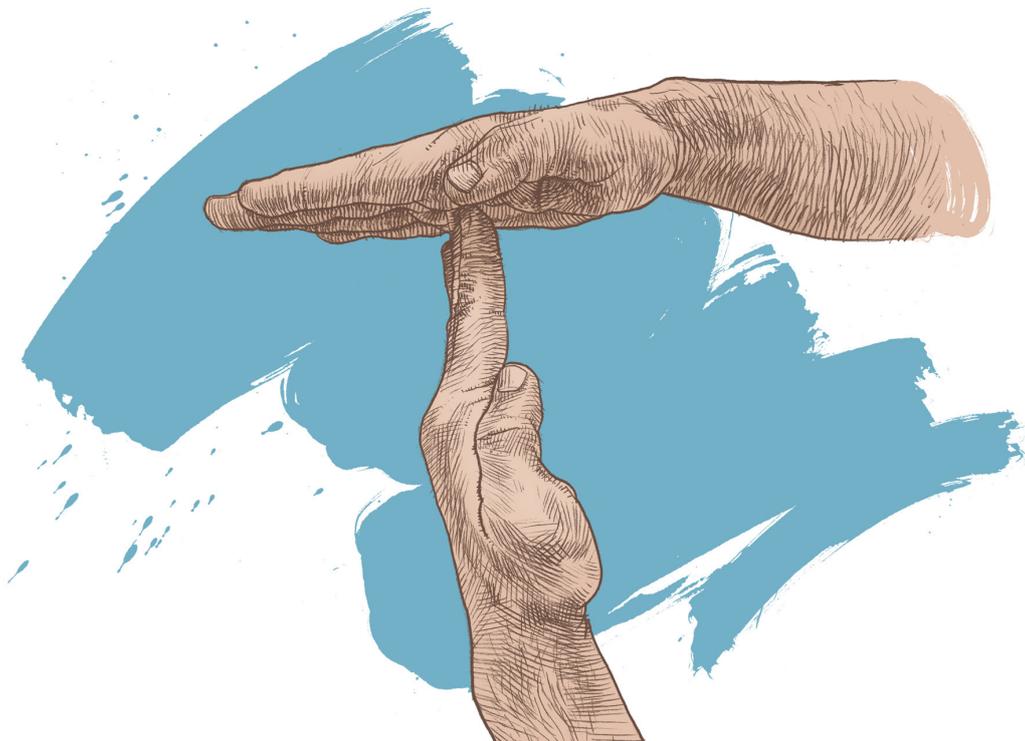


# KVH *journal*

## AUSZEIT

*KV Hamburg fordert Moratorium  
für die Gründung von Krankenhaus-MVZ*



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: Walter Plassmann

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

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

Ausgabe 10/2021 (Oktober 2021)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Sie haben einen entscheidenden Vorteil: Sie wissen, wie die Bundestagswahl ausgegangen ist, während diese Zeilen einige Tage vor der Wahl entstanden sind. Aber eigentlich dürfte es für die Gesundheitspolitik der kommenden vier Jahre auch gleichgültig sein, ob das Gesundheitsministerium in roter, schwarzer oder grüner Farbe erstrahlen wird. Es dürfte nämlich ungemütlich werden.

In „Corona-Zeiten“ hat der Staat das Geld mit vollen Händen ausgegeben – und dies in einer Zeit, in der wegen der Nachwirkungen der Finanzkrise die Notenbanken Gelder in für Laien unvorstellbaren Größenordnungen schaffen. Das Geld, das mittlerweile im Umlauf ist, hat keinerlei Bezug mehr zu einem realen Wert, beispielsweise der Wirtschaft. Es ist im wahren Sinne des Wortes Papiergeld.

Diese Unsummen müssen irgendwann wieder eingesammelt werden. Dazu gibt es zwei schnelle und einen langsamen Weg. Die schnellen sind Krieg und Währungsreform. Der langsame ist eine Austeritäts-Politik, in der das Sparen wieder die erste Geige spielt. Realistisch ist (hoffentlich) letzterer. Und der wird das Gesundheitswesen mit voller Macht erwischen.

Schon jetzt beginnen die ersten Debatten über eine „Neustrukturierung“ des stationären Sektors, was ein nettes Wort ist für Klinikschließungen. 30 Prozent aller Krankenhäuser seien für die Versorgung überflüssig, sagen Experten. Aber Kliniken werden nicht einfach geschlossen – sie werden umgewandelt in

ambulant-/teilstationäre Einrichtungen. Und damit dürfte das große Thema der nächsten Legislaturperiode angesprochen sein: die Zusammenführung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Niemand bezweifelt, dass es Verbesserungsbedarf an dieser Stelle gibt, dass die alten Schützengräben verlassen werden müssen. Aber natürlich will auch keine Seite über den Tisch gezogen werden. Und da ist es nicht sicher, wie stark die Position der Kassenärztlichen Vereinigungen sein wird.

Natürlich – in der Pandemiebekämpfung haben die KVen ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt und dabei manchen ehemals skeptischen Politiker beeindruckt. Aber wird das noch gelten, wenn „Corona“ eine normale Krankheit geworden ist? Oder ist dann das Klinik-Hemd nicht doch wieder näher?

Nur eines steht fest: Das KV-System wird verloren haben, wenn es nicht mit eigenen Ideen kommt. Eine reine Verweigerungshaltung wird dazu führen, dass die Interessen der Niedergelassenen auf die Seite geschoben werden. Die KVen müssen eigene Vorschläge machen, durchaus auch mutige. Die „Integrierten Gesundheitszentren“ sind so eine Idee, die „Integrierten Notfallzentren“ eine andere.

Klar, neue Wege haben nun mal die Eigenschaft, dass sie in unbekanntes Terrain führen. Aber das bekannte Terrain wird bald unbewohnbar sein. Also sind Mut und Tatkraft gefragt. Egal, mit wem man verhandeln muss.

Ihr **Walter Plassmann**, Vorsitzender der KV Hamburg

### KONTAKT

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

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



**SCHWERPUNKT**

- 06** \_ Nachgefragt: Wie kann man ein weiteres Vordringen von Investoren in die ambulante Versorgung verhindern?
- 08** \_ Timeout: KV Hamburg fordert ein Moratorium für die Gründung von Krankenhaus-MVZ
- 11** \_ KV Berlin richtet eigene Praxen ein
- 13** \_ Versorgungsforschungstag: Diskussion über den „Vertragsarzt im Haifischbecken“

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 14** \_ Fragen und Antworten
- 16** \_ Ende des „Gelben Scheins“: Tipps zur Umstellung auf die eAU in der Praxis
- 17** \_ Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten: Logopädie oder Sprachförderung?

**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.

## 20\_ AOK-Vertrag zur ambulanten Erbringung der elektrischen Kardioversion

Höhere Vergütung im Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der BARMER

### ARZNEIMITTEL

## 18\_ Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente: Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV

## 20\_ Einsatz von Mitteln zur Hypo-sensibilisierung

### SELBSTVERWALTUNG

## 21\_ Steckbrief: Marie Schwartz

### VERSORGUNG

## 22\_ Bilanz: Acht Monate Hamburger Impfbizentrum



**NETZWERK  
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**  
24\_ Wissenschaftsleugnung

### RUBRIKEN

02\_ Impressum

03\_ Editorial

### KOLUMNE

32\_ Zwischenruf  
von Dr. Matthias Soyka

### TERMINKALENDER

34\_ Termine und geplante  
Veranstaltungen

### BILDNACHWEIS

Titellillustration: Sebastian Haslauer  
Seite 3: Michael Zapf; Seite 7: Senatskanzlei Hamburg; Seite 8: Victor Koldunov/Stock.Adobe.com, pathdoc/Stock.Adobe.com, Catalin Pop/Stock.Adobe.com, Krakenimages.com/Stock.Adobe.com (7), Asier/Stock.Adobe.com, triocean/Stock.Adobe.com; Seite 10: WavebreakmediaMicro/Stock.Adobe.com, kues1/Stock.Adobe.com, Wayhome Studio/Stock.Adobe.com; Seite 12: kues1/Stock.Adobe.com, Krakenimages.com (2); Seite 13: Felix Faller/Alinea; Seite 15: Fleur Priess; Seite 18: Tryfonov/Fotolia; Seite 22: Felix Faller/Fotolia; Seite 23: Rene Sievert/SAHB; Marco Grundt; Seite 34: Michael Zapf, Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Icons: iStockfotolia; Seite 32: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockfoto



# Wie kann ein weiteres Vordringen von Investoren in die ambulante Versorgung verhindert werden?



**Dr. med. habil. Thomas Schang**  
Vorsitzender Agentur deutscher Arztnetze e.V.  
(Bundesverband der Arzt-/Praxisnetze)

## Ärztennetze sollten MVZ gründen

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können den Vorteil bieten, fachübergreifende Versorgung unter einem Dach darzustellen und die immer notwendiger werdende Koordination komplexer Versorgung zu gewährleisten, insbesondere wenn sie im Verbund mit einer Klinik und Pflegeeinrichtungen stehen. Auch bei der Sicherstellung der ambulanten Versorgung können MVZ eine wichtige Rolle spielen, wenn sich in einer Region nicht mehr genug Niederlassungswillige finden. Investoren können das organisieren, haben dabei aber in erster Linie Kapitalinteressen im Blick. Es besteht die Gefahr, dass sich angestellte Ärztinnen und Ärzte einem stärkeren wirtschaftlichen Druck ausgesetzt sehen, als dies in ärztlich geführten Einrichtungen der Fall wäre. Außerdem wären Monopolstrukturen entlang der gesamten Versorgungskette ein betriebswirtschaft-

licher Traum, aber ein versorgungspolitischer Alptraum. Wer eine Gesundheitsversorgung nach Kapitalinteressen (oder haushalterischen Interessen der öffentlichen Hand) vermeiden möchte, muss einen besseren Vorschlag machen. **Der Vorschlag der Arztnetze lautet: Vernetzte, integrierte Versorgung fach- und sektorübergreifend mit eigenständigen Leistungserbringern in ärztlicher Verantwortung.** Nach §87b SGB V anerkannte Arztnetze dürfen seit 2019 eigene MVZ gründen und damit einen weiteren Schritt zu einer regional besser koordinierten Versorgung in der Hand lokal niedergelassener Ärztinnen und Ärzte machen. Aber auch unabhängig davon können lokale Arztgruppen die regionale Versorgung mitgestalten und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) oder MVZ und natürlich Arztnetze gründen.

Hilfreich wären Kostenträger, die Interesse an Verträgen zur regionalen integrierten Versorgung mit vernetzten Strukturen hätten, KVen, die das unterstützen und lokale Arztgruppen, die Interesse haben, dem Gemeinwohl (und sich selbst) mit der Beteiligung an einer echten integrierten Versorgung zu dienen. ■



**Mira Faßbach**  
 Fachärztin für Urologie und Sprecherin  
 des Bündnis Junger Ärzte

## Flexibler Einstieg in die Niederlassung

Umfragen des Bündnis Junge Ärzte haben ergeben, dass sich viele Assistenzärztinnen und -ärzte im Krankenhaus bei ihren medizinischen Entscheidungen durch ökonomische Belange beeinträchtigt sehen. Die professionelle Freiheit und das selbstbestimmte Arbeiten ist den nachrückenden Ärztegenerationen wichtig, deshalb bleibt die Arbeit in eigener Praxis attraktiv. **Doch die KVen müssen die jungen Ärztinnen und Ärzte besser und enger beim Übergang in die Niederlassung begleiten.** Wir brauchen flexiblere Modelle, die uns die

Möglichkeit geben, als Angestellte in den vertragsärztlichen Bereich einzusteigen, um später selbst einen Arztsitz teilweise oder vollständig zu übernehmen. Auch von Mentoring und Übergangslösungen mit einer Weiterbeschäftigung des/der vorherigen Praxisbesitzer/in kann die Nachfolgerin oder der Nachfolger stark profitieren. Auf diese Weise könnten sich junge Ärztinnen und Ärzte mit den vertragsärztlichen Regularien vertraut machen und in die Verantwortung hineinwachsen. Wichtig wäre zudem, die ambulante Weiterbildung zu stärken, unter anderem, indem die finanziellen Fördermöglichkeiten der ambulanten Weiterbildung ausgeweitet werden. Wer während der Weiterbildung in einer Praxis arbeitet, lernt bereits früh die Vorzüge der Niederlassung zu schätzen. ■



**Melanie Schlotzhauer**  
 Staatsrätin für den Bereich Gesundheit  
 der Hamburger Sozialbehörde

## Wir befürworten KV-eigene Praxen

Dass zunehmend auch institutionelle Anleger, insbesondere Private-Equity-Fonds, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als rentable Anlageobjekte betreiben möchten, beobachten wir mit Sorge. Entscheidungen dürfen ausschließlich nach medizinischer Notwendigkeit getroffen werden; die Interessen und Renditeerwartungen von Investoren sollten dabei keine Rolle spielen. **Bereits im vergangenen Jahr hat**

**Hamburg eine Bundesratsinitiative gestartet. Mit der Initiative soll mehr Transparenz hergestellt (auf dem Praxisschild ist erkennbar, wem das MVZ wirtschaftlich gehört) und eine Konzentration auf einige wenige Träger vermieden werden.** Unser Ziel als Freie und Hansestadt Hamburg ist es, dass unseren Bürgerinnen und Bürgern eine umfassende medizinische Versorgung zur Verfügung steht und die Leitlinie der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte die medizinische Notwendigkeit bleibt. Wir befürworten die Planungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, „Eigenbetriebe“ zu schaffen und damit insbesondere die primärärztliche Versorgung sicherzustellen. ■



VON WALTER PLASSMANN

# Auszeit

KV Hamburg fordert  
ein Moratorium für die Gründung  
von MVZ in Klinikträgerschaft

**W**ie kocht man einen Frosch? Wirft man ihn lebend in kochendes Wasser, springt er sofort heraus. Setzt man ihn dagegen in kaltes Wasser und heizt dieses kontinuierlich auf, so bleibt er im Wasser, bis er tot und gekocht ist.

