

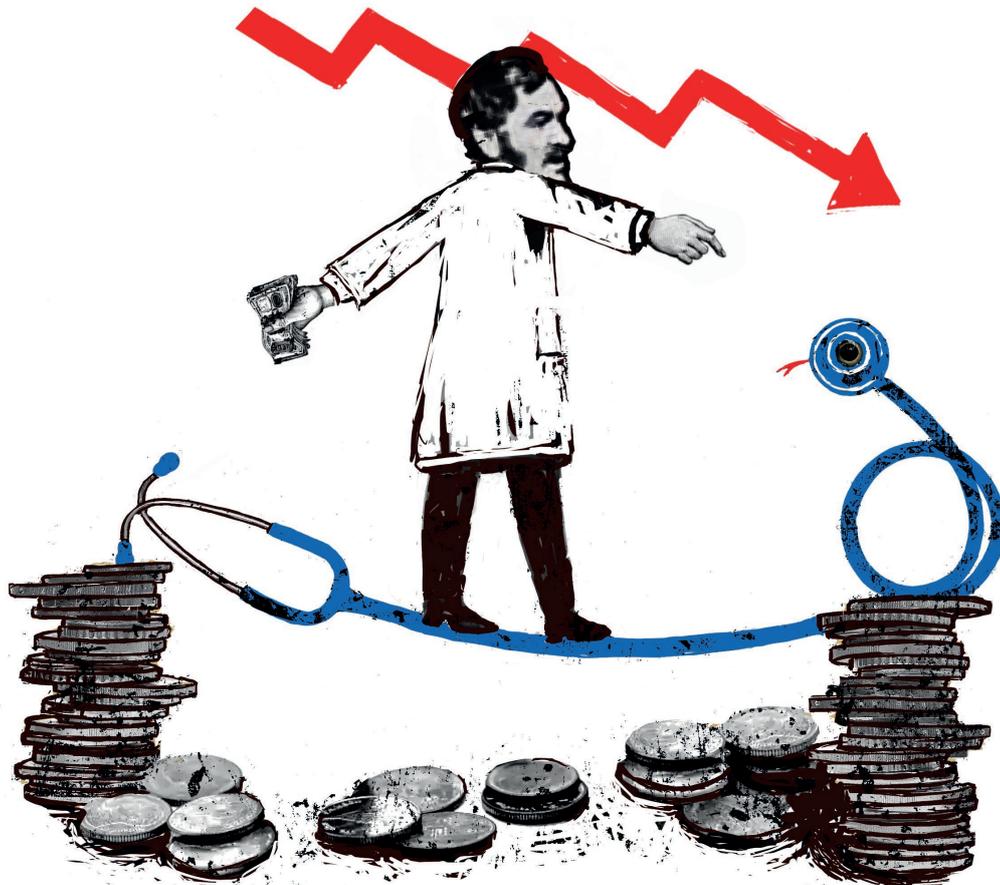
KVH journal



ePAPER
Lesen Sie das
**KVH-JOURNAL
DIGITAL!**
Anmeldung
[www.kvhh.net/
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

AUS DER BALANCE

Gefährden kaufmännische Vorgaben die Medizin?



MVZ-GROßSTRUKTUREN
Mehr Investoren, höhere Kosten

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
Gemeinsame Entscheidungsfindung

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 Mitarbeitende

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 12/2024 (Dezember 2024)



www.blauer-engel.de/uz195

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!



Anmeldung

ePAPER

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

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

Aus vertragsärztlicher Sicht fällt die Bilanz der Ampel-Koalition enttäuschend aus: Die im Koalitionsvertrag beschlossene Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen hätte gleich zu Beginn der Legislaturperiode umgesetzt werden können. Doch stattdessen wurde das Vorhaben verbummelt und von zahlreichen anderen Gesetzesinitiativen überholt, die offenbar als dringender angesehen wurden – Cannabis, Digitalisierung und Krankenhäuser.

Karl Lauterbach hat als Bundesgesundheitsminister immer wieder deutlich gemacht, dass die vertragsärztliche Versorgung für ihn keine Priorität hat – ebenso wenig wie die Patientinnen und Patienten in unserem Land, die auf diese Versorgung angewiesen sind.

Offen bleibt, wie verhindert werden soll, dass Investoren weiter in den Medizinbetrieb vordringen, sich finanziell lukrative Leistungen herausgreifen und die weniger gewinnbringenden den ohnehin unterfinanzierten Praxen überlassen. Wie sollen Ärztinnen und Ärzte ihren Versorgungsauftrag erfüllen, wenn sie nur 70 bis 90 Prozent der Vergütung erhalten, die ihnen für ihre Leistungen zusteht?

Karl Lauterbach hat viele Ankündigungen zur Lösung der Probleme gemacht. Umgesetzt hat er nicht genug.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_** "Hört auf, Ärztinnen und Ärzte in ethische Konflikte zu bringen!" Interview mit dem Hamburger Ärztekammer-Präsidenten Dr. Pedram Emami
- 10_** Kommerzialisierung: Effektivere Versorgung durch Konzerne?
- 12_** MVZ auf dem Vormarsch: Hamburgs ambulante Versorgung erlebt einen Strukturwandel

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_** Fragen und Antworten
- 16_** Elektronische Patientenakte: So funktionieren Filter und Sortieroptionen
- 19_** Neues DMP Osteoporose AOK Rheinland/Hamburg kündigt Hepatitis-C-Vertrag

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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



FORUM

- 19_** Selektivvertrag Kid-Protekt
- 20_** Medibüro: Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung

SELBSTVERWALTUNG

- 28_** Hugo-Niemeyer-Stiftung gewährt finanzielle Unterstützung
- 29_** Steckbrief: Dr. Berit Löwnau

NETZWERK

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 22_** Warum es unerlässlich ist, Patient:innen in Entscheidungen über ihre Gesundheit einzubeziehen

RUBRIKEN

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

KOLUMNE

- 26_** Dr. Bernd Hontschik: "Dänemark hat es vorgemacht?"

TERMINKALENDER

- 30_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Marco Grundt; Seite 7: Naveed Nour; Seite 11: Michael Zapf; Seite 16 und 17: Gematik GmbH; Seite 21: Christoph Niemann; Seite 25: Universität Zürich, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Seite 26: Barbara Klemm; Seite 29: Michael Zapf; Seite 30: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

INTERVIEW

»Täglicher Kampf«

Die Privatisierung der Krankenhäuser ist keine Erfolgsgeschichte. Warum gehen wir nun einen ähnlichen Weg in der ambulanten Versorgung?

Der Hamburger Ärztekammer-Präsident **DR. PEDRAM EMAMI** beschreibt, wie Ärztinnen und Ärzte durch den Einfluss von Kapitalinteressen in ethische Konflikte geraten.

Sie haben in einer Diskussionsveranstaltung vor einer Kommerzialisierung der vertragsärztlichen Versorgung gewarnt – und dabei auf die Erfahrungen im stationären Bereich verwiesen. Was ist das Problem?

EMAMI: In Deutschland begann die Übernahme von Krankenhäusern durch Privatunternehmen in den 1990er-Jahren. Seither breiten sich marktwirtschaftliche Mechanismen in einem Sozialsystem aus – und das führt zu Zielkonflikten, von denen auch Ärztinnen und Ärzte betroffen sind.

Wie meinen Sie das?

EMAMI: Im stationären Bereich ist das Thema ja evident: Die Bundesärztekammer hat mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) schon vor einiger Zeit vereinbart, dass Verträge mit Ärztinnen und Ärzten keine Fehlanreize durch Bonusregelungen und fragwürdige Fallzahl-Ziele enthalten dürfen. Das ist ein wichtiger Schritt, doch für viele Ärztinnen und Ärzte bleibt die Abwehr von kaufmännisch motivierten Vorgaben ein täglicher Kampf.

Gilt das auch für Ärztinnen und Ärzte, die in freigemeinnützigen oder öffentlichen Krankenhäusern angestellt sind?

EMAMI: Zunehmend, ja. Die Privatisierung hat Auswirkungen auf das gesamte System. Chefärztinnen und Chefärzte beklagen überall, dass der Druck auf sie sehr hoch ist – egal, in welcher Art von Krankenhaus sie arbeiten. Der Clinch mit den Kaufleuten findet überall statt. Natürlich sind die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen auch alle Unternehmerinnen und Unterneh-



Dr. Pedram Emami ist Präsident der Hamburger Ärztekammer, Vorsitzender des Marburger Bundes Hamburg und Oberarzt in der neurochirurgischen Klinik des UKE.

mer. Der Unterschied ist aber, dass sie am Ende die Verantwortung für ihre medizinischen Entscheidungen selbst übernehmen. Das ist bei der kaufmännischen Leitung eines Krankenhauses oder eines MVZ nicht so. Die sorgt für Gewinnmaximierung – und kann am Ende doch sagen: „Ich habe die Indikation für die OP ja nicht gestellt. Ich kann gar nicht wissen, ob das richtig war oder nicht.“ Diese Verantwortung bleibt bei den Ärztinnen und Ärzten. Und das ist das Tückische an einer Konstellation, in der die Kaufleute das Sagen haben – aber eben nicht die Haftung.

Und Sie fürchten, dass solche Konflikte nun zunehmend auch auf die ambulante Versorgung übergreifen?

EMAMI: Ja. Mich wundert, dass wir nach den Erfahrungen, die wir mit der Privatisierung der Krankenhäuser gemacht haben, den gleichen Weg nun auch im ambulanten Bereich gehen wollen.

Hören Sie denn auch schon Klagen von Ärztinnen und Ärzten aus dem ambulanten Bereich, die sich unter Druck gesetzt fühlen?

