

# KVH *journal*

## AM BEDARF VORBEIGEPLANT

*Warum es für Familien schwierig ist,  
eine Kinderarzt-Praxis in Hamburg zu finden*



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

## IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich  
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 7-8/2022 (Juli/August 2022)



## LESEN SIE DAS KVH-JOURNAL JETZT DIGITAL!



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



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Es gibt den Bund, und dann gibt es Hamburg. Auf Bundesebene ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bereits in der Vergangenheit bisweilen mit absurden Behauptungen und realitätsfernen Forderungen in Erscheinung getreten. Nun hat sie ein Konzept zur Reform der ambulanten Notfallversorgung vorgelegt. Eine Kernpunkt ist, dass die Behandlung ambulanter Notfälle künftig grundsätzlich in Integrierten Notfallzentren (INZ) stattfinden soll.

Wir haben in Hamburg gerade ein solches INZ eröffnet (siehe Seite 33). KV und Krankenhaus arbeiten dort konstruktiv zusammen, es ist ein vielversprechendes Projekt. Doch im DKG-Konzept finden sich Forderungen, die weit über das Ziel hinausschießen. „INZ sind an allen Krankenhäusern mit stationärer Notfallstufe einzurichten.“ Das wären in Hamburg 20.

Weiter heißt es sinngemäß: Die KVen können eine ambulante Versorgung in den INZ gern wochentags von 19 bis 7 Uhr und am Wochenende und an Feiertagen anbieten – aber nur, wenn sie dies zwingend auch in der übrigen Zeit tun. Das ist ein bemerkenswerter Winkelzug der Krankenhäuser, um die INZ an sich zu ziehen. Denn Auftrag der KV-Notfallversorgung ist ja lediglich, jene Zeit zu überbrücken, in der die Praxen geschlossen sind. Während der Praxisöffnungszeiten wird eine hochwertige Regelversorgung in den Praxen angeboten – da braucht es keine ambulanten Notfallangebote an Krankenhäusern. Die hochgerüsteten Krankenhaus-Notaufnahmen sollten sich auf echte, stationär aufzunehmende Notfälle konzentrieren. Dafür sind sie da.

Wir begrüßen die Einrichtung von INZ – aber nicht als gesundheitspolitischen Faustpfand, sondern als Instrument, das Patientinnen und Patienten in die für sie geeignete Versorgung steuert. In Gesprächen mit der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft wurde auch dieses als sinnvoll erachtet – aber nun ja, das ist Hamburg.

**Ihr John Afful,**  
Vorsitzender der KV Hamburg

---

### KONTAKT

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

**Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)**



**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 14** Fragen und Antworten zum Auslandsabkommen
- 17** Abrechnung von Leistungen für Ukraine-Geflüchtete mit eGK  
Verordnungen für unbegleitete minderjährige Geflüchtete nur noch auf Kassenrezept  
DMP: Pandemiebedingte Sonderregelungen gelten nicht mehr
- 18** Behandlung mit Nagelspannen kann als Heilmittel verordnet werden

**SCHWERPUNKT**

- 06** Nachgefragt: Wo hakt es bei der Versorgung von Kindern in Hamburg?
- 08** Pädiatrie: Die blinden Flecken der Bedarfsplanung

**NIEDERLASSUNG**

- 12** Was hat Alstertal, was Jenfeld nicht hat?

**QUALITÄTSSICHERUNG**

- 19** Start der Patientenbefragung im QS-Verfahren PCI  
Psychotherapeutische Berufsverbände fordern "datensparsames" QS-Verfahren

**WEITERLESEN IM NETZ: [WWW.KVHH.DE](http://WWW.KVHH.DE)**

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

**TELEMATIK**

**20** Telematikinfrasturktur: Viele  
Änderungen im Praxisalltag

**ARZNEIMITTEL**

**22** Wirkstoffvereinbarung: Höchst-  
quoten für Reserveantibiotika

**FORUM**

**24** Corona-Bonus für Praxis-Mitarbei-  
tende: Bis zu 4.500 Euro steuerfrei  
Studie zur Zufriedenheit von  
Hausärztinnen und Hausärzten:  
Bitte nehmen Sie teil!

**SELBSTVERWALTUNG**

**32** Steckbrief:  
Dr. Anna-Katharina Doepfer

**VERSORGUNG**

**33** Erstes Integriertes Notfallzentrum  
in Hamburg eröffnet

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

**26** Einfaches Suchen in  
MEDLINE: Tipps und Tricks

**RUBRIKEN**

**02** Impressum

**03** Editorial

**FORUM**

**24** Leserbrief

**KOLUMNE**

**30** Zwischenruf  
von Dr. Christine Löber

**TERMINKALENDER**

**38** Termine und geplante  
Veranstaltungen

**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Sebastian Haslauer  
Seite 3: Marco Grundt; Seite 9 und 12: Michael Zapf; Seite 13: Hans-Peter Balfanz/Wikipedia, Gerhard Kemme/Wikipedia; Seite 14: Ascannio/Stock.Adobe.com; Seite 33: Anna Mutter; Seite 34: Michael Zapf;  
Icons: iStockfoto



## Wo hakt es bei der Versorgung von Kindern in Hamburg?



**Dr. med. Jasper Kiehn**

Patientenberatung der Ärztekammer Hamburg und der KV Hamburg

### Eltern finden keine Praxis für ihr Kind

**In der Patientenberatung kontaktieren uns Eltern, die vergeblich in Kinderarztpraxen nach einem Termin für ihr Kind gefragt haben.** Für diese Eltern ist es schwer nachvollziehbar, dass sie zum Beispiel nach der Geburt ihres Kindes oder nach einem Umzug keine Kinderarztpraxis finden, die ihr Kind als Patientin bzw. als Patient aufnimmt. Wir versuchen, gemeinsam mit den Eltern eine Praxis für die Kinder zu finden, und verweisen sie auch an die Terminservicestelle. Allerdings kommt es dann immer wieder vor, dass die Eltern mit ihren Kindern dadurch zwar einen Termin für eine Untersuchung bekommen, die Kinder aber nicht dauerhaft als Patientinnen bzw. als Patienten übernommen werden. ■



**Dr. med. Charlotte Schulz**

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und  
Pressesprecherin des Landesverbandes Hamburg des  
Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte



**Dr. Tanja Tischler (Dipl.-Psych.)**

Referentin für Weiterbildung der  
Psychotherapeutenkammer Hamburg

## Fehlende Anpassung an die Realität

Für die Versorgungsengpässe im ambulanten pädiatrischen Versorgungsbereich gibt es sicher vielschichtige Gründe. **Einige davon hängen mit den sich ändernden Wünschen und Vorstellungen der jüngeren Kolleg:innen zusammen, die zunehmend ein Angestelltenverhältnis statt einer Selbstständigkeit anstreben und überwiegend in Teilzeit arbeiten möchten.** Laut Ärztestatistik der KBV war im Jahr 2005 im ambulanten Bereich ein Anteil von 5,7 Prozent der Kinder- und Jugendmediziner:innen angestellt. Bis zum Jahr 2020 hatte sich dieser Anteil mit fast 27 Prozent annähernd verfünffacht – Tendenz weiter steigend. Der Frauenanteil hat sich in der Pädiatrie im gleichen Zeitraum von 60,4 auf 77,3 Prozent erhöht. Es werden also zukünftig immer mehr „Rund-um-die-Uhr“-Vollzeit arbeitende Praxisinhaber:innen durch (in Teilzeit) angestellte Kolleg:innen ersetzt. Fazit: Für diese neuen Versorgungsstrukturen müssen nicht nur deutlich mehr Ärzt:innen ausgebildet, sondern auch der rechtliche und finanzielle Rahmen geschaffen werden. ■

## Kinder sind stärker belastet

Im Rahmen einer im Frühjahr 2022 durchgeführten Umfrage der Psychotherapeutenkammer Hamburg unter den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen bestätigte sich die **deutlich gestiegene Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten für Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie** – im Schnitt gaben die Befragten eine Erhöhung der Nachfrage um 40 Prozent an. Die Wartezeiten haben sich demzufolge in den vergangenen zwei Jahren mehr als verdoppelt – von 13 auf 30 Wochen. In der Umfrage wurde deutlich: Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen ermöglichen vieles für ihre Patient:innen – von Videobehandlungen bis hin zu Wochenendterminen – aber die Behandlungskapazitäten reichen nicht aus. Eine Reform der Bedarfsplanung muss daher dringend auf den Weg gebracht werden. Kurzfristig könnten durch eine Flexibilisierung von Jobsharing und Anstellung, die Erteilung von Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen sowie unbürokratische Kostenerstattung von außervertraglichen Psychotherapien in Privatpraxen zusätzliche Therapieplätze geschaffen werden. ■

[Weitere Informationen zur Umfrage](#)

VON DR. MED. CLAUDIA HAUPT

# Die blinden Flecken der Bedarfsplanung

Die pädiatrische Versorgung in Hamburg hat ein Problem: Auf dem Papier gibt es große Kapazitäten, die in Wahrheit gar nicht zur Verfügung stehen. Warum ist das so?



**D**ie Versorgungsrealität in den pädiatrischen Praxen hat sich über die Jahre sehr verändert. Laut Bedarfsplanung ist Hamburg gut versorgt, doch das ist graue Theorie. Wir haben weniger allgemeinpädiatrische Kapazitäten pro Kind als noch vor zehn Jahren. Für Eltern, die neu zugezogen sind oder ein Neugeborenes haben, ist es schwierig geworden, eine Kinderarztpraxis zu finden. Zur Verschärfung der Situation haben gesellschaftliche Entwicklungen beigetragen, die sich in Zukunft fortsetzen werden. Deshalb ist es höchste Zeit, in eine Diskussion einzusteigen und Lösungsstrategien zu entwickeln.

Nach Wahrnehmung vieler Kolleginnen und Kollegen hat die Gesundheitskompetenz der Familien abgenommen. Die Eltern sind oft sehr ängstlich, nicht nur was die Einschätzung von somatischen Krankheiten betrifft. Ob Ernährung, Mediennutzung, Verhalten und Schlaf ihrer Kinder – all diese Bereiche bedürfen einer sehr ausdauernden Beratung und Unterstützung. Internet-Foren und Doktor-Apps befeuern die Verunsicherung. Die Pädiatrie-Praxen werden von Eltern als erste Ansprechpartner für Alltags-Fragen angesehen, die eigentlich in Elternschulen besprochen werden sollten: Wie kann ich die

Gesundheit meines Kindes fördern? Was tue ich, wenn mein Kind mal Schnupfen, Husten oder Fieber hat? Wie Sorge ich dafür, dass mein Kind ausreichend schläft?

Doch nicht nur die Eltern stehen unter Druck: Wir sehen erheblich mehr Kinder und Jugendliche mit „neuen Morbiditäten“: emotionale Probleme, psychische Störungen und psychosomatische Erkrankungen. Wir behandeln zahlreiche Kinder mit chronischen Bauchschmerzen oder chronischen Kopfschmerzen, die zunächst organisch umfangreich abgeklärt werden müssen. In den allermeisten Fällen erweisen sich die Beschwerden als





**Dr. Claudia Haupt, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Blankenese und Hamburger Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)**

psychosomatisch. Es ist ein sehr großer Aufwand, all diese chronischen Schmerzpatienten zu versorgen und deren sehr beunruhigte Eltern.

Das ist die eine Seite. Die andere Seite betrifft Strukturänderungen in der Versorgung. Der Anteil jener Kinderärztinnen und Kinderärzte nimmt zu, die aufgrund einer Spezialisierung weniger allgemeinpädiatrische Versorgung übernehmen. Natürlich ist es wichtig, dass wir Spezialisten haben. Aber wenn ein Praxissitz, der vorher von einem Vollzeit-Pädiater besetzt war, von einer Ärztin oder einem Arzt übernommen wird, die oder der die Hälfte der Zeit für Kinderkardiolo-

gie, Gastroenterologie oder Neuropädiatrie aufwendet, dann bleibt weniger Versorgungskapazität für die Allgemeinpädiatrie übrig. Weil die Bedarfsplanung solche Entwicklungen nicht berücksichtigt, gerät die allgemeinpädiatrische Versorgung ins Hintertreffen.

