten Jahren verändern werden. Technischer Fortschritt, neue Medien, Elektronik, immer höhere und vielfältigere Anforderungen an die Qualität: Praxen sehen sich vielen neuen Herausforderungen gegenüber. Daraus ergeben sich Chancen und Risiken für die Praxen und für die Patienten.

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 5.9.2018 (14 - 18 Uhr)

Gebühr: € 85 inkl. Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung: Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889; Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Aufbaukurs Hypnose

Dieser Kurs baut auf den Einführungskursen Hypnose auf, die im Januar stattgefunden haben. Die Teilnahme am Einführungskurs und an diesem Aufbaukurs ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung mit der KV.

19 FORTBILDUNGSPUNKTE

Zweitägig:

Fr. 14.9.2018 (16 - 21.15 Uhr) und

Sa. 15.9.2018 (9 - 18.45 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 240 (inkl. Verpflegung)

DMP Patientenschulungen

Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

Termine und weitere Infos:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „DMP“ eingeben

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300

E-Mail: akademie@aekhh.de

Online-Anmeldung:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 29.6.2018 (15 - 20 Uhr)

Fr. 12.10.2018 (15 - 20 Uhr)

Mi. 21.11.2018 (15 - 20 Uhr)

Fr. 7.12.2018 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis

Dr. Gerd Bandomer,

Tel: 278063-47, Fax: 278063-48

E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

wir
verbinden
ihre

[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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