EMAMI: Ja. Und das betrifft vor allem investorenbetriebene MVZ. Wir hören regelmäßig von angestellten Kolleginnen und Kollegen, dass sie von den kaufmännischen Leitungen auf die Zusammensetzung der von ihnen erbrachten Leistungen angesprochen werden. Dabei geht es nicht um die Frage: Macht das medizinisch Sinn? Sondern nur um den finanziellen Aspekt: Was lohnt sich, was lohnt sich nicht? Die Kolleginnen und Kollegen sollen mehr lukrative Leistungen erbringen und die Zahl der weniger lukrativen Leistungen herunterfahren. →

→ **Auf welchen Wegen kommen diese Beschwerden zu Ihnen?**

EMAMI: Viele Kolleginnen und Kollegen wenden sich an die Gewerkschaft, also an den Marburger Bund. Da geht es ganz konkret um den Einzelfall. Wir versuchen, den Kolleginnen und Kollegen den Rücken zu stärken oder ihnen durch juristische Beratung zu helfen. Manchmal kann man Arbeitsverträge so gestalten, dass einer Einmischung der kaufmännischen Leitung ein Riegel vorgeschoben wird. Andere Kolleginnen und Kollegen kommen auf die Ärztekammer zu und fragen: Wie kann man das berufspolitisch in den Griff bekommen? Welche Rahmenbedingungen müssten verändert werden, um unsere Situation zu verbessern?

Können Sie den Kolleginnen und Kollegen helfen?

EMAMI: Wir können von den Kolleginnen und Kollegen lernen, wo die Probleme liegen und für welche berufspolitischen Ziele wir uns stärker engagieren müssen. Unsere Möglichkeiten sind zwar begrenzt. Aber wir sollten die Spielräume nutzen, die wir haben.

Die Öffnung der ambulanten Versorgung für Privatunternehmen und Investoren hat noch einen weiteren Effekt: Jüngere Ärztinnen und Ärzte bekommen es mit finanzstarken Konkurrenten zu tun, wenn sie sich auf einem Kassensitz

bewerben wollen, um sich niederzulassen.

EMAMI: Ja, das ist in bestimmten Bereichen ein sehr großes Problem. Es betrifft vor allem Fächer, in denen Leistungen skaliert werden können und Apparate zum Einsatz kommen: Augenheilkunde, Nephrologie, Endoskopie, Radiologie, et cetera. Für Ärztinnen und Ärzte ist es mittlerweile extrem schwer, da finanziell mitzuhalten. Faktisch werden die Kassensitze heutzutage ja oftmals an den Meistbietenden verkauft – so muss man das sagen. Wenn ich mich niederlassen will und für einen Kassensitz den Betrag X zahlen kann, ist es für ein Krankenhausunternehmen oder einen Investor ein Leichtes zu sagen: Wir bieten X plus 10 Prozent. Und dann ist die Frage: Geht meine Bank mit und finanziert das? Und will ich selbst so viele

gegensteuern, ist das ärztlich geprägte ambulante System schon bald verloren.

Es gibt noch eine dritte Konstellation, in der sich diese Entwicklung direkt auf Ärztinnen und Ärzte auswirkt – nämlich, wenn sie am Ende ihres Berufslebens vor der Entscheidung stehen, ihre Praxis einen ärztlichen Nachfolger oder an ein Unternehmen zu verkaufen. Was kann man dazu sagen?

EMAMI: Ich hatte tatsächlich schon Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten, die genau vor einer solchen Entscheidung standen: Sie wollten ihre Praxis an Kollegen weitergeben, die aber den Preis nicht aufbringen konnten. Und es gab Privatunternehmen, die bereit waren, eine ordentliche Summe zu bezahlen. Ich kann durchaus verstehen, wenn sich ein Arzt oder

"Wir hören regelmäßig Klagen von Ärztinnen und Ärzten, die sich unter Druck gesetzt fühlen. Das betrifft vor allem investorenbetriebene MVZ."

Schulden aufnehmen? Kann ich durch anständige, fleißige Arbeit während meiner Lebensarbeitszeit genug Geld verdienen, um das abzubezahlen? Das ist oft nicht mehr der Fall, deshalb bekommen Privatunternehmen und Investoren den Zuschlag. Wenn wir nicht

eine Ärztin kurz vor dem Ruhestand in einer solchen Situation für den eigenen Vorteil entscheidet. Das System ist korrumpiert, und deshalb muss man an die Zuständigen appellieren: Hört auf, Ärztinnen und Ärzte in ethische Konflikte zu bringen.

Das war früher besser?

EMAMI: Denken Sie doch mal 30, 40 Jahre zurück. Wer früher eine Praxis hatte, konnte selbstbestimmt arbeiten und im Einklang mit dem ärztlichen Ethos eine gute Medizin machen. Man wurde nicht reich, hat aber gut verdient. Man konnte für den Ruhestand vorsorgen und die Praxis an die nächste Kollegin oder den nächsten Kollegen weitergeben. Das hat wunderbar funktioniert, es gab eine hervorragende Patientenversorgung. Heute ist das völlig anders: Egal ob ich angestellt oder selbstständig bin, irgendeinen Kampf muss ich immer ausfechten. Immer werde ich vor die Entscheidung gestellt: Ich oder die anderen? Das ist doch eine furchtbare Entwicklung in einem System, in dem eigentlich das Gemeinwohl im Vordergrund stehen sollte.

Gibt es gute und schlechte Investoren?

EMAMI: Ich würde das Ganze nicht unnötig moralisieren. Eigentlich ist es ganz einfach: Warum investiere ich? Ein Investor hat das primäre Ziel, Geld zu verdienen. Er hat alles Recht zu entscheiden, welche Schwerpunkte er setzt – zum Beispiel ausschließlich nach finanziellen Kriterien. Das ist grundsätzlich legitim. Problematisch wird es, wenn Zielkonflikte auftreten: Einerseits haben wir ein Sozialsystem, das durch solidarische Umlage von Beitragsgeldern für eine möglichst

gute Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sorgen soll. Andererseits kommen nun Investoren ins Spiel, deren Ziel es ist, möglichst viel Geld aus dem System herauszusaugen. Das ist keine Frage von Gut und Böse, sondern eine Frage des Konstrukts: Welche zuwiderlaufenden Interessen lässt man hier aufeinanderprallen? Und wer setzt sich am Ende durch?

Welche Gefahren für die Versorgungsstruktur sehen Sie?

EMAMI: Ich befürchte, dass die engmaschig-wohnortnahe Versorgungsstruktur erodiert. Es besteht die Gefahr, dass die Versorgung an großen Zentren konzentriert wird, die sektorenübergreifend sowohl Bettenstationen als auch MVZ betreiben. Dazwischen gibt es wahrscheinlich noch kleine Spezialkliniken. Und die verbliebenen hausärztlichen und pädiatrischen Einheiten in der Fläche kämpfen am Rande ihrer Leistungsfähigkeit ums Überleben.

Was müsste unternommen werden, um den Einfluss von Privatunternehmen und Investoren auf die ambulante Versorgung zu begrenzen?

EMAMI: Bundesärztekammer und KBV haben Positionen zum Regelungsbedarf veröffentlicht. Dabei geht es unter anderem darum, die Besitzverhältnisse der MVZ transparent zu machen, Marktanteile zu begrenzen und die ärztliche Stellung zu stärken.

Die Forderungen der Selbstverwaltung liegen auf dem Tisch. Wir sollten aber meiner Ansicht nach außerdem innovative Konzepte entwickeln, um die Zulassungsverfahren zu reformieren. Denkbar wäre beispielsweise, einen Fonds aufzubauen, um Ärztinnen und Ärzten, die in Ruhestand gehen, die Kassensitze abzukaufen. Das anschließende Vergabeverfahren sollte sich nicht an der Finanzkraft des Bewerbers, sondern an dessen fachlichen Kompetenz und an der Sicherstellung orientieren: Wer eignet sich am besten dafür, diese Praxis an diesem Standort zu übernehmen? Ich bin sicher, dass wir als Selbstverwaltung auch heute schon unsere Gestaltungsspielräume besser nutzen könnten. Hamburg ist zwar ein kleines Bundesland, doch das hat den Vorteil, dass Projekte leichter umsetzbar sind, wenn bei allen Beteiligten der politische Wille vorhanden ist. Wie bekommen wir eine Sicherstellung hin, die diesen Namen verdient? Die Selbstverwaltung sollte genaue Standortanalysen durchführen, um sagen zu können: Wo ist ein Bedarf? Für welche Fachrichtungen? Wie können wir die Sitze auch über die Fläche verteilen, damit eine wohnortnahe ambulante Versorgung aus ärztlicher Hand auch in Zukunft möglich ist? Die Selbstverwaltung ist ein hohes Gut. Ein Blick nach Großbritannien und die USA zeigt: Wir dürfen die Gesundheitsversorgung weder dem Staat noch dem Markt überlassen. ■

Interview: Martin Niggeschmidt

VON DR. ANDREAS BOLLKÄMPER

Mehr Investoren, höhere Kosten!

Erledigen profitorientierte Unternehmen die radiologische Versorgung günstiger und besser? Hier eine deutliche Warnung: Das ist nicht der Fall.

Einige Politiker scheinen zu glauben, dass die ambulante medizinische Versorgung von „Konzernen“ besser erledigt werden könnte: billiger, effektiver, bei angeblich besserer Auslastung der Geräte, vor allem in technischen Fächern wie der Radiologie. Das krasse Gegenteil ist der Fall:

1. Es gibt keine effektivere Versorgungseinheit als die selbstständige Praxis. Bei der Befundung radiologischer Bilder beispielsweise leisten angestellte Ärzte nur etwa 50 bis 60 Prozent dessen, was ärztliche Inhaber erledigen.

2. Je größer die Institution, desto geringer ist die Tagesleistung radiologischer Geräte. Besonders Krankenhäuser und große MVZ arbeiten schwerfällig und ineffektiv.

3. Der Kostenvorteil, der entsteht, wenn MVZ-Großstrukturen mehr Geräte, Wartungsleistungen und Verbrauchsmaterial abnehmen, wird durch den unflexiblen Verwaltungs-Wasserkopf ins Gegenteil verkehrt.