Hinzu kommt, dass die meisten nachrückenden Kolleginnen und Kollegen berechtigterweise eine andere Vorstellung davon haben, wie ihre Work-Life-Balance auszusehen hat. Die Generationen zuvor haben sich mit langen Arbeitstagen arrangiert: Man geht früh in die Praxis, kommt spät nach Hause – und nimmt sich das Büro mit ins Wochenende. Dieser

Lebensentwurf ist selten geworden. Etwa 90 Prozent der jungen Pädia-terinnen und Pädiater scheuen die Selbstständigkeit, wollen angestellt arbeiten – und zwar bevorzugt in Teilzeit. Die nachrückenden Medizinerinnen und Mediziner möchten gern mehr Zeit mit ihren Familien und Kindern verbringen.

Nun ist ja bekannt, dass zwei angestellte Halbtagskräfte nicht die Arbeit einer Vollzeitkraft erledigen. In den Kliniken gibt es Kalkulationen, wonach drei Halbtagsstellen einer Vollzeitstelle entsprechen. Und selbst drei Halbtagsstellen würden nicht ausreichen, um das Arbeitspensum einer

selbständigen Praxis-Inhaberin zu ersetzen, die klassischerweise 55 oder mehr Stunden pro Woche ableistet.

Allerdings muss man dazusagen: Nicht jeder Vollzeit-Praxissitz erfüllt tatsächlich den vollen Versorgungsauftrag. Einer Auswertung der KV Hamburg zufolge rechnen etwa 40 Prozent der pädiatrischen Vollzeit-Praxissitze nur noch eine Fallzahl ab, die kleiner als 75 Prozent des Fachgruppendurchschnitts ist. Das führt dazu, dass auf dem Papier große Versorgungskapazitäten zur Verfügung stehen, die es in der Realität gar nicht gibt.

Was ist zu tun? Wer weit unter dem Fachgruppendurchschnitt abrechnet, sollte einen Teil seines Sitzes abgeben oder eine ärztliche Teilzeitkraft einstellen. Doch dieser

Eine angestellte Ärztin würde zwar mehr Patienten versorgen. Doch diese zusätzlich erbrachten Leistungen darf die Praxis nicht mehr abrechnen, weil sie finanziell gedeckelt ist. Das bedeutet: Die Praxischefin würde zwar Gehalt an die Angestellte auszahlen, dieses Geld aber nicht wieder einnehmen. Unterm Strich bliebe für die Praxischefin weniger Geld übrig – und das ist wahrhaftig kein Anreiz, mehr ärztliche Kräfte einzustellen.

Ist das ein sinnvolles System? In einem Bereich, der zu wenig Kapazitäten hat? In dem die Ärztinnen und Ärzte wahrhaftig nicht auf Patientenfang gehen, um unsinnige aber einträgliche Leistungen feilzubieten und ihre Leistungsmenge künstlich aufzublähen? Nein, dieses System ist dysfunktio-

nen Versorgungsbereich anstellen zu lassen.

Übrigens denke ich, dass es durchaus möglich wäre, einem größeren Teil der nachrückenden Ärztinnen und Ärzten die Selbständigkeit in eigener Praxis schmackhaft zu machen. Wenn es nicht gelingt, einen Praxissitz nachzubesetzen, sollte die KV einspringen und die Praxis so lange betreiben, bis dort angestellte Kolleginnen oder Kollegen den Betrieb übernehmen. Allerdings muss von vornherein festgeschrieben sein, dass es sich um eine Stützmaßnahme handelt: Die angestellten Kolleginnen sollen an die Niederlassung herangeführt werden – denn im Medizinstudium lernt man nicht, wie man eine Praxis führt. Wir müssen den nachrückenden Ärztinnen und Ärzten zeigen, dass eine Niederlassung im Team familienkompatibel ist und dass die Selbständigkeit viele Freiheiten bietet.

Es gibt also ein ganzes Bündel an Maßnahmen, über die wir diskutieren sollten. Ein Aspekt ist mir aber besonders wichtig: Wir müssen mit den Krankenkassen und der Sozialbehörde über die zunehmende Unschärfe der Bedarfsplanung sprechen. Die Bedarfsplanung bildet die pädiatrische Versorgungsrealität in Hamburg nicht mehr ab – und wir müssen gemeinsam einen Weg finden, zehn oder 20 Prozent mehr Praxissitze in die pädiatrische Versorgung zu bekommen. Es kann uns allen nicht egal sein, wenn die Anzahl der Familien immer weiter zunimmt, die in dieser Stadt Probleme haben, mit ihrem Kind in einer pädiatrischen Praxis aufgenommen zu werden. ■

## Wenn die Praxis einen Arzt einstellt, um mehr Patienten zu versorgen, bleibt unterm Strich weniger Geld übrig. Ist das ein sinnvolles System?

Schritt wird den Niedergelassenen ziemlich schwergemacht. Es wären viel mehr junge Kolleginnen und Kollegen in den Praxen angestellt, wenn dies nicht durch ein Honorarsystem mit kontraproduktiven Anreizen verhindert würde. Für die Praxischefinnen und Praxischefs ist es ein finanzielles und wirtschaftliches Risiko, eine ärztliche Kraft anzustellen – auch wenn sich die Praxis vor Patienten kaum retten kann und die Warteschlangen lang sind.

onal. Deshalb fordern wir, dass die Pädiaterinnen und Pädiater bei der anstehenden Entbudgetierung des hausärztlichen Bereichs mitberücksichtigt werden. Das würde vieles einfacher machen: Es wäre für den Praxischef kein Verlust-Risiko mehr, medizinisches Personal einzustellen. Was er mit Hilfe von angestellten Kräften zusätzlich an Versorgung leistet, bekäme er auch bezahlt. Und die jungen Pädiaterinnen und Pädiater hätten mehr Möglichkeiten, sich im ambulan-

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!

VON NURAY CAN

## Was hat Alstertal, was Jenfeld nicht hat?

Warum ich mich lieber in einem schlechter versorgten Stadtteil niederlasse

**A**ls ich mich für eine Niederlassung entschied, war der Standort zunächst nicht von Bedeutung. Doch bei der Besichtigung einer Praxis in Winterhude, in deren Nähe es noch viele weitere gab, stellte ich fest, dass ich dort gar nicht gebraucht wurde. Mir wurde bewusst, dass ich als Ärztin dort erreichbar sein möchte, wo die Patienten von meinem Migrationshintergrund profitieren können. Auch die Nähe zu meiner Wohngegend, deren Strukturen ich kenne, ist mir wichtig. Eine Art Landärztin am Stadtrand, so stelle ich mir das vor.

Zunächst sollte meine Praxis neben meinem Haus in Jenfeld entstehen, doch die Räume wurden nicht rechtzeitig frei. Stattdessen fand ich geeignete Flächen im Einkaufszentrum Jenfeld, einem unschönen, in die Jahre gekommenen Gebäudekomplex. Derzeit bauen wir noch um, die Praxis soll im Spätsommer eröffnet werden.

Ich konnte zwei halbe Kassenarztsitze aus Rahlstedt übernehmen. Eine Verlegung von Sitzen in schlechter versorgte Stadtteile ist unabhängig von der Distanz stets möglich – das hatte ich bei einer Fortbildung zu Praxisabgabe und -übernahme gelernt. Der Versorgungsgrad mit Hausärzten liegt in Jenfeld bei 75 Prozent. Die Idee, hier eine Praxis zu eröffnen, entstand auch durch die reale Notwendigkeit der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung.



Nuray Can in ihren zukünftigen Praxisräumen im Einkaufszentrum Jenfeld: "Derzeit bauen wir noch um."

Etwa 13 Kilometer weiter nördlich des Einkaufszentrums Jenfeld liegt das Alstertal-Einkaufszentrum. Als ich dort vor einigen Monaten zum ersten Mal für das mobile Impfteam im Einsatz war, staunte ich über dessen Schönheit und außerordentlich gepflegte Umgebung und fragte mich: Was hat Alstertal, was Jenfeld nicht hat? Und ich beschloss, mich für die Steigerung der Attraktivität Jenfelds einzusetzen. Dazu gehört die Eröffnung meiner Praxis. Um auch für die unmittelbare und weitere Umgebung Verbesserungen zu erreichen, möchte ich mich zudem in der Interessengemeinschaft der Gewerbetreibenden in Jenfeld engagieren.

„Mama, ich finde das sehr gut, dass du Ärztin geworden bist, denn

wenn wir krank sind, weißt du immer, was zu tun ist“, sagte mein achtjähriger Sohn neulich zu mir. Die Entscheidung, Ärztin zu werden, war also richtig. Als ich 15 Jahre alt war, erkrankte meine Großmutter und musste in einem türkischen Vorort ins Krankenhaus. Ein Kinderarzt hatte Nachtdienst, und mein Großvater musste erst zur Apotheke fahren, um ihr die lebensrettende Infusion zu kaufen. Meine Großmutter verstarb in dieser Nacht. Neben meiner Trauer ärgerte ich mich über diese Umstände und war wütend. Wäre Großmutter in der Stadt oder in Deutschland geblieben, wäre sie noch am Leben, dachte ich. Ich entschied mich, Ärztin zu werden und es besser machen zu wollen.



Alstertal-Einkaufszentrum: "Schön und gepflegt"

Einkaufszentrum Jenfeld: "In die Jahre gekommener Gebäudekomplex"



Als ich im PJ war, hatte ich den Traum, ein Gesundheitszentrum zu gründen, in dem Gesundheits- und Ernährungsberatung sowie Sportkurse und Reha angeboten werden. Der Gesundheitskiosk Billstedt/Horn, den ich während der Pandemie als Impfärztin kennenlernte, kommt diesem Konzept sehr nahe. Der Gesundheitskiosk verbessert die Gesundheitsversorgung in ärmeren, benachteiligten Stadtteilen – und unterstützt die umliegenden Praxen, weil er bei zahlreichen Fragestellungen die umfassende

nichtärztliche Beratung übernimmt. Eine Ausweitung der Zahl der Gesundheitskioske ist derzeit geplant und erwünscht. Auch die Eröffnung eines Gesundheitskiosks in Jenfeld wird diskutiert, worüber ich mich sehr freue.

Was sind die Gründe dafür, dass sich Ärzte in bestimmten Stadtteilen niederlassen? Man kann sicherlich davon ausgehen, dass die Niederlassung dort erfolgt, wo mit einer erfolgreichen Praxisführung gerechnet werden kann. Eine Praxis ist letztendlich auch

ein Unternehmen. Doch maximale Gewinnerzielung ist für die Wahl des Praxisstandorts nur selten ausschlaggebend – das zeigt eine von mir durchgeführte Umfrage unter fast hundert Hamburger Hausärzten. Nur eine Person stimmte der Aussage zu: „Die Standortwahl erfolgte hier, weil es lukrativer erscheint.“ Die wichtigsten Kriterien für die Wahl des Niederlassungsorts sind meiner Umfrage zufolge die Liebe zum Stadtteil und die Nähe zum eigenen Wohnort.

Das deckt sich weitgehend mit meinen eigenen Präferenzen und Erfahrungen.

