

KVH journal



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

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

VERSORGUNG IN MÜMMELMANNNSBERG

Was wird aus der Praxisklinik?



GVSG-REFERENTENENTWURF

Wo bleibt der Aufschrei?

E-ARZTBRIEFE

Verzeichnis der KIM-Adressen

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 6/2024 (Juni 2024)



www.blauer-engel.de/uz195

- ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
- emissionsarm gedruckt
- überwiegend aus Altpapier

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!



Anmeldung

ePAPER

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

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Regierungskommission für Krankenhausversorgung hat empfohlen, die ambulante fachärztliche Versorgung künftig bevorzugt an Krankenhäusern anzusiedeln. Das würde unserem Gesundheitssystem massiv schaden.

Es ist eine Fehlannahme der Kommission, dass Fachärzte in Praxen und Krankenhäusern dasselbe tun – dass sich die fachärztlichen Tätigkeiten in beiden Bereichen also „doppeln“, wie das Schlagwort von der „doppelten Facharztschiene“ suggeriert. In Wahrheit unterscheiden sich die fachärztlichen Tätigkeiten in den beiden Bereichen ganz erheblich. Sie ergänzen sich.

Das beweist wieder einmal, dass die Kommissionsmitglieder, die aus dem klinischen Bereich kommen, von der Realität der ambulanten fachärztlichen Versorgung weit entfernt sind, und es zwingend notwendig ist, die Selbstverwaltung an dem Reformprozess zu beteiligen.

Würden die fachärztlichen Leistungen an die Krankenhäuser verlegt, käme es zu einer Ausdünnung der wohnortnahen Versorgung und zu einer Zentralisierung an den Krankenhäusern. Das würde für die Patientinnen und Patienten zu längeren Wartezeiten und Wegen führen – auch in Hamburg. Die bislang geschätzte enge Arzt-Patientenbeziehung ginge damit verloren.

Einziges Nutznießer wären die Krankenhäuser, denen neue Einnahmequellen und damit Überlebenschancen eröffnet würden. Sollen Patientinnen und Patienten und Praxen also für die verfehlte Krankenhauspolitik der vergangenen Jahrzehnte büßen? Dies kann nicht im Sinne einer flächendeckenden, wohnortnahen Gesundheitsversorgung sein.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_** Praxisklinik Mümmelmannsberg: Wir sind in der Verantwortung!
- 10_** Interview: Welche Interessen verfolgen die Eigentümer des Praxisklinik-Gebäudes?

HONORAR

- 12_** GVSG-Referentenentwurf: Wo bleibt der Aufschrei?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_** Fragen und Antworten
- 16_** Blutzuckerteststreifen: Rückmeldung an die Praxen zur Wirtschaftlichkeit der Verordnungen
- 18_** Ermächtigung für die Versorgung traumatisierter Geflüchteter

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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

TELEMATIK

- 20_** eArztbrief: So findet man die KIM-Adressen von Kollegen
- 21_** Umfrage: Mehrzahl der Praxen unzufrieden mit Praxissoftware

FORUM

- 28_** Kampagne der KBV und der KVen: "Wir sind für Sie nah"
- Buch: Das Hamburger Corona-Impfzentrum

SELBSTVERWALTUNG

- 29_** Steckbrief: Kerstin Sude


**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 22_** Hyaluronsäure bei Kniearthrose: Sinnvolle IGeL oder Placebo?

RUBRIKEN

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

KOLUMNE

- 26_** Dr. Christine Löber: "Alles falsch gemacht?"

TERMINKALENDER

- 30_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3 und 7: Michael Zapf; Seite 8: Felix Faller; Seite 10: Alanta Group; Seite 28: Dr. Jochen Kriens; Seite 29: Heike Günther; Seite 30: Michael Zapf, iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmeler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON DR. GERD FASS

Wir sind in der Verantwortung

Die Praxisklinik Mümmelmannsberg muss renoviert werden. Das gefährdet ein traditionsreiches Projekt der Hamburger Ärzteschaft zur Versorgung des Stadtteils. Welche Zukunftsszenarien sind denkbar?

Die Praxisklinik Mümmelmannsberg ist seit Jahrzehnten der zentrale Anlaufpunkt für die medizinische Versorgung des Stadtteils. Doch das Gebäude wird älter, der energetische Zustand ist unzureichend. Immer wieder gibt es Diskussionen, ob eine Renovierung im laufenden Betrieb möglich ist oder ob die medizinischen Einrichtungen umziehen müssen.

Die Unsicherheit über die Zukunft des Gebäudes erschwert Investitionen. Viele der in der Praxisklinik niedergelassenen Praxen geraten durch erdrückend hohe Betriebskosten und die schwierige Honorarsituation in Bedrängnis.

Dieser Artikel beleuchtet die Probleme des Projekts und skizziert mögliche Lösungsszenarien.

Projekt der Ärztinnen und Ärzte

In den 1970er Jahren entstand im Osten Hamburgs ein neuer Stadtteil: Mümmelmannsberg, damals 20.000 Einwohner. Kaum Privatpatienten, hohe Morbidität, viele Kinder und Jugendliche.

Die KV Hamburg betrieb in dieser Zeit aktive Strukturpolitik, um einem Versorgungsgefälle zwischen den wohlhabenden und ärmeren Gebieten innerhalb Hamburgs entgegenzuwirken.

Sie gewährte Zuschüsse für Praxen in schwachversorgten Gebieten. Und sie gründete als privatrechtliche Gesellschaft den "Hamburger Ärztefonds", um Ärztehäuser und Praxiskliniken zu bauen. Fast die Hälfte der KV-Mitglieder beteiligten sich an diesem Projekt.

Am 16. Januar 1978 wurde die Praxisklinik Mümmelmannsberg eröffnet. Das auf Initiative der Hamburger Ärzteschaft realisierte Versorgungsmodell war ein Erfolg. Doch die Erwartung, dass die dort praktizierenden Ärztinnen und Ärzte nach einiger Zeit das Objekt selbst erwerben würden, erfüllte sich nicht.

1985 wurde die Praxisklinik an die Dr. Guth Klinikgruppe verkauft. Die Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis zahlten nun Miete an ein Privatunternehmen. 2014 übernahm die zur Alanta Health Group gehörende „SKH Stadtteilklinik“ den stationären Bereich und kaufte später auch das Gebäude.

Ich bin seit fast 20 Jahren in der Praxisklinik Mümmelmannsberg



Dr. Gerd Fass vor der Praxisklinik Mümmelmannsberg: "Wir ärztliche Kollegen und angeschlossene Therapeuten kennen uns, arbeiten zusammen und tauschen uns über unsere Patienten aus."

niedergelassen, viele Kolleginnen und Kollegen sind ebenfalls seit Jahrzehnten hier.

Es gibt noch immer fast alle medizinischen Fachrichtungen im Gebäude. Die etwa 27 Vertragsärztinnen und -ärzte arbeiten in selbstständige Praxen und in MVZ. Etwa zehn Arztsitze gehören der „SKH Stadtteilklinik“.

Wir ärztliche Kollegen und angeschlossene Therapeuten kennen uns, arbeiten zusammen, tauschen uns über unsere Patienten aus. Wir haben Operationssäle, eine belegärztliche Station und eine psychiatrische Tagesklinik. Außerdem findet man im Gebäude eine Physiotherapiepraxis, eine Apotheke, einen Hörgeräteakustiker und eine Filiale des Gesundheitskiosks Billstedt-Horn.

Drei Zukunftsszenarien

Seit Jahren treffen wir Ärztinnen und Ärzte uns mit den Eigentümern und mit Vertretern des Bezirks, um darüber zu sprechen, wie es angesichts der Renovierungsbedürftigkeit des Gebäudes mit der Praxisklinik weitergehen könnte. Auch im Sanierungsbeirat des Stadtteils ist die Praxisklinik immer wieder Thema. Drei Szenarien werden derzeit diskutiert.

Szenario 1: Die Praxisklinik schließt, und die medizinischen Einrichtungen suchen sich auf eigene Faust andere Räume in der Umgebung. Das ist kein gutes Szenario. Wir kennen das Immobilienangebot in Mümmelmannsberg: Es ist völlig unmöglich, für die medizinischen Einrichtungen der Praxisklinik im

Umkreis von wenigen Kilometern geeignete Räume zu finden. Die älteren Kolleginnen und Kollegen würden vermutlich in Rente gehen, die jüngeren in andere Gegenden umziehen. Das wäre das Ende der wohnortnahen Versorgung in Mümmelmannsberg: Die Praxisklinik zerlegt sich in Einzelteile, die entweder absterben oder über das gesamte Stadtgebiet verstreut werden.

Szenario 2: Das Gebäude der Praxisklinik wird saniert. Allerdings wäre es schwierig, während der Modernisierungsarbeiten den Betrieb in den Praxen und dem stationären Bereich weiterlaufen zu lassen. Bei einem Teil der medizinischen Einrichtungen ginge das wahrscheinlich, doch einige Praxen



Wohnortnahe Versorgung: "Die Arbeit macht Spaß, doch es ist zurzeit nicht möglich, hier in Mümmelmannsberg finanziell über die Runden zu kommen."

müssten sich wohl Ausweichquartiere besorgen. Ein doppelter Umzug wäre allerdings mit enormen Kosten verbunden. Wahrscheinlich würden nicht alle Ärztinnen und Ärzte in das modernisierte Gebäude zurückkehren. Wenn eine Praxis in ein wohlhabenderes Viertel umgezogen ist und sich dort etabliert hat, bleibt sie vermutlich dort.

Szenario 3: Die medizinischen Einrichtungen der Praxisklinik ziehen gemeinsam in einen Neubau. Das wäre sicherlich die beste Lösung. Neben der Praxisklinik steht eine Seniorenwohnanlage – ebenfalls aus den 1970er Jahren –, die schon seit längerer Zeit abgerissen werden sollte. Zwischenzeitlich waren dort Geflüchtete untergebracht. Nun will die SAGA das Haus abreißen und dort ein siebenstöckiges Gebäude bauen. Ich kann nicht sagen, wie realistisch es ist, dass die medizinischen Einrichtungen der Praxisklinik

dort gemeinsam einziehen können. Ich kann nur sagen: Wohnraum zu schaffen, genügt nicht. Ein Wohnquartier braucht Infrastruktur und eine medizinische Versorgung. Und das gilt auch für ärmere Stadtteile.