4. SOPs (Standard Operating Procedures – „Standardvorgehensweisen“ zum Qualitätsmanagement) können Vorteile bringen, bestehen aber nur in Ausnahmefällen und stehen grenzwertig auch gegen die

ärztliche Eigeninitiative in selbstständigen Einheiten.

Der Gewinn, den die ambulante Versorgung in Großstrukturen dem Investor einbringt, entsteht nicht spontan – denn unter den oben angeführten Bedingungen wäre das „Tagesgeschäft“ hoch defizitär.

merklich – über die Terminschleife erfolgen.

Nach solchen Konsolidierungsmaßnahmen wäre das Unternehmen in den wirtschaftlichen Kenndaten ausreichend aufgehübscht und stünde zum Weiterreichen an den nächsten Investor bereit. Die Differenz zwischen

Je größer die Institution, desto geringer ist die Tagesleistung radiologischer Geräte. Besonders Krankenhäuser und große MVZ arbeiten schwerfällig und ineffektiv.

Dies kann aufgefangen werden, indem besonders schlecht bewertete Methoden sofort eingestampft bzw. durch strategische Termin-Vergabe und Wartezeiten heruntergefahren werden. Dabei wird ein Rest solcher Untersuchungen manchmal zunächst als Alibi beibehalten.

In den ausreichend bewerteten Methoden kann selektiert werden zwischen attraktiven, weil schnellen Untersuchungen – und schwierigen Organbereichen und Fragestellungen. Auch dies kann – nach außen kaum

Einkaufspreis und Verkaufspreis bietet dann den Gewinn für den Investor. Wenn die im Hintergrund stehende Gesellschaftsstruktur international ist, kann auch der deutsche Steuersatz vermieden werden.

Auf Basis solchen Denkens ist der von Investoren gebotene Übernahmepreis für Kassenarztsitze deutlich höher als der fair und korrekt ermittelte Wert einer Praxis, die eine bedarfsorientierte Komplettversorgung anbietet.

Wir sind ein freies Land, und Unternehmer dürfen unterneh-

men, nein sie sollen es sogar. Aber Gesundheit ist keine Dienstleistung, und der Patient keine Ware.

Wir Vertragsärzte haben einen Versorgungsauftrag. Und wir haben den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung in unserer Region – nicht als Einzelne, sondern als Gruppe, in der KV organisiert.

Die Übersetzung des Sicherstellungsauftrags in den Versorgungsauftrag auf Praxisebene ist bereits ausgehöhlt. Geforderte Einzelqualifikationen oder Gerätebesitz (oder Nichtbesitz) schaffen vielfältige Möglichkeiten, unattraktive Untersuchungen zu vermeiden (siehe Mammographie) oder zu minimieren.

Eine Versorgung mit allen von Organfachärzten geforderten und notwendigen Untersuchungen mit in der Menge ausreichendem Angebot wird es in einer Investoren-Landschaft nicht geben. Wenn dann die Sicherstellung nicht mehr erreicht wird, kommen Ersatzvornahmen zu anderen Preisen als Lösung in Frage.

Einige Politiker hoffen alternativ vielleicht auf planwirtschaftliche Strukturen. Das wäre noch weniger effektiv und entsprechend noch teurer. Am Ende steht Wartelisten-Medizin für Notwendiges oder Ausweichen auf viel zu teure Alternativen.

Lösungsansätze

- Wir brauchen eine Gebührenordnung, die „einheitliche“ Bewertungen über die verschiedenen Methoden der Bildgebung herstellt – wie das beispielsweise in der Schweiz der Fall ist. Natürlich qualitätsgesichert und ohne Selbstzuweisung. Die Systematik der geplanten und gescheiterten EBM-Reform hatte ja auch den richtigen Ansatz, Kosten und Arztlohn zu differenzieren und damit den Arztlohn einheitlich (unabhängig von Fach oder Methodik) zu ermöglichen. Basis war auch eine ausreichende Detailbetrachtung der Untersuchungen/Behandlungen und klare Einzelleistungs-Betrachtung der Bewertung. Dieser Weg eines kostenbasierten EBM wurde dann politisch aufgegeben.

- Je mehr „ärztliche Kontrolle“ über die Institute besteht, desto geringer ist die Gefahr, dass sich eine kaufmännische Logik durchsetzt.

- Die Zunahme von Investoren im Medizinbetrieb kostet viel Geld, das dann für die Patientenversorgung fehlt. Der Profit der Investoren wird direkt der Versorgung entzogen. Dies ist zu verhindern. Dass Investoren durch den Kauf eines kleinen Krankenhauses die Gründereigenschaft für MVZ bekommen und ganz Deutschland mit profitorientierten MVZs

beglücken können, muss wirksam unterbunden werden. Hier würden ein Regionalprinzip und eine Größenbegrenzung helfen.

- In den klassischen Praxen ist der Kassenarztsitz das "Eigentum" des Kassenarztes. Das ist eine gute Konstruktion. Um Versorgung zu leisten, reicht der Besitz eines Sitzes pro Kopf. Das Argument, die jungen Kollegen wollen keine Selbstständigkeit, keine Verantwortung, haben Angst vor enormen Schulden – ist nur vorgeschoben. Für einen Versorgungsauftrag, der auch bei Ableisten der gesamten Bandbreite von Fragestellungen bei allen Patienten eine wirtschaftliche Amortisation ermöglicht, gibt es auch Interessierte. Eine faire, ausgleichende Gebührenordnung ist dafür die Basis. ■



DR. ANDREAS BOLLKÄMPER ist Facharzt für Radiologie, Teilhaber einer radiologischen Gemeinschaftspraxis in Hamburg-Wandsbek und Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg

VON JOHN AFFUL

MVZ auf dem Vormarsch

Hamburgs ambulante Versorgung erlebt einen Strukturwandel. Während nur fünf Prozent der Versorgungseinheiten auf MVZ entfallen, bündeln diese 20 Prozent der Leistungskapazitäten. In einigen Fachbereichen machen angestellte Ärztinnen und Ärzte bereits über die Hälfte der Vollzeitäquivalente aus.

Für die Vertreterversammlungs-Sitzung der KV Hamburg am 16. Oktober 2024 hatten wir ausgewertet, in welchen Betriebsformen die ambulante Versorgung in Hamburg stattfindet – und wie die Leistungskapazitäten verteilt sind.

Konzentrationsprozess

Zunächst fällt auf: Bisher stellen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) etwa 5 Prozent der Versorgungseinheiten. Das ist ein kleiner Anteil. Etwa 95 Prozent der Versorgungseinheiten werden noch immer als Praxen betrieben (siehe Tabelle 1).

Doch wenn man sich die Vollzeitäquivalente ansieht (also die Tätigkeit aller Angestellten und Selbstständigen gemessen an vollen Versorgungsaufträgen), zeigt sich: Auf die MVZ entfallen 20 Prozent der Vollzeitäquivalente.

Wir erleben also einen deutlichen Konzentrationsprozess in der ambulanten Versorgung: Die Anzahl der Standorte nimmt ab, die wohnortnahe Versorgung wird ausgedünnt.

Und es gibt ein weiteres interessantes Ergebnis: Die MVZ in Hamburg fordern 33 Prozent des Honorars an. Etwa ein Drittel der gesamten Honoraranforderung der ambulanten Versorgung in Ham-

burg entfällt also bereits auf MVZ, obwohl diese nur fünf Prozent der Versorgungseinheiten stellen.

Ein guter Indikator für die Leistungskapazität der Bereiche ist die Verteilung der Vollzeitäquivalente. Wenn man einzelne Fachgruppen analysiert und nach Angestellten und Selbstständigen sowie nach Praxen und MVZ differenziert, erhält man jeweils ganz unterschiedliche Ergebnisse.

Haus- und kinderärztliche Versorgung: Praxen prägen das Leistungsgeschehen

In der hausärztlichen Versorgung beispielsweise stellen selbstständige Ärztinnen und Ärzte 68 Prozent der Vollzeitäquivalente (Tabelle 2). Die in Praxen angestellten Ärztinnen und Ärzte kommen auf 16 Prozent. Das heißt: In diesem Bereich sind insgesamt immer noch 84 Prozent der Vollzeitäquivalente in den Praxen angesiedelt.

Im kinderärztlichen Bereich (Tabelle 3) ergibt sich ein ähnliches Bild, allerdings ist der Anteil der Leistungskapazitäten in den Praxen noch etwas höher (88 Prozent der Vollzeitäquivalente).

Augenärzte: uneinheitliches Bild

Im augenärztlichen Bereich (Tabelle 4) arbeiten nur noch 69 Prozent

aller Vollzeitäquivalente in einer Praxis: 56 Prozent der Vollzeitäquivalente entfallen auf selbstständige Ärztinnen und Ärzte. 13 Prozent arbeiten angestellt in Praxen.

Indessen decken MVZ bereits 31 Prozent der Vollzeitäquivalente ab. Der Anteil der angestellt arbeitenden Vollzeitäquivalente beträgt unter dem Strich 44 Prozent.

Fachärztliche Internisten: Mehr als die Hälfte ist angestellt

Bei den fachärztlichen Internisten (Tabelle 5) ist der Anteil der angestellt arbeitenden Vollzeitäquivalente noch höher: Mehr als die Hälfte arbeitet mittlerweile angestellt – davon der größte Teil in MVZ, deren Träger Krankenhäuser sind: Auf diese Krankenhaus-MVZ entfallen 29 Prozent der Vollzeitäquivalente.

Der Anteil der Vollzeitäquivalente in den Praxen (angestellt und selbstständig) ist auf 55 Prozent zurückgegangen.

Was können wir aus der Auswertung mitnehmen?

Die Zunahme des MVZ-Anteils an den Versorgungseinheiten geht mit einer Konzentration der Versorgung einher, weil die Vollzeitäquivalente an weniger Standorten zusammengefasst werden. Wer eine

wohnnortnahe Versorgung wünscht, sollte also inhabergeführte Praxen fördern.