Zugegeben – diese Geschichte stammt aus Zeiten, in denen noch rustikaler mit Tierschutz umgegangen wurde. Das Wesentliche an ihr ist auch nicht der kulinarische Aspekt, sondern die Verhaltensaussage. Und die gilt auch für Menschen. Werden wir mit sprunghaften Veränderungen konfrontiert, ist Widerstand schnell aufgebaut. Werden wir hingegen in kleinen Schritten an exakt dieselben Veränderungen herangeführt, gewöhnt man sich an sie – und bemerkt gar nicht so recht, dass man etwas akzeptiert, das man zuvor noch vehement abgelehnt hatte.

Genau dies geschieht derzeit in der ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung. Immer mehr Praxen wandern in die Hände von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die

immer häufiger keinerlei Bezug zum Gesundheitswesen mehr haben, sondern diesen „Markt“ lediglich als interessant für Finanzinvestoren entdeckt haben. Zerstört wird damit das Netz der in der Hand selbstständiger Ärzte und Psychotherapeuten befindlichen Praxen, das maßgeblich dafür verantwortlich war, eines der besten Gesundheitswesen der Welt aufzubauen.

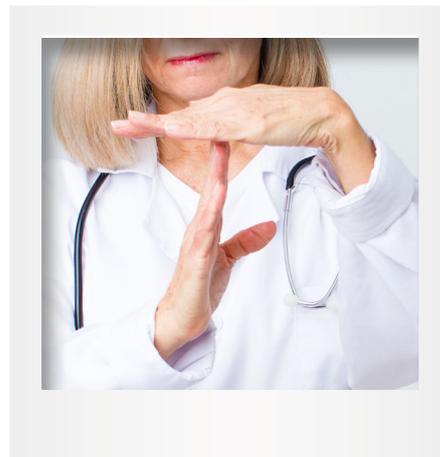
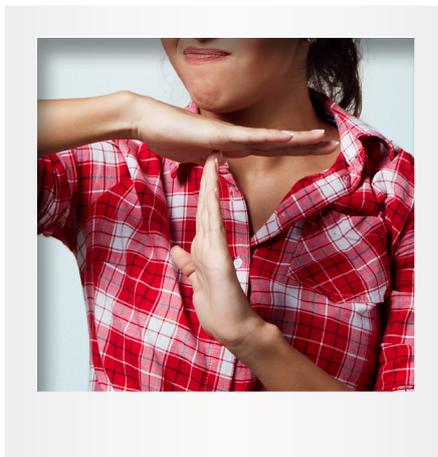
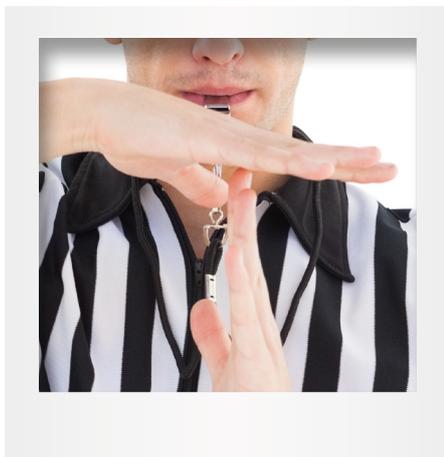
Ein MVZ in der Hand niedergelassener Ärzte oder Psychotherapeuten mag in der Regel lediglich eine besondere Form der Praxisgestaltung sein. Ein MVZ in der Hand von Krankenhäusern oder Private-Equity-Firmen verfolgt andere Zwecke. Wie mehrfach auf dem „3. Versorgungsforschungstag“ der KV Hamburg Anfang September deutlich wurde, geht es um die Forcierung von Konzentrationsprozessen zur Erzielung hoher Weiterverkaufsgewinne, um die Generierung möglichst vieler Patienten für attraktive stationäre oder operative Leistungen oder um schlichte Marktbeherrschung.

All dies hat mit der ambulanten Versorgung, dem Erfolgsmodell der

vergangenen Jahrzehnte, nichts mehr zu tun. Eine Praxis in der Hand niedergelassener Ärzte muss sich um die Belange seiner Patienten und damit um eine gute Versorgung kümmern. Das tun die Inhaber in aller Regel schon aus berufsethischen Gründen. Aber sie könnten andernfalls auch wirtschaftlich nicht überleben. Einer Praxis in der Hand von Klinik- oder Finanzinvestoren ist dieser Aspekt gleichgültig. Sie ist lediglich ein Baustein in einer ganz anderen Strategie.

Warum sieht das niemand? Ganz einfach: weil das Wasser ganz sacht heißer wird. Und weil die Dinge auch recht kompliziert sind.

Prof. Marcus Siebolds hat auf beeindruckende, wenn auch anstrengende Weise, diesen Aspekt beleuchtet (siehe sein Interview im KVH-Journal 9/2021, S. 8). Die Gefahr, dass unser ambulantes Gesundheitssystem kippt und sich die Versorgungsstruktur spürbar verschlechtert, ist aktuell nur systemtheoretisch zu begründen. Die Private-Equity-MVZ sind klug genug, nicht allzu offen zu agieren



und auch keine klaren Fehler zu begehen. Wer also verstehen will, wie die Entwicklung läuft, muss den Weg über die Systemtheorie gehen.

Der freiberuflich tätige Arzt, so führte Siebolds aus, erfüllt eine Mittlerfunktion zwischen der nahezu unbegrenzten Anspruchshaltung der Patienten und den ebenso nahezu unbegrenzten Möglichkeiten der Medizin auf der einen und der Notwendigkeit, möglichst viele Leistungen für alle Bürger zu vertretbaren Kosten vorzuhalten, auf der anderen Seite. Kein Gesundheitssystem kann dieses Spannungsverhältnis auf der

Psychotherapeut jeden Spielraum, um auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten zu reagieren. Dies ist das Erfolgsgeheimnis des ambulanten Systems in Deutschland.

Werden dem Arzt und Psychotherapeuten weitere Vorgaben gemacht – „Zulieferung“ gewünschter Patienten für stationäre und operative Leistungen, Erwirtschaftung von Rendite, Vermeidung unwirtschaftlicher Leistungen, praxiseigene Kostenvorgaben –, dann kann er diese „Mittlerfunktion“ nicht mehr erfüllen. In die Behandlungsentscheidungen fließen sachfremde

Politik, Medien und Bevölkerung erkennen dies nicht. Sie machen sich weder Gedanken, worin die Erfolgsformel des ambulanten Gesundheitssystems in Deutschland besteht, noch, wie sich schleichend die Versorgungsbedingungen verändern. Das lässt sich zum einen mit der Frosch-Analogie erklären und zum anderen damit, dass systemtheoretische Fragestellungen sperrig sind und weder in kurze Schlagzeilen noch in kurzfristige Polit-Taktiken passen. Es fehlt die smoking gun für einen Skandal.

Also alles weiterlaufen lassen? Das wäre fatal. Denn jede Zulassung eines selbstständig tätig gewesenen Arztes oder Psychotherapeuten, die in ein MVZ wandert und damit in einen „Angestelltensitz“ umgewandelt wird, ist in aller Regel verloren. Sie wird nur selten wieder zurückgewandelt.

Doch bereits die enorme Zunahme der angestellten Ärzte und Psychotherapeuten beginnt, das Erfolgsrezept der ambulanten Versorgung zu bedrohen. Denn die immer wieder bestätigte hohe Qualität des ambulanten Systems in Deutschland hat nicht nur mit der

## Zulassungen, die in ein MVZ wandern, sind in aller Regel für die Versorgung in selbstständigen Praxen verloren.

„Meta-Ebene“ – also mit exakten Vorgaben für alles und jedes – auflösen. Dies geht nur, wenn einem Experten Raum für individuelle Entscheidungen gegeben wird. Die Rahmenbedingungen stehen im SGB V: wirtschaftlich, angemessen, notwendig, zweckmäßig. Innerhalb dieses Rahmens hat der Arzt und

Kriterien, die Versorgung wird schlechter. Dies wird noch verstärkt dadurch, dass der Arzt als Angestellter tätig ist. Schon jetzt sind die Klagen von Klinikärzten Legion, dass die Verwaltungsdirektoren in medizinische Entscheidungen eingreifen. Das hängt am Angestellten-Status und setzt sich in den MVZ fort.

„Mittlerrolle“ eines selbstständig tätigen Arztes oder Psychotherapeuten zu tun, sondern auch damit, dass dieser Mittler das Recht hat, die Rahmenbedingungen seiner Arbeit mitzugestalten – in der gemeinsamen Selbstverwaltung von KV und Krankenkassen. Damit wird nicht nur erreicht, das Expertenwissen aus der Praxis in die Entscheidungen über die Rahmenbedingungen einfließen kann, sondern dass es auch eine hohe Bereitschaft gibt, diese Rahmenbedingungen mitzutragen.

Zugegeben – dieser Aspekt unseres Gesundheitswesens leidet schon seit einigen Jahren daran, dass die Krankenkassen nur noch selten bereit sind, in Versorgungsaspekten zu denken. Gerade die Spitzengremien in Berlin beweisen nahezu Tag für Tag eine empörende Ignoranz für inhaltlich medizinische Fragestellungen. Aber grundsätzlich gibt es die gemeinsame Selbstverwaltung ja immer noch, mitunter zuckt auch noch Leben auf.

Wenn aber die Mitgliedschaft einer Kassenärztlichen Vereini-

gung von angestellten Ärzten und Psychotherapeuten dominiert wird, ändert sich auch diese Seite der Partnerschaft. Erfahrungsgemäß sind angestellte Ärzte und Psychotherapeuten nur mäßig interessiert an der Selbstverwaltung. Viel näher als die Regeln der KV ist ihnen der Arbeitsvertrag. All' die Rahmenbedingungen, um die ein selbstständig tätiger Arzt oder Psychotherapeut kämpft, weil es direkt seinen beruflichen Alltag betrifft, sind dem Angestellten eher fremd. Sie betreffen den Praxisinhaber, also den Geschäftsführer des MVZ.

Mit wem verhandelt eine KV also in Zukunft die Fragen des Honorarverteilungsmaßstabes, der Organisation des Notdienstes, der Qualitätssicherung? Muss sie sich mit den MVZ-Geschäftsführern auseinandersetzen? Mit Institutionen also, für die Selbstverwaltung völlig unwichtig ist, weil sie sich als Wettbewerbs-Teilnehmer in einem Markt verstehen? Die KVen möglicherweise auch gar nicht mehr benötigten, um ihren Geschäften nachzugehen?

Erinnern wir uns: Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind aus genossenschaftsähnlichen Gruppierungen entstanden, die sich gebildet hatten, um die Interessen vieler einzelner Ärzte zu bündeln und damit ein Gegengewicht zu den Krankenkassen zu bilden. Nun war ein Verhandeln auf Augenhöhe möglich, es war die Geburtsstunde der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Große, bundesweit tätige MVZ-Ketten sind selbst stark genug, um mit Krankenkassen zu verhandeln. Gemeinsam mit privatrechtlichen

## KV Berlin beschließt die Gründung von Eigeneinrichtungen

Wir haben uns dazu entschieden, ab 2022 Eigeneinrichtungen zu gründen, um die Hausarztversorgung in den Bezirken Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick zu unterstützen. Dabei handelt es sich um ein Novum in der Geschichte der KV Berlin: Zum ersten Mal sind wir selbst Akteur in der Versorgung. Mit diesem Schritt wollen wir angestellten Ärztinnen und Ärzten die Gelegenheit geben, sich mit den Abläufen in einer Praxis vertraut zu machen und Erfahrungen zu sammeln, um die Praxis am Ende vielleicht selbst zu übernehmen.

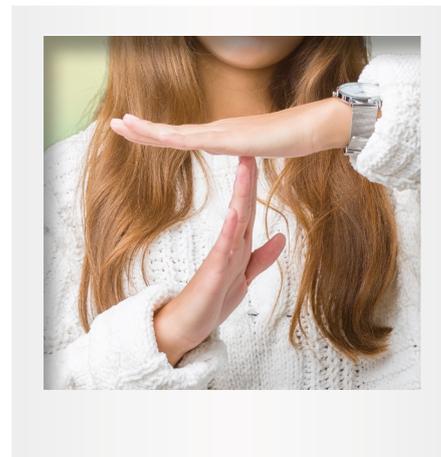
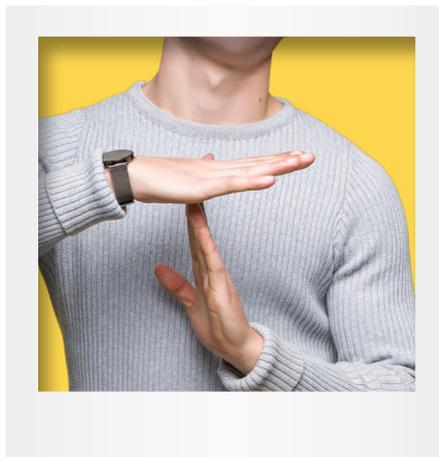
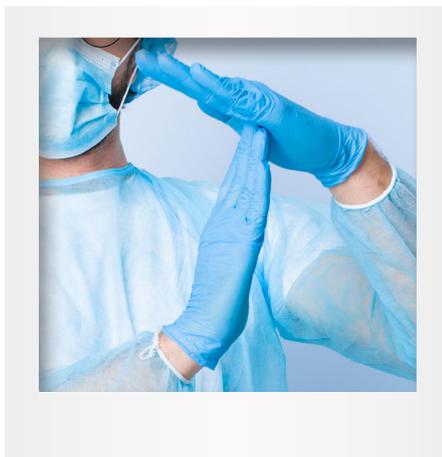
Warum schlagen wir diesen Weg ein? Zum einen haben unsere bisherigen Maßnahmen wie die Änderung des einheitlichen Bedarfsplans nicht ausreichend gefruchtet. Zum anderen haben sich auf die aktuell rund 130 offenen Hausarztstühle in den drei Bezirken zu wenige Niederlassungswillige beworben.