Nehmen wir an, die SAGA wäre damit einverstanden, dass die medizinischen Einrichtungen der Praxisklinik in das neue Gebäude ziehen. Es würde sicherlich drei bis fünf Jahre dauern, bis die Seniorenwohnanlage abgerissen und das neue Gebäude fertiggestellt ist. Bis dahin müssten wir also noch in der alten Praxisklinik bleiben. Der Eigentümer müsste das Gebäude funktionsfähig halten. Und die Praxen müssen eine finanzielle Unterstützung der KV bekommen, um durchzuhalten.

Wirtschaftliche Situation der Praxen

Derzeit arbeiten viele der Praxen in der Praxisklinik finanziell am Limit. Die Mieten sind ziemlich hoch. Das

möchte ich dem Eigentümer nicht zum Vorwurf machen. Schon der Vorbesitzer hat hohe Mieten verlangt – die „SKH Stadtteilklinik“ hat die Preise nicht gesenkt, aber auch nicht erhöht. Die Energiekosten in dessen laufen völlig aus dem Ruder – was natürlich damit zu tun hat, dass das Gebäude alt und schlecht isoliert ist.

Der größte Kostenfaktor jedoch sind die Personalkosten. Die Gehälter für MFA sind in den vergangenen Jahren um etwa 20 Prozent gestiegen. Wir konkurrieren um medizinische Fachkräfte mit Kliniken, Krankenkassen und Praxen in wohlhabenderen Gegenden, die deutlich mehr Gehalt bieten können.

Den hohen Kosten steht eine miserable Einkommens-Situation gegenüber. Während der Corona-Krise konnten wir nur in geringem Umfang operieren. Das hat unsere Reserven aufgebraucht. Wir haben Corona-Hilfen in Anspruch genommen, die wir zurückzahlen müssen.

Im Jahr 2023 wurde die Neupatienten-Vergütung gekippt. Mit einem Schlag sind wir auf eine Vergütungsquote von 85 Prozent zurückgefallen. Vollständig bezahlt werden meine ambulanten Operationen, doch derzeit ist unsicher, ob wir dieses Tätigkeitsfeld in der Praxisklinik aufrechterhalten können.

Die Praxen in den ärmeren Stadtteilen sind bei den Verdienstmöglichkeiten systematisch benachteiligt: Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten und für IGeL-Leistungen machen in anderen Praxen einen großen Teil des Umsatzes aus. Wir haben fast keine Privat-Einnahmen und fast keine Einnahmen aus IGeL-Leistungen.

Viele Einwohner des Stadtteils leben in prekären sozialen Verhältnissen. Und es ist ja erwiesen: Der mit Armut einhergehende Stress macht krank. Die von uns versorgten Patienten weisen eine überdurchschnittlich hohe Morbidität auf. Der Migrantanteil in Mümmelmannsberg ist hoch. Man muss mit

Zwangs-Rabatte sind ein Ärgernis für alle Ärztinnen und Ärzte, doch sie stellen eine existenzielle Gefahr für die Praxen in den ärmeren Stadtteilen dar. Jetzt wird immerhin die hausärztliche Versorgung entbudgetiert. Ich unterstütze die Forderung des Virchowbundes, im fachärztlichen Bereich als Übergangslösung

Besonderheiten müssen in der Honorierung abgebildet werden. Die Praxisklinik ist ein Projekt der Hamburger Ärztinnen und Ärzte, die sich in den 1970er Jahren für die Sicherstellung in den ärmeren Stadtteilen verantwortlich gefühlt haben. An diese Tradition sollten wir anknüpfen.

Wenn wir nichts unternehmen, werden wir nicht nur in Mümmelmannsberg, sondern in allen ärmeren Stadtteilen ein massives Versorgungsproblem bekommen.

Schon heute sterben die Menschen in Billstedt und Wilhelmsburg im Schnitt zehn bis 15 Jahre früher als in reicheren Gegenden wie Blankenese. Angesichts der höheren Morbidität der Einwohner in sozialen Brennpunkten wäre eine dichtere medizinische Versorgung notwendig, stattdessen fehlt es an medizinischen Einrichtungen.

Und das Problem verschärft sich: Praxen ziehen fort oder finden keine Nachfolger. Und nun steht ein großes Projekt der Hamburger Ärzteschaft auf dem Spiel, das fast ein halbes Jahrhundert lang erfolgreich war.

Ich plädiere dafür, dass die Eigentümer und die Ärzte der Praxisklinik, Vertreter der Stadt und Vertreter der KV gemeinsam eine tragfähige Lösung erarbeiten. Unsere Verantwortung gegenüber den Einwohnern des Stadtteils erfordert entschlossenes Handeln, um eine weiterhin qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sicherzustellen und die soziale Ungleichheit im Gesundheitswesen zu bekämpfen. ■

DR. GERD FASS ist Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie

Die Besonderheiten der ärztlichen Arbeit in ärmeren Stadtteilen müssen in der Honorierung abgebildet werden.

Händen und Füßen sprechen oder den Handy-Übersetzer zu Hilfe nehmen.

Viele unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Fremdsprachen. Bisweilen haben die Patienten jemanden dabei, der übersetzen kann. Ich mag diese Zusammensetzung der Patientenschaft gerne, doch die Kommunikation nimmt sehr viel Zeit in Anspruch. Die Arbeit macht mir Spaß, ich gehe gerne mit den Patienten um. Aber es ist zurzeit nicht möglich, hier in Mümmelmannsberg finanziell über die Runden zu kommen.

Fünf selbstständige Fachärztinnen und -ärzte aus der Praxisklinik Mümmelmannsberg sind während der vergangenen Jahre bereits weggezogen oder haben ihre Praxen geschlossen.

Was muss jetzt passieren, damit die Versorgung in Mümmelmannsberg sichergestellt wird?

● Einige unserer größten Probleme wären gelöst, wenn unsere Leistungen vollständig bezahlt würden. Die

zuerst all jene Ärztinnen und Ärzte zu entbudgetieren, die ihre Praxis in sozialen Brennpunkten betreiben.

● Die Stadt Hamburg muss eine klare Entscheidung treffen und sagen: „Wir brauchen hier in Mümmelmannsberg weiterhin eine wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung. Deshalb stellen wir ein vernünftiges Gebäude zur Verfügung, in das die Praxisklinik als Ganzes einziehen kann.“ Die Behörden sollten die Verantwortung übernehmen für die städtebaulichen Strukturen des Stadtteils. Wenn es keine passenden Räumlichkeiten gibt, können Ärztinnen und Ärzte nicht praktizieren.

● Einige der Praxen in der Praxisklinik werden finanziell nicht durchhalten, bis ein neues Gebäude fertiggestellt ist. Wir brauchen eine Unterstützung von der KV. Ärztinnen und Ärzte, die in ärmeren Stadtteilen arbeiten, haben drei Nachteile: kaum Privat-Einnahmen, Patienten mit höherer Morbidität und einen größeren Kommunikationsaufwand. Diese systematischen

INTERVIEW

„Wir haben viel geleistet“

Das Gebäude der Praxisklinik Mümmelmansberg gehört der Alanta Gruppe, die auch die Stadtteilklinik betreibt. Geschäftsführer **DR. GUIDO TUSCHEN** erklärt, wie es weitergehen könnte und welche Interessen sein Unternehmen verfolgt.

Was haben Sie vor mit dem Gebäude der Praxisklinik Mümmelmansberg?

TUSCHEN: Es ist noch keine Entscheidung gefallen. Wir haben das Haus vor knapp zwei Jahren gekauft. Seither haben wir ein Gutachten zum Zustand der Immobilie anfertigen lassen und die Bausubstanz geprüft. Unsere Architekten haben Renovierungsvarianten durchgespielt. Nun sind wir in Gesprächen mit dem Bezirksamt, der Gesundheitsbehörde, den Miteigentümern Apotheke und Physiotherapie und mit den Ärzten, um verschiedene Möglichkeiten auszuloten: Ist es sinnvoll, das Gebäude zu sanieren? Gibt es im Stadtteil ein Grundstück für einen Neubau, in den alle Versorgungseinheiten der Praxisklinik gemeinsam einziehen können? Im Vordergrund steht hier die kontinuierliche Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung für den Stadtteil.

Haben Sie als Vermieter nicht ein starkes Interesse daran, dass die Versorgungseinheiten im derzeitigen Gebäude bleiben?

TUSCHEN: Ja und nein. Wir haben das Gebäude erworben mit dem Ziel, es als medizinisches Angebot

für den Stadtteil zu entwickeln. Allerdings sind die Rahmenbedingungen im Hinblick auf den laufenden Betrieb sehr anspruchsvoll. Daher wäre es den meisten Ärzten der Praxisklinik vermutlich am liebsten, wenn es eine alternative Gebäudelösung im Stadtteil gäbe. Uns gehört ein Teil der medizinischen Versorgungseinheiten in der Praxisklinik: die Stadtteilklinik mit 15 Betten, die psychiatrische Tagesklinik mit 30 Plätzen und ein MVZ mit sechs Fachärzten und

vier Hausärzten. Auch wir hätten nichts dagegen, mit unseren Versorgungseinheiten in ein neu gebautes Zentrum umzuziehen. Das derzeitige Gebäude haben wir nur übernommen, weil der Vorbesitzer wollte, dass wir ausziehen. Dadurch war die gesamte Praxisklinik gefährdet. Mit dem Kauf des Gebäudes konnten wir den Medizinbetrieb am Standort vorerst sichern.

Was würde mit dem alten Gebäude geschehen, wenn die Versorgungseinheiten geschlossen in einen Neubau ziehen?

TUSCHEN: Wir würden das alte Gebäude aufgeben. Wir wären bereit, es an die Stadt zu verkaufen, die in Mümmelmansberg ja immer nach Flächen für soziale Einrichtungen sucht. Vielleicht bekommen wir gemeinsam eine Lösung hin, die für alle vorteilhaft ist.

"Angesichts der sozialen Bedeutung und des strukturellen Gewichts wäre das Gesundheitszentrum in einer Immobilie der Stadt am besten aufgehoben."

Warum sanieren Sie das alte Gebäude nicht, damit die Praxen dauerhaft dort bleiben können?