Im augenärztlichen und im fachinternistischen Bereich haben MVZ bereits einen großen Teil der Leistungskapazitäten übernommen.

Bei den Fachinternisten entfällt schon heute mehr als die Hälfte der Vollzeitäquivalente auf angestellte Ärztinnen und Ärzte.

Diese Ergebnisse deuten auf einen einschneidenden Strukturwandel in der ambulanten Versorgung hin.

Weitere Auswertungen sind nötig. Im Arztregister der KV ist die Trägerschaft der MVZ verzeichnet: MVZ können unter anderem von Ärzten, Krankenhäusern und Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen gegründet werden (§ 95 SGB V). Doch Träger ist nicht gleich Eigentümer: Wem die institutionellen Träger gehören, ob dahinter private Finanzinvestoren, Private-Equity-Unternehmen oder Konzerne stehen, ist der KV oftmals nicht bekannt.

Diese mangelnde Transparenz erschwert beweiskräftige Analysen zur Frage, in wie weit Unterschiede zwischen den Leistungsprofilen von Betriebsstätten in Zusammenhang mit deren Besitzverhältnissen stehen. ■

JOHN AFFUL ist Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg. Die Auswertung wurde von **CAROLINE ULBRICH** durchgeführt.

TABELLE 1: BETRIEBSFORMEN UND LEISTUNGSGESCHEHEN INSGESAMT IN HAMBURG

	Honorareinheit	Vollzeitäquivalente	Honoraranforderung
MVZ	5 %	20 %	33 %
Praxen	95 %	80 %	67 %

TABELLE 2: HAUSÄRZTLICHER BEREICH

Zulassungsart	Honorareinheit	Vollzeitäquivalente
Angestellt		32 %
	MVZ	8 %
	Krankenhaus-MVZ	7 %
	Praxen	16 %
Selbstständig		68 %

TABELLE 3: KINDERÄRZTLICHER BEREICH

Zulassungsart	Honorareinheit	Vollzeitäquivalente
Angestellt		29 %
	MVZ	5 %
	Krankenhaus-MVZ	8 %
	Praxen	17 %
Selbstständig		71 %

TABELLE 4: AUGENÄRZTLICHER BEREICH

Zulassungsart	Honorareinheit	Vollzeitäquivalente
Angestellt		44 %
	MVZ	8 %
	Krankenhaus-MVZ	23 %
	Praxen	13 %
Selbstständig		56 %

TABELLE 5: FACHINTERNISTISCHER BEREICH

Zulassungsart	Honorareinheit	Vollzeitäquivalente
Angestellt		55 %
	MVZ	16 %
	Krankenhaus-MVZ	29 %
	Praxen	10 %
Selbstständig		45 %



Fragen und Antworten

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

ARZTRUF HAMBURG

Dürfen wir an Feiertagen auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst verweisen? Gibt es speziell für Brückentage eine zusätzliche Kulanzregelung?

Ja, an gesetzlichen Feiertagen darf auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst verwiesen werden. Heiligabend und Silvester gelten allerdings nicht als gesetzliche Feiertage.

Brückentage (also Werktage zwischen den Feiertagen) gelten als normale Werktage, für die die vertragsärztliche Präsenz- und Sprechstundenpflicht gilt. Ein Verweis auf den fahrenden Notdienst oder auf die Notfallpraxen ist an Brückentagen daher nicht zulässig. Bei Abwesenheit ist hier in geeigneter Weise (Anrufbeantworter, Aushang etc.) auf einen Vertreter zu verweisen. Dies muss aber mit dem Vertreter abgesprochen sein.

PSYCHOTHERAPIE

Welche Altersgrenzen gibt die Psychotherapie-Richtlinie vor?

Die Psychotherapie-Richtlinie sieht keine Altersgrenzen für Psychotherapie vor. Es werden aber Altersgruppen definiert. Im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind - und Jugendli-

che Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann.

Grundsätzlich haben Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren Anspruch auf eine Erwachsenenentherapie. In diesen Fällen gelten die Regelungen für Erwachsene.

TSS

Werden die von unserer Praxis gemeldeten Termine für die Terminservicestelle (TSS) automatisch ins nächste Jahr 2025 übertragen?

Nein, es gibt keine automatischen Fortschreibungen. Es ist notwendig, die Termine, die Sie für die TSS zur Verfügung stellen wollen, explizit einzutragen oder zu melden. Eine Anleitung zum Eintragen von Terminen in den digitalen Kalender der TSS finden Sie auf unserer Website: **[kvhh.net](https://www.kvhh.net) → Praxis → Terminservicestelle → Infos zum 116117 Terminservice → Termine einstellen und verwalten**

Sie können auch einen Terminmeldebogen nutzen, der auf derselben Seite zur Verfügung steht. Bitte schicken Sie diesen an: **tss@kvhh.de** Ebenso ist es möglich, Termine mit einer formlosen E-Mail zu melden.

ONLINE-PORTAL

Ich möchte mich im Online-Portal über das SafeNet anmelden und nutze hierfür auch den richtigen Link: <https://portal.kvhh.kv-safenet.de/eHealthPortal>. Nach dem Eingeben meiner Zugangsdaten lädt die Seite nicht und es erscheint eine Fehlermeldung. Woran liegt das?

Überprüfen Sie in diesem Fall als erstes, welchen Webbrowser Sie verwenden. Apple Safari oder auch Microsoft Edge werden nicht vom SafeNet unterstützt. Rufen Sie das Online-Portal zum Beispiel über Mozilla Firefox oder Google Chrome auf.

Erscheint nun immer noch eine Fehlermeldung, liegt das sehr wahrscheinlich an Ihren Konnektor-Einstellungen. In der Management-Oberfläche muss das sogenannte „Bestandsnetz“ durch Setzen eines Häkchens aktiviert werden. Diese Einstellung können entweder Sie selbst vornehmen – oder Ihre Softwareanbieter per Fernzugriff.

EINZELLEISTUNGSSTATISTIK

Im Rahmen meiner Weiterbildungsbefugnis benötige ich eine Einzelleistungsstatistik. Wo bekomme ich diese her?

Die Einzelleistungsstatistik (sortiert nach Leistungserbringern) wird in unserer Abteilung „Abrechnungsprüfung“ für Sie erstellt. Dazu genügt eine formlose E-Mail an:

abrechnungspruefung@kvhh.de

Ebenso ist es möglich, sich die Statistik im Online-Portal erstellen zu lassen. Melden Sie sich zunächst über das SafeNet an und gehen dann folgende Schritte: **Dokumente** → **Dokumentenmanagement** → **System starten**.

AUSLANDSABKOMMEN

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

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

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Anna Spohn, Petra Timmann, Robin Schmidt und Damla Eymur



Schnelle Übersicht in der elektronischen Patientenakte

So funktionieren Filter und Sortieroptionen

Der Umfang der elektronischen Patientenakte wird anfangs noch recht überschaubar sein, doch mit der Zeit werden immer mehr Informationen zum Gesundheitszustand eines Patienten hinzukommen. Deshalb ist wichtig, dass Ärzte und Psychotherapeuten in der Datenfülle dennoch einfach und schnell Dokumente finden können.

Im Internet, in E-Mails oder Apps schnell die gewünschten Informationen zu finden, das ermöglicht in der Regel eine gute Suchfunktion. Dies gilt auch für die elektronische Patientenakte (ePA). Sich schnell einen Überblick über

die enthaltenen Dokumente verschaffen zu können, ist eine wichtige Voraussetzung für die Praxistauglichkeit der ePA.

Ab Januar 2025 lassen sich Dokumente in der ePA anhand von sogenannten Metadaten finden; jedes Dokument, das in die ePA eingestellt wird, muss deshalb mit Metadaten versehen werden. Angaben wie Autor, Erstellungszeitpunkt, Dokumentenname und Dokumententyp sind Pflichtfelder. Eine Volltextsuche plant die Gematik für 2026.

Darstellung der ePA und ihrer Inhalte ist abhängig vom PVS

Wie genau das Suchen und

Finden ab dem Start der ePA funktionieren, hängt vom jeweiligen Praxisverwaltungssystem (PVS) ab. Aber es gibt Grundanforderungen, die Praxen bei der Arbeit mit der ePA in ihrem PVS vorfinden müssen.

Die in der ePA gespeicherten Dokumente sollten im PVS in einer Dokumentenübersicht dargestellt sein, beispielsweise in Form einer Liste: Jeder Eintrag, bestehend aus Dokumentenname, Dokumentenart, Datum und Autor, steht in einer eigenen Zeile. Dabei sollte sofort erkennbar sein, ob in der ePA vorhandene Dokumente bereits in seiner

Umsetzungsbeispiel: Dokumentenliste anzeigen

Dokumente von Anette Wagner									
Alle Dokumente Lokale Dokumente ePA Dokumente									
: Mehr Filter Suchen in Alle									
ePA	Lokal	Typ	Art	Titel	Erstelldatum	Autoren	Fachrichtung		
✓	✓	Bild	Diagnostik	Röntgen Knie links 1	08.04.2025	Phillip Klein	Radiologie	ⓘ	
✗	✓	Brief	Arztbericht	Arztbrief Dr. Schmitz	10.03.2025	Dr. S. Schneider	Allgemein	ⓘ	
✓	✓	Brief	Arztbericht	Bildbefund - Röntgen Knie	08.02.2025	Daniel Weber Klinikum West	Orthopädie	ⓘ	
↑	✓	Brief	Arztbericht	Arztbrief Dr. Hartmann	18.12.2024	Dr. Dirk Hartmann	Allgemein	ⓘ	
↑	✓	Brief	Arztbericht	Entlassbrief Klinikum West	19.11.2024	Dr. Daniel Schmidt	Dermatologie	ⓘ	
✓	↓	Protokoll	Patienteneigene Dokumente	Kopfschmerztagebuch	05.07.2024	Anette Wagner	---	ⓘ	
✓	↓	Laborbefund	Diagnostik	Kleines Blutbild	08.06.2024	Anette Wagner	---	ⓘ	
✓	✓	Brief	Arztbericht	Arztbrief Dr. Weber	30.03.2024	Daniel Weber Klinikum West	Orthopädie	ⓘ	
↑	✓	Brief	Arztbericht	Arztbrief Dr. Schulz	19.10.2023	Michael Schulz MVZ Nord-Ost	Innere Medizin	ⓘ	
✓	✓	Bild	Diagnostik	Röntgen Oberschenkel rechts	13.07.2023	Daniel Weber Klinikum West	Orthopädie	ⓘ	

Behandlungsdokumentation im PVS („Patientenkartei“) enthalten sind, also schon heruntergeladen wurden. Das PVS sollte dabei unterstützen, eine Doppelablage von Dokumenten zu vermeiden.