Erfreulich ist, dass hinter der Entscheidung für diesen Weg unsere gesamte Vertreterversammlung steht. Ebenso ist uns wichtig, den Entstehungsprozess transparent zu gestalten. Dies gilt

auch bei der Entscheidung, an welchen Standorten die Eigeneinrichtungen gegründet werden; diese Auswahl erfolgt in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen vor Ort.

Damit nicht genug. Neben dem Betrieb von KV Praxen werden wir Neuniederlassungen oder die Gründung von Zweigpraxen fördern. Darüber hinaus werden wir die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten und die Weiterbildung von Praxispersonal unterstützen sowie pro Jahr fünf Stipendien an Medizinstudierende vergeben. Das gesamte Förderprogramm wird von der KV und den Krankenkassen paritätisch finanziert. Jedes Jahr stehen 1,4 Millionen Euro zur Verfügung. Aktuell ist das Förderprogramm für die hausärztliche Versorgung vorgesehen, aber wir müssen davon ausgehen, dass in den kommenden Jahren auch fachärztliche Sicherstellungsmaßnahmen nötig sein werden – vor allem in den Außenbezirken von Berlin.

*Dr. Burkhard Ruppert, Vorstandsvorsitzender der KV Berlin / Günter Scherer, stellv. Vorstandsvorsitzender / Dr. Bettina Gaber, Vorstandsmitglied*



Abrechnungsstellen – die bereits existieren – wären sie binnen Kurzem in der Lage, eine Versorgung, so wie sie sie verstehen, sicherzustellen. Es wäre eine Versorgung ohne Gemeinwohlaspekt, ohne den „Mittler“, der aktuell die unterschiedlichen Anforderungen in der Balance hält.

Diese Entwicklung ist keineswegs Science Fiction. In der Labormedizin und Nephrologie haben selbstständig tätige Ärzte schon heute Exotenstatus, die Radiologie,

Franz Knieps, als Chef der Abteilung für ambulante Versorgung im Gesundheitsministerium verantwortlich gewesen für die Gestaltung der MVZ-Regeln, hat aus seiner Abneigung gegen die KVen niemals einen Hehl gemacht. Aber nachdem der direkte Angriff (der Rauswurf der Fachärzte aus der KV) gescheitert war, musste es halt ein schleichen-der Prozess werden – der Frosch lässt grüßen.

Es mag sein, dass die heute verantwortlichen Politiker diese

Aus diesem Grund habe ich beim „Versorgungsforschungstag“ ein Moratorium für die Gründung weiterer MVZ in Klinikträgerschaft gefordert. Jedes Krankenhaus, das ein echtes Versorgungsinteresse an einer solchen Gründung gehabt haben sollte, hatte nun ausreichend Zeit, ein MVZ zu gründen. In der jüngsten Zeit wurden im Wesentlichen von Finanzinvestoren getragene „Klinik-MVZ“ gegründet.

Ehe die Zahl dieser MVZ so groß wird, dass ganze Versorgungsbereiche unwiederbringlich aus dem jetzigen System herausgebrochen sind, muss wenigstens der Versuch gemacht werden, die mittel- und langfristigen Folgen mit der Politik zu besprechen. Wenn sie in Kenntnis der Folgen entscheidet, einen Systemwechsel zu vollziehen, dann ist das so. Aber wenn sie das nicht will, dann müssen wir jetzt handeln und die Entwicklung stoppen. Das Wasser darf also nicht mehr heißer werden. ■

## Nun muss wenigstens der Versuch gemacht werden, über die Folgen eines Systemwechsels zu diskutieren.

Kardiologie und Augenheilkunde sind auf dem schlimmsten Weg dorthin, selbst für Hausarztpraxen interessieren sich die ersten Finanzinvestoren. Die Bereiche, in denen junge Ärzte nur noch als Angestellte arbeiten können, werden immer größer.

Nicht ausgeschlossen, dass die Politik genau dies auch wollte.

radikale Linie nicht mehr vertreten. Aber sie verschließen ihre Augen vor dem langsamen Tod des „Mittlers“, ohne den es das heutige ambulante Gesundheitssystem gar nicht geben würde. Daran mag Desinteresse schuld sein, vielleicht aber auch ganz banal die Zeit, die komplexe systemtheoretische Frage einmal zu durchdenken.



**WALTER PLASSMANN**

Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg

## HAMBURGER VERSORGUNGSFORSCHUNGSTAG

# Diskussionen über den "Vertragsarzt im Haifischbecken"

Das Thema des 3. Hamburger Versorgungsforschungstags am 1. September 2021 war brisant: Es ging um das Vordringen von Investoren und Gesundheitskonzernen in die ambulante Versorgung. Die Zahl der von Investoren und Gesundheitskonzernen getragenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nimmt zu, während die inhabergeführten Praxen auf dem Rückzug sind. „Passiert das aus Versehen?“, fragte Caroline Roos, stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg in ihrer Einführungsrede. „Oder gewollt? Sind sich Gesellschaft und Politik im Klaren darüber, dass eine solche Entwicklung stattfindet? Und was dies für die Versorgung der Patientinnen und Patienten bedeuten könnte?“

Die Veranstaltung brachte Referenten zusammen, die sich dem Thema aus ganz verschiedenen Perspektiven näherten. Der Internist, ärztliche Psychotherapeut und Medizinmanagement-Professor Dr. Marcus Siebolds erläuterte, welchen Einfluss die Kommerzialisierung der Versorgung auf Rollenverständnis und Berufsethos der Ärztinnen und Ärzte hat (siehe dazu das ausführliche Interview im KVH-Journal 9/2021, S. 8). Der wissenschaftliche Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE), Prof. Dr. Jonas Schreyögg, beschrieb den Zuwachs an MVZ vor allem aus gesundheitsökonomischer Sicht.



Eine von Dr. Mandy Schulz vorgestellte Analyse des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) ergab, dass die kontinuierliche Versorgung der Patientinnen und Patienten in Hamburg hauptsächlich in den Praxen stattfindet. In den MVZ gibt es wenig direkte Inanspruchnahme. Die meisten Behandlungsfälle finden auf Überweisung statt.

Hierzu passt, dass die Versorgung dieser Studie zufolge in den Einzel- und Gemeinschaftspraxen breiter ist als in den MVZ (gemessen an der Anzahl der abgerechneten Gebührenordnungspositionen).

In zwei Podiumsrunden kamen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Patientenvertreter, MVZ-Betreiber sowie Vertreter von Banken und Krankenhäusern mit jeweils etwa zehnminütigen Statements zu Wort. KV-Chef Walter Plassmann umriss in seinem Vortrag die Haltung der

KV und zeigte Lösungsmöglichkeiten auf (siehe Seite 8). In seinem Schlusswort dankte Plassmann insbesondere der Staatsrätin Melanie Schlotzhauer aus der Hamburger Sozialbehörde, die sich mit Statements beteiligt und mitdiskutiert hatte. „Wir freuen uns sehr über Ihr Interesse und wissen zu schätzen, dass Sie den Tag mit uns verbracht haben.“

Der 3. Hamburger Versorgungsforschungstag war eine Hybrid-Veranstaltung. Sie fand im Ärztehaus statt und wurde via Internet live von einem größeren Publikum verfolgt. ■

**Weitere Informationen zum Versorgungsforschungstag sowie eine Videoaufzeichnung der Veranstaltung finden Sie unter: <https://www.kvhh.net/de/ueberuns/versorgungsforschungstag-2021.html>**



## Fragen und Antworten

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

**Infocenter Tel: 22802-900**

### CORONA-SONDERREGELUNG

**Eine mir bekannte Patientin möchte eine Überweisung postalisch zugesandt bekommen. Muss ich hierfür ihre elektronische Versichertenkarte einlesen und gibt es für das Porto eine Abrechnungsziffer?**

Wegen der aktuellen Corona-Sonderregelung müssen Patienten nicht in die Praxis kommen, um sich nur ein Rezept oder eine Verordnung abzuholen. Für Patienten, die bei Ihnen in Behandlung sind, muss die eGK auch nicht eingelese werden – Sie übernehmen die Versichertendaten einfach aus der Patientenakte. Für den postalischen Versand folgender Formulare werden die Portokosten erstattet:

- AU-Bescheinigungen
- Folgeverordnungen von Arzneimitteln (auch BtM-Rezepte) sowie von Verbands- und Hilfsmitteln, die auf Muster 16 verordnet werden (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörhilfen)
- Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege (Muster 12)
- Folgeverordnungen für Heilmittel (Muster 13 Physiotherapie, Podologische Therapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie und Ernährungstherapie).
- Überweisungen (Muster 6 und 10)
- Verordnung einer Krankenförderung (Muster 4)

Die Versandkosten werden mit der Pseudo-GOP 88122, die mit 90 Cent bewertet ist, abgerechnet.

### TSVG

**Im Rahmen eines Hausarztvermittlungsfalls möchte ich als Hausärztin für meinen Patienten einen Facharzttermin vermitteln. Können Patienten auch in die offene Sprechstunde des Facharztes gebucht werden?**

Nein. Der Hausarztvermittlungsfall setzt voraus, dass ein konkreter Termin vermittelt wird. Da die offene Sprechstunde ohne Terminvermittlung wahrgenommen wird, kommt der Hausarztvermittlungsfall hier nicht zustande und kann auch nicht abgerechnet werden.

### PSYCHOTHERAPIE

**Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Mein Patient hat seine Psychotherapie für mehr als sechs Monate unterbrochen. Kann die Behandlung fortgesetzt werden?**

Die Unterbrechung einer Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr ist nur zulässig, wenn sie gegenüber der Krankenkasse formlos begründet wird. Die Durchführung von genehmigten Stunden einer Rezidivprophylaxe gemäß § 14 der Psychotherapie-Richtlinie bleibt hiervon unberührt. Hierfür vorgesehene Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden.

GESUNDHEITS-APPS

**Ich habe gehört, dass nach und nach immer mehr erstattungsfähige Gesundheits-Apps bereitstehen. Wie werden diese digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) verordnet?**

Sie können grundsätzlich alle DiGA verordnen, die im DiGA-Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind. Siehe: <https://diga.bfarm.de>

Die Verordnung erfolgt über Muster 16 unter Angabe der zugeordneten Pharmazentralnummer (PZN) und der Bezeichnung der Anwendung. Auch psychologische Psychotherapeuten erhalten das Muster 16 über den Paul-Albrechts-Verlag. Alternativ können Patientinnen und Patienten bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation digitale Gesundheitsanwendungen bei ihrer Krankenkasse beantragen. In beiden Fällen erhalten Versicherte von ihrer Krankenkasse einen Code, mit dem die App bzw. Webanwendung freigeschaltet werden kann.

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

**Ich möchte gerne die Funktionalität meines Online-Portals erweitern. Kann ich für meine Praxismitarbeiter eine Zugangsberechtigung vergeben lassen?**

Ja, für ausgewählte Mitarbeiter ist es möglich, individuelle Portalzugänge zur Verfügung zu stellen, die auch eingeschränkt werden können. Hierbei kann beispielsweise eine Berechtigung für die Terminservicestelle vergeben werden, um die Termine verwalten zu lassen.

Weitere Informationen und Anträge finden Sie auf der Homepage unter: <https://www.kvvh.net/de/praxis/praxis-it-telematik/zugang-zum-online-portal-der-kv-hamburg.html>

MASERNSCHUTZGESETZ

**Ich bin Allgemeinarzt. Wurde für Beschäftigte in Arztpraxen die Frist zum Nachweis von Impfung und Immunität gegen Masern bis zum Jahresende verlängert?**

Ja. Das im März 2020 in Kraft getretene Masernschutzgesetz regelt, dass Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen einen ausreichenden Impfschutz oder eine Immunität gegen Masern nachweisen müssen – sofern sie nach 1970 geboren wurden. Ursprünglich galt für diesen Nachweis eine Frist bis Ende Juli 2021. Wegen der Corona-Pandemie wurde die Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängert. Personen, die erst nach März 2020 eingestellt bzw. tätig wurden, müssen den Nachweis vor Beginn der Tätigkeit erbringen. Für diese Fälle gibt es keine Übergangsregelung. ■

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartner im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Christine Pöpke



# Ende des „Gelben Scheins“

Tipps zur Umstellung auf die eAU in der Praxis

Am 1. Oktober 2021 fällt der Startschuss für die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Die KBV konnte eine Übergangsregelung durchsetzen. Bis zum Ende des Jahres haben Ärztinnen und Ärzte noch Zeit, ihre Praxis auf das neue Verfahren umzustellen.

## KIM-Dienst bestellen und installieren

Für die Übertragung der eAU benötigen Sie einen KIM-Dienst (KIM = Kommunikation im Medizinwesen). Das ist ein E-Mail-Dienst, über den künftig die gesamte digitale Kommunikation im Gesundheitswesen abgewickelt werden soll. Es gibt verschiedene Anbieter – darunter auch die KBV mit dem KIM-Dienst kv.dox (siehe: [www.kvdox.kbv.de](http://www.kvdox.kbv.de)).

## PVS-Update erst einspielen, wenn KIM-Dienst läuft

Bitte fragen Sie Ihren IT-Dienstleister, wann er das eAU-Update für das PVS zur Verfügung stellen kann. Mit dem Einspielen des eAU-Updates ist das Ausstellen der Papier-AU mit Muster 1 nicht mehr möglich. Die elektronische Übermittlung der eAU an die Krankenkasse funktioniert jedoch erst, wenn der KIM-Dienst einsatzfähig ist. Deshalb sollte die PVS erst auf die eAU umgestellt werden, wenn der KIM-Dienst funktioniert.