TUSCHEN: Eine Sanierung im laufenden Medizinbetrieb wäre sehr aufwändig und eine große Belastung für die Praxen und anderen Einrichtungen im Hause. Einige müssten vorübergehend ausziehen. Das wäre sicherlich nicht die beste Lösung.



Dr. rer. nat. Guido Tuschen, Geschäftsführer der SKH Stadtteilklinik Hamburg

Die SKH Stadtteilklinik übernahm 2014 den stationären Bereich der Praxisklinik Mümmelmansberg, später die Psychiatrische Tagesklinik. Ende 2022 kaufte das Unternehmen auch das Gebäude. Die SKH Stadtteilklinik gehört zur Alanta Health Group, das bundesweit 30 Standorte mit MVZ betreibt. Teil der Unternehmensgruppe ist der Arzneimittelhersteller Zyto Service und das pharmazeutische Logistik-Unternehmen Vivatis.

Haben Sie denn ein Interesse daran, dass die medizinischen Einrichtungen der Praxisklinik an einem zentralen Ort konzentriert bleiben?

TUSCHEN: Ja, daran haben wir ein maximales Interesse. Wir wollen das Bestehende erhalten und zukunftsfähig weiterentwickeln. Die interdisziplinäre und sektorübergreifende Medizin, die wir in der Praxisklinik anbieten, ist zukunftsweisend. Junge Ärztinnen und Ärzte, mit denen wir sprechen, sagen: „Wir wollen einen kollegialen Austausch.“ Sie suchen genau nach solchen interdisziplinären Kon-

zepten, wie sie bei uns praktiziert werden. Ich glaube, auch die Stadt, die Gesundheitsbehörde und die KV sind sich einig: Eine Zersplitterung der Struktur darf es nicht geben.

War Ihnen klar, dass Sie sich die Verantwortung für die Versorgung eines ganzen Stadtteils aufladen, als Sie die Praxisklinik Mümmelmansberg übernommen haben?

TUSCHEN: Ja. Es war eigentlich total wahnsinnig, sich auf so etwas einzulassen. Doch ich finde, wir haben viel geleistet in den vergangenen zehn Jahren, seit wir die somati-

sche Klinik übernommen haben. Wir haben die Versorgung hier stabilisiert und angestellte Vertragsärzte sowie eine Praxis ins beziehungsweise ans Gebäude geholt – in einem schwierigen Umfeld. Es gibt fast keine Privatpatienten, die Kommunikation mit den Patienten ist aufwändig. Angesichts der sozialen Bedeutung und des strukturellen Gewichts wäre das Gesundheitszentrum meines Erachtens in einer Immobilie der Stadt am besten aufgehoben. Es geht ja nicht nur um die nächsten Jahre. Es geht eigentlich um die Frage, wie Mümmelmansberg in den Jahren 2030 plus versorgt wird. ■

VON DR. MONICA THIEME

Wo bleibt der Aufschrei?

Die geplanten Hausarzt-Pauschalen setzen Einzelpraxen unter Druck: Wie sollen wir neben endlosen Arbeitstagen noch Wochenend-Sprechstunden und zusätzliche Hausbesuche bewältigen? Die Vergütungsreform kommt vor allem den MVZ und Großpraxen zugute.

Mir ist unerklärlich, warum der GVSG-Referentenentwurf keinen ohrenbetäubenden Aufschrei unserer Landesvertretung ausgelöst hat. Als ich von den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums zur hausärztlichen Vergütungssystematik gelesen habe, war ich erschrocken über den Inhalt und befremdet über die Gleichgültigkeit, mit der (auch hier im *KVH-Journal*) darüber berichtet wurde.

Ich betreibe seit 20 Jahren eine Einzelpraxis in Billstedt, arbeite mindestens 60 Stunden pro Woche und fühle mich oftmals wie ein Hamster im Laufrad: Ich stramble und strampele, ohne wirtschaftlich in einen sicheren Bereich zu kommen, weil ich in der Einzelpraxis sämtliche Kosten alleine erwirtschaften muss.

Was als Gehalt für mich übrigbleibt, liegt oftmals unter dem Mindestlohn. Man muss klar sagen: In einem sozialen Brennpunkt ohne Privatpatienten kann eine

allgemeinmedizinische Einzelpraxis kaum noch überleben. Das ist ein Fehler im System – und die geplante Vergütungsreform wird das Problem vermutlich noch verschärfen.

Vorhaltepauschale für hausärztlichen Versorgungsauftrag

Das Bundesgesundheitsministerium will eine neue Vorhaltepauschale einführen. Um sie abrechnen zu können, muss man einige Voraussetzungen erfüllen – und dazu gehört auch, Abend- und Samstags-Sprechstunden anzubieten.

Das Bundesgesundheitsministerium hat offenbar keine Vorstellung davon, was wir Ärztinnen und Ärzte an normalen Arbeitstagen leisten. Ich stehe morgens um fünf Uhr auf und komme abends um 19.30 Uhr nach Hause. Ich möchte neben der Praxis noch ein eigenes Leben führen, zu dem Haushaltsführung und Lebensmitteleinkauf gehören und natürlich auch Zeit zum Regenerieren.

Wenn ich jetzt auch noch abends und am Wochenende die Praxis öffnen müsste, wäre es vorbei mit Eigen-Fürsorge und Privatleben. Ich

würde vollends von der Arbeit für die Praxis aufgeessen.

Und wie soll ich meinen Mitarbeitern erklären, dass sie jetzt auch abends und am Wochenende arbeiten sollen? Die werden ziemlich sicher den Arbeitsplatz wechseln, und ich könnte es ihnen nicht mal übelnehmen. Unsere Mitarbeiter arbeiten ohnehin bereits am Limit, um die Praxis am Laufen zu halten. Durch familienfeindliche Arbeitszeiten wird es noch schwieriger als ohnehin schon, Mitarbeiter für die Praxis zu finden.

Und es wird für mich fast unmöglich werden, meine Praxis irgendwann an einen Nachfolger abzugeben. Alle beklagen den Nachwuchsmangel im hausärztlichen Bereich. Aber im Ernst: Wer will denn so arbeiten?

Die Anforderungen werden immer höher. Wir sollen noch schneller laufen im Hamsterrad, noch mehr Leistung erbringen – für gleichbleibend schlechte Honorare, die kaum zum Überleben der Praxis ausreichen. Die Anspruchs-



haltung der Patienten ist sowieso schon hoch und wird durch zusätzliche Verfügbarkeitsversprechen noch weiter befördert.

Eine weitere Voraussetzung für die Abrechnung der Pauschale soll sein, dass wir regelhaft Hausbesuche bei Patienten über 75 Jahren durchführen. Das ist völlig unsinnig: Warum soll ich alte Leute zu Hause besuchen, wenn diese zu mir in die Praxis kommen können?

Etwa 40 Prozent meiner Patienten sind über 75 Jahre alt. Wenn ich bei dieser Klientel einmal pro Quartal Hausbesuche machen soll, wären das mehr als 120 im Monat. Nur Routine-Hausbesuche. Nicht eingerechnet sind jene Hausbesuche, die aufgrund einer akuten Erkrankung oder Fragestellung nötig werden. Wie soll das gehen?

Man könnte einwenden, dass eine Praxis nicht alle Voraussetzungen erfüllen muss und sich mit einer abgestaffelten Pauschale zufriedengeben könnte. Die Frage ist: Kann man sich eine Abstufung leisten? Ich werde versuchen müssen, die Pauschale ohne Abzüge zu bekommen.

Die Voraussetzungen für die Pauschale zu erfüllen, fällt großen Versorgungseinheiten mit einer großen Anzahl von Ärztinnen und Ärzten und Angestellten sehr viel leichter. Überhaupt drängt sich der Verdacht auf, dass durch die Ver-

gütungsreform Polikliniken, MVZ und große Praxen nach Kräften gefördert und die kleinen, inhabergeführten Praxen kaputt gemacht werden sollen.

Jährliche Versorgungspauschale

Des Weiteren plant das Bundesgesundheitsministerium eine jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale. Woher soll ich wissen, in welchen Praxen sich die von mir versorgten Patienten sonst noch behandeln lassen? Es kostet ja nichts, mit der All-you-can-eat-Versichertenkarte kann man durch die Praxen tingeln und unbegrenzt Leistungen in Anspruch nehmen.

Ich versorge also einen Patienten, kümmerge mich intensiv um ihn, und hinterher heißt es möglicherweise: „Nö, der war schon in einer anderen Praxis, du kriegst die Pauschale nicht.“ Die Patienten müssen sich nicht einschreiben, sie werden nicht durch das Gesundheitssystem geführt. Das finanzielle Risiko für Doppel- und Dreifachversorgungen trägt am Ende der Arzt.

Entbudgetierung

Ja, Entbudgetierung ist prima. Wenn man die Leistungen der Hausärzte voll bezahlen und ansonsten alles beim Alten lassen würde, könnten wir ein wenig aufatmen. Doch nun gibt es Zusatzanforderungen, die für Einzelpraxen eigentlich kaum erfüllbar sind. Und das Geld für die Entbugetie-

rung wird an anderer Stelle vermutlich wieder einkassiert.

Die Honorare werden ja zwischen Kassen und KBV beziehungsweise KV ausgehandelt. Wir wissen aus Erfahrung: Die Kassen wollen nicht zahlen, sie fordern Nullrunden. KBV und KV sind keine durchsetzungsstarken Verhandler und lassen sich über den Tisch ziehen. Dann kommt das schulterzuckende: „Mehr war nicht drin.“ Das bedeutet meiner Ansicht nach: Es wird kein zusätzliches Geld ins System kommen.

Am Ende werden wir vielleicht sogar weniger Honorar haben als vorher – und dazu noch ein kompliziertes Vergütungssystem, das für niemanden mehr nachvollziehbar ist.

Ich würde mir wünschen, dass die KV sich bei der Umsetzung des GVSG für uns gerade macht und unsere Interessen vertritt. Sie sollte jetzt vernehmlich die Stimme erheben, die Fallstricke und Stolpersteine des Referentenentwurfs klar benennen und alles daransetzen, die schlimmsten Auswirkungen der Neuregelungen für die selbstständigen Einzelpraxen zu verhindern. ■

DR. MONICA THIEME,
Allgemeinmedizinerin in Billstedt



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Mitgliederservice-Team gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. **Mitgliederservice, Tel: 040 / 22802-802**

EREZEPT

Zum Jahresanfang wurde das eRezept verpflichtend eingeführt. Welche Verordnungen werden weiterhin auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) ausgestellt?