Auswahl begrenzen mit Filtern und Sortieren

Idealerweise ermöglicht das PVS eine schnelle und einfache Sortierung der Einträge, etwa mit einem Klick auf die Kopfzeile. So können die neuesten Einträge ganz oben angezeigt werden, oder die Dokumente werden nach den erstellenden Ärzten sortiert.

Zusätzlich sollten Filteroptionen vorhanden sein. Die Praxis kann so die Auswahl beispielsweise auf die letzten 30 Tage einschränken oder sich nur bestimmte Dokumenten-

arten wie Laborbefunde und Arztbriefe anzeigen lassen. Mit der Kombination aus verschiedenen Filtern und dem Sortieren können Nutzer schnell das gewünschte Dokument finden.

Metadaten ermöglichen höhere Funktionalität

Im Hintergrund sorgen Metadaten dafür, dass das Filtern und Sortieren sinnvoll funktionieren. Hier kann das PVS die Praxis unterstützen und Felder schon vorbefüllen. So kennt das PVS denjenigen, der im Moment im System arbeitet und kann bei eigenen Dokumenten den Autor automatisch hinzufügen. Gleiches gilt für das Erstellungsdatum und oft auch für den Dokumentennamen. Der Aufwand für die Praxis soll so beim Befüllen der ePA möglichst gering bleiben. ■

ePA-SERIE



Dieser Artikel ist Teil einer Serie zur ePA, die von der KBV auf ihrer Website veröffentlicht wird. Bisher erschienen:

ePA-Serie Teil 1: Rolle der elektronischen Patientenakte in der ambulanten Versorgung

ePA-Serie Teil 2: Wer was einpflegt – Diese Daten aus der Praxis kommen in die elektronische Patientenakte

ePA-Serie Teil 3: Abrechnungsdaten und Entlassbriefe – auch das kommt in die ePA

ePA-Serie Teil 4: Schnelle Übersicht in der ePA – So funktionieren Filter und Sortieroptionen

ePA-Serie Teil 5: Widerspruchsrechte des Patienten und Informations- und Dokumentationspflichten der Ärzte und Psychotherapeuten

<https://www.kbv.de/html/epa.php> → Serie zur elektronischen Patientenakte

Dokumente von Anette Wagner

Alle Dokumente Lokale Dokumente ePA Dokumente

Mehr Filter Suchen in Alle

ePA	Lokal	Typ	Typ	Art	Titel	Einstelldatum	Autoren	Fachrichtung
✓	✓	Bild						
✗	✓	Brief						
✓	✓	Brief						
↑	✓	Brief						
↑	✓	Brief	Arztbericht	Entlassbrief	Klinikum West	19.11.2023		Dermatologie
✓	↓	Protokoll	Patienteneigene Dokumente	Kopfschmerztagebuch		05.07.2024	Anette Wagner	---
✓	↓	Laborbefund	Diagnostik	Kleines Blutbild		08.06.2024	Anette Wagner	---
✓	✓	Brief	Arztbericht	Arztbrief	Dr. Weber	30.03.2024	Daniel Weber Klinikum West	Orthopädie
↑	✓	Brief	Arztbericht	Arztbrief	Dr. Schulz	19.10.2023	Michael Schulz MVZ Nord-Ost	Innere Medizin
✓	✓	Bild	Diagnostik	Röntgen	Oberschenkel rechts	13.07.2023	Daniel Weber Klinikum West	Orthopädie

Umsetzungsbeispiel: Dokumente filtern und suchen

ePA-Start 2025

Herausforderungen und Chancen für die Praxen



Bilder: © Adobe Stock; woravut und sopradit

Politische Podiumsdiskussion zum Start der ePA, u. a. mit:

- Dr. Florian Fuhrmann (Gematik)
- Maren Puttfarcken (TK)
- Caroline Roos (KVH)
- Dr. Sibylle Steiner (KBV)

13. Dezember 2024 | 13-17 Uhr in der KV Hamburg

Weitere Informationen und Anmeldung unter [kvhh.de](https://www.kvhh.de)



ePA für alle



Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg



Neues DMP Osteoporose

Die KV Hamburg hat mit den Hamburger Krankenkassen das DMP Osteoporose für Hamburg vereinbart. Das Einschreiben von Patienten und Erbringen von DMP-Leistungen ist ab dem 1. Januar 2025 vorgesehen.

Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte gem. § 73 Abs. 1a SGB V und Orthopäden. Beide Arztgruppen müssen eine Abrechnungsgenehmigung bei der KV Hamburg beantragen. Dies ist bereits seit Anfang November 2024 möglich.

Im Rahmen des DMP Osteoporose ist als Schulungsprogramm für Patienten das „Patientenprogramm Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie“ (<http://dv-osteologie.org/dmp-osteoporose>) vereinbart

worden. Zur Erbringung der Schulung ist ebenfalls eine Abrechnungsgenehmigung bei der KV Hamburg zu beantragen. Notwendig dafür ist die Vorlage einer Schulungsbeurteilung. Interessierte Ärzte wenden sich hierfür an die OSTAK Osteologie Akademie GmbH. Die nächsten Termine finden Sie unter <https://ostak.de/dmp-osteoporose-trainer/>.

Weitere Informationen und Antragsformulare: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Formulare → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → D → DMP Osteoporose

Ansprechpartner:
Mitgliederservice
Tel: 040 / 22802 -802

AOK Rheinland/Hamburg kündigt Hepatitis-C-Vertrag

Die AOK Rheinland/Hamburg hat den Vertrag nach § 73a SGB V zur Verbesserung der Versorgungsqualität für chronisch Hepatitis-C (HCV)-Infizierte zum 31. Dezember 2024 gekündigt. Leistungen nach dem Vertrag können nur noch bis dahin erbracht werden.

Die AOK RH hat sich auf die gesetzliche Regelung des

§ 140a SGB V berufen, nach der auf Grundlage von § 73a SGB V geschlossene Verträge spätestens bis zum 31. Dezember 2024 durch Verträge auf Grundlage von § 140a SGB V zu ersetzen oder zu beenden sind. ■

Ansprechpartner:
Mitgliederservice
Tel: 040 / 22802 -802

Selektivvertrag Kid-Protekt

Kindern ein möglichst gesundes Aufwachsen zu ermöglichen – das ist das Ziel des Selektivvertrags Kid-Protekt, der von der AOK Rheinland/Hamburg, der Sozialbehörde Hamburg und der Stiftung SeeYou entwickelt worden ist. Er baut auf den Ergebnissen des gleichnamigen Innovationsfondsprojekts aus den Jahren 2018 bis 2021 auf.

Standardisierte Prozesse sowie die Zusammenarbeit mit einer Babylotsin sollen dabei helfen, psychosoziale Belastungen zu erkennen und Familien mit Unterstützungsbedarf aus dem Gesundheitssystem heraus in das Netz der Frühen Hilfen und andere soziale Sicherungssysteme überzuleiten. Hinzu kommt das Angebot einer festen Sprechstunde durch die Babylotsin vor Ort in den Praxen.

Nehmen Sie teil! Profitieren Sie von dem vergüteten, strukturierten Versorgungsprogramm für psychosozial belasteten Frauen und Familien.

Insgesamt können bis zu 24 Frauen- und Kinderarztpraxen in Hamburg teilnehmen. ■

Weitere Informationen und das Kontaktformular finden Sie unter: <https://www.seeyou-hamburg.de/kooperationen-beratung/selektivvertrag/>

Ansprechpartnerin:
Marie Klimpel (Stiftung SeeYou)
Tel: 040 / 67377 -730
Mobil: 0172 / 4866095
m.klimpel@seeyou-hamburg.de



VON ANDREAS MÜNZER

Versorgung für Menschen ohne Krankenversicherung

Tausende Menschen in Hamburg haben keinen Zugang zur Regelversorgung. Das Medibüro vermittelt solche Patient:innen an ein Netzwerk von etwa 190 Arztpraxen. Der Bedarf ist groß, weitere Unterstützung wird gesucht.

Das Medibüro setzt sich für die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung ein. Die Patientinnen und Patienten kommen in die Beratung und werden an kooperierende Ärzte weiterverwiesen. Ich habe schon als Medizinstudent in der Beratung gearbeitet. Heute bin ich als Facharzt in einer Praxis angestellt, die seit vielen Jahren mit dem Medibüro kooperiert, und versorge dort auch Menschen ohne Versicherung.

In Hamburg gibt es etwa 190 Arztpraxen, die zu einem vergünstigten Satz oder gegen spendetes Honorar mit dem Medibüro zusammenarbeiten. Derzeit sind wir auf der Suche nach weiteren Ärztinnen und Ärzten, die sich engagieren wollen.

Schätzungen zufolge leben mindestens 22.000 Menschen ohne Krankenversicherung in Hamburg. Viele von ihnen arbeiten auf dem Bau oder im Hafen. Die Frauen sind oft im Reinigungssektor tätig.

Obwohl sie faktisch ein Teil unserer Stadt und unseres Wirtschaftssystems sind, haben sie keinen Zugang zur Regelversorgung.