## Elektronischer Heilberufsausweis

Der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) ist notwendig für die elektronische Signatur der eAU. Ärztinnen und Ärzte bestellen die Karte bei ihrer Ärztekammer. Ist der eHBA bestellt,

aber noch nicht eingetroffen, kann man Übergangsweise den Praxisausweis (SMC-B) für die Signatur nutzen. Eine Umstellung auf die eAU ist dann trotzdem bereits möglich.

## Update des TI-Konnektors

Außerdem benötigt die Praxis ein Update des TI-Konnektors. Ärztinnen und Ärzte können wählen, mit welcher Konnektor-Stufe sie die eAU signieren wollen. Mit dem Update des TI-Konnektors auf den E-Health-Konnektor (PTV3) ist eine **Stapelsignatur** möglich. Hierbei signieren Ärztinnen und Ärzte einmal mit ihrem eHBA und ihrer dazugehörigen PIN einen gesamten vorbereiteten elektronischen Dokumentenstapel, zum Beispiel am Ende eines Praxistages. Bei der eAU wäre das möglich, da es ausreicht, alle Bescheinigungen einmal täglich an die Krankenkassen zu senden.

Für die empfehlenswerte **Komfortsignatur** benötigen sie ein Update auf den ePA-Konnektor (PTV4+) mit der Funktion Komfortsignatur. Bei diesem Verfahren geben Ärztinnen und Ärzte mit ihrem eHBA und ihrer PIN für einen bestimmten Zeitraum jeweils bis zu 250 Signaturen frei. Soll ein Dokument signiert werden, müssen sie dies nur noch bestätigen.

## Ausdrucke auf normalem Druckerpapier

Im ersten Schritt wird bei der eAU lediglich die Übermittlung an die Krankenkassen elektronisch stattfinden. Ärztinnen und Ärzte müssen weiterhin Papierbescheinigungen für Arbeitgeber und Patienten erstellen – sollte die elektronische Übertragung nicht funktionie-

## Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten: Logopädie oder Sprachförderung?

ren, zusätzlich eine für die Krankenkasse. Die Ausdrucke – auch Stylesheets genannt - haben die Formate DIN A4 oder A5. Sicherheitspapier ist nicht notwendig; Praxen können normales Druckerpapier verwenden. In den meisten Fällen dürfte ein Laser- oder Tintenstrahldrucker die wirtschaftlichste Option sein.

### Ersatzverfahren bei Ausfall der TI

Kommt es in der Praxis zu einer technischen Störung der TI, speichert das PVS die AU-Daten und versendet die eAU erneut, sobald dies wieder möglich ist. Ist bereits beim Ausstellen oder beim Versand klar, dass die eAU nicht elektronisch verschickt werden kann, händigt die Ärztin oder der Arzt dem Patienten neben den Ausfertigungen für den Patienten und den Arbeitgeber einen weiteren unterschriebenen Ausdruck aus, den dieser an seine Krankenkasse schickt. Um Probleme beim digitalen Versand möglichst sofort zu erkennen, empfehlen wir die Nutzung der Komfortsignatur. ■

Praxen, die bis zum Start der eAU-Einführung am 1. Oktober noch nicht über die nötigen technischen Voraussetzungen verfügen, können übergangsweise bis zum 31. Dezember 2021 das alte Verfahren anwenden und wie bisher die AU auf Papier mit dem bekannten Muster 1 ausstellen. Ab 2022 sind die Praxen dazu verpflichtet, das neue Verfahren anzuwenden.

**Ansprechpartner: KV Hamburg:**  
**Online-Services,**  
**E-Mail: [online-services@kvhh.de](mailto:online-services@kvhh.de)**  
**Tel: 22802 -588 / -554 / -539**

**I**mmer wieder werden Praxen mit der Bitte konfrontiert, für Kinder mit sprachlichen Auffälligkeiten eine Logopädie-Verordnung auszustellen, obwohl eigentlich eine Sprachförderung angezeigt wäre. Jedes Kind sollte passgenau jene Hilfe erhalten, die es benötigt. Deshalb ist es wichtig, dass Eltern betroffener Kinder die Unterschiede zwischen den beiden Maßnahmen verstehen.

**Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie)** wird von der Ärztin oder dem Arzt als Heilmittel verordnet, wenn eine krankhafte Störung des Sprechens oder der Sprachentwicklung diagnostiziert wird. Es muss also eine medizinische Indikation vorliegen. Die Kosten für die Therapie übernimmt die GKV.

**Sprachförderung** ist eine pädagogische Fördermaßnahme. Zielgruppe sind Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen oder dem Risiko einer Lese-Rechtschreibschwäche. Es geht darum, Kinder bei der Entfaltung ihres Entwicklungspotenzials zu unterstützen. Die Kosten tragen Länder, Städte und Kommunen (z.B. Sozial- und Jugendämter) sowie freie Träger (z.B. Wohlfahrtsverbände). Für Kinder, die kein medizinisches Problem haben, sondern mehr pädagogische Förderung und Anregung benötigen, kann die Praxis keine Logopädie verordnen. ■

**Merkblatt für Patienten: „Sprachförderung oder Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie? Welche Hilfe braucht Ihr Kind?„**  
<https://www.kvhh.net/Resources/Persistent/d/c/a/8/dca8004b99757739f-1033cba33e26c9c52ccab82/Sprachf%C3%B6rderung%20oder%20Stimm-%2C%20Sprech-%2C%20Sprachtherapie.pdf>

**Ansprechpartner: Abteilung Praxisberatung**  
**Tel: 22 802 -571/ -572**



## Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente: Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV

Häufig erreichen uns Fragen zur Verordnungsfähigkeit von Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen. Deshalb hier ein kurzer Überblick zu diesem Thema.



Grundsätzlich gilt:

- **Nicht-apothekenpflichtige** Präparate sind nicht ordnungsfähig (auch nicht für Kinder!)
- **Apothekenpflichtige** (ap), aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren und für Erwachsene nicht ordnungsfähig. Wenn diese Arzneimittel aber vom Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard anerkannt sind („OTC Liste“ - Anlage I der Arzneimittelrichtlinie - [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) → Richtlinien), können sie in

den dort genannten Fällen zulasten der Kassen verordnet werden.

- **Verschreibungspflichtige Arzneimittel** können nur im Rahmen ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung zulasten der Krankenkassen verordnet werden. (Verordnungsausschlüsse bzw. Einschränkungen der Verordnung gemäß Arzneimittelrichtlinie müssen beachtet werden)
- **Das Wirtschaftlichkeitsgebot** „notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich“ ist zu beachten (§12 SGB V). ■

### BESONDERE FRAGESTELLUNGEN

#### Verordnung verschreibungspflichtiger Vitaminpräparate zulasten der Kassen

Für die Verordnung – von der OTC-Liste nicht betroffener – verschreibungspflichtiger Vitaminpräparate (fettlösliche Vitamine wie beispielsweise Vitamin D/mehr als 1000 I.E. pro Tablette) gelten die entsprechenden arzneimittelrechtlichen Zulassungen der einzelnen Präparate und natürlich ebenfalls das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Frage der Verordnungsfähigkeit.

Wir empfehlen generell eine gute Dokumentation der Indikation!

So sind beispielsweise Dekristol 20000 I.E. Kapseln zur einmaligen Anwendung bei der Anfangsbehandlung von Vitamin-D-Mangelzuständen zugelassen. Allerdings kann eine notwendige weitere (Hochdosis-)Behandlung in Einzelfällen ärztlich festgelegt werden (Fachinformation 09/2015). Die Sicherheitshinweise und Kontraindikationen sind zu beachten.

Freiverkäufliche niedrig dosierte Vitamin D Präparate (wie

beispielsweise Vigantol® 500 oder 1000 I.E.) zur Vorbeugung einer Mangelerkrankung für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren und für Erwachsene sind keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen.

#### Anspruch von gesetzlich Versicherten auf die Versorgung mit Vitaminpräparaten nach bariatrischen Operationen

Auch für diese Patienten gelten bei der Verordnung von wasserlöslichen Vitaminen (B, C) die Vorgaben der OTC-Liste. Das bedeutet, dass für jedes ggf. zu substituierende Vitamin (z.B. B12) der Mangel klinisch und labortechnisch nachgewiesen werden und der Mangel so ausgeprägt sein muss, dass er durch eine geänderte Ernährung (allein) nicht ausgeglichen werden kann. Ist die Entstehung eines Vitaminmangels aufgrund der OP – auch bei entsprechend angepasster Ernährung – objektiv unvermeidbar, so darf die Verordnung ausnahmsweise prophylaktisch erfolgen. Vitamin-Kombinationspräparate sind auch in diesen Fällen nicht ordnungsfähig.

Weitere Informationen zu Vitamin D:

[https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/V/Vitamin\\_D/Vitamin\\_D\\_inhalt.html;jsessionid=A345D10003EB9ADAF8E005F974679921.internet052?cms\\_box=2&cms\\_current=Vitamin+D&cms\\_lv2=13055820%2C%20Sprachtherapie.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/V/Vitamin_D/Vitamin_D_inhalt.html;jsessionid=A345D10003EB9ADAF8E005F974679921.internet052?cms_box=2&cms_current=Vitamin+D&cms_lv2=13055820%2C%20Sprachtherapie.pdf)

Mühlhauser, Ingrid: „Vitamin D – Ende eines Hypes?“ KVH Journal 7-8/2021, S. 22

**Ansprechpartner: Abteilung Praxisberatung, Tel: 22 802 -571/ -572**

**AUSZUG AUS DER ANLAGE 1 DER ARZNEIMITTEL-RICHTLINIE**

<b>Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombination</b>	<b>Voraussetzungen für Verordnungsfähigkeit (von apothekenpflichtigen Arzneimitteln)</b>
Wasserlösliche Vitamine (B-Vitamine wie z.B. B6 und B12 und Vitamin C)	Monopräparate bei klinisch und labortechnisch nachgewiesenem Mangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht ausgeglichen werden kann
Benfotiamin	Monopräparate bei klinisch und labortechnisch nachgewiesenem Mangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht ausgeglichen werden kann
Folsäure Folsäure und Folate <u>auch</u> bei Therapie mit Folsäureantagonisten (z.B. MTX) sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.	Monopräparate mit mindestens 5mg Folsäure je Tablette bei klinisch und labortechnisch nachgewiesenem Mangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht ausgeglichen werden kann
Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen	<u>nur</u> für Dialysepatienten
Vitamin B6 (Pyridoxin)	Verordnungsfähig <ul style="list-style-type: none"> <li>• als wasserlösliches Vitamin bei klinisch und labortechnisch nachgewiesenem Mangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht ausgeglichen werden kann</li> <li>• Neu seit 15.4.2021: zur Behandlung von angeborenen pyridoxinabhängigen Störungen mit schwerwiegender Symptomatik. Nach erfolgreichem Therapieversuch ist auch eine längerfristige Verordnung zulässig.</li> </ul>
Vitamin D als Monopräparat (wenn ausreichend Calcium über die Nahrung aufgenommen wird)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Behandlung der manifesten Osteoporose</li> <li>• zeitgleich zu einer Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolon-äquivalent bedürfen</li> <li>• bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit</li> </ul>
Calcium/Vitamin D als freie oder fixe Kombination (mind. 300mg Calcium-Ion/Dosiereinheit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Behandlung der manifesten Osteoporose</li> <li>• zeitgleich zu einer Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolon-äquivalent bedürfen</li> <li>• bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit</li> </ul>
Calcium; Monopräparat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus</li> <li>• bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit</li> </ul>
Vitamin K (Monopräparat)	nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann
Jodid	zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen
Kaliumverbindungen (Monopräparate)	zur Behandlung der Hypokaliaemie
Magnesiumverbindungen, oral	bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.
Magnesiumverbindungen, parenteral	zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
Eisen II Verbindungen <small>Eisen i. v. (verschreibungspflichtig) nur bei ausgeprägten Eisenmangelzuständen, wenn eine orale Eisensubstitution nicht möglich ist</small>	zur Behandlung von klinisch und labortechnisch gesicherter Eisenmangelanaemie Anmerkung: Hb, Ferritin, MCV, MCH
Zinkverbindungen (Monopräparate)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und</li> <li>• durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangel sowie</li> <li>• zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson</li> </ul>



## Einsatz von Mitteln zur Hypo-sensibilisierung

Die gemeinsame Arbeitsgruppe Arzneimittel von Krankenkassen und der KV Hamburg versendet Anfang Oktober ein Informationsschreiben an etwa 180 Hamburger Praxen, die Mittel zur Hyposensibilisierung in relevanter Menge verordnen.

In dem Brief wird die Therapieallergenverordnung (TAV) als Grundlage für die diversen Zulassungsstufen der am Markt befindlichen Produkte erläutert und eine Produkt-Übersicht zur Verfügung gestellt. Bei Neueinstellungen von Patienten sind zugelassene Therapieallergene zu bevorzugen, sofern diese in gleicher Darreichungsform zur Verfügung stehen, um eine gesicherte wirtschaftliche und wirksame Versorgung der Versicherten zu erreichen. ■

Sie finden den Volltext unter <https://www.kvhh.net/de/praxis/verordnung/arznei-und-heilmittel.html> Bitte leiten Sie den Brief ggf. an Ihre Praxiskollegen weiter.