Diese Verordnungen gibt es weiterhin auf Muster 16:

- Verbandmittel und Teststreifen
- Sprechstundenbedarf
- Digitale Gesundheitsanwendungen
- Verordnungen zulasten von sonstigen Kostenträgern wie Sozialhilfe, Bundespolizei, Bundeswehr
- Verordnung von Blutprodukten, die von pharmazeutischen Unternehmen oder Großhändlern gemäß § 47 AMG direkt an Ärzte abgegeben werden
- Verordnungen für im Ausland lebende gesetzlich Krankenversicherte
- Enterale Ernährung

Diese Verordnungen werden voraussichtlich in weiteren Ausbaustufen des eRezepts ermöglicht oder sogar verpflichtend.

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Mein Patient war bis vorgestern arbeitsunfähig, gestern hat er gearbeitet und heute fällt er wegen derselben Erkrankung aus. Stellen wir nun eine Erst- oder eine Folgebescheinigung aus?

Sie stellen eine Erstbescheinigung aus, da der Patient – wenn auch nur kurzfristig – wieder arbeitsfähig war.

OFFENE SPRECHSTUNDE

Wir sind eine hautärztliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit drei Vollzeitäquivalenten. Wie viele offene Sprechstunden muss unsere Praxis pro Woche zur Verfügung stellen? Muss jeder Vertragsarzt sein „Soll“ persönlich ableisten?

Es müssen pro Arzt fünf offene Sprechstunden je Woche bereitgestellt werden. Ihre Praxis ist also verpflichtet, insgesamt 15 offene Sprechstunden anzubieten. Jedoch können Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ flexibel handhaben, welcher Arzt derselben Arztgruppe die Versorgung in der offenen Sprechstunde übernimmt. Die offenen Sprechstunden können also entweder alle von einem Arzt durchgeführt werden oder auch von mehreren Ärzten parallel oder zu unterschiedlichen Zeiten. Entscheidend ist, dass die aus der Anzahl der Ärzte derselben Arztgruppe folgende Gesamtzahl an offenen Sprechstunden von der Praxis erfüllt wird.

Beispiel: Eine Praxis mit drei Hautärzten muss (wie in Ihrem Fall) 15 offene Sprechstunden durchführen. Das kann geschehen, indem beispielsweise alle Ärzte täglich zeitgleich eine Stunde absolvieren; oder beispielsweise Arzt A montags und dienstags jeweils fünf Stunden, Arzt B täglich eine Stunde, Arzt C gar keine. Für reduzierte Versorgungsaufträge gelten die Vorgaben anteilig (z. B. dreiviertel Zulassung = 3 Stunden und 45 Minuten; hälftige Zulassung = 2 Stunden und 30 Minuten).

VERTRETUNG

Ich bin Vertragsärztin und möchte demnächst meinen Urlaub antreten. Muss ich meinen Urlaub der KV mitteilen?

Zum Versorgungsauftrag gehört, bei eigener Abwesenheit die Patientenversorgung zu regeln, entweder durch einen Vertreter in der eigenen Praxis oder in Absprache mit einer Praxis gleicher Fachrichtung in der Nähe. Bitte denken Sie bei Ihrer Urlaubsplanung daran, rechtzeitig eine Urlaubsvertretung zu organisieren. Ein pauschaler Verweis auf die umliegenden Ärzte, eine Notfallpraxis oder den kassenärztlichen Notdienst ist nicht zulässig. Sollte Ihre Abwesenheit länger als sieben Kalendertage andauern, müssen Sie ferner die Vertretung gegenüber der KV anzeigen.

Das Formular finden Sie auf unserer Homepage (kvhh.de → Formulare → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → V → Vertretung → Anzeige einer Vertretung).

Sollten mehrere Ärzte in der Umgebung Ihre Vertretung übernehmen, füllen Sie bitte für jeden Arzt, der Sie vertritt, ein eigenes Formular aus. Dies ist notwendig, da der Vertretungsarzt das Formular ebenfalls unterschreiben muss.

PSYCHOTHERAPIE I

Ich hatte einen Patienten zum Erstgespräch. Nach der Sitzung stellte sich jedoch kein weiterer psychotherapeutischer Bedarf heraus. Welche Diagnose kodiere ich für die Abrechnung in solchen Fällen?

In diesem Fall kann folgende Diagnose dokumentiert werden: Z76.9 – Person, die das Gesundheitswesen aus nicht näher bezeichneten Gründen in Anspruch nimmt.

RÖNTGEN UND LABORKONTROLLE

Immer wieder werden Laborwerte (KREA und TSH) von radiologischen Praxen für nicht von mir veranlasste MRT / CT-Untersuchungen mit KM auf dem Terminzettel des Patienten bei mir angefordert (keine Überweisung). Ist das ein korrektes Vorgehen?

Nein, das ist kein korrektes Vorgehen. Wer die Röntgenuntersuchung veranlasst, ist auch für die vorangehende Laborkontrolle zuständig. Nur wenn dies in der eigenen Praxis nicht möglich sein sollte, kann ein anderer Kollege mittels Überweisung dazu beauftragt werden.

PSYCHOTHERAPIE II

Darf die Krankenkasse die Beantragung einer Kurzzeittherapie ablehnen?

Ja, aber nur, wenn sie zuvor das Gutachterverfahren eingeschaltet hat. Eine Kurzzeittherapie darf nur aufgrund der Empfehlung eines Gutachters abgelehnt werden, diese (fachliche) Bewertung eines Antrages darf ein Sachbearbeiter einer Krankenkasse nicht vornehmen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Damla Eymur



Blutzuckerteststreifen: Rückmeldung an die Praxen zur Wirtschaftlichkeit der Verordnungen

Kassen und KV haben für 2024 erstmals eine Vereinbarung zur wirtschaftlichen Versorgung von Blutzuckerteststreifen abgeschlossen. Sofern Sie mehr als zehn Patienten mit Teststreifen versorgen, erhalten Sie künftig quartalsweise (zusammen mit der Trendmeldung zur Wirkstoffvereinbarung) eine Mitteilung zum Durchschnittspreis der von Ihnen verordneten Teststreifen. Der laut Vereinbarung noch als wirtschaftlich geltende Durchschnittspreis beträgt 48,7 Cent pro Teststreifen.

Diese Analyse dient ausschließlich Ihrer Information! Sie ist nicht Teil der Wirkstoffvereinbarung und für 2024 nicht prüfungsrelevant.

Die Preise für die Teststreifen variieren je nach Blutzuckertestgerät. Bitte stellen Sie Ihre insulinpflichtigen Diabetiker bevorzugt auf Testgeräte mit kostengünstigen Teststreifen ein.

Zu Ihrer Arbeitserleichterung haben wir auf unserer Website eine Liste mit preisgünstigen Systemen veröffentlicht, die für alle Kassen als wirtschaftlich gelten. Nutzen Sie bitte bevorzugt die dort genannten Teststreifen.

Über diesen Pfad kommen Sie zur Liste:

www.kvhh.de → Menü → Praxis → Verordnung → Arzneimittel.

Oder über diesen QR-Code:



Da zur Zielerreichung eventuell ein Wechsel auf ein anderes Gerät nötig ist, haben wir einen Patientenflyer erstellt, der Sie im Gespräch mit Ihren Patientinnen und Patienten unterstützen kann (siehe unten). Sie können ihn über die Homepage der KV anfordern.

www.kvhh.net → Menü → Praxis → Infomaterialbestellung



Da der Preis bei einigen Krankenkassen gestaffelt festgelegt ist, verordnen Sie bitte für Patienten mit regelmäßigem Bedarf an Blutzuckerteststreifen den gesamten Quartalsbedarf auf einem Rezept. Bei der Aufteilung auf mehrere Rezepte kann sich ein höherer Preis ergeben.

BEISPIEL: ANALYSE ZUR WIRTSCHAFTLICHEN VERORDNUNG VON BLUTZUCKERTESTSTREIFEN FÜR EINE HONORAREINHEIT

Fachgruppe	Ø Anzahl Rezepte pro Patient	Ø Kosten pro Teststreifen
*820	1,5	0,494 €
**819	1,4	0,465 €

*FÄ. für Allgemeinmedizin, Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten

**In diabetologischen Schwerpunktpraxen tätige Ärzte

Die Ergebnisse werden für jede Fachgruppe der Honorareinheit gesondert dargestellt. Die in Rot gedruckten Durchschnittskosten pro Teststreifen liegen über den als wirtschaftlich geltenden 48,7 Cent, die in Grün gedruckten darunter.

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

Auch für Blutzuckerteststreifen gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot, deshalb bitte folgendes beachten:

- Verordnen Sie bevorzugt die auf der Liste aufgeführten Teststreifen, diese gelten bei allen Kassen als wirtschaftlich.
- Verordnen Sie den Quartalsbedarf an Blutzuckerteststreifen auf einem Rezept wegen kosten-senkender Staffelpreise.

DIE WICHTIGSTEN FACTS ZUR ERINNERUNG

Für welche Patienten können Blutzuckerteststreifen verordnet werden?

Blutzuckerteststreifen können für insulinpflichtige Diabetiker zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse verordnet werden. Für nicht-insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker ist die Verordnung von Blutzuckerteststreifen begrenzt auf Situationen mit instabiler Stoffwechsellage. Diese kann gegeben sein „bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko“. So ist es in der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III Nr. 52 geregelt (grundsätzlich je Behandlungssituation bis zu 50 Teststreifen).

Wie werden Blutzuckerteststreifen verordnet?

Blutzuckerteststreifen werden unter Angabe des genauen Produktnamens auf einem rosa Kassenrezept (Muster 16) auf den Namen des Patienten verordnet. Eine Verordnung über ein eRezept ist derzeit noch nicht möglich. Anders als Blutzuckermessgeräte, Lanzetten und Stechhilfen gehören Blutzuckerteststreifen nicht zu den Hilfsmitteln. Die Ziffer 7 darf auf dem Rezept deshalb nicht gekennzeichnet werden. ■

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



Ermächtigung für die Versorgung traumatisierter Geflüchteter

Ärzte und Psychotherapeuten sowie psychosoziale Einrichtungen können sich dazu ermächtigen lassen, traumatisierte Geflüchtete im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu behandeln.