Ins Medibüro kommen diese Personen beispielsweise mit Frakturen, Traumata oder kardiovaskulären Erkrankungen. Aber auch fortgeschrittene Gonarthrosen, Zahnschmerzen oder ein neu aufgetretener Diabetes, welcher eingestellt werden muss, und ebenso neurologische Krankheitsbilder wie Epilepsie gehören zu den Gründen für eine Vorstellung in der

Beratung. Manchmal kommen Menschen erst, wenn sie so eingeschränkt sind, dass sie nicht mehr arbeiten können. Viele der Frauen stellen sich mit Schwangerschaften vor.

Die Zusammensetzung der Nationalitäten hat sich über die Jahre hinweg immer wieder verändert. Derzeit stammt ein Großteil der Patientinnen und Patienten aus Ghana, dem Senegal, Ecuador oder Kolumbien. Wir sehen aber auch Roma aus Serbien sowie EU-Aus-

SPENDEN & MITARBEIT

Das Medibüro finanziert sich durch Spenden. Wir freuen uns, wenn Sie das Projekt finanziell unterstützen.

Spendenkonto: Hamburger AK Asyl e.V.
Stichwort: Medizinische Flüchtlingshilfe
IBAN: DE05 4306 0967 1344 0013 00
GLS Bank

Wenn Sie erwägen, sich an der Versorgung zu beteiligen, können gerne mit dem Medibüro Kontakt aufnehmen, um weitere Informationen zugeschickt zu bekommen oder unverbindlich mit den Ehrenamtlichen über denkbare Modalitäten der Zusammenarbeit zu sprechen. Es gibt unterschiedliche Abrechnungsmöglichkeiten. Auch die Versorgungsfrequenz ist nicht festgelegt – einige Praxen sind sehr intensiv dabei, andere übernehmen einmal im Halbjahr eine Patientin. Das Engagement kann also an die jeweiligen Gegebenheiten und Kapazitäten angepasst werden.

Kontakt: info-medibuero-hamburg@systemli.org



Flyer „Menschen in Not helfen“

Eine gute Übersicht über das ärztliche Procedere bei der Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung sowie eine Liste weiterer Anlaufstellen, mit denen das Medibüro zusammenarbeitet, findet sich auch in einem Flyer der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org → Wissenswertes Gesundheit & Soziales → Migranten → (nach unten scrollen) Broschüre „Menschen in Not helfen – Behandlung von Patientinnen und Patienten ohne gesicherten Aufenthaltsstatus“

länder und Deutsche, die aus verschiedensten Gründen keine Versicherung haben.

Die Patientinnen und Patienten werden vom Medibüro nicht nur an Arztpraxen, sondern auch an Psychotherapeutinnen, Physiotherapeuten, Hebammen verwiesen.

Besonders schwer ist es, stationäre Behandlungen zu organisieren. Manchmal ist dies bei elektiven Behandlungen möglich. Dann kann zu einem im vorweg ausgehandelten Preis eine stationäre Versorgung vereinbart werden.

Regelmäßig kommen Menschen ins Medibüro, die nach einem stationären Aufenthalt vom Krankenhaus eine Rechnung über mehrere Tausend Euro bekommen haben. Für Personen, die ohnehin in prekären Verhältnissen leben, kann eine solche Krankenhaus-Rechnung existenzbedrohende Konsequenzen haben. Die Ehrenamtlichen des Medibüros versuchen dann, mit dem Krankenhaus eine Ratenzahlung oder einen Preisnachlass auszuhandeln.

Die Patientinnen und Patienten kommen dann immer wieder, um kleinere Beträge in bar zu überbringen. Grundsätzlich können Rechnungen, die im Nachhinein an das Medibüro gerichtet werden, nicht beglichen werden. ■



ANDREAS MÜNZER ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Hamburg-Mitte



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Warum es unerlässlich ist, Patient:innen in Entscheidungen über ihre Gesundheit einzubeziehen

VON PROF. DR. ANKE STECKELBERG UND PROF. DR. TANJA KRONES IM AUFTRAG DES
NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Zunächst der Erfahrungsbericht eines Patienten aus dem Frühjahr 2024:

Der Patient Herr Max Mustermann (der Name ist frei erfunden, der Fall jedoch real) ist 65 Jahre alt und sein Hausarzt schlug ihm einen Check-up vor und fragte auch „...und wie sieht es mit dem Darm aus“? Ohne diesen Vorschlag zu vertiefen, hatte Herr Mustermann eine Überweisung zum Gastroenterologen in der Hand. Bis zu dem Termin blieb ihm noch Zeit - Zeit, in der ihm auch Fragen zur Darmspiegelung kamen. Im Internet fand er Informationen zu Nutzen und Schaden der Untersuchung, und es kamen ihm Zweifel (u.a. hatte er Information vom GBA gefunden). (1) Im dann folgenden Gespräch mit dem Gastroenterologen wollte er von den Informationen aus dem Internet berichten, wurde aber „...auf der Stelle abgebügelt“. „Wie kommen Sie darauf, dass es nicht sinnvoll sein könnte“. „Das ist eine komische Wissenschaft, das ist Quatsch“...

Herr Mustermann hat diese Praxis kein zweites Mal aufgesucht ...

Evidenzbasierte Versorgung umfasst neben der klinischen Expertise und der vorhandenen Evidenz die Einbeziehung der Werte und Präferenzen der Patient:innen. Ärztliche Fürsorge im heutigen Ethik- (2-3) und Rechtsverständnis (4) bedeutet eine „selbstbestimmungsermöglichende Sorge“. (3)

Ziel der ärztlichen Fürsorge ist es, die Patient:innen bestmöglich zu befähigen, eine valide, auf den wohlerwogenen Präferenzen beruhende, informierte Entscheidung zu ermöglichen.

Anders als es Herrn Mustermann im vorstehenden Fall durch die beteiligten Ärzte suggeriert wurde, gibt es – dies ist eine der grundlegenden Erkenntnisse einer reflektierten evidenzbasierten Medizin für die meisten medizinischen Situationen – mehrere Möglichkeiten (5-6).

Dies trifft unter anderem auch auf alle Screening-Entscheidungen zu, da jedes Screening nicht nur nutzt, sondern auch schadet (7), was auch für das Darmkrebscreening gilt (8-9).

Wenn Patient:innen selbst nach einer solchen missglückten Kommunikation und Konsultation im Internet auf die Suche nach verlässlichen Informationen gehen, werden sie im besten Fall – mit Glück – fündig und bemerken, dass Nutzen und Risiken von Screeninguntersuchungen einer fundierten Abwägung bedürfen und medizinische Entscheidungen tatsächlich oft weniger eindeutig sind als gedacht und daher

„präferenzsensitiv“ sind. Ohne Hilfestellung kann dies zu Entscheidungskonflikten führen. (10-11)

WIE KÖNNEN ENTSCHEIDUNGEN UNTERSTÜTZT WERDEN?

Eine bestmögliche gemeinsame Entscheidungsfindung für präferenzsensitive Entscheidungen, wie dies bei Screeningverfahren regelhaft der Fall ist, beruht auf zwei Komponenten:

Erstens: Kommunikativen Fertigkeiten, mit denen die Patient:innen sensibel dazu eingeladen werden, die Evidenz, übertragen auf die individuelle Situation, gemeinsam anzuschauen und mögliche Optionen im Licht der individuellen Präferenzen abzuwägen. Dazu gehört die Schlüsselbotschaft, dass – sofern dies zutrifft – die Medizin selbst keine eindeutige Antwort darauf gibt, was zu tun ist, und es für eine bestmögliche Entscheidung auf die Präferenzen der individuellen Patient:innen ankommt. Anders als bei der rechtlich minimal notwendigen Voraussetzung für eine informierte Zustimmung werden die Patient:innen daher in die „black box“ der Indikationsstellung mit einbezogen. Diese kommunikativen Fertigkeiten können wie andere ärztliche Fertigkeiten ein Leben lang verbessert werden. (12-13)

Zum Zweiten dienen evidenzbasierte Entscheidungshilfen als Informationsmaterialien dazu, diese Informationen und Abwägungen selbst für Patient:innen mit geringem formalen Bildungshintergrund verständlich zu machen. (14) Abbildungen können u.a. helfen, abstrakte Zahlen alltagsnah zu verdeutlichen.

In einem kürzlich publizierten Update des meistzitierten Cochrane Reviews der Welt zur Wirksamkeit von Entscheidungshilfen für Patient:innen wurden insgesamt 209 Studien eingeschlossen, die in den Bereichen kardiovaskuläre Behandlungen (n = 22 Studien), Krebsvorsorge (n = 17 Studien zu kolorektalen Erkrankungen, 15 Prostata, 12 Brust), Krebsbehandlungen (z. B. 15 Brust, 11 Prostata), psychische Behandlungen (n = 10 Studien) und Gelenkersatz-Chirurgie (n = 9 Studien) durchgeführt wurden. Die Ergebnisse (15) zeigen:

Entscheidungshilfen führen

- zu mehr informierten, wertekongruenten Entscheidungen,
- zu einem großen Zuwachs an Wissen,
- zu einer genaueren Risikowahrnehmung und
- einer aktiven Rolle bei der Entscheidungsfindung.