**Ansprechpartner:**  
Abteilung Praxisberatung, Tel: 22 802 -571/ -572

AOK Rheinland/Hamburg,  
Andreas Großmann, Tel: 0211 8791 – 57108

DAK, Team Arzneimittel,  
E-Mail: [AM\\_003220@dak.de](mailto:AM_003220@dak.de); Fax: 040 33470 903270

### WER IST DIE ARBEITSGRUPPE ARZNEIMITTEL?

Im Rahmen der Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2021 haben sich die Kassen und die KV Hamburg gemeinschaftlich verpflichtet, kontinuierlich die Arzneimittelverordnungsdaten zu bewerten, mit dem Ziel, Wirtschaftlichkeitspotenziale festzustellen und Maßnahmen zu deren Realisierung zu empfehlen. Schwerpunkte der Arbeitsgruppe Arzneimittel sind die Weiterentwicklung der Wirkstoffvereinbarung und die Empfehlung und Umsetzung von Maßnahmen zur Steigerung des wirtschaftlichen Ordnungsverhaltens.

## AOK-Vertrag zur ambulanten Erbringung der elektrischen Kardioversion

Ab dem 1. Oktober 2021 können Kardiologen aufgrund eines Vertrages der KV Hamburg mit der AOK Rheinland/Hamburg bei bestimmten AOK-Versicherten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen eine elektrische Kardioversion ambulant erbringen. Die Leistung darf nur nach Genehmigung, die bei der KV Hamburg zu beantragen ist, erbracht werden. Der Vertrag sieht ferner vor, dass auch Versicherte ihre Teilnahme am Vertrag erklären müssen. Nach Genehmigungserteilung werden dem Arzt die Teilnahmeerklärungen für Versicherte von der AOK zur Verfügung gestellt. ■

Vertragstext und Teilnahmeformulare für Ärzte im Internet: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/amtliche-bekanntmachungen.html>

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

## Höhere Vergütung im Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der BARMER

Die Vergütung des Hautkrebsvorsorge-Vertrages mit der BARMER wird in zwei Schritten ab dem 1. Oktober 2021 auf 28,61 EUR und ab dem 1. Januar 2022 auf 29,00 EUR angehoben. ■

Den vollständigen Vertragstext finden Sie auf unserer Homepage: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/amtliche-bekanntmachungen.html>

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



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Marie Schwartz**  
Stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses  
angestellte Ärzte und Psychotherapeuten

Name: **Marie Schwartz**

Geburtsdatum: **2.9.1988**

Familienstand: **ledig**

Fachrichtung: **Psychologische Psychotherapeutin**

Weiter Ämter: **erweiterter Landesvorstand der Deutschen Psychotherapeuten  
Vereinigung (DPtV)**

Hobbys: **Bouldern, Lesen, Fahrrad fahren**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Ja, ich arbeite in einem großartigen Team.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Ich möchte verstehen, wie die KV arbeitet, und die Hintergründe für Entscheidungen kennenlernen. Ich arbeite gerne als angestellte psychologische Psychotherapeutin im Team und möchte mich dabei für gute Arbeitsbedingungen einsetzen.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Die Wartezeiten für eine Psychotherapie sind zu lang, und frühere Behandlungen können eine Chronifizierung verhindern. Hierfür benötigen wir mehr Kassensitze. Im Bereich der Angestellten können unattraktive Arbeitsverhältnisse zu einer hohen Fluktuation führen, was für Patient\*innen einen Therapeut\*innenwechsel bedeutet. Dies ist für eine Therapie nicht immer förderlich. Um das zu verhindern, sollten die Bedingungen in der Anstellung attraktiv gestaltet werden. Angestellte Psychotherapeut\*innen übernehmen häufig Leitungsfunktionen, werden aber nicht dementsprechend vergütet. Es sollte eine angemessene Bezahlung nach der Leitungsfunktion erfolgen.

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg?** In Hamburg arbeiten viele psychologische Psychotherapeut\*innen angestellt in MVZ. In MVZ herrschen besondere Arbeitsbedingungen, da die Arbeit nahezu selbstständig erfolgt, jedoch trotzdem ein Angestelltenverhältnis vorliegt. Diese Gruppe möchte ich in der KV vertreten, da diese Gruppe bisher nicht in den klassischen Aufgabenbereich der KV fiel. In meinem Gebiet, der Schmerzpsychologie, ist mir besonders wichtig, dass Anreize für interdisziplinäre Zusammenarbeit geschaffen werden.

**Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen?** In diesen Zeiten wünsche ich mir, unbeschwert essen gehen zu können.



# Bilanz des Corona-Impfzentrums

Nach acht Monaten hat das Impfzentrum in den Messehallen seinen Betrieb eingestellt.



Pressekonferenz zur Schließung des Impfzentrums mit KV-Chef Walter Plassmann, Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard und Bürgermeister Dr. Peter Tschentscher (v.l.n.r)

**A**m 31. August 2021 wurden im Hamburger Corona-Impfzentrum die letzten Dosen verimpft.

Knapp acht Monate lang war es in Betrieb. Zu Anfang konnten aufgrund des Impfstoff-Mangels nur wenige hundert Impfungen pro Tag durchgeführt werden, doch im Lauf der Monate nahm das Impfgeschehen an Fahrt auf. Ausgelegt war das Zentrum auf 7.000 Impfungen pro Tag, doch diese Menge wurde durch Optimierung der Abläufe zeitweise deutlich übertroffen. Das Maximum wurde am 17. Mai 2021 mit rund 11.000 Impfungen erreicht. Insgesamt wurden mehr als 1,16 Millionen Impfungen verabreicht.

Das Hamburger Impfzentrum wurde wegen seiner

guten Organisation und seiner angenehmen Atmosphäre einhellig gelobt. „Die Motivation, der Pandemie durch möglichst viele Impfungen etwas entgegenzusetzen, hat alle zusammen geschweißt“, sagte Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard anlässlich der Schließung. „Alle, die in den vergangenen Monaten hier waren, egal ob für einen Job oder für eine Impfung, haben diesen besonderen Geist miterlebt.“ Das Projekt sei ein großer Erfolg gewesen, ergänzte Hamburgs Erster Bürgermeister Dr. Peter Tschentscher. „Im Namen des Senats und der gesamten Stadt bedanke ich mich sehr herzlich bei dem Team des Impfzentrums für diese außergewöhnliche Leistung.“

Die ärztliche Leitung hatte ein Team übernommen, dessen

Sprecher Dr. Dirk Heinrich seine Begeisterung für das Impfen mit einer wachsenden Schar von Followern auf Twitter teilte. „Was wir hier machen, ist eine euphorisierende Tätigkeit“, zitierte ihn die *Hamburger Morgenpost*. „Selbst wenn die Mitarbeiter mal mit schlechter Laune zur Arbeit kommen, gehen sie abends gut gelaunt nachhause. Daran möchte ich die Leute teilhaben lassen.“

Mit Konzeption, Aufbau und Betrieb des Impfzentrums in den Messehallen hatte der Senat die KV Hamburg beauftragt. Die Verantwortung für Teilbereiche gab die KV an Privatfirmen weiter. Das Architekturbüro SAHB kümmerte sich um die architektonische Planung und den Innenausbau der Messehallen. Für reibungslose Organisationsstrukturen sorgten Mitarbeiter der Alanta Health Group. Die Betreuung der Impflinge im alltäglichen Betrieb übernahm OMR, eine Agentur, die auch Großveranstaltungen wie Rock am Ring und Wacken organisiert. Weitere Gewerke trugen zu Logistik und Sicherheit bei.

Insgesamt waren über die Dauer des Betriebs etwa 4.400 Beschäftigte im Impfzentrum registriert, darunter 1060 medizinische Fachangestellte. Etwa 860 Ärztinnen und Ärzte haben im Impfzentrum gearbeitet; einige von ihnen konnten hier den Umgang mit dem Impfstoff



Totale des Impfzentrums in den Messehallen



Ärzteteam mit Dr. Dirk Heinrich

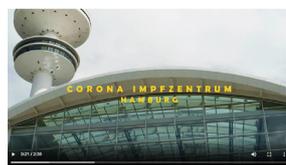
erlernen und diese Kenntnisse später in der eigenen Praxis anwenden.

Die Kosten für Aufbau und Betrieb des Impfzentrums teilen sich Hamburg und der Bund je zur Hälfte. Bis zur Schließung sind Kosten in Höhe von rund 106 Millionen Euro angefallen. Der erhebliche Aufwand beim Betrieb des Impfzentrums diente dem Ziel, den verfügbaren Impfstoff möglichst zielgerichtet und effektiv einzusetzen. Einerseits sollte die größtmögliche Zahl an Impfungen durchgeführt werden, andererseits musste über viele Wochen die vorgegebene Priorisierung umgesetzt werden, damit die am stärksten gefährdeten Menschen auch zuerst den Schutz durch ihre Impfung erhalten.

„Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Hamburg waren dankbar, dass die Stadt den schwierigen Prozess der Mangelverwaltung über das Impfzentrum abgefangen hat“, sagte Walter Plassmann,

Vorsitzender der KV Hamburg. „Nun, wo der Impfstoff ausreichend verfügbar ist, kehrt das Impfen an seine traditionellen Orte zurück: die Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte und die Gesundheitsämter.“ ■

### VIDEO-CLIP ZUM IMPFZENTRUM HAMBURG



Die KV Hamburg hat einen kurzen Video-Clip über das Hamburger Impfzentrum in Auftrag gegeben. Erstellt wurde das Video von der Firma Kliemannsland GmbH von Fynn Kliemann. Es ist als Zeichen des Danks für alle Beteiligten gedacht, die in den vergangenen acht Monaten im Hamburger Impfzentrum mitgearbeitet haben – und als Dank für das große Vertrauen, das die Hamburger Bevölkerung dem Impfzentrum entgegengebracht hat.

"Video-Clip zum Impfzentrum Hamburg":  
[www.youtube.com/watch?v=Gp2H7-rxONQ](https://www.youtube.com/watch?v=Gp2H7-rxONQ)



---

**AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

---

# Wissenschaftsleugnung

Ein Kommentar aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin

---

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

# S

Sind Karl Lauterbach, Wolfgang Schäuble und andere Politiker Wissenschaftsleugner? Anfang Juli 2021 forderten sie eine COVID-19-Impfung aller Kinder [1,2], obwohl die wissenschaftlichen Fachexperten der Ständigen Impfkommission (STIKO) nach dem Stand der Wissenschaft eine solche Indikation nur in Ausnahmefällen sehen [3].

Der Deutsche Frauenrat forderte Ende Juni 2021 die Bundesregierung auf, die per 1. Januar 2020 erfolgte Änderung der Krebsvorsorge für Frauen zurückzunehmen und das Screening auf Gebärmutterhalskrebs auf den Stand vor 2020 zurückzusetzen [4]. Damit widerspricht der Deutsche Frauenrat den wissenschaftlichen Experten von WHO [5], IQWiG [6], G-BA [7] und medizinischen Fachgesellschaften [8], die seit Jahren eine Anpassung des Screenings in Deutschland auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse fordern. Das novellierte Screeningverfahren ist

wirksamer und risikoärmer. Soll dieses nun Frauen in Deutschland vorenthalten werden? Ist der Deutsche Frauenrat wissenschaftsfeindlich?

Frauenärzte in Deutschland verkaufen ihren Patientinnen den vaginalen Ultraschall. Es ist die zweithäufigste IGe Leistung [9,10]. Diese Screeninguntersuchung hat keinen Nutzen, aber relevanten Schaden für die Frauen. Das haben mehrere große randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) belegt [11,12]. Warum leugnen deutsche Frauenärzte empirisch gesicherte Fakten?

Akademisch gebildete Bürger schlucken täglich Vitaminpillen, Nahrungsergänzungsmittel und homöopathische Kügelchen, obwohl sie von Wissenschaftlern immer wieder über die Unwirksamkeit oder sogar Schädlichkeit dieser Präparate aufgeklärt werden. In ihrem Verhalten missachtet ein erheblicher Anteil der Bevölkerung wissenschaftliche Fakten.

Es ließen sich zahlreiche weitere Beispiele für den Neglect von wissenschaftlich gesicherten Informationen anführen. Die Nicht-zur-Kennntnisnahme bzw. das Leugnen von unliebsamen Wahrheiten ist offenbar eine genuine menschliche Eigenschaft. Die Beforschung des Phänomens fällt in die Bereiche der Psychologie und Soziologie. Das Problem beschäftigt aber auch seit Jahren die Evidenzbasierte Medizin (EbM).

Die Corona-Pandemie scheint die Lager nun sichtbar gespalten zu haben, auf der einen Seite die Guten, die der Wissenschaft folgen, auf der anderen Seite die Leugner wissenschaftlicher Erkenntnisse. Selbst das

## TECHNIKEN DER WISSENSCHAFTSLEUGNUNG



Klassifizierungsschema PLURV zur Taxonomie der Techniken der Wissenschaftsleugnung (nach <https://de.wikipedia.org/wiki/Wissenschaftsleugnung>)

EbM-Netzwerk ist mit seinen Stellungnahmen zu Covid-19 in die Kampfzone geraten [13]. Die Frage stellt sich, wer ist ein Wissenschaftsleugner? Christian Drosten hat in der 82. Folge des NDR Podcast zur Coronapandemie [14] das Klassifizierungsschema PLURV [15], eine Taxonomie der Techniken der Wissenschaftsleugnung, vorgeschlagen und an Beispielen erläutert (siehe Abbildung).

### PSEUDOEXPERTEN

Nach dem PLURV-System zeichnen sich Wissenschaftsleugner durch fehlende wissenschaftliche Qualifikation aus [15,16]. Christian Drosten listet als Beispiele für Pseudoexperten Wolfgang Wodarg [17] und die Autorengruppen der KBV-Stellungnahme [18] sowie der Great Barrington Declaration [19]. Sie wären „nicht aus dem Fach“. Die KBV-Stellungnahme haben allerdings zwei Virologen, Hendrik Streeck und

Jonas Schmidt-Chanasit, mit gezeichnet. Auch fällt es schwer, die Verfasserinnen und Verfasser der Great Barrington Declaration als Pseudoexperten zu disqualifizieren. Als Professoren der Universitäten Harvard, Stanford und Oxford stehen sie für Fächer wie Epidemiologie, Infektiologie, Impfstoffentwicklung, Public Health und mathematische Modellierungen.