Es geht dabei um die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

Während der ersten 36 Aufenthaltsmonate wird die medizinische Versorgung Geflüchteter von der Sozialbehörde bezahlt. Die Ermächtigung bezieht sich auf die Zeit danach: Nach 36 Aufenthaltsmonaten werden die Behandlungskosten von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommen (§ 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes; § 264 Abs. 2 SGB V). Nur Personen, die Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes beziehen, dürfen mit der Ermächtigung behandelt werden.

Einen Antrag auf Ermächtigung können folgende Einrichtungen und Personen stellen:

- psychosoziale Einrichtungen mit einer fachlichen ständigen Leitung. Wenn in der Einrichtung ausschließlich Psychotherapeuten arbeiten, kann es eine psychotherapeutische Leitung sein. Wenn mindestens ein Arzt in der Einrichtung arbeitet, braucht es eine ärztliche Leitung.
- Psychotherapeuten (Approbation mit Fachkunde)
- Ärzte mit einer für die Behandlung erforderlichen Weiterbildung, zum Beispiel Psychiatrie und Psychotherapie oder der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie.

Geeignete Antragsteller sind vom Zulassungsausschuss „auf Antrag“ zu ermächtigen. Eine Begründung ist nicht notwendig. Es muss also beispielsweise nicht nachgewiesen werden, dass es einen lokalen Versorgungsbedarf oder eine Unterversorgung dieser Personengruppe gibt.

Die Ermächtigung wird in der Regel für drei Jahre erteilt.

In einigen Bundesländern wurde die Ermächtigung auf eine Weiterbehandlung von Personen begrenzt, die bereits vor dem Bezug von Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz eine Therapie begonnen haben. Das Bundessozialgericht (Az. B 6 KA 16/20 R) hat klargestellt, dass eine solche Einschränkung nicht zulässig ist. Ärzte, Psychotherapeuten oder Psychosoziale Einrichtungen, die eine derart eingeschränkte Ermächtigung erhalten haben, sollten sich an den für sie zuständigen Zulassungsausschuss der KV wenden und auf eine Erweiterung ihrer Ermächtigung hinwirken.

Der Anspruch auf Ermächtigung für die Versorgung traumatisierter Geflüchteter wurde 2015 in die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV § 31) aufgenommen, um dem zusätzlichen Behandlungsbedarf aufgrund der erhöhten Anzahl Geflüchteter gerecht zu werden. ■

Ansprechpartner:
Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses
za@kvhh.de

HELDEN GESUCHT BITTE SUBSTITUIEREN SIE !

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



eArztbrief: So findet man die KIM-Adressen von Kollegen

Um Arztbriefe elektronisch zu versenden, braucht man die Kontakt-Adresse des Adressaten. Diese findet man im Verzeichnisdienst (VZD). Hier sind alle Teilnehmer, die sich beim Kommunikationsdienst KIM registriert haben, mit ihren KIM-Adressen aufgeführt. Das sind nicht nur Praxen, Ärzte und Psychotherapeuten, sondern auch Krankenhäuser, Apotheken, Pflegeheime, Krankenkassen und Kassenzusammenarbeitende Vereinigungen.

Nutzerfreundlichkeit der Suche ist von Umsetzung in PVS abhängig

Die Suchfunktion im Praxisverwaltungssystem (PVS) ist entscheidend dafür, wie komfortabel die richtige Adresse gefunden werden kann. Es gibt Systeme, in denen das sehr einfach mit der Eingabe des Namens oder des Praxisortes funktioniert. In anderen PVS kann die KIM-Adresse nur mittels BSNR des Kollegen gefunden werden. Einige Systeme lösen Umlaute im Namen oder Ort auf, andere haben damit Probleme.

Praxen sollten sich nicht scheuen, ihren Anbieter auf technische Probleme bei der Suchfunktion aufmerksam zu machen.

Adressbuch im PVS nutzen

Praxen können die KIM-Adresse des Ansprechpartners auch direkt erfragen, so wie man es auch bei einer normalen E-Mail-Adresse tun würde. Im PVS lässt sich ein eigenes Adressbuch mit häufig benötigten

KIM-Adressen anlegen. So können Praxen schnell darauf zugreifen, ohne im VZD suchen zu müssen.

Pflege der Daten

Es ist wichtig, zwischen der Praxis als Institution und den dort tätigen Ärzten und Psychotherapeuten zu unterscheiden. Sie haben in der Regel verschiedene KIM-Adressen, die nicht miteinander verknüpft sind. Auch stammen die hinterlegten Daten von verschiedenen Organisationen: Die Angaben für die Praxen liefern die KVen; die Daten für die in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte und Psychotherapeuten kommen von den Landesärzte- oder Landespsychotherapeutenkammern. Die KIM-Adresse fügt der KIM-Anbieter bei der Registrierung den Stammdaten hinzu.

Es ist sinnvoll, die eigenen Daten im Verzeichnisdienst herauszusuchen und zu überprüfen. Bestehen hier Fehler im Datensatz, können sich Ärzte und Psychotherapeuten mit ihrem Änderungswunsch an die entsprechende zuständige Organisation wenden. Die eigene KIM-Adresse kann zudem auf dem Briefkopf der Praxis, auf der Website, in Arztbriefen oder Befunden und auf Visitenkarten genannt werden.

Postfächer für alle KIM-Adressen auf Eingänge überprüfen

Jede angelegte KIM-Adresse ist im Verzeichnisdienst zu finden und

kann von anderen Praxen genutzt werden. Es ist nicht immer vorhersehbar, ob und wann ein eArztbrief bei der KIM-Adresse der Praxis oder der eines bestimmten Arztes in der Praxis ankommt. Die Praxen sollten deshalb sicherstellen, dass sie die Postfächer für alle KIM-Adressen regelmäßig auf eingehende Post überprüfen.

Alternative: Die Kollegensuche im Sicherem Netz

Die KIM-Adressen von Praxen sind auch in der Kollegensuche enthalten. Die Kollegensuche ist eine Arzt- und Psychotherapeutensuche ausschließlich für Praxen. Es ist eine Anwendung der KBV im Sicherem Netz der KVen, das über die TI erreichbar ist.

Der Arzt gibt hier zunächst den Namen der gesuchten Kollegin in die Suchmaske ein. Danach gelangt er auf die Seite der Ärztin mit allen Kontaktdaten. Mit Klick auf den Button „KIM-Adresse ermitteln“ kann er sich diese dann anzeigen lassen, kopieren und in seinem KIM-Mailprogramm einfügen.

Es wird immer die KIM-Adresse der Praxis angezeigt und nicht die des Arztes oder Psychotherapeuten – sollte dieser eine eigene KIM-Adresse haben. Verfügt eine Betriebsstätte über mehrere KIM-Adressen, werden alle angezeigt. ■

Quelle: KBV
https://www.kbv.de/html/1150_69240.php



Umfrage: Mehrzahl der Praxen unzufrieden mit Praxissoftware

Drei von vier Arzt- und Psychotherapiepraxen würden ihre aktuelle Praxissoftware eher nicht weiterempfehlen. Rund die Hälfte der befragten Niedergelassenen ist explizit unzufrieden mit ihren Software-Anwendungen. Ein Großteil von ihnen ist bereit, den Anbieter zu wechseln. Das ergab eine bundesweite Online-Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung.

Nur eine von vier Praxen ist danach mit der Software zufrieden und würde diese aktiv weiterempfehlen. Die am weitesten verbreiteten Systeme gehören eher nicht dazu, wie das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) mitteilte. In die Auswertung sind die Antworten von über 10.000 Ärzten und Psychotherapeuten eingeflossen.

Störungen im Praxisablauf mehrmals pro Woche

Fast die Hälfte der Ärzte und Psychotherapeuten berichtet der Umfrage zufolge, dass der Praxisablauf mehrmals pro Woche oder täglich durch Softwarefehler gestört wird. Nur knapp 20 Prozent gaben an, dass keine beziehungsweise kaum Fehler im Praxisverwaltungssystem (PVS) auftreten.

Aber selbst unter den zufriedenen Softwarenutzern beklagt immer noch ein Viertel wöchentliche beziehungsweise tägliche Störungen im Praxisablauf durch Softwarefehler. Gründe dafür könnten den Zi-Autoren zufolge sein, dass die Ursache von Softwarefehlern auch außerhalb der eigentli-

chen Praxissoftware, also beim Konnektor oder der gematik, liegen kann.

Nach einer Statistik der KBV waren zum 30. Juni des vergangenen Jahres 130 unterschiedliche Softwaresysteme in der Anwendung. Darunter sind viele kleinere Anbieter und Auslaufmodelle. Knapp 40 Prozent der Softwareinstallationen entfallen auf zwei Systemhäuser.

Nach Wechsel der Software ist Mehrheit zufriedener

Von den unzufriedenen Nutzern wären der Zi-Umfrage zufolge rund zwei Drittel bereit für einen Wechsel des Softwaresystems.

Insgesamt gaben 8,5 Prozent der Teilnehmenden an, bereits den Anbieter gewechselt zu haben. Von diesen sind nach dem Wechsel gut 56 Prozent mit ihrem System zufrieden und würden es weiterempfehlen.

Vor diesem Hintergrund forderte Zi-Vorstandsvorsitzender Dr. Dominik von Stillfried bessere Bedingungen für einen Anbieter-Wechsel. „So wie die Politik die Digitalisierung der Krankenhäuser finanziell fördert, könnte der Wechsel zu

15 Praxisverwaltungsprogramme, die in der Umfrage positiv bewertet wurden (alphabetische Reihenfolge)

- DURIA (Duria)
- EL - Elaphe Longissima (Softland)
- EVA (Abasoft)
- EVIDENT (EVIDENT)
- FIDUS (FIDUS Software Entwicklung)
- InterARZT (InterData Praxiscomputer)
- Medical Office (Indamed EDV-Entwicklung und Vertrieb)
- MEDYS (MEDYS)
- PegaMed (PEGA Elektronik)
- Praxis-Programm (Medi Software Computersysteme für Ärzte)
- Pro_Medico (Neutz Gmb Systemhaus)
- PsychoDat (ergosoft)
- SMARTY (New Media Company)
- T2med (T2med)
- tomedo (Zollsoft)

Praxissoftwaresystemen gefördert werden, die nach vorheriger Prüfung eine bessere Funktionalität beziehungsweise einen besseren Service bieten und damit zur Umsetzung der Telematikinfrastruktur besser geeignet sind“, betonte der Zi-Vorstandschef. ■



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Hyaluronsäure bei Kniearthrose

Sinnvolle IGeL oder Placebo?