Max Mustermann hatte die Information des GBA identifiziert, die sich auf die bereits zitierte Studie bezogen. (9) In 2022 wurde diese NORDICC-Studie, eine randomisiert kontrollierte Studie, veröffentlicht, die die Koloskopie als Screeningmaßnahme gegen kein Screening getestet hatte. Die Ergebnisse zeigen nach 10 Jahren keinen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der Darmkrebsmortalität: Nach 10 Jahren starben in der Kontrollgruppe 0.31% im Vergleich zu 0.28% in der Gruppe, die zum Screening eingeladen wurden (risk ratio 0.90, 95%, confidence interval 0.64 - 1.16). (9)



Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse stellt das begleitende Editorial die Sinnhaftigkeit des Koloskopiescreenings in Frage und hebt den starken ethischen Imperativ des Shared Decision Making hervor. (8)

Die in der Praxis oft geäußerten Bedenken, dass diese Informationsprozesse deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen würden, konnten auch hier nicht bestätigt werden. Es gab keinen Unterschied in der Dauer der Konsultation, wenn Entscheidungshilfen zur Vorbereitung der Konsultation verwendet wurden (MD -2,97 Minuten, 95%-KI -7,84 bis 1,90). Wurden Entscheidungshilfen während der Konsultation mit dem Arzt bzw. der Ärztin verwendet, dauerte die Konsultation 1,5 Minuten länger (MD 1,50 Minuten, 95% KI 0,79 bis 2,20). (9)

Der Anspruch auf umfassendere Informationen ist, wie bereits oben erwähnt, seit 2013 auch im Patientenrechtegesetz verankert. Eine Aufklärung über beispielsweise diagnostische oder therapeutische Maßnahmen muss rechtzeitig und in verständlicher Weise erfolgen. Zur Aufklärungspflicht gehört, alle vorhandenen Alternativen zu benennen und bei Bedarf verständlich zu erläutern, hinsichtlich Art, Umfang, Durchführung, Folgen und Risiken.

WIE KÖNNEN WERTE UND PRÄFERENZEN DER PATIENT:INNEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN?

Für die Einbeziehung der Werte- und Präferenzen stehen zum einen sogenannte value clarification tools in den Entscheidungshilfen zur Verfügung. Zum anderen können Angehörige der Gesundheitsfachberufe als so-

genannte Decision Coaches den Entscheidungsprozess unterstützen.

WELCHE KOMPETENZEN BRAUCHEN DIE BETEILIGTEN PROFESSIONEN?

Um den ethischen und rechtlichen Anspruch der Patient:innen auf Partizipation und informierte Entscheidungen zu realisieren, brauchen die beteiligten Professionen neben der klinischen Kompetenz insbesondere kommunikative Kompetenzen. Hilfreich wäre, wenn auch diese Kompetenzen schon in der Ausbildung erworben werden könnten. (16)

WAS BRAUCHT ES NOCH, UM DEN ETHISCHEN ANSPRUCH UMZUSETZEN?

Die Barrieren sind bekannt. Diesen kann mit den folgenden Maßnahmen entgegengewirkt werden:

- Es werden Strukturen benötigt, die die Bereitstellung evidenzbasierter Entscheidungshilfen sicherstellen.
- SDM sollte systematisch in die Curricula aller Gesundheitsprofessionen implementiert werden.

WAS SIE AUS DIESEM ARTIKEL MITNEHMEN KÖNNEN

- Die Einbeziehung der Patient:innen in die Entscheidungen ist ethisch und rechtlich geboten.
- Entscheidungshilfen können den Entscheidungsprozess nachweislich unterstützen.
- Die Einbeziehung evidenzbasierter Entscheidungshilfen verlängert die Dauer der Konsultationen nicht.



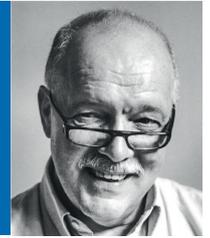
**PROF. DR. MED. DIPL. SOZ.
TANJA KRONES**
Universitätsspital Zürich/
Universität Zürich
Direktion Corporate Center Funktionen
Rämistrasse 100,
8091 Zürich / Schweiz
tanja.krones@usz.ch



**PROF. DR. PHIL.
ANKE STECKELBERG**
Martin-Luther-Universität Halle-
Wittenberg, Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und
Pflegerwissenschaften
Magdeburger Str. 8,
06112 Halle (Saale)

Referenzen:

- 1) Gemeinsamer Bundesausschuss: Versicherteninformationen zu Früherkennungsuntersuchungen (2024) <https://www.g-ba.de/service/versicherteninformationen/frueherkennungsuntersuchungen/> (Zugriff: 20.10.2024).
- 2) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York, Oxford: Oxford University Press; 2019.
- 3) Deutscher Ethikrat (2016) Patientenwohl als ethischer Massstab für das Krankenhaus. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus>. (Zugriff: 20.10.2024).
- 4) Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Beschlussempfehlung und Bericht. <https://dserver.bundestag.de/btd/17/117/1711710.pdf> (Zugriff: 20.10.2024).
- 5) Lomas J, Lavis J (1996). Guidelines in the mist. Centre for health economics and policy analysis working paper. No 1996-23. <https://econpapers.repec.org/paper/hpawpaper/199623.htm> (Zugriff: 20.10.2024).
- 6) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2
- 7) Dobrow MJ, Hagens V, Chafe R, Sullivan T, Rabeneck L. Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. CMAJ. 2018 Apr 9;190(14):E422-E429. doi: [10.1503/cmaj.171154](https://doi.org/10.1503/cmaj.171154). PMID: 29632037; PMCID: PMC5893317.
- 8) Johansson M. The questionable value of colorectal cancer screening. BMJ. 2023 Jan 27;380:200. doi: [10.1136/bmj.p200](https://doi.org/10.1136/bmj.p200). PMID: 36707088
- 9) Bretthauer M, Løberg M, Wieszcy P, Kalager M, Emilsson L, Garborg K, Rupinski M, Dekker E, Spaander M, Bugajski M, Holme Ø, Zauber AG, Pilonis ND, Mroz A, Kuipers EJ, Shi J, Hernán MA, Adami HO, Regula J, Hoff G, Kaminski MF; NordICC Study Group. Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. N Engl J Med. 2022 Oct 27;387(17):1547-1556
- 10) LeBlanc, A., et al. (2009). "Decisional conflict in patients and their physicians: a dyadic approach to shared decision making." Med Decis Making 29(1): 61-68
- 11) NANDA (2024). Decisional Conflict. Nursing Diagnoses. URL: <https://nandadiagnoses.com/decisional-conflict/> (Zugriff: 20.10.2024).
- 12) Kienlin S, Nytrøen K, Stacey D, Kasper J. Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. J Eval Clin Pract. 2020;26(2):610–21. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jep.13380>. PubMed
- 13) Geiger F, Hacke C, Potthoff J, et al. The effect of a Scalable online training Module for shared decision making based on flawed Video examples – a randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2021;104:1568–74
- 14) Ellermann C, Hinneburg J, Wilhelm et al (preprint) Can health information and decision aids decrease inequity in health care? A systematic review on the equality of their effectiveness. <https://medrxiv.org/cgi/content/short/2024.09.24.24314314v1>
- 15) Stacey, D., et al. (2024). "Decision aids for people facing health treatment or screening decisions." Cochrane Database of Systematic Reviews. CD001431 DOI: [10.1002/14651858.CD001431.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub6)
- 16) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Behandlungsgespräche; Führt eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen? HTA-Bericht im Auftrag des IQWiG [online]. 2024 URL: <https://doi.org/10.60584/HT22-01>. (Zugriff: 20.10.2024).



Dänemark hat es vorgemacht?

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

Eine unter Gesundheitsökonomien verbreitete Unsitte ist es, sich in Europa, manchmal auch in den USA, umzuschauen, und sich dies und das aus den dortigen Gesamtkonzepten herauszupicken, aber nur das, was in den eigenen Kram passt. Alles andere wird ignoriert.

Zum Beispiel wird das Patientenverhalten in Deutschland mit bis zu achtzehn Arztbesuchen im Jahr scharf kritisiert, wo man doch in den Niederlanden nur sechs Mal und in Schweden sogar nur zwei bis drei Mal im Jahr zu Arztkontakten

stehen und vergleichen will.

Zurzeit ist Dänemark groß in Mode gekommen. „Dänemark baut die Krankenhäuser der Zukunft“, „Dänemark macht Krankenhausreform vor“, „Hospitalrevolution in großem Stil“, „Dänemark, das Vorbild“, so kann man es überall lesen. Was ist da los im Staate Dänemark?

Wer in Dänemark mit Wohnsitz gemeldet ist, ist automatisch in der nationalen Krankenversicherung versichert. Diese Krankenversicherung ist, so wie das gesamte dänische Gesundheitswesen, komplett

wurde geschlossen, und nach einer enormen Zentralisierung wird es ab 2025 nur noch 16 Superkrankenhäuser geben, sechs davon als Neubauten, weitere zehn durch maximale Modernisierungen vorhandener Hospitäler.

Einen nationalen Krankenhausplan mit festgelegten Zuständigkeiten, eine umfassende elektronische Patientenakte für alle Versicherten und einen transparenten Datenaustausch mit allen Sektoren, von Arztpraxen über Krankenwagen bis zur Intensivstation, kann das Land vorweisen.

Was so attraktiv und nachahmenswert aussieht, hat bei näherer Betrachtung aber erhebliche Schattenseiten. Nachdem die Baukosten explodiert waren, haben die regionalen Krankenhausträger zu Kündigungen gegriffen, um ihre Sparziele zu erreichen.

Verbunden mit einer sogleich massiv kritisierten Einführung von Fallpauschalen ist es zu einer Kündigungswelle im Pflegebereich gekommen. Wegen der dadurch verschärften Arbeitsbedingungen kam es zu Streiks der Pflegekräfte und zu einer regelrechten Berufsfucht.

Das Credo der Reform hieß ja eigentlich Qualität statt Nähe. Wegen Personalmangel aber mussten werdende Mütter an weit entfernte Häuser abgewiesen werden, es kam zu unnötigen Operationen, sogar Amputationen, und es kam zu Verweigerung von erforderlichen

Wegen der verschärften Arbeitsbedingungen kam es zu Streiks der Pflegekräfte und zu einer regelrechten Berufsfucht.

kommt. In den Niederlanden bekommt man seine Krankschreibung aber im Sozialzentrum, auch ein Wiederholungsrezept erhält man ohne weiteren Arztkontakt. Und in Schweden kommt man erst nach einer telefonischen Beratung oder einer Untersuchung durch qualifizierte Pflegekräfte zu einem direkten Arztkontakt.