Zudem gesteht die EbM auch Nicht-Fachexperten zu, Studienergebnisse kritisch zu prüfen. Grundlagen der klinischen Epidemiologie können und sollen sogar von medizinischen Laien erworben werden [20]. So sind allgemeine Fragen nach dem Studiendesign und patientenrelevanten Endpunkten berechtigt, wenn es um Wirksamkeit, Risiken und Kollateraleffekte präventiver Maßnahmen geht. Auch die Aussagekraft von Screening- und diagnostischen Testverfahren darf von Laien hinterfragt werden. Demnach wären auch Virologen unter Anwendung der Methoden der



EbM qualifiziert, fachfremde Studien zu bewerten. Tatsächlich äußerten sich während der Coronapandemie Virologen, Epidemiologen und sogar Physiker regelmäßig zu wissenschaftlichen Fragestellungen aus Disziplinen wie Pflegewissenschaft, Kinderheilkunde, Erziehungs- oder Sozialwissenschaften.

Nach Drostens Ausführungen zu PLURV ist die Meinung der Mehrheit der Wissenschaftler ein valides Kriterium für gesichertes wissenschaftliches Wissen [14]. Jedoch positionieren sich auch in der Corona-Pandemie prominente Wissenschaftler zu einzelnen Themen kontrovers zur Mehrheit der Meinungsbildner. Markantes Beispiel ist John PA Ioannidis, renommierter Epidemiologe der Stanford-Universität. Seine wissenschaftlichen Analysen zur Sterblichkeitsrate bei SARS-CoV-2-Infektionen wurden heftig kritisiert. Er war zu deutlich niedrigeren Mortalitätsraten gekommen als die medial wahrgenommene Mehrheit der

## Wer darf entscheiden, wer wahrhafter Wissenschaftler und wer Pseudowissenschaftler ist?

Expertinnen und Experten. Nun hat er seine früheren Schlussfolgerungen untermauert, mit einer Publikation in einer etablierten wissenschaftlichen Zeitschrift mit regulärem Begutachtungsverfahren [21].

Andererseits musste selbst Christian Drosten als SARS-Viren spezifischer Fachexperte im Laufe der Pandemie wesentliche Aussagen korrigieren. So vertrat er anfangs die Ansicht, SARS-CoV-2-Infektionen wären für die Bevölkerung kein ernstes Gesundheitsproblem [22]. Später meinte er, diese Viren würden durch

Mutationen in jedem Fall harmloser werden [23]. Für Afrika prophezeite er Millionen von Toten durch die Covid-19-Erkrankung: "Da werden wir Bilder sehen in der Zeit zwischen Juni und August, die wir nur aus Kinofilmen kennen. Da wird es Szenen geben, die wir uns so heute nicht vorstellen können. Und ich bin mir nicht sicher, was das dann bei uns auslöst" [24].

Es stellt sich die Frage: Wer darf entscheiden, wer wahrhafter Wissenschaftler und wer Pseudowissenschaftler ist? Und wie soll der Faktencheck durchgeführt werden? Die EbM hat diese Grundsatzfrage beantwortet [25]. Die Expertenmeinung rangiert auf der untersten Ebene der wissenschaftlichen Beweisführung. Auch wenn Fachexpertise unverzichtbar ist, erfordert die kritische Bewertung wissenschaftlicher Daten ein stringentes methodisches Verfahren, wie etwa von der Cochrane Collaboration [26] oder dem IQWiG [27] genutzt. Wenn zu wichtigen Fragen empirische Daten fehlen, wie bei einer neuen Viruspanemie, müssen diese Unsicherheiten klar kommuniziert werden.

Die Anliegen der EbM bleiben in der medialen Berichterstattung weitgehend unberücksichtigt. Das Konzept des NDR-Podcast zur Coronapandemie ermöglicht akademisch gebildeten Zuhörerinnen und Zuhörern einen Einblick in die Welt der Virologie. Wenn es jedoch um Fragen von Wirksamkeit, Nutzen und Schaden (präventiver) medizinischer Maßnahmen geht, dann widerspricht die Befragung eines einzelnen Virologen zu einer Vielzahl von Themen aus den unterschiedlichsten Disziplinen grundlegend den Ansprüchen an eine evidenzbasierte Wissenschaftskommunikation.

Auch der von vielen Medien praktizierte Faktencheck ist wenig geeignet, den aktuellen Wissensstand zu Nutzen und Schaden medizinischer Verfahren verlässlich zu eruieren. Beim Faktencheck zu Covid-19 wurde vielfach die suspekte Aussage ledig-

lich mit der Meinung eines (anderen) Experten abgeglichen. Wer Experte ist, entscheidet die Redaktion.

Zudem fehlt oft eine klare Differenzierung zwischen wissenschaftlichem Stand der Evidenz (z.B. aufbereitet in Cochrane Reviews oder IQWiG Gutachten) und persönlicher Bewertung (z.B. in Stellungnahmen). Dies befördert Verwirrung, Misstrauen in die Wissenschaft und moralisierende Grabenkämpfe.

Die tatsächliche Leugnung von „wissenschaftlich unstrittigem Wissen“ ist vermutlich selten. Gerade die Corona-Pandemie hat jedoch gezeigt, wie fragmentarisch unser Wissen oft ist. Dann geht es vorrangig um die Interpretation von unsicheren wissenschaftlichen Daten und die Implikationen, die sich daraus ableiten. Ein solcher Aushandlungsprozess müsste Vertreterinnen und Vertreter aller betroffenen Wissenschaftsdisziplinen und Gesellschaftsgruppen beteiligen.

### LOGISCHE TRUGSCHLÜSSE

Drosten nutzt als Beispiel ein Präventionsparadox. Wenn Präventionsmaßnahmen den Anstieg an SARS-CoV-2 Infektionen verhindern, würden Leugner schlussfolgern, es gebe gar keine Pandemie [14].

Solange RCT zu relevanten Präventionsmaßnahmen fehlen, sind jedoch eigenwillige Interpretationen von Daten aus Zeitreihen und Beobachtungsstudien nicht immer zu entkräften. Es gibt zahlreiche Beispiele aus der Präventionsmedizin und Public Health, wo sich vermeintlich wirksame Interventionen letztlich in kontrollierten Studien als unwirksam oder sogar schädlich herausgestellt haben [29].

Das EbM-Netzwerk hat daher in seinen Stellungnahmen zu Covid-19 gefordert, von Beginn an die einzelnen Präventionsmaßnahmen im Rahmen kontrollierter Studien zu implementieren [13,30]. Dies würde die Unsicherheit bei Entscheidungen reduzieren und das Vertrauen der Bevölkerung stärken.

Logische Trugschlüsse sind in der akademischen Welt der Medizin und in der medialen Kommunikation zu Gesundheitsthemen weit verbreitet [31]. Experten und Journalisten nutzen sie, mehr oder weniger bewusst, um ihre Botschaften zu transportieren. Das EbM-Netzwerk hat in einer Stellungnahme auf wesentliche Fallstricke der Risikokommunikation zu Covid-19 aufmerksam gemacht [28].

Besonders angreifbar sind sogenannte Narrative. Bilder überfüllter Krankenhäuser oder Schicksale einzelner Patienten sollen die Dramatik der Pandemie vermitteln. Die Kasuistik dient hier als Surrogat für eine wissenschaftliche Beweisführung ursächlicher Zusammenhänge. Selbst wenn Kausalität durch Evidenz gesichert ist, zementieren Ausschnitt- und Einzelfalldarstellungen logische Trugschlüsse.

Wenn die Öffentlichkeit von einer anhaltenden Gefährlichkeit jeglicher SARS-CoV-2-Infektion überzeugt werden soll, wird aktuell ein weiterer Logikfehler bedient. Long-Covid würde drohen. Selbst Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit unmerkten Infektionen könnten nicht sicher sein. Es wird der Eindruck vermittelt, als wären Langzeitbeschwerden von Covid-19-Erkrankten ausschließlich der Virusinfektion geschuldet. Körperliche und psychische Symptome können jedoch auch Folge der Pandemiemaßnahmen oder von medizinischer Behandlung sein. Krankheiten und Beschwerden gibt es zudem auch ohne Pandemie. Um einen kausalen Zusammenhang nachzuweisen, braucht es gut geplante kontrollierte Studien. Nur im fairen Vergleich mit nicht Infizierten bzw. anderen Infektionskrankheiten können Art und Ausmaß von Langzeitbeeinträchtigungen durch SARS-CoV-2-Infektionen abgeschätzt werden [32].

Ganz anders verläuft die Diskussion um die Nebenwirkungen der Covid-19-Impfungen. Hier



wird öffentlich auf die Notwendigkeit kontrollierter Vergleiche verwiesen. Die Bevölkerung erfährt, dass es auch unter Placebo sogenannte Nebenwirkungen gibt [33]. Hier sollen Logikfehler aufgelöst werden, um das Vertrauen in die Impfung zu stärken.

Einerseits stoßen die Botschaften von Experten, Politikern und Medien in der Corona-Pandemie auf eine health-illiterate Bevölkerung. Kritische Gesundheitsbildung ist eine wenig entwickelte Kompetenz in unserer Gesellschaft [34]. Andererseits haben die Bürgerinnen und Bürger noch nie so viel an EbM-Basiskompetenzen erworben wie in den letzten eineinhalb Jahren. Viele wissen heute, dass es falsch positive und falsch negative Testergebnisse gibt, und dass ein positives Testergebnis nicht zwangsläufig eine Erkrankung anzeigt. Die Menschen haben gelernt, dass zur Bewertung der Schwere eines Gesundheitsproblems unterschiedliche Parameter zur Anwendung kommen. Tod durch Infektion zählt mehr als eine Krankenhausaufnahme und diese mehr als ein positives Testergebnis.

### UNERFÜLLBARE ERWARTUNGEN

Christian Drosten nennt als Beispiel den PCR-Test auf SARS-CoV-2-Infektionen. Dieser hätte mit einer Spezifität von 99,9% so gute Testeigenschaften, dass sich jegliche Kritik erübrigen würde [14]. Nach den Bewertungskriterien der EbM hängt der Nutzen eines Testverfahrens jedoch auch von der Vortestwahrscheinlichkeit (Prävalenz der Erkrankung) und der Wirksamkeit nachfolgender Maßnahmen ab [25].

Um unerfüllbare Erwartungen erst gar nicht zu schüren, wären von vornherein verständliche Maßzahlen zu nutzen. Statt Sensitivität und Spezifität sollten bevorzugt prädiktive Werte kommuniziert werden. Zudem müsste die klinische Relevanz von Testergebnissen nachvollziehbar sein. Das Aufzeigen der Grenzen medizinischer Verfahren ist wesentliches Element der EbM.

### ROSINEN PICKEN

In der medizinischen Wissenschaft ist „Rosinen picken“ unter „selective reporting“ bekannt. Es werden vorwiegend Studiendaten berichtet, die die eigenen Thesen stützen. Die Nicht-Berücksichtigung von Arbeiten anderer, oft konkurrierender Autoren ist ein ernsthaftes Problem. Das Ausblenden von nicht-angenehmen Studienergebnissen führt zu falschen Schlussfolgerungen. Nach den Methoden der EbM muss daher zu einer spezifischen Fragestellung eine systematische Darstellung der gesamten wissenschaftlichen Datenlage erfolgen.

Das Weglassen von wichtiger Information wird auch bei der Kommunikation zu Covid-19 medial eingesetzt. Beispielsweise werden zur Dramatisierung der Infektionslage Häufigkeiten ohne angemessene Referenzgrößen genannt. Der Umgang mit der Pandemie in Schweden wurde überwiegend verurteilt, ohne jedoch die Sterblichkeitsraten im fairen Vergleich zu benennen. Sie liegen bisher mit 145/100.000 Einwohner nur wenig über dem Durchschnitt für Deutschland, jedoch deutlich niedriger als beispielsweise für Sachsen, wo bisher etwa 250/100.000 Einwohner mit oder an Covid-19 verstorben sind [35].

Die Pandemie hat offengelegt, dass es nicht die einzig wahre Wissenschaft, sondern gute und schlechte Wissenschaft gibt. Sogar führende Wissenschaftsjournale mussten bereits veröffentlichte Studien zu Covid-19 wegen schwerer Mängel wieder zurückziehen [36]. Die etablierte Wissenschaft leidet an zu viel Wissenschaftsmüll und liefert zu wenig valide Daten. Das EbM-Netzwerk hat 2017 an der Universität Hamburg zu diesem Thema sogar einen eigenen Kongress veranstaltet, unter dem Titel "Klasse statt Masse – wider die wertlose Wissenschaft".

### VERSCHWÖRUNGSMYTHEN

Drosten nennt in seinem Podcast zu PLURV die Anschuldigung persönlicher Bereicherung als Beispiel

für Verschwörungsmithen [14]. Obwohl die Pandemie auch absurde Verschwörungstheorien kreiert hat, sind finanzielle Interessenkonflikte ein reales und ernstzunehmendes Problem in unserem gesundheitswirtschaftlich und erlösorientierten Medizinsystem. Die EbM bemüht sich um Offenlegung und transparentes Management von Interessenkonflikten.

Andere Verschwörungsmithen erscheinen komplexer. So die Frage nach dem Ursprung von SARS-CoV-2. Entstand das Virus durch Übertragung von Tieren auf den Menschen oder durch Menschenhand

in einem Labor in Wuhan haben könnte, geschuldet einem Laborunfall im Rahmen eines Gemeinschaftsprojekts zwischen den USA und der Universität Wuhan. So jedenfalls die These des Investigativjournalisten Paul Thacker. Anfang Juli 2021 veröffentlicht er im *British Medical Journal* die Ergebnisse seiner umfassenden Recherchen [37]. Schritt für Schritt zeigt er auf, wie Betreiber einer amerikanischen Laborgruppe gezielt eine Verschwörungstheorie entwickeln, um ihren Laborunfall in Wuhan als Verschwörung zu verschleiern. Gestützt wird der Mythos von renommierten Zeitschriften wie dem *Lancet*. Wissenschaftsjournalisten und Dienstleister für Fakten-Checks übernehmen unreflektiert die Informationen. Beteiligte Wissenschaftler schweigen, aus Angst, Prestige und Forschungsförderung zu verlieren. Facebook blockiert fast ein Jahr lang Meldungen, die den natürlichen Ursprung von SARS-CoV-2 in Frage stellen. Sollte sich die These des Laborunfalls bestätigen, hätten ZDF und andere Medien Verschwörungsmithen verteidigt.