VON ROLAND BÜCHTER UND PROF. DR. DAWID PIEPER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

B

Bei Arthrose-Patienten dürften intraartikuläre Hyaluronsäure-Injektionen zu den häufigsten Selbstzahler-Leistungen gehören. In einer Befragung von BARMER-Versicherten gaben 25% der Patientinnen und Patienten mit Kniearthrose an, in den letzten 12 Monaten eine Injektion in Anspruch genommen zu haben (n=932). Diese wurde fast immer in einer orthopädischen Praxis durchgeführt (91%).¹

Zwar wurde nicht untersucht, um welche Art der Injektion es sich handelt, eine 2023 durchgeführte Befragung von 5.850 GKV-Versicherten listet Hyaluronsäure-Injektionen jedoch als die häufigste IGeL bei Kniearthrose.² Aber wie steht es um die Evidenz für diese Spritzen?

DIE NOTWENDIGKEIT METHODISCH SORGFÄLTIGER EVIDENZSYNTHESEN

Eine Arbeitsgruppe der Universität Bern führte 2012 eine systematische Übersicht und Metaanalyse ran-

domisierter Studien zu Hyaluronsäure-Injektionen bei Kniearthrose durch.³ Diese Arbeit zeichnete sich damals durch ein methodisch-rigores Vorgehen aus, das viele andere Übersichtsarbeiten zu den beliebten Spritzen vermissen lassen.

Unter anderem legte die Wissenschaftlergruppe großen Wert darauf, alle relevanten Studien auszuwerten, um Verzerrungen aufgrund eines „Schubladen-Problems“ zu vermeiden. Dieses Phänomen wurde 1979 erstmals von Rosenthal beschrieben und ist heute eher im Zusammenhang mit dem Publikationsbias bekannt – und im Volksmund als Rosinenpickerei geläufig. Es beschreibt die Forschungspraxis, dass „negative“ Studien – also Studien ohne statistisch signifikante Ergebnisse – eher wieder in der Schublade verschwinden, weil sie weniger Nachrichtenwert haben und schwerer zu publizieren sind.

VERZERRUNGEN DURCH UNVERÖFFENTLICHTE STUDIENERGEBNISSE

In der Tat identifizierte die Autorengruppe über Suchquellen wie Studienregister 6 unveröffentlichte Studien mit 1.357 Patientinnen und Patienten. Über Hersteller-Anfragen, die US-amerikanische Zulassungsbehörde Food and Drug Administration und eine anonyme Quelle gelang es der Gruppe damals, auch diese Daten in ihren Auswertungen zu berücksichtigen. Ein Hersteller war nicht bereit, die Ergebnisse seiner Studie zur Verfügung zu stellen.

Die Autorengruppe kam damals zu dem Schluss, dass Hyaluronsäure-Injektionen bei Kniearthrose keine kli-

nisch relevanten Effekte gegenüber Placebo-Injektionen haben. Eine separate Auswertung der Daten aus den unveröffentlichten Studien zeigte für den Endpunkt Schmerzen im Punktschätzer eine Effektgröße von $-0,03$, was praktisch einem Nulleffekt entspricht.

ZEHN JAHRE SPÄTER SIEHT DIE SITUATION NICHT VIEL BESSER AUS

Kürzlich erschien im *British Medical Journal* (BMJ) ein Update der Übersichtsarbeit.⁴ In den 10 Jahren seit der ersten Publikation verdoppelte sich die Zahl der Studien von 89 auf 169 und die Zahl der randomisierten Patientinnen und Patienten von 12.667 auf 21.163.

Von einem Mangel an Daten kann man also wahrlich nicht sprechen – vor allem, wenn man bedenkt, dass es sich hier um Studien mit Endpunkten handelt, die auf Symptomskalen gemessen werden und keine riesigen Fallzahlen benötigen, wie es etwa bei kardiologischen Studien mit binären Endpunkten und seltenen Ereignissen der Fall ist.

Wie bereits in der ersten Analyse zeigen sich auch im 2022 veröffentlichten Update Hinweise auf einen Publikationsbias und jede Menge unveröffentlichter Studienergebnisse.⁴

Diesmal konnte die Autorengruppe trotz Bemühungen allerdings nicht alle Daten beschaffen. So blieben die Ergebnisse von 12 Studien mit über 3.000 randomisierten Patientinnen und Patienten letztlich unberücksichtigt. Eine separate Auswertung der unveröffentlichten Studien, zu denen Daten zur Verfügung standen, zeigte auch in diesem Fall einen Nulleffekt. Die Effektgröße für den Endpunkt Schmerz lag in diesem Studienpool bei $-0,02$ mit einem 95%-Konfidenzintervall von $-0,17$ bis $0,13$ ($n=2.840$ Patientinnen und Patienten).

In der Analyse zeigte sich noch ein weiteres Problem: ein sogenannter Small Study Effekt. Hiervon

spricht man, wenn Studien mit kleinen Teilnehmerzahlen im Vergleich zu größeren Studien häufiger positive (oder negative) Ergebnisse aufweisen. Die Gründe dafür können sehr unterschiedlich sein und umfassen einen möglichen Publikationsbias (größere Studien werden eher publiziert als kleinere), selektive Berichterstattung (kleinere Studien sind unvollständiger berichtet) und methodische Gründe (kleinere Studien haben häufiger methodische Schwächen und sind daher eher verzerrt).

Je nach Kontext können auch klinische Unterschiede einen Small Study Effekt erklären – etwa, wenn kleine Studien eher in spezialisierten Zentren durchgeführt werden und deshalb andere Ergebnisse zeigen (die sich dann nicht auf die Regelversorgung übertragen lassen).

In der Metaanalyse zum Effekt von Hyaluronsäure-Injektionen war für den Endpunkt Schmerzen ein bemerkenswert ausgeprägter Small Study Effekt sichtbar: 41 der 169 berücksichtigten Studien (25%) zeigten Effektstärken, die größer waren als der durchschnittliche Effekt einer Knie-Total-Endoprothese.⁴

Mit anderen Worten: Effektstärken, die unplausibel hoch sind. Hierbei handelte es sich vollständig um Studien mit weniger als 100 Teilnehmenden. Die größeren Studien, an denen im Mittel 377 Personen teilnahmen, zeigten hingegen sehr viel plausiblere Ergebnisse.

Um Verzerrungen aufgrund von Small Study Effekten zu vermeiden, beschränkte die Autorengruppe ihre Primäranalysen konsequenterweise auf Studien mit mehr als 100 Teilnehmenden und einer Placebo-Kontrolle (24 Studien, 8.997 Patientinnen und Patienten). In diesem Studienpool wiesen zudem alle seit 2012 durchgeführten Studien wenige methodische Mängel bzw. ein niedriges Verzerrungspotenzial auf (welches die Autorengruppe mit dem Cochrane Risk of Bias Tool 2.0 bewertete).⁴

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

DER NUTZEN VON HYALURONSÄURE-INJEKTIONEN IST PRAKTISCH WIDERLEGT

Schlussendlich zu beweisen, dass eine Intervention keinen Effekt hat, ist in der Wissenschaftstheorie, zumindest nach dem Falsifikationsprinzip, ausgeschlossen. Die Auswertung der klinischen Studien zu Hyaluronsäure-Injektionen im BMJ-Artikel kommt dem Nachweis eines Nulleffekts aber so nahe, wie es praktisch möglich ist.

Für den Endpunkt Schmerzen gemessen auf einer 100 mm-Visuellen-Analogskala lag der Gruppenunterschied zwischen Hyaluronsäure- und Placebo-Injektionen bei 2 mm zugunsten von Hyaluronsäure. Das 95%-Konfidenzintervall reichte von 0,05 bis 3,8 mm.⁴

Als für Patientinnen und Patienten spürbare (d.h. relevante) Effekte haben sich in der Arthrose-Forschung Veränderungen von mindestens 10 mm etabliert.⁵ Die Ergebnisse waren aufgrund der sehr großen Patientenzahlen also statistisch signifikant, aber sehr weit weg von jeglicher klinischen Relevanz. Gleiches zeigte sich für den Endpunkt Kniefunktion, bei dem sich der Effekt ebenfalls im Irrelevanzbereich bewegt.

Die Ergebnisse einer Reihe a priori geplanter Subgruppenanalysen zu methodischen und klinischen Studiencharakteristika zeigen homogene und mit den Primäranalysen konsistente Effekte. Sie betrafen unter anderem die Zahl der Injektionen, die Molekülmasse und die Vernetzung der Hyaluronsäure. Die Schlussfolgerung der Arbeit ist klar: Hyaluronsäure-Injektionen helfen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht besser als Placebo-Injektionen.⁴

Zu schweren unerwünschten Ereignissen konnte die Autorengruppe Daten von 15 Studien auswerten (n=6.462).⁴ Die Gesamtrate schwerer unerwünschter Ereignisse lag unter Hyaluronsäure bei 3,7% und unter Placebo bei 2,5%, was im 95%-Konfidenzintervall einer statistisch signifikanten Risikoerhöhung von 12 bis 98% entsprach. Die Autorengruppe differenzierte

allerdings nicht zwischen allen Ereignissen und solchen, die wahrscheinlich kausal mit den Injektionen zusammenhängen. Vor dem Hintergrund der fehlenden Wirksamkeit erscheint jedoch jedes potenzielle Risiko eines schweren unerwünschten Ereignisses problematisch.

INAKZEPTABLE FORSCHUNGSPRAKTIKEN

In ihrem Update aus 2022 führte die Forschergruppe ergänzend eine kumulative Metaanalyse durch, die sichtbar macht, wie sich die Effekte und ihre statistische Sicherheit über die letzten 40 Jahre mit jeder neuen Studie verändert haben.