So kommen die unterschiedlichen, nichtssagenden Zahlen zustande. Man muss halt genau hinschauen, wenn man Zahlen ver-

steuerfinanziert. Dies gilt nicht nur für die Versorgung von Kranken, sondern auch für alle Pflegebedürftigen.

Trotz dieser völlig anderen Voraussetzungen ist Dänemark ein willkommenes Vorbild für Gesundheitsökonomien, die Hand an das deutsche Krankenhauswesen legen wollen. Dänemark hat mit 6,5 Milliarden Euro ein komplett neues Krankenhaussystem aus dem Boden gestampft. Die Hälfte der dänischen Krankenhäuser

Eingriffen, weil sie dem Krankenhaus zu teuer waren. Außerhalb der Ballungsräume sind Fahrtstrecken von mehr als dreißig Kilometer zur nächstgelegenen Klinik inzwischen zu einem großen Problem für Schwerkranke geworden.

Die elektronischen Patientenakten weisen erhebliche Lücken auf, weil die Vergütung für deren Befüllung nicht ausreicht. Zu den größten Problemen des dänischen Gesundheitssystems gehören auch die langen Wartelisten: Die Wartezeit für Behandlungen stieg von dreißig auf durchschnittlich 45 Tage. Das alles wird in Däne-

mark heftig diskutiert. Es wird über die Wiedereinführung von Nahkrankenhäusern nachgedacht. Die Fallpauschalen sollen wieder abgeschafft werden. Die Verbesserung der IT-Infrastruktur, der Telematik und der Praxisverwaltungssysteme ist in Arbeit. Eine Notlösung für die Wartezeiten wurde eingeführt: Wenn die Wartezeit länger als einen Monat beträgt, können Patienten sich auf Staatskosten in einer privaten Klinik oder im Ausland behandeln lassen.

An den explodierten Gesteuerungskosten der Krankenhausbauten lässt sich nachträglich nichts ändern,

aber man hat die Probleme erkannt und man wird eine Lösung finden.

Eines steht aber fest: Zum Kopieren, zum Nachmachen oder zum Rosinenpicken eignet sich ein so völlig anderes System eines so viel kleineren Landes absolut nicht.

Oder übernehmen wir auch das staatlich finanzierte einheitliche Krankenversicherungssystem gleich mit? ■

DR. BERND HONTSCHIK

ist Chirurg und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie“, Westend-Verlag

chirurg@hontschik.de, <https://chirurg.hontschik.de/>

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

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

KVH

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

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung“. In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer Arzneimittel-daten zu Ihrem persönlichen Verordnungs-verhalten sondern zu allen Grundsatzfragen des Ordnungsmanagements.

Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoffvereinbarung“, „Wirtschaftlichkeitsgebot“ und „gute Versorgung“ in Einklang.

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

☎ **040 22 802 571/572**
verordnung@kvhh.de

Hugo-Niemeyer-Stiftung gewährt finanzielle Unterstützung

Die Hugo-Niemeyer-Stiftung wurde 1949 gegründet, um in Not geratenen KV-Mitgliedern, deren Witwen und Waisen sowie KV-Mitarbeitern zu helfen.

Noch heute gibt es die Möglichkeit für diesen Personenkreis, sich zur Abwendung eines vorübergehenden Notstands finanziell unterstützen zu lassen. Das Stiftungsvermögen ist begrenzt.

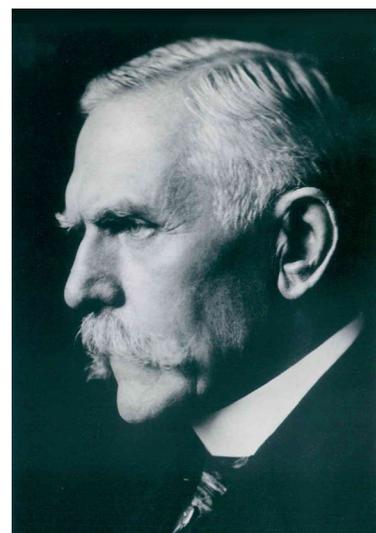
Der Namensgeber der Stiftung, Dr. Hugo Niemeyer, war einer der Gründer der KV

Hamburg im Jahr 1919 und als langjähriger Vorsitzender maßgeblich an deren Aufbau beteiligt.

*Dr. Wolfgang Wesiack,
Vorsitzender
der Hugo-Niemeyer-Stiftung*

*Tilman Dörken,
Beisitzer
der Hugo-Niemeyer-Stiftung*

**Wer eine finanzielle Unterstützung beantragen möchte, kann eine Mail an folgende Adresse senden:
redaktion@kvhh.de**



Dr. Hugo Niemeyer

HELDEN GESUCHT BITTE SUBSTITUIEREN SIE !

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





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Berit Löwnau**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. med. Berit Löwnau**

Geburtsdatum: **12.12.1961**

Familie: **zwei erwachsene Söhne**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin, Notärztin, fast Anästhesistin**

Weitere Ämter: **Stellvertretende Sprecherin des BFA Hausärzt:innen, Frauenkommission, Beirat, Kassenprüferin Hausärztinnen und Hausärzteverband**

Hobbys: **Tennis, Tanzen und Gärtnern für die Fitness, Lesen für den Kopf, Backen für die Seele**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Unbedingt! Stets neue Patienten aus aller Herren Länder, die mir Ihre Geschichten anvertrauen. Ich darf Menschen über Jahrzehnte behandeln und begleiten. Ich höre zu und vermeide unsinnige Diagnostik. Und als Selbstständige entscheide nur ich, wem ich mehr Zeit widme oder wann ich meine Schlagzahl erhöhen muss.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Jahrelanges Hadern: Wer entscheidet denn bloß über unsere Arbeit? Zu kompliziert, ungerecht, realitätsfern, am Bedarf vorbei. Jetzt stelle ich fest, dass die Zusammenhänge sehr viel komplexer sind als früher gedacht. Und jetzt der Versuch, mitzugestalten!

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Motivieren für unseren großartigen Beruf! Die wohnortnahe hausärztliche Versorgung erhalten und ausbauen. Den Wert derprechenden Medizin stärken und fair honorieren. Nur so können Patientenkontakte reduziert und Ressourcen geschont werden, woran wir angesichts von MFA- und Ärztemangel nicht mehr vorbeikommen

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?

Vorrangig im MFA-Mangel. Darüber hinaus im ständigen Spagat zwischen

- zuverlässiger Patientenversorgung bei gleichzeitig wirtschaftlichen Anforderungen
- Berücksichtigung aller gesetzlichen Auflagen und Einhaltung aller Anforderung zu TI, QM, Hygiene, Fortbildungen ...
- Zeit für Familie, Freunde, Hobbys

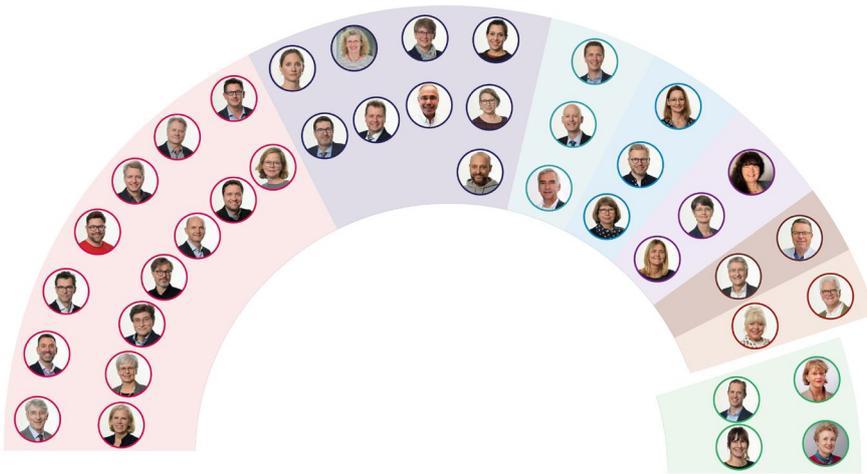
Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Für unsere Kinder wünsche ich mir eine gesündere und friedlichere Welt.

Bei einer Weinlese mitarbeiten. In der Bretagne am Hafen lesend Kaffee trinken.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 4. Dezember 2024 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 8.10.2025 (18 - 21 Uhr)

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



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Arbeitsrecht (online)

Mi. 11.12.2024 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

QEP® aktuell (online)

Do. 6.2.2025 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Einführungsseminar QEP für Arztpraxen und Psychotherapeuten (Präsenz)

Zweitägig:

Fr. 28.2.2025 (15 - 20 Uhr) und

Sa. 1.3.2025 (9 - 16 Uhr)

Teilnahmegebühr:

1. Person: 270 €,

2. Person: 215 €

20 FORTBILDUNGSPUNKTE

Hygiene in der Arztpraxis (online)

Do. 6.3.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

Weitere Informationen und

Anmeldung: www.kvhh.de →

(oben rechts) Menü → Praxis →

Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2-858

Lena Belger, Tel: 040 / 22802-574

qualitaetsmanagement@kvhh.de

**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNG**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 4.7.2025 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Teilnahmegebühr:

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

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.
neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können.

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Nervenkompressionssyndrome

Symptomatik - Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 12.2.2025 (18 -22 Uhr)

Angst- und Zwangsstörungen

Ursachen - Diagnostik - Therapieoptionen

Mi. 18.6.2025 (18 -22 Uhr)

**Bewegung – der perfekte
Stressabbau**

Couch vs. Sport – der große Unterschied

Mi. 17.9.2025 (18 -22 Uhr)

Alkoholabhängigkeit und Epilepsie

Zusammenhänge – therapeutisches Vorgehen – differentialdiagnostische Besonderheiten

Mi. 19.11.2025 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

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

Fortbildungen für MFA

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

Ansprechpartnerin:

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

KVH



Kurze Info gefällig?

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

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

 **040 22 802 802**

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