Als Ärztin in Weiterbildung habe ich eineinhalb Jahre in einer Praxis in Uhlenhorst gearbeitet. Später war ich lange in einer Praxis in Tonndorf angestellt, wo ich auch viele Jenfelder Patienten versorgte. Den Umgang mit Patienten aus ärmeren Gegenden empfand ich als sinnvoll und erfüllend. Ich wünsche mir, dass weitere ärztliche Kolleginnen und Kollegen nach Jenfeld kommen und die Versorgung der Patienten durch kurze Wege im fachärztlichen Austausch verbessert wird. Vielleicht lernen sie den Stadtteil lieben, wenn sie feststellen, dass sie hier gebraucht werden, und ihnen Menschen begegnen, die freundlich, genügsam und dankbar sind. ■

**NURAY CAN**

Fachärztin für Allgemeinmedizin



## 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: 040 / 22802-900**

### PATIENTENERKLÄRUNG EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNG

**In unserer Praxis stellte sich ein Patient aus Spanien mit einer gültigen europäischen Versichertenkarte (European Health Insurance Card - EHIC) vor. Mir ist bekannt, dass die Muster 80 und 81 veraltet sind, aber über welche Stelle kann ich das aktuelle Formular (Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung) beziehen?**

Das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ wird gemäß den Vorgaben der KBV von Ihrer Praxisverwaltungssoftware bereitgestellt und kann in verschiedenen Sprachversionen aufgerufen und gedruckt werden. Der Patient füllt die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung aus und unterschreibt sie. Hier gibt er auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an. Bitte achten Sie darauf, dass die Patientenerklärung vollständig ausgefüllt wird.



### ZUSTÄNDIGE KRANKENKASSE

**Welche Krankenkasse gebe ich als Kostenträger an?**

Beim Ausfüllen der Patientenerklärung gibt der Patient in der Regel die von ihm gewählte ausführende Krankenkasse an. Geschieht dies nicht, können auch Sie eine Krankenkasse frei wählen. Es spielt keine Rolle, für welche Sie sich entscheiden, da alle Krankenkassen am sogenannten Sozialversicherungsabkommen (SVA) teilnehmen.

### AUFBEWAHRUNGSFRIST

**Wie lange müssen wir die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ in unserer Praxis aufbewahren?**

Die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung muss zwei Jahre aufbewahrt werden.

**SPEZIAL  
FRAGEN  
UND  
ANTWORTEN**  
Auslands-  
abkommen

ABRECHNUNG

**Was ist beim Anlegen des Abrechnungsscheins zu beachten?**

Die erbrachten Leistungen werden im Praxisverwaltungssystem als Ersatzverfahren angelegt. Hierbei reicht es aus, wenn Sie den Vor- und Nachnamen, das Geburtsdatum sowie die Postleitzahl des aktuellen Aufenthaltsorts erfassen. Weitere Stammdaten sind irrelevant. Zusätzlich ist im Feld „Status“ die Versichertenart „1“, die Scheinuntergruppe KTAB 01 und für die Angabe der besonderen Personengruppe die Ziffer „7“ einzutragen.

GÜLTIGKEIT

**Wir haben einen Patienten mit einer europäischen Krankenversicherungskarte behandelt und innerhalb von zwei Wochen wieder einbestellt. Müssen wir für den zweiten Arztbesuch wieder das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ausfüllen lassen?**

Nein, die Dokumentation des Behandlungsanspruchs (auf der Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung) muss einmal innerhalb von drei Monaten erfolgen. Hier greift die Regelung des sogenannten „fließenden Quartals“: Die Gültigkeit beträgt drei Monate, auch quartalsübergreifend. Sie müssen daher den zweiten Arztbesuch nicht noch einmal gesondert bei der Krankenkasse anmelden, auch nicht, wenn ein Quartalswechsel stattfinden sollte.

IDENTIFIKATIONSNACHWEIS

**Wir behandeln einen Patienten aus dem Ausland, der uns als Identifikationsnachweis seinen Führerschein vorgelegt hat. Ist dieser für die Behandlung ausreichend?**

Nein. Laut der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) muss als Identifikationsnachweis der Personalausweis oder Reisepass vorliegen. Legt der Patient einen dieser Nachweise nicht vor, ist der Arzt berechtigt und verpflichtet, eine Behandlung nach GOÄ abzurechnen.

GEFÄLSCHTE EHIC

**Was passiert, wenn sich herausstellt, dass die EHIC gefälscht war?**

Für die Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten europäischen Krankenversicherungskarte bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Berechtigungsnachweises sowie aufgrund falscher Angaben des ausländischen Versicherten erfolgte, erhält der Arzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches an die aushelfende deutsche Krankenkasse eine Vergütung – es sei denn, der Vertragsarzt hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können (Anlage 20 BMV-Ä §3). →



**SPEZIAL  
FRAGEN  
UND  
ANTWORTEN**  
Auslands-  
abkommen

→ VEREINIGTES KÖNIGREICH

**Bei mir in der Praxis stellt sich ein Patient aus Großbritannien vor. Ist es möglich, ihn trotz Brexit im Rahmen des Auslandsabkommens zu behandeln?**

Die bisherige europäische Krankenversicherungskarte aus dem Vereinigten Königreich behält in der EU vorläufig ihre Gültigkeit. Aufgrund des Austritts Großbritanniens wurden neue Karten ohne das EU-Logo ausgegeben, die zur Inanspruchnahme von unvorhersehbaren Behandlungen berechtigen.

E112-SCHEIN

**Ein Patient aus dem Ausland legt uns einen E112-Schein vor. Was müssen wir beachten?**

Sollte sich der Patient mit einem E112-Schein oder dem Formular S2 in der Praxis vorstellen, ist er zunächst an eine deutsche Krankenkasse seiner Wahl zu verweisen. Im Austausch gegen den E112-Schein oder das Formular S2 erhält er dort einen Nationalen Anspruchsnachweis, mit dem er sich erneut bei Ihnen vorstellen kann. Danach können die für die Behandlung notwendigen Leistungen abgerechnet werden.

NOTDIENST

**Ich bin Notarzt. Was mache ich mit der EHIC, wenn ich während des Dienstes keine Möglichkeit habe, diese zu kopieren?**

Wenn im fahrenden Notdienst keine unmittelbare Kopiermöglichkeit oder eine andere geeignete Erfassungsmöglichkeit zur Verfügung steht, dürfen die Daten der EHIC formlos händisch erfasst werden. Zur händischen Erfassung der Daten können Vertragsärzte im fahrenden Notdienst eine Vorlage verwenden. Wichtig ist hierbei, dass die händisch erfassten Daten mit dem jeweiligen Original übereinstimmen. Bitte bestätigen Sie dies durch Datum, Unterschrift und Arztstempel. Die Kopie der händisch erfassten Daten verbleibt bei Ihnen in der Praxis und muss zwei Jahre lang aufbewahrt werden.

**Die Vorlage zur händischen Erfassung der Daten im fahrenden Notdienst finden Sie auf unserer Homepage**

Infocenter Tel: 22802-900



**Ihre Ansprechpartner im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Damla Eymur, Natalie Wawrzeniez**



## Abrechnung von Leistungen für Ukraine-Flüchtlinge mit eGK

**A**us der Ukraine geflüchtete Menschen, die aktuell in Deutschland Schutz suchen, erhalten ab dem 1. Juni 2022 eine Arbeitserlaubnis und dürfen Sozialhilfe (Grundsicherung) bei den zuständigen Jobcentern beantragen. Diese Regelung, die ausschließlich für ukrainische Flüchtlinge gilt, beinhaltet den sofortigen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung und die freie Wahl einer Krankenkasse. Die Ausnahmeregelung für

Ukraine-Flüchtlinge ersetzt die bislang geltende Praxis einer Wartezeit von 18 Monaten vor einer möglichen Anerkennung. Durch die Möglichkeit der freien Kassenwahl wird den geflüchteten Menschen eine eGK der gewählten Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Hierdurch bekommen die Personen einen umfangreichen Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung analog zu allen GKV-Versicherten. ■

## Verordnungen für unbegleitete minderjährige Geflüchtete nur noch auf Kassenrezept

**Bitte verwenden Sie** ab 1. Juli 2022 bei der Verordnung von Leistungen für unbegleitete minderjährige Asylsuchende und Ukraine-Geflüchtete nur noch Kassenrezepte (Muster 16). Vermerken Sie hierbei, dass die Patienten von der Zahlung befreit sind („Gebühr frei“).

Der Kostenträger ist derselbe wie bei der Abrechnung: FHH, LEB Kinder/Jugendnotdienst Steuerung VKNR 02803.

Bisher erfolgte bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten die Verordnung von Leistungen auf Privatrezept. Dieses Vorgehen ändert sich nun. ■

**Weitere Informationen zur Abrechnung von Leistungen für Geflüchtete**

## DMP: Pandemiebedingte Sonderregelungen gelten nicht mehr

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie beschlossenen DMP-Sonderregelungen sind zum 31. Dezember 2021 ausgelaufen. Daher müssen zur Fortsetzung der DMP-Teilnahme der Patienten seit dem 1. Januar 2022 wieder regelmäßig DMP-Dokumentationen erstellt werden. Empfohlene DMP-Schulungen sind durch die Patienten ab Jahresbeginn wieder wahrzunehmen. Sofern dies nicht möglich ist, kann in der Dokumentation die Angabe "war aktuell nicht möglich" angekreuzt werden. DMP-Schulungen können nicht mehr digital durchgeführt werden. Zwei fehlende Dokumentationen in Folge bzw. zwei nicht wahrgenommene Schulungen führen zur Ausschreibung der Patienten aus dem DMP. ■

**Ansprechpartner:**  
Infocenter, Tel: 040 / 22802-900



# Behandlung mit Nagelkorrekturspangen kann als Heilmittel verordnet werden

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können ab Juli 2022 die Behandlung von eingewachsenen Zehennägeln mit Nagelkorrekturspangen als podologische Therapie verordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat festgelegt, dass auch Podologinnen und Podologen die Behandlung durchführen dürfen. Bisher war eine solche Behandlung eine ausschließlich ärztliche Leistung.

Verordnungsfähig ist die Therapie des Unguis incarnatus in den Stadien 1, 2 und 3 an den Füßen. Bei der Nagelspangenbehandlung wird eine Korrekturspange individuell angefertigt und an den betroffe-

nen Nagel angepasst. Ziel ist eine mechanische Druckentlastung, um ein Fortschreiten des Einwachsens in das umliegende Gewebe oder des Entzündungsprozesses zu verhindern. Der Nagel kann dann wieder in seiner natürlichen Form nachwachsen.

Die Behandlungen durch Podologen sind begrenzt auf Anlage, Nachregulierung und Entfernung einer Nagelkorrekturspange; Diagnostik und konservative oder invasive Maßnahmen der Wundbehandlung bleiben ärztliche Leistungen.

Ärztinnen und Ärzte veranlassen die Nagelspangenbehandlung auf dem Verordnungs-Formular für

Heilmittel (Muster 13). Dort kreuzen sie „Podologische Therapie“ an, tragen die Diagnose L60.0 und die entsprechende Diagnosegruppe nach Heilmittelkatalog ein, die sich in Abhängigkeit des Stadiums des eingewachsenen Zehennagels ergibt (UI 1 für Unguis incarnatus in Stadium 1 oder UI 2 für Unguis incarnatus in Stadium 2 oder 3). In Stadium 1 können bis zu acht Einheiten auf einer Verordnung veranlasst werden, in Stadium 2 und 3 ist die Höchstmenge je Verordnung auf vier Einheiten begrenzt, um eine regelmäßige ärztliche Wiedervorstellung in den höheren Stadien sicherzustellen. ■

Indikation		Heilmittelverordnung	
Diagnosegruppe	Leitsymptomatik: Schädigung von Körperfunktionen und -strukturen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung	Heilmittel	Verordnungen --- weitere Hinweise
UI 1 Unguis incarnatus Stadium 1 - Unguis incarnatus (L60.0)	a) Pathologisches Nagelwachstum mit beginnender Entzündung - Nagel beginnt seitlich in die Haut einzuwachsen - Schmerzen - Rötung - Schwellung	Vorrangiges Heilmittel a) Nagelspangenbehandlung	<b>Höchstmenge je VO:</b> bis zu 8/VO <b>Orientierende Behandlungsmenge:</b> bis zu 8 Einheiten <b>Frequenzempfehlung:</b> nach Bedarf <i>Es erfolgen regelmäßig Instruktionen zu individuell durchführbaren Schneidetechniken der Nagel- und Hautpflege sowie die Beratung zu geeignetem Schuhwerk.</i>
UI 2 Unguis incarnatus Stadium 2 oder 3 - Unguis incarnatus (L60.0)	a) Pathologisches Nagelwachstum mit manifester oder chronischer Entzündung - Granulationsgewebe - Wundbildung - Eiterbildung - Rezidivieren der Entzündung	Vorrangiges Heilmittel a) Nagelspangenbehandlung	<b>Höchstmenge je VO:</b> bis zu 4/VO <i>Die Verordnung weiterer Einheiten bedarf einer Wiedervorstellung beim verordnenden Arzt. Eine Wiedervorstellung kann je nach Schwere des Krankheitsbildes und möglicher Komplikationen auch vorher angezeigt sein.</i> <b>Orientierende Behandlungsmenge:</b> bis zu 8 Einheiten <b>Frequenzempfehlung:</b> nach Bedarf <i>Es erfolgen regelmäßig Instruktionen zu individuell durchführbaren Schneidetechniken der Nagel- und Hautpflege sowie die Beratung zu geeignetem Schuhwerk.</i>

## Praxisinfo der KBV

**Ansprechpartner: Abteilung Praxisberatung, Tel. 040 / 22802-571 oder -572**



## Start der Patientenbefragung im QS-Verfahren PCI

**P**atientinnen und Patienten, bei denen Herzkathe-thereruntersuchungen und -interventionen durchgeführt wurden, sollen ab Sommer regelmäßig befragt werden. Die Patientenbefragung ist Teil des Qualitätssicherungsverfahrens „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)“ und soll zur Bewertung der Behandlungsqualität beitragen.