Diese Analyse zeigt, dass spätestens 2012 ausreichend Patientinnen und Patienten randomisiert worden waren, um einen klinisch relevanten Effekt von Hyaluronsäure-Injektionen auf Schmerzen auszuschließen.⁴ Trotzdem wurden seitdem unzählige weitere Studien durchgeführt und viele Tausend Patientinnen und Patienten zu Hyaluronsäure randomisiert. Für solche Situationen hat sich in den letzten 15 Jahren ein Begriff etabliert: "research waste".⁶

Es erscheint unwahrscheinlich, dass weitere Studien neue Erkenntnisse bringen. Bevor neue Studien zu Hyaluronsäure-Injektionen geplant werden, braucht es einen sehr sorgfältigen und unabhängigen Diskurs darüber, ob es klinische Konstellationen gibt, in denen dies tatsächlich noch sinnvoll wäre.

Wie sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten durch Verzerrungen in der Literatur in die Irre geführt werden, zeigt sich auch an dem Schönreden oder Spin in einem Großteil der Forschungsliteratur. Schaut man sich zum Beispiel die Publikation einer der größten (n=692) und aktuellsten Studien aus der BMJ-Metaanalyse an, wird dies bereits in der Zusammenfassung deutlich.⁷ Dort schlussfolgern die Autorinnen und Autoren der Studie, dass die darin untersuchte Hyaluronsäure-Injektion zu schnellen,

nachhaltigen und klinisch relevanten Reduktionen von Kniebeschwerden und Funktionseinschränkungen führe und diese Effekte über einen Zeitraum von 24 Wochen anhalten würden.

Tatsächlich zeigten sich auch in dieser Studie nur klinisch irrelevante Unterschiede. Für Schmerzen lagen sie gemessen auf einer 100 mm-Schmerzskala zu 5 Messzeitpunkten im Bereich von 3,4 bis 5,8 mm. Auch in methodisch gut gemachten Studien kommt es leider

vor, dass enttäuschende Ergebnisse beschönigt werden und die Leserschaft damit hinters Licht geführt wird.

Während der Erfolg von Hyaluronsäure-Injektionen als IGeL ungebrochen scheint, sieht es bei der Versorgung mit etablierten Therapien lückenhaft aus. So zeigen mehrere Erhebungen aus der deutschen Versorgungsforschung, dass weniger als die Hälfte aller Patientinnen und Patienten in den 12 Monaten vor einer Knie-TEP eine Physiotherapie erhalten.^{8,9} ■



ROLAND BRIAN BÜCHTER
Institut für Forschung
in der Operativen Medizin (IFOM),
Fakultät für Gesundheit,
Universität Witten/Herdecke



**PROF. DR. RER. MEDIC.
DAWID PIEPER**
Leiter des Zentrums für
Versorgungsforschung, Medizi-
nische Hochschule Brandenburg
(Theodor Fontane), und des
Instituts für Versorgungs- und Ge-
sundheitssystemforschung,
Fakultät für Gesundheitswissen-
schaften Brandenburg, Medizi-
nische Hochschule Brandenburg
(Theodor Fontane)

Literatur:

- Jacobs H, Hoffmann F, Callhoff J, et al. Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) bei Arthrose in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 62, 1013–1019 (2019).
- aserto/Medizinischer Dienst Bund (MDS). IGeL-Report 2023 – Ergebnisse der Versichertenbefragung. URL: https://www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/IGeL-Report_2023_Evaluationsbericht.pdf
- Rutjes AW, Jüni P, da Costa BR, Trelle S, Nüesch E, Reichenbach S. Viscosupplementation for osteoarthritis of the knee: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2012;157(3):180-191.
- Pereira TV, Jüni P, Saadat P, Xing D, Yao L, Bobos P, Agarwal A, Hincapié CA, da Costa BR. Viscosupplementation for knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;378:e069722.
- Reginster JY, Reiter-Niesert S, Bruyère O, et al. Recommendations for an update of the 2010 European regulatory guideline on clinical investigation of medicinal products used in the treatment of osteoarthritis and reflections about related clinically relevant outcomes: expert consensus statement. Osteoarthritis Cartilage. 2015;23(12):2086-2093.
- Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. Lancet. 2009;374(9683):86-89.
- Migliore A, Blicharski T, Plebanski R et al. Knee Osteoarthritis Pain Management with an Innovative High and Low Molecular Weight Hyaluronic Acid Formulation (HA-HL): A Randomized Clinical Trial. Rheumatol Ther. 2021;8(4):1617-1636.
- Lange T, Luque Ramos A, Albrecht K, et al. Verordnungshäufigkeit physikalischer Therapien und Analgetika vor dem Einsatz einer Hüft- bzw. Kniegelenks-Endoprothese: Eine versorgungsepidemiologische Analyse basierend auf GKV-Routinedaten aus Deutschland. Orthopäde. 2018;47(12):1018-1026.
- Jacobs H, Hoffmann F, Lazovic D, Maus U, Seeber GH. Use of Physiotherapy Prior to Total Knee Arthroplasty—Results of the Prospective FlNGK Study. Healthcare. 2022;10(2):407.



Alles falsch gemacht?

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

Einigen ist es vielleicht nicht ganz unbekannt. Die Sprechstunde ist überfüllt, alle möchten irgendwas, die MFA steht permanent in der Tür, der Kopf brennt.

Man ruft den nächsten Patienten auf, er ist ganz aufgebracht. Während er noch Krankenhausunterlagen aus einer Plastikfolie kramt, beginnt er, laut und wütend zu berichten, was in der Klinik vorgefallen ist. Das sei alles nicht abgesprochen gewesen, niemand habe ihm was gesagt, bei der Operation seien

nicht so klar, was das überhaupt bedeutet. Patient:innen können nicht wissen, was das ist, hat man ja glücklicherweise im Leben wenig damit zu tun. Für Patient:innen sind Behandlungsfehler meistens alles, was bei irgendeiner Behandlung irgendwie nicht so war, wie sie es sich vorgestellt haben.

Eine gute Vorbereitung in der Praxis und/oder Klinik kann hier sehr hilfreich sein, löst aber auch nicht immer alles. Medizinische Behandlungen sind für viele Men-

sie den Eindruck haben, dass sich ein Behandlungsfehler ereignet hat.

Diese Möglichkeit ist wichtig und richtig, auch wenn es sich im Nachhinein nur sehr selten um echte Behandlungsfehler handelt. In der Regel werden in diesen Fällen kommunikative oder medizinische Missverständnisse aufgearbeitet. Die Zahl der „echten“ Behandlungsfehler ist seit Jahren auf niedrigem Niveau stabil.

Wünschenswert wäre es natürlich, dass die medizinischen Zusammenhänge den Patient:innen im Vorhinein schon so dargelegt würden, dass es gar nicht zu einer Auseinandersetzung mittels Fragenkatalogen und Dokumentensammlungen kommt.

Das lässt sich in der Realität wahrscheinlich in naher Zukunft nicht ganz verwirklichen, aber damit kann und muss man leben.

Man sagt nebenbei: "Das ist ja wirklich nicht gut gelaufen." Und da schnappt die Falle vielleicht schon zu. Für jemand anderen.

Fehler gemacht worden, weshalb er nochmal operiert werden musste. „Die haben alles falsch gemacht!“

Man hört zu, während man versucht, die Unterlagen zu sortieren, und sagt empathisch, vielleicht einfach nur so nebenbei: „Das ist ja wirklich nicht gut gelaufen.“

Und da schnappt die Falle vielleicht schon zu. Für jemand anderen.

Das Wort „Behandlungsfehler“ fällt sehr schnell, und Vielen ist gar

schen Stresssituationen, sind mit Ängsten verbunden und vor allem häufig vollkommen fremd. Auch von der sorgsamsten, ausgedehntesten Aufklärung wird im Schnitt nur ungefähr die Hälfte mitgenommen. Hinzu kommt das ubiquitär vorhandene Zeitproblem. Alles ist schnell, alles ist verkürzt.

Patient:innen können sich kostenlos an die Krankenkasse oder die Schlichtungsstelle wenden, wenn

Viel schwieriger ist unsere ärztliche Rolle. Wie eingangs beschrieben, sind wir als Behandler:innen in einer merkwürdigen Situation, wenn es zu einem Disput zwischen unseren Patient:innen und anderen Behandler:innen kommt.

Wer schon mal in ein Schlichtungsstellenverfahren geraten ist, weiß, wie unangenehm das ist,

selbst wenn man sicher ist, dass man nichts falsch gemacht hat.

Die Patient:innen kommen in einem hochemotionalen Zustand, haben Bilder und Konstrukte im Kopf und werfen sie uns hin. Wir möchten an dieser Stelle vielleicht auffangen und unterstützen. Das ist absolut nicht verboten, aber hierbei gibt es Dinge zu beachten:

- Wir sind nicht der Rechtsbeistand unserer Patient:innen und haben nicht die Aufgabe, Beratungen in juristischen Angelegenheiten durchzuführen.
- Wir können die vom Patienten geschilderte Situation nicht nachvollziehen. Die Emotion ja, den Sachverhalt ganz überwiegend nicht. Wir haben die mündliche Aussage eines medizinischen Laien zu einem Vorfall, über den uns maximal ein Entlassungsbrief informiert.
- Wir spielen in der Situation des Patienten eine tragende Rolle. Wir sind die good cops, die Verbündeten. Der Patient bringt viel confirmation bias mit, und jedes unterstützende Wort, das wir vorbringen, bestärkt ihn weiter in der Annahme, dass die anderen alles falsch gemacht haben. Und bestärkt ihn auch in weiteren rechtlichen Schritten, die nun auf einen Kollegen abzielen, von dem wir überhaupt nicht wissen, was er getan hat.

Auch außerhalb unseres Berufes herrschen die unreflektierten, voreiligen Meinungen. So schnell kann man gar nicht weiterscrollen, wie sich schon wieder jemand berufen fühlt, als Richter der Welt aufzutreten.

Viele Menschen sehen in der Zurückhaltung bei der Kritik ärztlicher Kolleg:innen das Bild mit den nicht augenaushackenden Krähen.

Das ist mitnichten so. Haben wir den Eindruck, dass etwas nicht gut gelaufen ist, besitzen wir alle ein Telefon. Nachfragen, erklären lassen, berichten. Der größte Teil aller Missverständnisse lässt sich so ausräumen.

Ich habe mal so einen Anruf bekommen aus einer Klinik, die (aus meiner Erfahrung) gehäuft Patient:innen mitteilt, dass alle anderen alles falsch machen.