Die Entwicklungen zeigen, wir sind alle fehlbar. Und Verschwörungsmithen können nicht durch Mehrheitsbildung entkräftet werden. Oft sind es einzelne fachfremde Wissenschaftler und Investigativjournalisten, die die Wahrheit ans Licht bringen.

#### FAZIT

Die Corona-Pandemie ist ein Stresstest für die Fähigkeit der Wissenschaft zur offenen Auseinandersetzung über die Unsicherheiten wissenschaftlicher Daten. Vertuschung, Angstmache, Moralisierung und Ausgrenzung sind keine adäquaten Mittel, Zweifler und Verweigerer für Gespräche zu gewinnen und Mythen aus der Welt zu schaffen.

Die medizinische und Public Health Wissenschaft braucht bessere Studien, mehr Transparenz, weniger Abhängigkeit von Pharmaindustrie, Medizinprodukteherstellern und politischer Einflussnahme,

## Bei der COVID-19-Impfung wird öffentlich auf die Notwendigkeit kontrollierter Vergleiche verwiesen.

in einem Labor? Für Donald Trump war klar, das Virus stammt aus einem Labor in Wuhan, China konterte, das Virus komme aus den USA.

Aktuell gilt, das Virus hat einen natürlichen Ursprung [37]. Einzelne Wissenschaftler, die die Laborthese vertreten, wie Roland Wiesendanger, Professor für Physik an der Universität Hamburg, wurden massiv angegriffen. Das ZDF beschuldigte die Universität Hamburg sogar der Unwissenschaftlichkeit: „Uni Hamburg verbreitet fragwürdige Theorie.“ [38]. Der Präsident der Universität sah sich verpflichtet, den Wissenschaftler öffentlich zu verteidigen. Die Universität ist ein Ort der freien Wissenschaft, es wäre sogar Aufgabe einer Universität auf mögliche schwerwiegende Laborunfälle aufmerksam zu machen und Aufklärung zu fordern [39].

Inzwischen verdichten sich die Hinweise, dass die SARS-CoV-2-Pandemie doch ihren Ursprung



bessere Kommunikation und einen ehrlichen Diskurs über die Grenzen wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Ob Taxonomien wie PLURV hilfreich sind, um Wissenschaftsleugnung aufzudecken, müsste selbst Gegenstand von Forschung sein. In PubMed finden sich für den medizinischen Bereich zu PLURV keine verwertbaren Veröffentlichungen.

Hingegen bietet die EbM ein erprobtes methodisches Verfahren zur Bewertung von Glaubwürdigkeit und Aussagekraft wissenschaftlicher Studien und Gesundheitsinformationen. Grundlage ist die systematische und vollständige Darlegung der wissenschaftlichen Datenlage. In einem nächsten Schritt erfolgt die Bewertung der Daten, einschließlich Vertrauenswürdigkeit der Studien, Unsicherheiten der Ergebnisse und Limitierungen der Aussagekraft, sowie die Formulierung offener Forschungsfragen. Die Ergebnisse müssen verständlich kommuniziert werden, um Logikfehlern und Trugschlüssen vorzubeugen. Die Ableitung von Handlungsempfehlungen ist ein letzter Schritt. Bei kontroversen und gesellschaftsrelevanten Themen erfordert dies häufig eine

ethische Diskussion unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Zivilgesellschaft. Die klare Trennung der Aufarbeitung der wissenschaftlichen Faktenlage und der gesellschaftspolitischen Bewertung sollte Verschwörungsmythen und moralisierender Lagerbildung entgegenwirken. ■

#### **INTERESSENKONFLIKTE**

Ich habe keine finanziellen Abhängigkeiten; ich bin qualifiziert als EbM-affine Internistin und Gesundheitswissenschaftlerin; ich bin geimpft nach Schema Astra-Zeneca/Moderna. Mit Interesse und Gewinn bin ich vor allem zu Beginn der Pandemie den Ausführungen von Christian Drosten gefolgt, aber auch durch Wolfgang Wodarg habe ich wertvolle Informationen erhalten. Ich bedaure, dass es zu keinem sachlichen Austausch von Argumenten zwischen den unterschiedlichen Positionen gekommen ist. Als langjähriges Vorstandsmitglied im EbM-Netzwerk hätte ich mir zu Covid-19 mehr an Umsetzung der Forderungen des EbM-Netzwerks (siehe Stellungnahmen) durch Politik und Medien erwartet.



**UNIV.-PROF. DR. MED.**

**INGRID MÜHLHAUSER**

Universität Hamburg

MIN Fakultät

Gesundheitswissenschaften

E-Mail: [Ingrid\\_Muehlhauser@](mailto:Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de)

[uni-hamburg.de](mailto:Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de)

Tel: 040 42838 3988

## Referenzen

1. Lucia Schmidt und Stefan Tomik. Kinder und Corona: Impfen oder durchseuchen? FAZ.net, aktualisiert am 03.07.2021; <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/nikolaus-haas-und-karl-lauterbach-ueber-kinder-und-corona-impfen-oder-durchseuchen-17419398.html>; Zugriff 18. Juli 2021
2. Schäuble spricht sich für Impfung von Kindern und Jugendlichen aus. BR24 Nachrichten, 11.07.2021; Zugriff 18. Juli 2021
3. Robert-Koch-Institut. Fragen zur Impfung bei Kindern und Jugendlichen (Stand: 24.6.2021)
4. Beschlüsse des Deutschen Frauenrats 2021. 24. Änderung der Krebsvorsorge. <https://www.frauenrat.de/wp-content/uploads/2021/06/DF-Beschluesse-2021.pdf>; Zugriff 18. Juli 2021
5. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Second edition, July 2021; <https://www.who.int/news/item/06-07-2021-new-recommendations-for-screening-and-treatment-to-prevent-cervical-cancer>; Zugriff 18. Juli 2021
6. IQWiG. Einladungsschreiben und Entscheidungshilfen zum Zervixkarzinom-Screening. IQWiG-Berichte – Nr. 548. 07.02.2018; [https://www.iqwig.de/download/p15-02\\_einladungsschreiben-und-entscheidungshilfen-zum-zervixkarzinom-screening\\_abschlussbericht\\_v1-1.pdf?rev=187531](https://www.iqwig.de/download/p15-02_einladungsschreiben-und-entscheidungshilfen-zum-zervixkarzinom-screening_abschlussbericht_v1-1.pdf?rev=187531); Zugriff 18. Juli 2021
7. Gemeinsamer Bundesausschuss. Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs. <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/erwachsene/krebsfrueherkennung/gebaermutterhalskrebs-screening/>; Zugriff 18. Juli 2021
8. AWMF S3-Leitlinie. Prävention des Zervixkarzinoms. Stand: 31.12.2017, gültig bis 30.12.2022. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-027OL.html>
9. Unabhängige Patientenberatung. Wie finde ich heraus, ob eine angebotene IGeL sinnvoll für mich ist? Individuelle Gesundheitsleistungen in der Arztpraxis. Stand 27.08.2020. <https://www.patientenberatung.de/de/recht/themenspecial-igel>; Zugriff 18. Juli 2021
10. IGeL Monitor. Transvaginaler Ultraschall zur Früherkennung eines Ovarialkarzinoms. Stand: 18.11.2020.
11. Henderson JT, Webber EM, Sawaya GF. Screening for ovarian cancer: An updated evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force; 2018 Feb. Report No.: 17-05231-EF-1.
12. Menon U, Gentry-Maharaj A, Burnell M, et al. Ovarian cancer population screening and mortality after long-term follow-up in the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKTOCS): a randomised controlled trial. Lancet. 2021 Jun 5;397(10290):2182-2193.
13. EbM-Netzwerk. Stellungnahmen und Pressemitteilungen. COVID-19: Wo ist die Evidenz? Update der Stellungnahme des EbM-Netzwerks zu SARS-CoV-2 (04.09.2020). Ergänzende Hinweise zur Stellungnahme (18.09.2020). Erwidern auf Kritik an Stellungnahme „COVID-19: Wo ist die Evidenz?“ (14.10.2020); <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/stellungnahmen-pressemittellungen>
14. NDR. Coronavirus-Update: Die Lage ist ernst. 82. Folge. Stand: 31.03.2021; <https://www.ndr.de/nachrichten/info/82-Coronavirus-Update-Die-Lage-ist-ernst,podcastcoronavirus300.html>; Zugriff 18. Juli 2021
15. P-L-U-R-V – das sind die häufigsten Methoden der Desinformation. Neue Infografik im Posterformat. Stand 28.04.2020; <https://www.klimafakten.de/meldung/p-l-u-r-v-das-sind-die-haeufigsten-methoden-der-desinformation-neue-infografik-im-posterformat>; Zugriff 18. Juli 2021
16. Wissenschaftsleugnung. Wikipedia. <https://de.wikipedia.org/wiki/Wissenschaftsleugnung>. Zugriff 18. Juli 2021.
17. Wolfgang Wodarg. <https://www.wodarg.com/>; Zugriff 18. Juli 2021
18. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Ärzte und Wissenschaftler werben für Strategiewechsel in Pandemiebekämpfung. Praxisnachrichten 28. 10. 2020. [https://www.kbv.de/html/1150\\_48918.php](https://www.kbv.de/html/1150_48918.php); Zugriff 18. Juli 2021
19. Kulldorff M, Gupta S, Bhattacharya J. The Great Barrington Declaration. 04. 10. 2020. <https://gbdeclaration.org/>; Zugriff 18. Juli 2021
20. Berger B, Steckelberg A, Meyer G, Kasper J, Mühlhauser I. Training of patient and consumer representatives in the basic competencies of evidence-based medicine: a feasibility study. BMC Med Educ. 2010 Feb 11;10:16. doi: 10.1186/1472-6920-10-16.
21. Ioannidis JPA. Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations. Eur J Clin Invest. 2021 May;51(5):e13554. doi: 10.1111/eci.13554. Epub 2021 Apr 9.
22. Bundespressekonferenz zum Coronavirus, 2. 3. 2020. <https://www.zdf.de/nachrichten/heute-sendungen/videos/coronavirus-milde-erkrankung-100.html>; Zugriff 18. Juli 2021
23. NDR Coronavirus-Update. Coronavirus-Update: Mutationen können auch Hoffnung bieten. 47. Folge. Sendetermin 19. 06. 2020. <https://www.ndr.de/nachrichten/info/47-Coronavirus-Update-Mutationen-koennen-auch-Hoffnung-bieten,podcastcoronavirus222.html>; Zugriff 18. Juli 2021
24. Jan Böhmermann und Olli Schulz. Podcast "Fest und Flauschig" vom 17. 03. 2020. <https://open.spotify.com/episode/3vapP8VBf0NGCqChDqkfdv?si=311UOK1YSwCyMutKulKZCA&nd=1> und <https://www.youtube.com/watch?v=3MlyONZE8EQ>; Zugriff 18. Juli 2021
25. EbM-Netzwerk. Arbeitsmaterialien. <https://www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-basics/arbeitsmaterialien/>; Zugriff 18. Juli 2021
26. Cochrane Methods. <https://methods.cochrane.org/> oder <https://www.cochrane.de/de/>; Zugriff 18. Juli 2021
27. IQWiG. Methodenpapier 6.0. <https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/methodenpapier/>; Zugriff 18. Juli 2021
28. Mühlhauser I, Sönnichsen A. Risikokommunikation zu COVID-19 in den Medien. Stellungnahme des EbM-Netzwerks. 20. 08. 2020. <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-risikokommunikation-covid19-20200820.pdf>
29. Mühlhauser I. Unerwünschte Wirkungen von Präventionsmaßnahmen - kein Thema der Präventionsberichterstattung? Ein kritischer Kommentar. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Über Prävention berichten - aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. 2020; 117-123
30. EbM-Netzwerk. COVID-19 in Alten- und Pflegeheimen: Daten generieren statt modellieren! Pressemitteilung 10.12.2020. <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/pm-cov19-pflegeheime-20201210.pdf>
31. Buhse S, Rahn A, Bock M, Mühlhauser I. Causal interpretation of correlational studies - Analysis of medical news on the website of the official journal for German physicians. PLoS One 2018;13, e0196833
32. Radtke T, Ulyte A, Puhan MA, Kriemler S. Long-term symptoms after SARS-CoV-2 infection in children and adolescents. JAMA. Published online July 15, 2021. doi:10.1001/jama.2021.11880
33. IQWiG. Informationen zu den Covid-19 Impfungen. <https://www.gesundheitsinformation.de/unterstuetzung-in-der-corona-krise.html>; Zugriff 19. Juli 2021
34. Steckelberg A, Albrecht M. Kritische Gesundheitsbildung und Patientenkompetenz. In: Herausgeber: Klaus Hurrelmann, Eva Baumann. Handbuch Gesundheitskommunikation 159-169 (2014), ISBN 978-3-456-95432-5. Verlag: Hans Huber, Bern
35. RKI. Täglicher Lagebericht. 16. 07. 2021. [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Juli\\_2021/2021-07-16-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Juli_2021/2021-07-16-de.pdf?__blob=publicationFile)
36. Retraction: Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19. N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2007621.
37. Paul D Thacker. The covid-19 lab leak hypothesis: did the media fall victim to a misinformation campaign? BMJ 2021;374:n1656; <https://doi.org/10.1136/bmj.n1656>
38. Oliver Klein und Nils Metzger. ZDF Faktencheck. Ursprung des Coronavirus - Uni Hamburg verbreitet fragwürdige Theorie. 18.02.2021; <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-labortheorie-universitaet-hamburg-100.html>; Zugriff 19. Juli 2021
39. Dieter Lenzen. Videobotschaft des Präsidenten. <https://lecture2go.uni-hamburg.de/l2go/-/get/v/48975>. 02.03.2021; Zugriff 19. Juli 2021





# Behandelt Eure Ärzte besser!

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

**P**olitiker sind gut darin, sich ankündigende Katastrophen zu verdrängen. Vom Klimawandel bis zur Pandemie, vom Vormarsch der Taliban bis zur Finanzkrise – man konnte es ja nicht ahnen, erst recht nicht sich darauf vorbereiten. Der kommende Ärztemangel ist auch so ein Desaster mit Ansage, das trotz aller Vorzeichen aktiv verleugnet wird.