Es ist die erste Patientenbefragung im Rahmen eines solchen QS-Verfahrens. Damit kommt der Gemeinsame Bundesausschuss dem gesetzlichen Auftrag zur Umsetzung von Patientenbefragungen nach.

Die Teilnahme an der schriftlichen Befragung ist für die Patientinnen und Patienten freiwillig. Gefragt wird nach dem Kommunikationsverhalten der Ärztinnen und Ärzte und des medizinischen Personals sowie nach dem Behandlungsablauf. Die Befragung erfolgt anonym. Die behandelnden Kardiologinnen und Kardiologen erhalten einmal jährlich einen Rückmeldebericht zu den Befragungsergebnissen auf Basis der zusammengetragenen und anonymisierten Daten.

Damit die Befragung durchgeführt werden kann, sind die kardiologischen Praxen aufgefordert, jeweils bis zum siebten Tag des folgenden Mo-

nats die Adress- und Behandlungsdaten der Patientinnen und Patienten bereitzustellen. Die erste Befragung betrifft Behandlungen ab dem 1. Juli. Die Übermittlung soll bis zum 7. August 2022 erfolgen.

Wie die Datenübermittlung funktioniert, teilen wir den Praxen in einem Brief mit.

Eine eigens eingerichtete Versendestelle schickt den Patientinnen und Patienten nach ihrem Eingriff den Fragebogen zu mit der Bitte um Teilnahme. Es ist vorgesehen, bis zu 200 Patienten pro Praxis jedes Jahr anzuschreiben. In Praxen mit über 200 PCI-Patienten pro Jahr wird die Versendestelle eine Stichprobe ziehen. ■

### Weitere Informationen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

**Einen der Fragebögen, die den Patientinnen und Patienten vorgelegt werden, können Sie [hier](#) einsehen.**

**Ansprechpartner**  
**Michael Bauer, Tel: 040 / 22 802-388**  
[michael.bauer@kvhh.de](mailto:michael.bauer@kvhh.de)  
**Laura Goldmann, Tel: 040 / 22 802-574**  
[laura.goldmann@kvhh.de](mailto:laura.goldmann@kvhh.de)  
**Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 802-858**  
[sabrina.pfeifer@kvhh.de](mailto:sabrina.pfeifer@kvhh.de)

### Psychotherapeutische Berufsverbände fordern ein „datensparsames“ QS-Verfahren

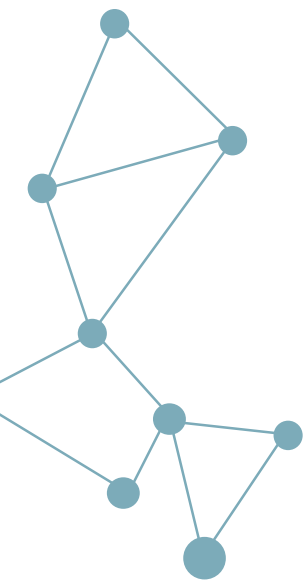
Das vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) entwickelte Qualitätssicherungsinstrument für die ambulante Psychotherapie laufe Gefahr, ein „bürokratisches Monstrum“ zu werden – davor warnt eine Allianz psychotherapeutischer Berufsverbände. Die vorgeschlagene QS-Dokumentation umfasse über hundert Datenfelder pro Patient\*in, was enormen Aufwand in den Praxen verursachen würde. Die Verbände fordern ein datensparsames QS-Verfahren. Es müsse geprüft werden, ob der Aufwand der Qualitätssicherung in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehe.

Die Kritik am vorgeschlagenen QS-Verfahren wurde gemeinsam von der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung (DPtV), der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP), dem Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) und der Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) veröffentlicht.



# Telematikinfrastruktur: Viele Änderungen im Praxisalltag

Zum 1. Juli wird die Nutzung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) verpflichtend. Der Einführungsstermin für das eRezept steht dagegen noch nicht fest. Was Praxen zur TI sonst noch wissen sollten.



## Nutzung der eAU wird verpflichtend

Ab 1. Juli 2022 müssen Praxen die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) nutzen. Die eAU wird mit der qualifizierten elektronischen Signatur des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) unterschrieben und digital über KIM versendet. Alle Praxen sind aufgerufen, sich die benötigte technische Ausstattung zu besorgen, unter anderem auch den eHBA.

**Sofern Sie noch keinen eHBA besitzen, können Sie ihn über das Mitgliederportal der Ärztekammer anfordern (<https://portal.aerztekammer-hamburg.org>).**

Auf elektronischem Weg werden die AU-Daten aber vorerst nur an die Krankenkasse übertragen. Für den Patienten und für den Arbeitgeber erstellen die Praxen weiterhin Papierausdrucke, die dem Patienten mitgegeben werden. Der Patient ist dafür zuständig, einen Ausdruck an seinen Arbeitgeber weiterzugeben. Die Papierausdrucke erfolgen nicht mehr auf Muster 1, sondern anhand der im PVS erstellten eAU-Vorlage auf normalem Papier. (Der „gelbe Schein“ / Muster 1 darf ab Juli nicht mehr verwendet werden.)

Sollte die elektronische Datenübertragung an die Krankenkassen in einer Praxis nicht funktionieren, wird ein Ersatzverfahren angewendet. In diesem Fall erhält der Patient drei Papierausdrucke – einen für die Krankenkasse, einen für den Arbeitgeber und einen für sich selbst.

**Zur Umstellung auf das neue Verfahren und zu den technischen Voraussetzungen siehe: KVH-Journal 10/2021, Seite 16**

**Wie funktioniert die eAU? Erklärvideo der KBV**

## eAU BEI HAUSBESUCHEN

**Option 1:** Drucken Sie die eAU-Vorlage für Versicherte und Arbeitgeber vorab leer aus und füllen Sie diese beim Hausbesuch per Hand aus. Später versenden Sie die Daten aus der Praxis digital an die Krankenkasse.

**Option 2:** Notieren Sie die AU-Daten beim Hausbesuch. Später versenden Sie die Daten aus der Praxis digital an die Krankenkasse. Die Ausdrucke für den Versicherten und für den Arbeitgeber schicken Sie dann per Post an den Versicherten (Versandpauschale GOP 40131).

## Rollout für´s eRezept zieht sich hin

Für die verbindliche Einführung des eRezepts steht noch kein Termin fest. Ab Anfang September wird es eine freiwillige Teilnahme von Pilotpraxen geben – zunächst in Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein. Von den dort gesammelten Erfahrungen hängt ab, wann und wie der weitere Rollout erfolgt. Die Gematik fordert allerdings alle Praxen auf, schon vor der verbindlichen Einführung vom eRezept Gebrauch zu machen.

## Tausch des TI-Konnektors

Praxen müssen sich darauf einstellen, kurz- oder mittelfristig ihre TI-Konnektoren auszutauschen. Die Geräte sind nur für fünf Jahre zugelassen. Die Zertifikate auf den Karten, die in den Konnektoren fest verbaut sind (gSMC-K), laufen ab und lassen sich nach Angaben der Gematik nicht ohne Geräte austausch ersetzen. Dies gilt für alle drei Konnektoren-Hersteller. Wer bereits 2017 oder 2018 einen Konnektor gekauft hat, muss ihn in diesem oder nächsten

Jahr austauschen lassen. Bei später gekauften Konnektoren steht der Austausch entsprechend später an.

Die ersten in Gebrauch befindlichen Konnektoren schalten sich im Herbst 2022 ab. In diesem Jahr sind ausschließlich Konnektoren der Firma CGM (KoCoBox) betroffen. Die CGM informiert die betroffenen Praxen über das Ablaufdatum und das weitere Vorgehen für den Austausch in einem ausreichenden zeitlichen Vorlauf.

Die Finanzierung des Konnektor-Tauschs ist noch nicht geklärt (Stand: 15.6.2022). Bei den Verhandlungen zwischen KBV und Krankenkassen wurde das Schiedsamt eingeschaltet. Unabhängig vom Vorliegen eines Verhandlungsergebnisses empfiehlt die KV den Praxen, ihre Konnektoren rechtzeitig austauschen zu lassen, damit der Betrieb reibungslos weiterlaufen kann.

### **Erstattung der Kosten für die Aufsätze von störanfälligen Kartenterminals**

Praxen, die stationäre Kartenterminals des Herstellers Ingenico / Worldline Healthcare nutzen, erhalten finanzielle Unterstützung bei der Anschaffung eines zusätzlich benötigten Aufsatzes. Der Aufsatz soll verhindern, dass es beim Einlesen der neuen Gesundheitskarten der Generation 2.1 zu technischen Abstürzen kommt. Dieses Problem tritt laut KBV seit Anfang des Jahres vermehrt auf und führt zu gravierenden Störungen des Praxisablaufs.

Der Hersteller Ingenico stellt Kartenterminalaufsätze zum Einstecken der Karten bereit, um das Problem zu beheben. Für den Kauf des Aufsatzes erhalten betroffene Praxen einen „Kartenterminalzuschlag“ von 35,46 Euro. Die Pauschale soll die Kosten für den Kauf und den Versand decken. Größere Praxen, die mehrere Kartenterminals dieses Herstellers am Empfang nutzen, erhalten einen höheren Zuschuss. Anspruch haben alle Praxen, die stationäre E-Health-Kartenterminals von Ingenico am Empfang im Einsatz haben und bis Ende September 2022 an die TI angeschlossen sind.

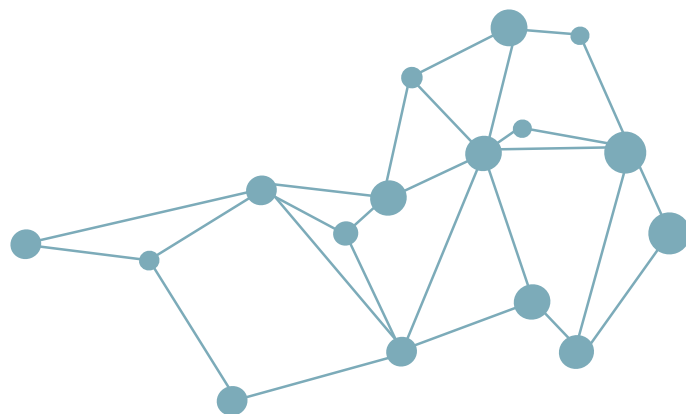
**Der Nachweis für die Bestellung der Aufsätze erfolgt per einfachem Mausklick im Online-Portal der KV Hamburg: [www.ekvhh.de](http://www.ekvhh.de)**  
**Den Aufsatz selbst können Praxen hier bestellen: [www.ingenico-shop.de](http://www.ingenico-shop.de)**

### **SMC-B – Identifikation per PostIdent**

Mit dem elektronischen Praxisausweis (SMC-B-Karte) authentifiziert sich eine Praxis als berechnigte Teilnehmerin an der TI. Wer eine Karte bestellt, muss sich dafür identifizieren. Die Bundesdruckerei hat dieses Verfahren jetzt verändert. Künftig kann die Identifizierung auch per PostIdent erfolgen - ab Oktober ist dies sogar zwingend erforderlich: Die Antragsteller weisen sich hierbei mit einem Ausweisdokument bei einer Postfiliale aus (ebenso wie bei der Beantragung des elektronischen Heilberufeausweises eHBA).