Der Anruf kam, nachdem eine Patientin bereits nachhaltig bestärkt wurde, sich zu beschweren, was sie auch tat. Die Kollegin am Telefon hat sich nach zehn Minuten entschuldigt, das war allerdings schon zu spät.

Ziemlich sicher kann man sagen, dass man sehr viel falsch macht, wenn man diese Anrufe erst hinterher tätigt.

Als sehr positives Gegenbeispiel hat mich als Assistentin in der Klinik

einmal ein niedergelassener Kollege angerufen, weil sich nach einer schwierigen Septumoperation bei jemandem eine Perforation gebildet hatte. Das war kein Behandlungsfehler, aber für den Patienten eine unschöne Komplikation. Der Kollege hat mir sehr freundliche Worte gesagt, weil ich wohl merklich unglücklich war und hat gefragt, ob er den Patienten nochmal schicken könnte. „Ihr könnt das ja wieder zumachen.“

Der Patient wusste bei der nächsten Vorstellung, was das Problem war, warum er nochmal operiert wird und hatte alle seine Nachsorgetermine schon dabei. So geht es eben auch.

Dies sind nur einzelne Aspekte des großen Themas „Alles falsch gemacht“, aber einen roten Faden erkennt man gut: Ein Hauptproblem ist oft die Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Zeitmangel, Ego-Probleme, vorschnelle Überzeugungen und Ungenauigkeit sowie fehlende Neutralität sind andere.

Im Sinne der Patient:innen und Kolleg:innen tun wir gut daran, in unübersichtlichen Situationen einmal kurz still zu sein und nachzudenken. Das kann man dann auch gleich in die übrigen Teile des Lebens mitnehmen. ■



Vor einem Fahrrad-Plakat am KV-Gebäude: Caroline Roos (stv. KV-Vorsitzende), John Afful (KV-Vorsitzender), Dr. Björn Parey (stv. Vorsitzender der Vertreterversammlung) und Dr. Johannes Frey (Beisitzender Psychotherapie der Vertreterversammlung)

Kampagne "Wir sind für Sie nah"

Eine Kampagne der KBV und der KVen macht auf die Gefährdung der wohnortnahen ambulanten Gesundheitsversorgung aufmerksam.

Die Rahmenbedingungen, mit denen die KV-Mitglieder konfrontiert sind, machen die Arbeit in den Praxen immer schwerer. Die Kampagne „Wir sind für Sie nah“ startete mit einer Pressekonzferenz in Berlin und öffentlichkeitswirksamen TV-Spots auf unterschiedlichen Kanälen. Deutschlandweit sind Plakate und Anzeigen zu sehen; Fahrräder mit Plakat-Anhänger touren durch Großstädte, Anzeigen werden in den sozialen Netzwerken geschaltet.

Politische Entscheider werden über zielgruppenspezifische Online-Medien wie Branchen-Newsletter und Podcasts gezielt auf die Kampagne aufmerksam gemacht.

Weitere Informationen zur Kampagne:
www.rettet-die-praxen.de

Das Hamburger Corona-Impfzentrum

Das Buch "Das Hamburger Impfzentrum" zeichnet die Geschichte des Projekts nach und fängt dessen besonderen Spirit ein. Viele Akteure kommen zu Wort – darunter Dr. Dirk Heinrich, Sprecher der medizinischen Leitung des Impfzentrums und Walter Plassmann, damals Vorsitzender der KV Hamburg. Zugleich entsteht ein Bild der Corona-Pandemie aus Hamburger Perspektive. Herausgeber des Buches ist Thomas Boner, Gründer des Medizinunternehmens Alanta, das damals die Organisation des Impfzentrums übernommen hatte. ■



Thomas D. Boner (Hg.):
Das Hamburger Impfzentrum
– ein Ort der Solidarität und
Zuversicht. Ellert & Richter Verlag
2024. 160 Seiten mit
140 Abbildungen. 12 Euro.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Kerstin Sude**
Stellvertretendes Mitglied der KV-Vertreterversammlung

Name: **Kerstin Sude**

Geburtsjahr: **1966**

Familienstand: **in Partnerschaft, 2 Kinder**

Fachrichtung: **Psychologische Psychotherapeutin, TfP**

Weitere Ämter: **Vorstand /Delegierte Psychotherapeutenkammer Hamburg, Delegierte Deutscher Psychotherapeutentag (inkl. Kommission Digitale Agenda), Landesvorsitzende Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, AG Psychiatrie (ver.di)**

Hobbys: **Chorsingen, Musik, Ostsee**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja, der Berufsweg hat mich auf dem zweiten Bildungsweg in diesen Heilberuf geführt. Bereits vor dem Studium habe ich gern mit Menschen im stationären wie auch im ambulanten Setting gearbeitet, was mir (bis heute) viel Freude bereitet, insbes. wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen mit der Praxis zu verbinden

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ein Faible für Empowerment, Gerechtigkeit und Mitbestimmung. Aus einer gewerkschaftlich, politisch aktiven Familie kommend, ist es bedeutsam in einem Beruf mit hohem Frauenanteil gesundheitspolitisch Notwendiges mit anderen sinnstiftend und gendersensibel voranzubringen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?

- Versorgung psychisch Erkrankter verbessern, bedarfsgerechte Versorgung: Anpassung der Bedarfsplanung
- Klima- und Umweltschutz stärken
- Präsenz, Stundenkapazität & Zeit für die Versorgung und für Berufstätige
- Finanzierung psychotherapeutischer Weiterbildung, Nachwuchsförderung
- Digitalisierung wo notwendig, inkl. Datenschutz, Diversität & Geschlechtersensibilität

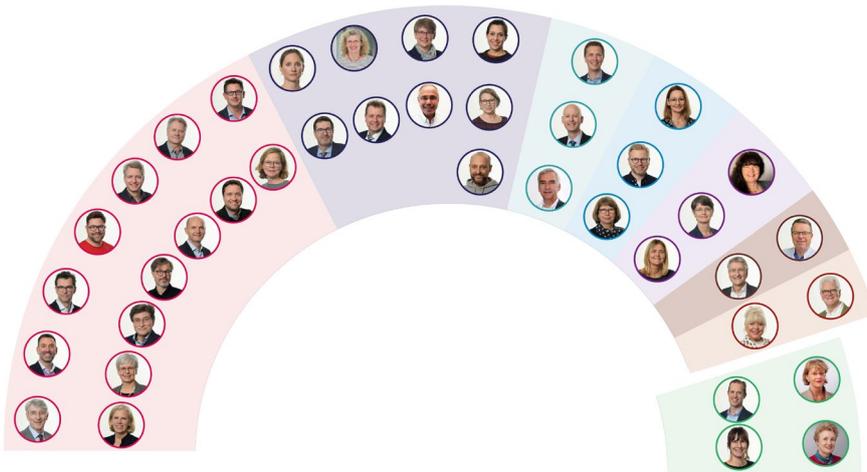
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Viele Patient:innen in Not (und absagen müssen). Zuviel nicht funktionierende Telematik und Bürokratie. Familie/Care, Berufliches & Ehrenämter „unter einen Hut“

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Beruflich: siehe Ziele. Priv.: Europäisches Chorfestival und Bootsreise

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 19. Juni 2024 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi. 3.7.2024 (18 Uhr)

"Aktuelles aus der Berufspolitik"
Referentin: Dr. Rita Trettin

Ort: Ärztehaus
Saal 5 + 6
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP® Einführungsseminar für Arztpraxen und Psychotherapeuten (Präsenz)

Zweiteilig

Teil I: Fr. 21.6.2024 (15 - 20 Uhr)

Teil II: Sa. 22.6.2024 (9 - 16 Uhr)

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Terminsystem (online)

Mi. 26.6.2024 (15 - 18 Uhr)

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Exklusiv-Kurs für Praxismanager:innen (Präsenz)

Zweiteilig

Teil I: Do. 27.6.2024 (9.30 - 17 Uhr)

Teil II: Fr. 28.6.2024 (9.30 - 17 Uhr)

24 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ausbildung Praxismanager:in (Präsenz)

einwöchig

Mo. 15.7.2024 bis Fr. 19.7.2024

Mo. (11 - 17 Uhr),

Di. Mi. Do. (9 - 17 Uhr),

Fr. (9 - 14 Uhr)

49 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ausbildung QMB (online)

dreiteilig

Teil I: Fr. 30.8.2024 (9 - 14 Uhr)

Teil II: Fr. 6.9.2024 (9 - 14 Uhr)

Teil III: Fr. 13.9.2024 (9 - 14 Uhr)

27 FORTBILDUNGSPUNKTE

Weitere Informationen und

Anmeldung: www.kvhh.de →

(oben rechts) Menü → Praxis →

Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNG**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.
Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 8.11.2024 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.
neurologiewinterhude.de
Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Der depressive ältere Patient

Besonderheiten und Gefahren in der Pharmakotherapie

Mi. 12.6.2024 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 3
22083 Hamburg**

**Nicht-motorische Störungen beim
Parkinson-Syndrom**

Vigilanz – Schlafstörungen – vegetative Störungen in der differentialdiagnostischen Betrachtungsweise

Mi. 18.9.2024 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

**Betriebliches
Gesundheitsmanagement**

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 20.11.2024 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 3
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

**Fortbildungen für Ärztinnen und
Ärzte**

Aktuelle Infos:

[www.aerztekammer-hamburg.org/
akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html)

Ansprechpartnerin:

Bettina Rawald, Fortbildungsakademie
Tel: 040 / 202299-306
akademie@aekhh.de

**Medizinische
Fachangestellte:
Planen Sie Ihre
Fortbildungen für 2024!**



**Das neue Fortbildungsprogrammheft
für Medizinische Fachangestellte ist da.**

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der zweiten Jahreshälfte 2024 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)

KVH



Kurze Info gefällig?

Was auch immer Sie vorhaben und welche Frage Sie auch haben mögen – unser Team vom Mitgliederservice ist für Sie da! Von A wie Abrechnung über T wie Terminservicestelle bis Z wie Zulassung – bei all Ihren Fragen stehen wir gern zur Seite.

Mitgliederservice (ehemals Infocenter) - Wir begleiten Sie durch das KV-System.

 **040 22 802 802**

Oder nutzen Sie unser Kontaktformular auf www.kvhh.de. Wir rufen Sie gern zurück!