Dabei werden immer häufiger Kassenarztsitze nicht besetzt, und immer öfter bleibt die Suche nach einem Nachfolger erfolglos. Viel zu häufig bleibt als Ausweg nur

sind deutlich gesunken. Ein schönes Beispiel: In meinem schleswig-holsteinischen Heimatort schließt die Praxis des Hausarztes, den ich schon als Student kannte. Der Kollege, ein charismatischer Hausarzt der alten Schule, ist bei seinem Ausstieg gerade einmal achtzig Jahre alt. Ein Nachfolger fand sich nicht. Eine andere Praxis in dem 6000 Seelen-Ort ist schon länger verwaist.

Deshalb fragte ich vor Jahren einen befreundeten Praxisvermittler, ob er vielleicht einen Arzt

Funktion als Portalpraxis besser nachkommen konnten. Darüber, dass sich für einige Praxen in Bergedorf kein Nachfolger finden ließ, wird kein Wort verloren.

In Bergedorf wie in der ganzen Republik blenden Politik und Öffentlichkeit den Ärztemangel der Zukunft aus. So muss man sich nicht lange mit der Frage quälen, warum so wenige Ärzte eine Kassenpraxis kaufen wollen.

Die Ursache des zukünftigen Ärztemangels ist jedenfalls nicht das Fehlen von Medizinstudenten, denn die Studienplätze sind immer noch heißbegehrt. Aber viele Studierende werden gar nicht erst im Beruf arbeiten, und sehr viele sind nicht bereit, eine Praxis zu übernehmen.

Eine beliebte Erklärung dafür ist, dass die Lebensentwürfe anders geworden sind, die Medizin weiblich wird und die jungen Ärzte Angst vor der unbekanntenen Niederlassung hätten.

An allen diesen Nebenproblemen mag etwas dran sein. Aber es ist doch nicht wahr, dass die jeweilige Generation XY per se ziemlich lahm ist. Die sind durchaus zu flotten Leistungen fähig. Sie scheuen auch nicht das Risiko. Viele investieren sogar in Aktien. Auch der Satz von den anderen Lebensentwürfen und der Work-Life-Balance ist mehr Gerede aus dem Feuilleton als eine Beschreibung der Realität. Dass Frausein und

## Alles Panikmache? Diese Haltung wird sich rächen. Deshalb hier ein paar sachdienliche Hinweise für Ärztemangel-Leugner.

der Verkauf an ein Konzern-MVZ. Das sollten eigentlich Warnsignale genug sein. Aber die meisten Politiker winkten in den letzten Jahren müde ab. Das sei alles nur Panikmache der Ärzte.

Diese Haltung wird sich schon bald rächen. Deshalb folgen jetzt ein paar sachdienliche Hinweise für alle Ärztemangel-Leugner.

Mehr als ein Drittel der niedergelassenen Ärzte sind älter als 60 Jahre, sie werden schon bald in den Ruhestand gehen. Sehr viele suchen bereits einen Nachfolger. Die Chancen, dass ihnen das gelingt,

hätte, der eine Praxis in diesem netten Ort übernehmen wolle. Die Antwort war: „Das kannst du vergessen.“

Im schönen Hamburg-Bergedorf hat sich nach Auskunft eines CDU-Politikers die Zahl der (Vollzeit-) Arztstellen gegenüber 2014 um 11 verringert, während der Stadtteil selbst stetig gewachsen ist. Schuld ist natürlich wieder die böse KV. Der Politiker erwähnt nicht, dass allein der Asklepios-Konzern 10 Arztsitze aufkaufte und gegen den Willen der KV in einen anderen Stadtteil verlegte, wo sie ihrer

Selbständigkeit sich ausschließen, ist ebenfalls ein Gerücht. Es gibt in den Kassenärztlichen Vereinigungen jede Menge Frauen, die erfolgreiche Praxen betreiben. Es stimmt zwar, dass sich der Anteil derjenigen erhöht hat, die in der Zeit, in der die Kinder noch zur Schule gehen, lieber als Angestellte arbeiten. Aber warum finden sich nicht genug Ärzte, die diese Situation nutzen und einen Kollegen oder eine Kollegin anstellen wollen?

Die Antwort ist: Es lohnt sich oft einfach nicht.

Junge Ärzte meiden zunehmend die Niederlassung, weil das Risiko, die Anstrengung und die Sorgen, die mit einer Niederlassung verbunden sind, nicht mehr in einem akzeptablen Verhältnis zu den Verdiensten stehen.

Jetzt wirkt sich negativ aus, dass es für die niedergelassenen Ärzte über Jahrzehnte keine echte Honorarsteigerung gegeben hat und dass noch nicht einmal der Effekt der Inflation ausgeglichen wurde.

Auch wenn es in den zwei letzten Jahren Steigerungen der Praxiseinnahmen vor allem im Rahmen des TSVG gegeben hat, so sind diese hart erkaufte durch einen massiven Eingriff in die innere Praxisorganisation, z.B. durch die offenen Sprechstunden.

Dass jetzt Krankenkassen fordern, die Honorarsteigerungen aus dem TSVG durch neue „Bereinigungen“

rückgängig zu machen, fördert dabei nicht das Vertrauen in die zukünftige Einnahmesituation.

Jeder junge Arzt weiß, dass viele Praxen nur mit den zusätzlichen Einnahmen aus der PKV zu führen sind. Die Einnahmen aus dem Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung sind anscheinend nicht so „berechnet“, dass sie alleine ein angemessenes Einkommen ermöglichen. Daher sehen Jungärzte natürlich auch auf den Standort einer Praxis. Und daher dürften auch drohende Experimente mit einer Bürgerversicherung das Zutrauen der jungen Kollegen in ihre zukünftige wirtschaftliche Situation weiter erodieren.

Man kann über die Höhe des gerechten Arzteinkommens geteilter Meinung sein. Aber „am Markt“ setzt sich auf Dauer eine andere, realistische Preisvorstellung durch. Diese orientiert sich an gut beschäftigten Rechtsanwälten, IT-Spezialisten oder vielleicht auch Bundestagsabgeordneten. Das Wissen, das Ärzte in 12 Jahren Aus- und Weiterbildung erworben haben, spielt bei der Vorstellung des eigenen Werts eine wichtige Rolle, aber auch die hohe Verantwortung, die Arbeitsdichte und die psychische Belastung. Die Arbeit in einer Praxis bringt zum Teil große Befriedigung und Erfüllung mit sich, aber über

weite Strecken ist eine sehr hohe Frustrationstoleranz erforderlich. Auch dies muss finanziell berücksichtigt werden.

Doch das wird es seit Langem nicht. Auf der anderen Seite steigen die Anforderungen und Belastungen im Bereich der Bürokratie, oft verbunden mit einer speziellen Form von Missachtung, die vor allem in Krankenkassenkreisen endemisch ist.

Wenn die AOK wie kürzlich in einem Positionspapier fordert, dass bei Vorwürfen von Behandlungsfehlern den Patienten die Beweisführung noch weiter erleichtert wird, als es ohnehin geschieht, und als Argument anführt, dass immer noch nicht jeder Patient in einem Verfahren recht bekommt, dann kann sich jeder junge Arzt ausrechnen, was auf ihn als Praxisinhaber zukommt. Viele werden daraus den Schluss ziehen, so einen Fall doch lieber als Angestellte zu erleben.

Was können Kassen und Politik also tun, um die Niederlassung attraktiver zu machen. Ganz einfach: Behandelt Eure Ärzte besser!

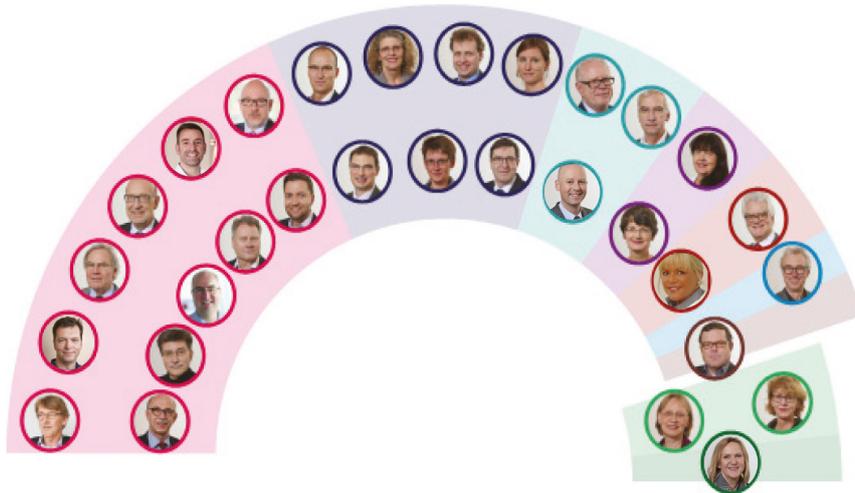
**Dr. Matthias Soyka ist Orthopäde und Buchautor. Aktuell im Buchhandel von ihm: „Dein Rückenretter bist du selbst“, Ellert&Richter, Hamburg.**  
[www.dr-soyka.de](http://www.dr-soyka.de)

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

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

**Mi. 20. Oktober 2021 (19.30 Uhr)**

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



**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**

**Datenschutz in der Arztpraxis**  
Mi. 20.10.2021

**Ausbildung**  
**Datenschutzbeauftragte/r**  
Di. 26.10. - Fr. 29.10.2021

**Terminsystem**  
Mi. 10.11.2021

**Basisseminar Beauftragte/r für**  
**Medizinproduktesicherheit nach §6**  
**MPBetriebV**  
Mi. 17.11.2021

**Tatort Praxis**  
Fr. 19.11.2021

**Hygiene für Fortgeschrittene**  
Mi. 1.12.2021

Weitere Informationen finden Sie im  
Internet: <https://www.kvhh.net/de/praxis/veranstaltungen.html>

Oder über QR-Code:



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

**ABGABE DER ABRECHNUNG**

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

**KREISVERSAMMLUNG**

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

**"Digitalisierung im medizinischen**  
**Alltag – Möglichkeiten und Grenzen"**

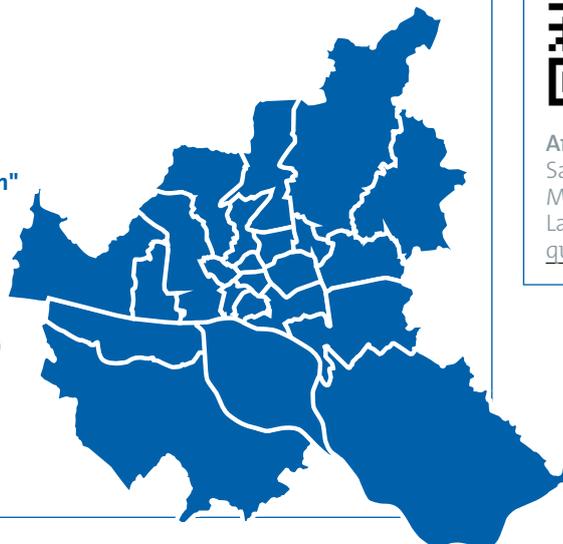
Referentin: Caroline Roos,  
stellv. Vorsitzende der KV Hamburg

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 27.10.2021 (18 Uhr)**

(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

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



**FORTBILDUNGS-AKADEMIE  
DER ÄRZTEKAMMER**

Aktuelle Informationen zu Veranstaltungen finden Sie im Internet: [www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html)

Oder über 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 2021!**



Das neue Fortbildungsprogrammheft für medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der zweiten Jahreshälfte 2021 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)

**DATENSCHUTZ-  
JAHRSSCHULUNG**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 19.11.2021 (14.30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:  
€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis  
bei bis zu drei Teilnehmern  
(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

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

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,  
E-Mail: [praxis@neurologiewinterhude.de](mailto: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).

**ARBEITS- UND  
GESUNDHEITSSCHUTZ**

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar  
**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 10.11.2021 (15 - 20 Uhr)**

**Mi. 24.11.2021 (15 - 20 Uhr)**

**Fr. 10.12.2021 (15 - 20 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich. BGW-zertifiziertes Seminar

**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 1.10.2021 (15 - 20 Uhr)**

**Fr. 19.11.2021 (15 - 20 Uhr)**

**Fr. 26.11.2021 (15 - 20 Uhr)**

**Mi. 8.12.2021 (15 - 20 Uhr)**

**Fr. 17.12.2021 (15 - 20 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Weitere Termine sind auf Anfrage möglich – zum Beispiel für bestimmte Berufsfachgruppen oder Einzel-Unternehmer/innen.

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

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer,  
Tel: 278063-47, Fax: 278063-48  
E-Mail: [betriebsarzt@dr-bandomer.de](mailto:betriebsarzt@dr-bandomer.de)

wir  
verbinden  
ihre

[ n e u • r o • n e n ]

/infocenter

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