Nach fünf Jahren Laufzeit einer SMC-B Karte ist die Beantragung einer Folgekarte notwendig. Damit der Übergang zwischen den zwei Karten reibungslos funktioniert, schickt die Bundesdruckerei rechtzeitig eine Erinnerungse-Mail an die seinerzeit bei der Beantragung der SMC-B Karte verwendete E-Mail. Sollte sich zwischenzeitlich die E-Mail-Adresse geändert haben, erhält die Praxis auch keine E-Mail und muss proaktiv eine neue Karte bestellen. Das neue Bestellverfahren gilt momentan noch nicht für die Kartenherausgeber Medisign und T-Systems.

**Die neuesten Infos rund um die TI finden Sie auf der Website der KV Hamburg** ■



# Antibiotikaziel 2022 in der WSV

Das neue Antibiotikaziel definiert Höchstquoten für Reserveantibiotika. Es ersetzt das bisherige Generikaziel für Antibiotika.

**F**ür das Jahr 2022 haben KV und Kassen im Rahmen der Wirkstoffvereinbarung ein neues Antibiotikaziel vereinbart. Das neue Wirkstoffziel beinhaltet alle Antibiotikapräparate, die oral, parenteral oder inhalativ eingesetzt werden. Zubereitungen zur topischen Anwendung werden nicht berücksichtigt.

Als nachrangig zu verordnende Antibiotika (Reserveantibiotika) zählen in diesem Ziel nur die vereinbarten Wirkstoffe (siehe Tabelle). Diese wurden zwar auf Grundlage der Definitionen von WHO und Wido ausgewählt, weichen aber doch in Teilen von deren Einstufung ab.

Häufig verordnete Antibiotikagruppen wie z.B. Makrolide (z.B. bei Eradikation von *Helicobacter pylori*) oder Wirkstoffe mit Firstline-Empfehlung für häufig vorkommende Erkrankungen (z.B. Fosfomycin bei unkompliziertem Harnwegsinfekt) zählen in diesem Ziel zum "Standardbereich", obwohl sie außerhalb dieser Indikationen zu den Reserveantibiotika gezählt werden können. Für diese Reserveantibiotika wurden Höchstquoten vereinbart (hamburgweit und je Fachgruppe).

Diese als Reserveantibiotika gelisteten Wirkstoffe sollen nur nachrangig und mit klarer

Indikation (und Wirksamkeit) eingesetzt werden.

## Qualitätsziel für bessere Transparenz

Das neue Antibiotikaziel ist ein reines Qualitätsziel. Die Zielerreichung beeinflusst nicht die Gesamtsaldierung (hamburgweit, je Fachgruppe, arztindividuell) und selbst im Prüfungsfall führt die fehlende Zielerreichung nicht zum Regress. Die Aufnahme dieses Ziels in die WSV soll in erster Linie die Transparenz über die Verordnung von nachrangig zu verordnenden Antibiotika für die Ärzte erhöhen. Obwohl die im ambulanten Bereich verordneten DDD der Antibiotika in Hamburg 2021 im Vergleich zu 2019 um ca. 35 Prozent gesunken sind, bleibt die Notwendigkeit, dass die Antibiotika vor allem zur Vermeidung von Resistenzen (MRSA, MRGN) und damit zur Erhaltung der Wirksamkeit, restriktiv eingesetzt werden.

## Informationen zur Umsetzung des Ziels

Das bedeutet, dass Antibiotika nur bei medizinischer Notwendigkeit (nicht z.B. bei viralem Infekt), so gezielt wie möglich (ggf. Resistogramm) und nur so lange wie nach neueren Empfehlungen angegeben ist,

verordnet werden sollen (1). Im ambulanten Bereich können viele Infektionen mit Aminopenicillinen erfolgreich behandelt werden. Häufigste Kontraindikation ist die Allergie. Allerdings sind Penicillinallergien viel seltener als von den Patienten angegeben. (2;3) Kombinationspräparate mit Betalaktamaseinhibitoren wie Ampicillin/Sulbactam (Sultamicillin) oder Amoxicillin/Clavulansäure (Coamoxiclav) sind nur dann sinnvoll, wenn Betalaktamase bildende Erreger wie Staphylokokken oder gramnegative Enterobakterien eine Rolle spielen (Haut/Weichteilinfektionen und nosokomiale Infektionen). (2) Fluorchinolone sind aufgrund zunehmender Resistenzproblematik und des Risikos die Lebensqualität beeinflussender, lang anhaltender und möglicherweise irreversibler Schädigungen lediglich Reservemittel bei Nichtanwendbarkeit oder Versagen anderer in der jeweiligen Indikation etablierter Antibiotika. (4)

Die Oral-Cephalosporine 3. Generation haben eine erweiterte Wirksamkeit im gramnegativen Bereich (z. B. *Hämophilus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Serratia*). Keine Aktivität besteht gegen *Pseudomonas*stämme. Die



Wirksamkeit im grampositiven Bereich, insbesondere gegen Staphylokokken ist hingegen im Vergleich mit "Basiscephalosporinen" schwächer (Cefpodoxim) bis unzureichend (Cefixim, Cefitibuten). Cefixim

gilt in Leitlinien der WHO als Therapieoption (Einmalgabe in Kombination mit Azithromycin) bei unkomplizierter anogenitaler Gonorrhoe, obgleich zunehmend auch Resistenzen von Neisserien gegen "Dritt-

generation-Cephalosporine" auftreten. (4)

Orale Cephalosporine gelten als Treiber für *Chlostridium difficile*-Infektionen und eine MRSA-Kolonisation (Beeinträchtigung der Darmflora). (2) ■

### FOLGENDE WIRKSTOFFE SIND ALS NACHRANGIG ZU VERORDNENDE ANTIBIOTIKA (RESERVEANTIBIOTIKA) VEREINBART WORDEN

ATC-Gruppe	Wirkstoff	Handelsnamen (Beispiel)
Monobactame	Aztreonam	Cayston® 75mg
Andere Aminoglykoside	Gentamicin Tobramycin	Gentamicin Ratiopharm® 40mg/ml Inj.Lsg. Vantobra® 170 mg Lsg.f.Vernebler
Andere Antibiotika	Linezolid Daptomycin	Linezolid-ratiopharm® 600mg Filmt. Daptomycin beta® 500mg Plv. Inj./Inf.Lsg.
Carbapeneme	Ertapenem Meropenem	Invanz® Plv. Inf.Lsg. Meronem® 500mg Plv. Inj./Inf.Lsg.
Cephalosporine der 3. Generation	Cefixim Cefotaxim Cefpodoxim Ceftazidim Ceftriaxon	Cefixim Stada® Filmt. Cefotaxim Eberth 0,5g Plv. Inj.Lsg.Hst. Cefpodoxim- 1A Pharma 100mg Filmt. Ceftazidim kabi 0,5g Plv. Inj.Lsg. Ceftriaxon Eberth 1g Plv. Inj. Lsg.
Cephalosporine der 4. Generation	Cefepim	Cefepim Rotexmedica 1g Plv. Inj./Inf.Lsg
Fluorchinolone	Ciprofloxacin Levofloxacin Moxifloxacin Norfloxacin Ofloxacin	Ciprofloxacin Abz 250mg Tabl. Levofloxacin-1A Pharma 250mg T. Moxifloxacin-1A Pharma 400mg T. Norfloxacin Stada 400mg T. Ofloxacin Al 100mg Filmt.
Glycopeptid-Antibiotika	Vancomycin	Vanco ratiopharm 500mg Inj.Lsg
Kombinationen von Penicillinen, inkl. Beta-Lactamase-Inhibitoren	Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren Ampicillin und Enzym-Inhibitoren Piperacillin und Enzym-Inhibitoren Sultamicillin	Amoxicillin/Clavulansäure AAA pharma 500mg/125mg Filmt. Ampicillin plus Sulbactam Eberth 1g/0,5g Plv.Inj. Hst. Piperacillin/Tazobactam Kabi 2g/0,25g Plv.Inf.-Hst. Sultamicillin-ratiopharm 375mg Filmt.
Lincosamide	Clindamycin	Clindamycin – 1A Pharma 450mg Filmt.
Polymyxine	Colistin	Colistin CF Fl.
Tetracycline	Tigecyclin	Tigecyclin ratiopharm 50mg plv.Inf-Hst.

#### Quellen:

(1) Antibiotische Therapie in Bielefeld –AnTiB Hausarzt 2020

[http://www.aerztenetz-bielefeld.de/uploads/Antib\\_HA-Lang-Revision-Juni-2020.pdf](http://www.aerztenetz-bielefeld.de/uploads/Antib_HA-Lang-Revision-Juni-2020.pdf)

(2) Antibiotikatherapie(1) – Rationale für die Praxis Dtsch Arztebl 2019; 116(29-30): [8];

DOI: 10.3238/PersInfek.2019.07.22.02

[https://www.aerzteblatt.de/archiv/208952/Antibiotikatherapie-\(1\)-Rationale-fuer-die-Praxis](https://www.aerzteblatt.de/archiv/208952/Antibiotikatherapie-(1)-Rationale-fuer-die-Praxis)

(3) Penicillinallergie: siehe AVP 11/2021: <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/aktuell/index.html>

(4) atd-Arznei-telegramm Arzneimitteldatenbank – [www.arzneitelegamm.de](http://www.arzneitelegamm.de) (gebührenpflichtig)

**Ansprechpartner:**  
**Abteilung Praxisberatung**  
**Tel. 040 / 22802 - 571**  
**oder -572**



## Corona-Bonus für Praxis-Mitarbeitende: Bis zu 4.500 Euro steuerfrei

**D**er Deutsche Bundestag hat im Mai ein neues Corona-Steuerhilfegesetz verabschiedet. Demnach sind Corona-Bonuszahlungen von Arbeitgebern an Mitarbeitende von Arztpraxen bis zu einem Betrag von 4.500 Euro steuerbefreit. Das gilt für Zahlungen in der Zeit vom 18. November 2021 bis zum 31. Dezember 2022. Bis Ende des Jahres können Praxis-Chefs die Regelung also noch zugunsten ihrer Mitarbeitenden nutzen. ■

## Studie zur Zufriedenheit von Hausärztinnen und Hausärzten: Bitte nehmen Sie teil!

**Eine Arbeitsgruppe der Universität Magdeburg untersucht** die berufliche Zufriedenheit von Hausärztinnen und Hausärzten in Deutschland. Dabei sollen auch besondere Belastungsfaktoren für ein ärztliches Burnout identifiziert werden. Auf Basis der Ergebnisse werden gezielte Entwicklungs- und Förderprogramme vorgeschlagen, um eine höhere Arbeitszufriedenheit zu schaffen, die Allgemeinmedizin für junge Kolleginnen und Kollegen attraktiver zu machen und die hausärztliche Versorgung zu sichern und zu verbessern.

Teilnehmen können alle in einer hausärztlichen Praxis in Deutschland arbeitenden Ärztinnen und Ärzte. Das Umfrage-Tool ist vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 2022 geöffnet. ■

### [Link zur Umfrage](#)

**Ansprechpartner:**  
**Dr. Kay-Patrick Braun**  
 Medizinische Fakultät der Universität Magdeburg  
 Institut für Allgemeinmedizin/  
 ZUHARD Arbeitsgruppe  
 E-Mail: [kay-patrick.braun@med.ovgu.de](mailto:kay-patrick.braun@med.ovgu.de)

## Leserbrief

KVH-Journal 6/2022, Seite 27, Kolumne: „Qualität kann man nicht messen“

### **Nicht nur falsch, sondern qualitätsgefährdend!**

Mit einigem Entsetzen musste ich im aktuellen Journal die Kolumne des Kollegen Bernd Hontschik lesen. Schon in der Vergangenheit musste ich bei seinen Zeilen nicht nur einmal vehement den Kopf schütteln - aus meiner Sicht ist diese Kolumne für eine Publikation der KV nicht tragbar.

Schon der Titel "Qualität kann man nicht messen" wirft - einfach mal so - einen Großteil der Errungenschaften des Qualitätsmanagements der vergangenen 50 Jahre über Bord.

Natürlich ist das Gegenteil der Fall!

Bei allem Verständnis für die Ablehnung einer "kommerzialiserten" Medizin, ist die Argumentationslinie des Autors hanebüchen und erweist qualitativ hochwertiger Medizin einen Bärendienst. Qualität nicht zu messen, öffnet Tür und Tor für eine rein eminenzbasierte Medizin, bei der unter dem Deckmantel der Therapiefreiheit (als "künstlerische Freiheit" fehlinterpretiert) qualitativ schlecht behandelt wird. Wichtig ist aber, korrekt zu messen!

Denn in einem Punkt hat der Autor recht: Die Formel "Wenig Kaiserschnitte = Gute Geburtshilfe" ist in seiner Absolutheit Quatsch. Einen solchen Qualitätsindikator unadjustiert zu verwenden und dann als absolutes Abbild der Realität anzusehen, ist natürlich unsinnig!

Ich kann nicht beurteilen, ob das (wie geschil-dert) irgendein englischer Politiker tut - aber abzuleiten, deshalb ließe sich Qualität nicht messen, ist nun wirklich völliger Nonsens. Im deutschen QS-Verfahren "Geburtshilfe" werden für den Qualitätsindikator "Kaiserschnittgeburt" nicht weniger als 10 Faktoren zur Risikoadjustierung mittels eines logistischen Regressionsmodells einbezogen. Die Hintergründe, wie man Qualität misst und adjustiert, sind beim



IQTIG in den "Rechenregeln" für Interessierte genau nachlesbar. Grafisch und für Laien schön aufgearbeitet, findet man die Ergebnisse z.B. im Hamburger Krankenhausspiegel.

Ist dadurch Qualität perfekt ablesbar? Nein - daher gibt es eine Vielzahl weiterer Qualitätsindikatoren. Ist das Bild danach perfekt? Nein - wie jeder Qualitätsmanager weiß, bilden Kennzahlen/Qualitätsindikatoren die komplexe Realität eben nur vereinfacht ab.

Das alles ist im QM seit den Arbeiten von Avedis Donabedian in den 1960ern Common Sense und findet natürlich auch Eingang in die QM-Bemühungen der KV Hamburg (und aller anderen Beteiligten im Gesundheitswesen). Zu behaupten, Qualität ließe sich nicht messen, ist nicht nur falsch, sondern auch qualitätsgefährdend.

Dr. med. Felix König, Arzt in Winterhude

## Replik des Autors

Sehr verehrter Herr Kollege König, dass man Qualität nicht messen kann, ist eine so selbstverständliche und selbsterklärende, leicht zu verstehende Aussage, dass ich wirklich verblüfft bin, dass man damit „Entsetzen“ auslösen kann. In dem Moment, wo etwas gemessen werden kann, ist es automatisch Quantität. Messen kann man nur Messbares. Man kann allerdings Parameter konstruieren, die möglicherweise auf Qualität hindeuten. Dann kann man Qualität vielleicht bewerten, aber man kann sie nicht messen.

Ich habe im Krankenhaus Qualitätsmanagement und Zertifizierungsprozesse mitgemacht, ich habe in meiner Praxis Qualitätsmanagement einführen und ständig aktualisieren müssen, aber es war unter dem Strich immer auch Etikettenschwindel und weit weg von meiner

tatsächlichen Arbeit. Im Gegensatz zu Ihnen habe ich in mehr als 40 Jahren chirurgischer Tätigkeit noch nicht einmal definitiv herausgefunden, wie ich selbst die Qualität meiner eigenen Arbeit einschätzen kann.

Warum nun Diskussionsbeiträge, die nicht zu Ihrer Meinung passen („common sense“!), bei Ihnen Kopfschütteln hervorrufen, für eine Publikation der KV Hamburg nicht tragbar seien, warum das hanebüchen, falsch und „qualitätsgefährdend“ sei, muss Ihr Geheimnis bleiben. Auf jeden Fall ist die Auseinandersetzung mit der Qualität unserer Arbeit nicht so einfach, wie es auch im Deutschen Ärzteblatt immer wieder nachzulesen war und ist, z.B.: „Bei aller Euphorie über die Errungenschaft einer weitgehend objektiven Methode sollten deren inhärente Beschränkungen und Fallstricke nach Möglichkeit allen geläufig sein, die an der Umsetzung ihrer Ergebnisse mitwirken. Die Beschränkungen der EbM sind vielschichtig. Sie bestehen in erkenntnistheoretischen, formallogischen, ethischen, statistischen und technischen Unzulänglichkeiten.“ (Dtsch Arztebl 2004; 101(26): A-1870)

Evidenzbasierung und Qualitätsmanagement sind also Gegenstand einer permanenten Diskussion und Auseinandersetzung mit den eigentlichen Zielen und Methoden unserer ärztlichen Arbeit. Diese permanente Diskussion ist weder hanebüchen noch falsch noch „qualitätsgefährdend“. Nicht nur ich vertrete die Auffassung, dass QM eine Methode aus dem Bereich der industriellen Warenproduktion ist und in der Medizin die Bürokratie extrem potenziert hat.

Medizin ist nicht evidenzbasiert, sondern Medizin ist qualifizierte Beziehungsarbeit mit evidenzbasierten Mitteln und Methoden.

Dr. med. Bernd Hontschik



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

# Einfaches Suchen in MEDLINE: Tipps und Tricks

VON PROF. DR. MED. STEFAN SAUERLAND IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE  
MEDIZIN E. V. ([WWW.EBM-NETZWERK.DE](http://WWW.EBM-NETZWERK.DE))

# D

Der Kern von evidenz-basierter Medizin (EbM) besteht darin, Fragen zur Behandlung individueller Patientinnen und Patienten rasch und verlässlich selbst beantworten zu können. Und wir haben das Glück, in einer Wissensgesellschaft zu leben, in der die Ergebnisse medizinischer Studien nicht mehr in Bibliotheken schlummern und nur von Expertenhand gefunden werden können (Abb. 1). Heute kann man solche Information an quasi jedem Ort zu jeder Zeit nutzen. Alles was man braucht, ist ein Minimum an Zeit und Erfahrung.

Das Wichtigste ist, diese Option überhaupt einmal auszuprobieren, um auf den Geschmack zu kommen. Wer dann regelmäßiger nach medizinischem Wissen sucht, kann hiermit nicht nur selbst dazulernen, sondern vor allem auch die Behandlung seiner Patientinnen und Patienten verbessern. Wer sucht, der findet!

Als Informationsquelle spielt die Datenbank MEDLINE seit vielen Jahrzehnten eine zentrale Rolle. Über die Pubmed-Website <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> lassen sich über 30 Millionen Fachartikel durchsuchen. Aktuelle Studienergebnisse, aber auch Leitlinien und andere Evidenzsynthese sind so rasch zu finden – mit dem Computer oder auch mit dem Smartphone. Dass viele Quellen im Volltext nicht kostenfrei zur Verfügung stehen, stört oft wenig, weil das kostenfreie Abstract zum Teil bereits für erste Einschätzungen ausreicht. Für weitergehende und profunde Literaturanalysen braucht man selbstverständlich systematische Literatursuchen und Volltexte, aber hier und im Folgenden soll es allein um Suchen gehen, die „quick and dirty“ erfolgen können.

Weil Indikation und Behandlung im ärztlichen Alltag zentral sind, eignen sich diese Begriffe auch am besten für Pubmed-Suchen. Oft wird man also Krankheit (oder Symptom) und angedachte Therapie (oder Diagnostik) als englische Begriffe in die Suchmaske eingeben. Alles was notwendig ist, sind gewisse Englisch(fach)kenntnisse. Sollte man da unsicher sein, bietet sich ein einfacher Trick in Wikipedia an. Einfach nach dem deutschen Eintrag suchen und dann links nachsehen, ob in der Auflistung „In anderen Sprachen“ noch ein Eintrag in englischer Sprache vorliegt. Sucht man nach ‚Osteomyelofibrose‘ kommt man zum englischen Eintrag ‚Primary Myelofibrosis‘.

Die Suchfunktionen von Pubmed (Abb. 2) sind heutzutage so optimiert worden, dass einfache Begriffe



Abb. 1: Langes Suchen in Fachbibliotheken darf heute als Problem der Vergangenheit gelten

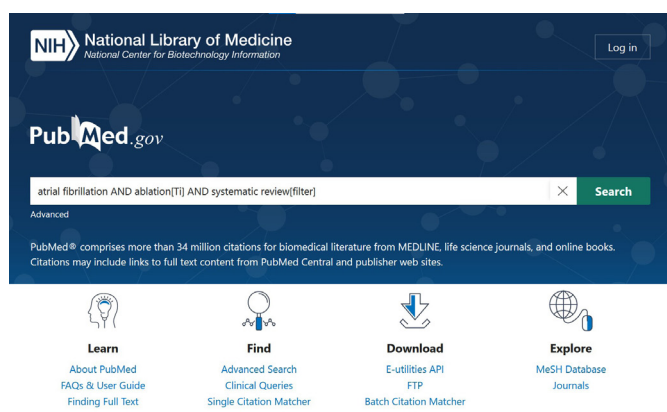


Abb. 2: Startseite von Pubmed (unter <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

„verstanden“ und in definierte Schlagworte übersetzt werden. Nach Eintippen von ‚thyroid cancer‘ wird beispielsweise automatisch auch nach ‚thyroid neoplasms‘ gesucht, weil dies das standardisierte medizinische Schlagwort („MeSH“) für alle Neoplasien der Schilddrüse ist. Auch viele Unterschiede zwischen amerikanischem und britischem Englisch werden von Pubmed

mittlerweile automatisch ausgeglichen. Sucht man zum Beispiel nach ‚bacteraemia‘, dann wird auch automatisch nach ‚bacteremia‘ gesucht. Auch kleine Tippfehler, z.B. ‚bakteremia‘, werden via Autokorrektur behoben.

Probleme kann es geben, wenn eine Erkrankung international ganz unterschiedlich benannt wird. Eine Pubmed-Suche nach ‚Morbus Bechterew‘ beispielsweise erbringt nur etwa 200 Treffer, die fast alle zu deutschsprachigen Zeitschriften führen. Eine solch geringe und sprachlich begrenzte Trefferzahl ist auffällig und sollte rasch zu der Erkenntnis führen, dass diese Erkrankung international anders, nämlich als ankylosierende Spondylitis bezeichnet wird. Eine Suche mit ‚spondylitis ankylosing‘ erbringt dann mit über 20.000 Treffern einen hundertfach höheren Rücklauf.

Oft wird man bei Pubmed-Suchen von der immens großen Trefferzahl überwältigt. In einer solchen Situation sollte man stets versuchen, über inhaltliche, methodische oder zeitliche Filter zu einer präziseren und überschaubaren Treffermenge zu kommen. Inhaltlich bietet es sich oft an, zuerst einmal den Suchbegriff nicht im gesamten Pubmed-Eintrag, sondern nur im Titel der Publikation zu suchen. So lassen sich z. B. die über 50.000 Treffer zu ‚bacteremia‘ auf 10.000 Treffer reduzieren, indem man ‚bacteremia“[Ti]‘ eingibt. Die Buchstaben Ti für „Titel“ in eckigen Klammern helfen auch für andere Zwecke weiter: Bei eiligen Suchen kann man mittels random\*[Ti] bevorzugt nach hochwertiger Evidenz suchen, wobei der Asterisk als Platzhalter unter



anderem die Worte ‚randomized‘, ‚randomised‘ und ‚random sample‘ umfasst. Auch ein systematisches Review randomisierter Studien wird so gefunden. Ähnlich wie in großen Internet-Suchmaschinen kann man auch in Pubmed die inhaltliche Suche auf bestimmte Wortfolgen fokussieren, indem man diese Wörter in Anführungszeichen setzt. Will man z. B. eine Suche zu Opiaten auf stark wirksame Substanzen eingrenzen, kann man „strong opioids“ als zusätzlichen Suchbegriff eingeben. Eine solche Suche nach definierten Wortfolgen ist jedoch meist eine sehr starke, wenig sensitive Eingrenzung der Suche.

Als methodischer Filter eignet sich ansonsten auch der Publikationstyp, der als eigenes Feld in Pubmed erfasst wird. Durch ‚systematic review[PT]‘ OR ‚guideline‘[PT] können z. B. systematische Übersichtsarbeiten und Leitlinien rasch gefunden werden. Aufpassen muss man allerdings beim Suchen nach sehr neuen Publikationen, weil es immer einige Wochen braucht, bis einer druckfrischen Publikation in MEDLINE ein Publikationstyp zugewiesen wird. Sucht man also z. B. mittels ‚randomized controlled trial[PT] AND Am J Kidney Dis[TA]‘, so findet man die allerneuesten RCTs (randomisierten kontrollierten Studien) aus dem American Journal for Kidney Diseases noch nicht. Besser ist daher die Verwendung von Filtern, z. B. ‚systematic review[filter] OR guideline[filter]‘. Die Filter lassen sich auch per Mausklick auswählen. Als methodische Eingrenzung kann es auch hilfreich sein, Fallberichte oder Herausgeberkommentare aus der Suche auszuschließen. Hierfür hängt man Ausschlussfilter mit NOT an seine Suche an, also z. B. ‚NOT editorial[PT] NOT case reports[PT]‘.

Die dritte Filteroption ist die zeitliche. Hierzu kann man das gesuchte Publikationsjahr in der Pubmed-Oberfläche anklicken oder es händisch eingeben. Beispielsweise begrenzt der Zusatz ‚2020:2030[pdat]‘ die Suche auf Publikationen ab 2020. Bei der Suche

nach einer ganz bestimmten, hochaktuellen Studie, die vielleicht in der Tagespresse oder im kollegialen Gespräch erwähnt wurde, sucht man idealerweise nach dem Autorennamen. Hierfür kann die Feldsuche ‚[AU]‘ verwendet werden. Noch besser aber kann man mittels des Zitats suchen, indem man Zeitschrift, Jahr, Band und/oder Seitenzahl eingibt. Meist reichen aber Autor, Jahres- und Seitenzahl schon aus. Erwähnt werden soll an dieser Stelle auch die Möglichkeit, die Suche auf bestimmte Sprachen einzuschränken oder durch Anklicken von ‚Free full text“ nur solche Quellen zu finden, deren Volltext frei heruntergeladen werden kann. Erfreulicherweise ist der Anteil frei verfügbarer Fachartikel (Open Access) in den letzten Jahren immer weiter angewachsen und liegt heute bei etwa 25%.

**TABELLE 1: DIE WICHTIGSTEN FUNKTIONEN FÜR PUBMED-SUCHEN**

Feldfunktion / Zeichen	Beispiel
Author [au]	Maier-S[au]
Title [ti]	emphysem*[ti]
Journal [ta]	Lancet[ta] OR BMJ[ta]
Language [la]	German[la]
Publication Type [pt]	randomized controlled trial[pt]
Filter	guideline[filter]
Publication Date [pdate]	2020:2030[pdat]
* (Asterisk)	toxic*
„“ (Anführungszeichen)	„consensus statement“

Im Idealfall hat man es durch einige wenige Suchbegriffe und Filter geschafft, die Zahl der Treffer auf vielleicht 100 zu konzentrieren. Hilfreich ist es, wenn man eine zentrale Publikation gefunden hat, die gut auf die gesuchte Frage passt. Denn bei den meisten

Pubmed-Einträgen lassen sich über die Funktionen „Similar Articles“ und „Cited by“ begrifflich ähnliche Artikel oder direkt hierzu passende Folgepublikationen identifizieren.

Wer Pubmed häufiger verwendet, kommt auf diese Weise binnen weniger Minuten zu ersten orientierenden Ergebnissen. Dies reicht aus, um manche einfache medizinische Frage direkt beantworten zu können – z. B. während eines Telefonats. Besser ist es jedoch, EbM-

Fragen außerhalb des Berufsalltags am Abend oder am Wochenende ohne Zeitdruck zu recherchieren. Am wichtigsten aber ist es, Pubmed-Suchen überhaupt einmal auszuprobieren und für die eigene ärztliche Tätigkeit als Alltagswerkzeug verfügbar zu machen. Das sichere Praktizieren von EbM erfordert sicherlich mehr als nur das Finden von Studien, aber wer erst einmal einen Zugang zu hochwertiger Evidenz gefunden hat, der lernt sehr schnell auch die weiteren Schritte von EbM.

**PROF. 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





# Fight Club

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

**E**igentlich hatte ich vor, einen sehr satirischen, aber auch lustigen Text über die Schuldfrage bezüglich der Missstände unseres Gesundheitswesens zu schreiben.

Dann kam allerdings der heutige Tag dazwischen, und ich kann nun leider nicht anders, als Ihnen einen wahrscheinlich deutlich zu emotionalen Ausbruch zu präsentieren. Aber auch wir Mediziner\*innen haben Gefühle,

Heute Morgen hat eins meiner Familienmitglieder aufgehört zu atmen.

Erster Tag nach dem Urlaub, Kaltstart. 112, Notarzt, Reanimation, Intubation, schnelle, schwere Entscheidungen vor dem Frühstück.

Sprechstunde absagen, um bei der Familie zu sein?

Mann: „Naja, es ist voll.“

Ich: „Naja, es ist genau genommen übervoll.“

Und ab zur Arbeit.

Dieser Film ist in vielen Szenen so bizarr, dass man als Zuschauer am Verstand des Regisseurs zweifeln könnte, aber der Regisseur ist ja das Leben, und deswegen ist da alles möglich. Wirklich alles.

Es beginnt damit, dass die Schlangentraube sich in die Praxis hineindrückt. Hierbei ist das einzige Ziel, Erster zu sein. Es geht kaum noch um Krankheiten, und vor allem nicht um Krankheiten von anderen, es geht nur noch darum, auf keinen Fall zu kurz zu kommen. Ein düsteres Gefühl des potentiellen Benachteiligtwerdens erhebt den Ohrschmalzpfropfen zu einem lebensbedrohlichen Siechtum. Und dieses wird dann auch der noch tief durchatmenden MFA in Blaulichtfarben und Sirendröhnen geschildert. Wir sind keine ZNA, aber auch in unserer kleinen HNO-Welt muss man angesichts der Menschenmassen triagieren.

Triage ist etwas, das meist schlecht angenommen wird. Die Kranken sind zwar sehr dankbar für dieses Verfahren, die vergleichsweise nicht sehr Kranken eröffnen aber spätestens jetzt den Fight Club.

Das Wegdrängeln anderer Patient\*innen beginnt, die Stimme erhebt sich, Unverständnis wabert durch die Anmeldung. Hier und da zeigt sich der erste Stinkefinger.

Freundliche Erklärungen und

## Plötzlich Geschrei vom Anrufbeantworter: Jemand möchte uns bei der Ärztekammer anzeigen, weil wir ihn aufgrund der Überlastung heute Morgen nicht behandeln konnten.

und mitunter müssen die dann auch mal raus, statt in ein angestrengt lächelndes „Was kann ich für Sie tun?“ verwandelt zu werden.

Als Vorbemerkung möchte ich gleich sagen, dass es nicht darum geht, pauschale Vorwürfe gegen die Menschheit niederzuschreiben, sondern darum, ein sonderbares Phänomen des heutigen medizinischen Alltags darzustellen.

Es fängt schon schlecht an.

**N**ach kurzer Gefühlssammlung in einer Ecke auf dem Parkdeck vor der Praxis quetsche ich mich an der Schlangentraube im Treppenhaus vorbei. Man empfindet da eine besondere Art der Beklemmung: Einerseits ist es ein rein räumliches Erstickungsgefühl, andererseits läuft im Kopf im Vorbeigehen schon der Film ab, der sich in wenigen Minuten oben am Tresen abspielen wird.

Lösungsvorschläge seitens der MFAs wirken wie ein Turbotrigger, und nun geht das Dominospiel los. Einem wird aus Kapazitätsgründen ein Termin am (auch schon übervollen) Nachmittag angeboten, das wird kommentiert mit: „Frechheit! Ich bin ja jetzt krank!“ Türenknallen, Schimpfwörter. Das inspiriert den nächsten, der eigentlich zwei Tage später einen regulären Termin hat, aber seit zehn Minuten Halspieksen merkt. Tritte gegen das Mobiliar, Schimpfwörter der Meisterklasse gegen die MFAs, andere Patient\*innen und die ganze Welt. So setzt es sich fort. Eine Granate aus gefühlt Abgewiesenen, Verlorenen und Missachteten verlässt die Praxis und hinterlässt schon im Treppenhaus die passende Googlebewertung.

Dazwischen stehen verloren einzelne, sehr liebe und geduldige Menschen, die einfach nur zum Arzt möchten, egal wann. Das sind dann diejenigen, die wirklich eine Behandlung benötigen, aber von der Fight-Club-Riege überrannt werden.

Ich habe unterdessen vier Akutkranke und zwei Terminpatient\*innen behandelt, gucke zwischendurch immer aufs Handy, nach jeder Otalgie könnte da eine Todesmitteilung stehen.

**I**m Beschwerdeschwall einer Patientin, die sich als Notfall mit drei

Ausrufezeichen angemeldet hatte, dann aber doch nur eine Abklärung von seit Jahren bestehenden, moderaten Beschwerden auf dem Wunschzettel hatte, sage ich: „Es ist hier heute sehr voll. Jemand aus meiner Familie stirbt gerade. Ich kann heute auch nicht mehr.“

Pause.

Antwort: „Ja, aber ich sitze ja jetzt schon seit halb neun hier.“

Es sind die kleinen Schläge in die Magengrube, die diesen Beruf abrupt so unangenehm machen können. Wir, die die fettgedruckte Empathie lebenslang mit sich herumtragen, treffen da plötzlich auf Menschen, die in einem abgeschotteten Tunnel um ihr Zu-Kurz-Kommen kreisen.

**V**orn am Tresen gibt es endlose Diskussionen. Termindiskussionen, Krankheitsdiskussionen, Gerechtigkeitsdiskussionen.

Plötzlich kommt Geschrei vom Anrufbeantworter.

Jemand möchte uns bei der Ärztekammer anzeigen, weil wir ihn aufgrund der Überlastung heute Morgen nicht behandeln konnten.

Unärztliche Gedanken schießen mir durch den Kopf. Ich will nicht mehr helfen, will diese Auseinandersetzungen nicht mehr, will keine schreienden Anrufbeantworter.

Ich will die Praxis zumachen und

mit meinem Kollegen ein Café eröffnen. Wahrscheinlich schreien dann irgendwelche Leute wegen der Crema, aber so what. Im Kaffee ist nur Kaffee und keine Empathie. Wenn ich schon der Mülleimer sein soll, dann doch eher der für angegriffene Macchiatotrinker und nicht für Menschen, denen ich ehrliche Bemühungen entgegenbringe.

**I**nsbesondere in den letzten zwei Jahren hat die Aggressivität und Reizbarkeit der Menschen zugenommen. Bedrohungen und Beleidigungen gegen Mitarbeiter\*innen des Gesundheitswesens sind normal geworden.

Natürlich setzen Katastrophen wie Pandemien und Kriege Ängste und Verwirrungen frei. Natürlich habe ich jedes Verständnis dafür, ich bin auch kein fröhlicher Schmetterling auf einer Blumenwiese.

Aber was uns scheinbar mehr und mehr verlorengeht, ist ein ganz normales soziales Grundverständnis. Mitgefühl. Die Fähigkeit, in rationalen Bahnen im Sinne der Gesellschaft zu denken, verschwindet zugunsten einer ständig leidenden Egozentrik.

Was man da machen soll? Überlege ich später.

Ich gehe jetzt zur Familie und höre mir die Emotionen von anderen an.

Danke fürs Zuhören. ■



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Anna-Katharina Doepfer**  
Stv. Mitglied des Beratenden Fachausschusses Fachärzte

Name: **Dr. Anna-Katharina Doepfer**

Geburtsdatum: **1.5.1984**

Familienstand: **verheiratet , 2 Kinder**

Fachrichtung: **Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderorthopädie**

Weitere Ämter: **Vorstandsmitglied BVOU (Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie)**

Hobbys: **Sport, Kinder, Musik**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Ich liebe meinen Job und gehe jeden Tag gern in die Praxis. Ich arbeite mit viel Herzblut zusammen mit meinen Patienten an einer Lösung für ihr Problem. Der Erfolg und die Zufriedenheit der Patienten gibt mir viel zurück, gerade wenn der Alltag und die Umstände, unter denen wir manchmal arbeiten müssen, turbulent sind.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Es kann sich nur etwas ändern, wenn man mit anpackt. So bin ich von Haus aus und in meiner Aus- und Weiterbildung geprägt worden. Der beste Weg, die Zukunft zu kennen/beeinflussen, ist, sie mitzugestalten.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Die medizinische Versorgung zukunftsorientiert und digital mitzugestalten. Wertschätzung der ärztlichen Tätigkeit sowohl in der Klinik als auch in der Praxis und die Sicherstellung einer hohen qualitativen Versorgung unserer Patienten! Für mich ist hierfür u.a. die Freiberuflichkeit ganz wichtig. Förderung und Unterstützung von neuen Arbeitsmodellen, damit Frauen und Männer ihren Traumjob so ausüben können, wie sie es sich wünschen, und sich in der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung (auch in Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung) einbringen können.

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg?** Wie in vielen Fachbereichen müssen wir die O&U zukunftssicher machen. Wir fördern Nachwuchs, der sich auch in die Niederlassung begeben möchte, unterstützen neue Praxis-Modelle und fördern die Kommunikation zwischen dem stationären und ambulanten Sektor. Hierbei muss man auch gelegentlich „alte Zöpfe“ abschneiden.

**Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen?** Eigentlich lebe ich meinen Traum: Ich arbeite in meinem Traumjob, habe eine großartige Familie und ein wunderbares Zuhause. Aber ich würde gern noch mehr Kolleginnen und Kollegen motivieren und fördern, sich zu engagieren, in welchem Bereich auch immer, und gemeinsam an einem Strang zu ziehen, um eine gute Qualitäts-Medizin zu gewährleisten!





## Erstes Integriertes Notfallzentrum in Hamburg eröffnet

**A**nfang Juni haben KV Hamburg und Marienkrankenhaus die erste Einrichtung in Hamburg eröffnet, die alle wesentlichen Vorgaben an ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) erfüllt.

Das neue INZ befindet sich im Katholischen Marienkrankenhaus und wird künftig rund um die Uhr an allen Tagen im Jahr die Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten übernehmen. Zu der Einrichtung gehören das Zentrum für Notfall- und Akutmedizin am Marienkrankenhaus sowie eine Notfallpraxis der KV Hamburg.

Das Besondere: An einem gemeinsam vom Marienkrankenhaus und der KV Hamburg betriebenen Empfangstresen wird anhand der Software „SmED Kontakt +“ ermittelt, ob eine Behandlung im Krankenhaus oder ambulant erfolgt. Die Software wird bereits im Rettungsdienst zur Triagierung von Patienten eingesetzt.

Neben der akuten Patientenversorgung zählen auch die Vermittlung von zeitnahen Terminen in Hamburger Arztpraxen sowie die telefonische ärztliche Beratung zum Leistungsspektrum des INZ.

„Das ist eine neue Dimension in der sektorenübergreifen-



**Einweihungszeremonie vor dem Eingang** Von links nach rechts: Dr. Björn Pary (Vorsitzender des Notdienstausschusses der KV Hamburg), John Afful (Vorsitzender der KV Hamburg), Caroline Roos (stv. Vorsitzende der KV Hamburg), Dr. Melanie Leonhard (Hamburger Sozialsenatorin), Christoph Schmitz (Geschäftsführer Marienkrankenhaus) und Dr. med. Michael Wüning (Chefarzt im Zentrum für Notfall- und Akutmedizin am Marienkrankenhaus)

den Zusammenarbeit“, sagte Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, bei der Eröffnung.

„Wenn Patientinnen und Patienten im Rahmen eines Notfalls ins Krankenhaus kommen, wünschen sie sich eine schnelle Versorgung“, so Hamburgs Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard. „Dabei spielt für sie eine geringere Rolle, wer formal zuständig ist. Dass die Notfallversorgung sektorenübergreifend aus einer Hand

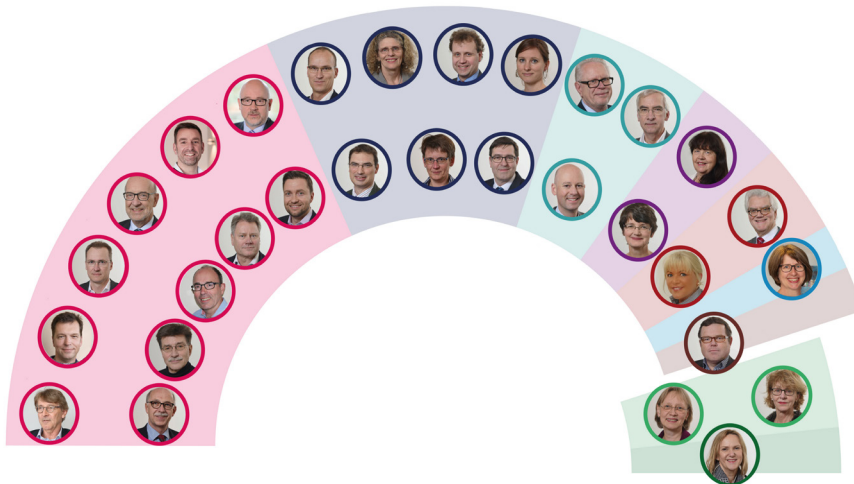
stattfindet, ist deswegen zukunftsweisend.“ „Die Patientinnen und Patienten können sich darauf verlassen, jederzeit schnell und bedarfsgerecht versorgt zu werden“, ergänzte Christoph Schmitz, Geschäftsführer des Marienkrankenhauses. „Und das an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr.“ ■

**INZ - Integriertes Notfallzentrum am Marienkrankenhaus Angerstraße 16, Haus 1, Eingang A**

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

**Mi. 2. November 2022 (19.30 Uhr)**

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



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

**HERZ IN FORM**

**Jubiläums-Kongress "50 Jahre Herz InForm"**

Referentinnen/Referenten:

- **Dr. med. Pedram Emami:** Einleitung
- **Hans-Hauke Engelhardt:** Etablierung von ambulanten Herzgruppen in Hamburg
- **Prof. Dr. med. Bernhard Schwaab:** Stellenwert der Herzgruppen im Reha-Konzept der DGPR
- **Dr. med Boris Leithäuser:** Psychokardiologie - Die Bedeutung der psychischen Betreuung von Herzpatienten
- **Prof. Dr. Herbert Nägele:** Herzinsuffizienzgruppen als Baustein einer umfassenden Herzinsuffizienztherapie
- **Prof. Dr. Harm Wienbergen:** Pathophysiologische Grundlagen und klinische Studien des Herzsports
- **Lena Schönteich:** In Bewegung kommen / Aktive Faszien erleben und gesund in Bewegung kommen (Praxis)
- **Sabrina Bittkau:** Herzgruppenarbeit heute und morgen

**FORTBILDUNGSPUNKTE SIND BEANTRAGT**

**Sa. 20.8.2022 (9 - 16 Uhr)**

**Ort: Ärztelhaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg**

Teilnahme kostenlos. Um Anmeldung wird gebeten:  
Sabrina Bittkau, E-Mail: [bittkau@herzinform.de](mailto:bittkau@herzinform.de) Tel: 040 / 2280 2364



**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**

**Hygiene in der Arztpraxis (Präsenz)**  
**Mi. 24.8.2022 (9.30 - 17 Uhr)**

**Ausbildung Praxismanager:in (Präsenz)**  
**Mo. 29.8.2022 bis Fr. 2.9.2022**  
**Mo. (11 - 17 Uhr)**  
**Di. Mi. Do. (9 - 17 Uhr)**  
**Fr. (9 - 14 Uhr)**

**Ausbilden aber richtig! (Online)**  
**Mi. 31.8.2022 (14 - 18 Uhr)**

**Ausbildung zur Qualitätsmanagementbeauftragten (Online)**  
**Teil I: Do. 15.9.2022 (9 - 14 Uhr)**  
**Teil II: Do. 22.9.2022 (9 - 14 Uhr)**  
**Teil III: Do. 29.9.2022 (9 - 14 Uhr)**

**Datenschutz in der Praxis (Präsenz)**  
**Mi. 5.10.2022 (9.30 - 17 Uhr)**

**QEP-Einführungsseminar für Arztpraxen (Präsenz)**  
**Fr. 7.10.2022 (15 - 18.30 Uhr) und**  
**Sa. 8.10.2022 (9 - 14 Uhr)**

Weitere Informationen finden Sie im Internet: [www.kvvh.de](http://www.kvvh.de)

Oder über den QR-Code:



**Ansprechpartner:**  
Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858  
Michael Bauer, Tel: 22802-388  
Laura Goldmann, Tel: 22802-574  
[qualitaetsmanagement@kvvh.de](mailto:qualitaetsmanagement@kvvh.de)

**WINTERHÜDER  
QUALITÄTSZIRKEL**

**Diabetes und Schmerz**

Differentialdiagnostische und -therapeutische Aspekte in der Behandlung von neuropathischen Schmerzen

**FORTBILDUNGSPUNKTE SIND  
BEANTRAGT**

**Mi. 21.9.2022 (18 Uhr)**

Um Anmeldung bis zum 20.9.2022 wird gebeten.

**Wer wird denn gleich in die Luft  
gehen?**

Neue Erkenntnisse aus der Stressforschung – wie wir auch in schwierigen Zeiten gelassen bleiben

**FORTBILDUNGSPUNKTE SIND  
BEANTRAGT**

**Mi. 23.11.2022 (18 Uhr)**

Um Anmeldung bis zum 22.11.2022 wird gebeten.

**Ort: Ärztehaus (Saal 1)  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin  
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

**DATENSCHUTZ-  
JAHRESSCHULUNG**

**Für Praxisinhaber und Mitarbeiter**

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 4.11.2022 (14.30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

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

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

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,  
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

[www.neurologiewinterhude.de](http://www.neurologiewinterhude.de) oder:  
[www.datenschutz.neurologiewinterhude.de](http://www.datenschutz.neurologiewinterhude.de)

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können (E-Mail-Adresse siehe oben).

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE  
DER ÄRZTEKAMMER**

Aktuelle Infos zu Veranstaltungen:  
[www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html)

oder über den QR-Code:



Ansprechpartnerin:

Bettina Rawald, Fortbildungsakademie,

Tel: 202299-306

E-Mail: [akademie@aekhh.de](mailto:akademie@aekhh.de)

**Medizinische Fachangestellte:  
Planen Sie Ihre  
Fortbildungen für 2022!**



Das neue Fortbildungsprogrammheft für  
Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der zweiten Jahreshälfte 2022 stattfinden.

Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

[www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung\\_mfa.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html)

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!

