

# KVH journal



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

## SCHUTZKONZEPT

*Strategien und Maßnahmen  
für den Umgang mit Misshandlungsfällen*



**E-REZEPT**

*Nicht verwendbar im mobilen Einsatz*

**HEILMITTEL**

*Blankoverordnung für Ergotherapie*

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

## IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich  
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

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

Ausgabe 4/2024 (April 2024)



[www.blauer-engel.de/uz195](http://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!

Das weitreichende Urteil des Bundessozialgerichts zur Sozialversicherungspflicht von Notdienstärztinnen und -ärzten erschüttert auch den Bereitschaftsdienst der KV Hamburg. Zum einen führt es zu erheblichen Kostensteigerungen für die Besetzung der Schichten selbst, zum anderen bringt es einen ungeheuren Verwaltungsaufwand mit sich, der zusätzliche Gelder verschlingt. Für all dies liegt keine Gegenfinanzierung vor. Zu stemmen haben diese Kosten also Sie – die Mitglieder der KV.

Was alles noch schlimmer macht: Viele Fragen sind bislang vollkommen ungeklärt; die KVen befinden sich finanziell und administrativ in einem luftleeren Raum. Und über allem schwebt die Frage: Wie soll unter diesen Voraussetzungen ein ordentlicher und bedarfsgerechter vertragsärztlicher Notdienst aussehen?

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Hamburg hat die Bundesregierung per Resolution aufgefordert, Rechtssicherheit herzustellen und die gesetzlichen Grundlagen für eine Sozialversicherungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten im ärztlichen Bereitschaftsdienst zu schaffen.

Die VV unterstreicht damit die intensiven Bemühungen des KV-Systems: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und verschiedene KVen haben sich in den vergangenen Wochen und Monaten bereits mehrfach an das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie an das Bundesgesundheitsministerium mit der Forderung gewandt, die Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst den Notdienstärzten im Rettungsdienst gleichzustellen, für die bereits eine gesonderte Sozialversicherungsfreiheit besteht.

Den Zusammenbruch des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes kann niemand wirklich wollen. Deshalb brauchen wir jetzt eine pragmatische und rechtssichere Lösung. Mehr noch: Eine gesetzliche Notfallreform ist längst überfällig. Der Gesetzgeber muss sich sowohl zum Umfang als auch zur generellen Finanzierung des vertragsärztlichen Notfalldienstes äußern. Angesichts des Umstandes, dass Politik und Kassen den Patienten noch immer jedwede Versorgung zu jeder Zeit und an jedem Ort in Aussicht stellen, ist es nicht länger hinzunehmen, dass ein solch ineffizientes Angebot weiterhin zum größten Teil aus den Honoraren der KV-Mitglieder bezahlt werden muss.

Vielmehr müssten effektive Versorgungsangebote (ambulant und stationär) und der wirtschaftliche Umgang mit den bestehenden finanziellen und personellen Ressourcen vereint werden. Um dies zu erreichen, bedarf es klarer gesetzlicher Rahmenbedingungen – und einer bedarfsgerechten Patientensteuerung.

**Ihre Caroline Roos,**  
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

---

### KONTAKT

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

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



**SCHWERPUNKT**

**06\_** Qualitätsmanagement: Schutz vulnerabler Patientengruppen vor Gewalt und Missbrauch

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 12\_** Fragen und Antworten
- 14\_** Elektronisches Rezept: Noch nicht einsatzfähig für Heimvisiten, Hausbesuche oder im fahrenden Notdienst
- 15\_** Heilmittel-Blankoverordnung: Ergotherapeuten entscheiden über Art und Behandlungsmenge
- 16\_** Künftig viele Formulare mit neuem Ankreuzfeld "SER"
- 17\_** Neue Patienteninformation "Schlaganfall"  
Neue Patientenleitlinie "Bluthochdruck"

**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.

**GENEHMIGUNG / QUALITÄTSSICHERUNG**

- 18**\_ Nichtärztliche Praxisassistenten:  
Neuer Berufsabschluss wird anerkannt
- 19**\_ Bildgebende Verfahren:  
Patienteninformation zur Datenverarbeitung bei Qualitätsprüfungen angepasst

**FORUM**

- 26**\_ Jetzt mitmachen:  
Bundesweite Umfrage zur Telematikinfrastruktur
- 27**\_ Unabhängigkeit: MEZIS  
sieht Verbesserungstendenz bei ärztlichen Handlungsleitlinien
- 28**\_ KV schließt Notfallpraxis am Marienkrankenhaus

**SELBSTVERWALTUNG**

- 29**\_ Steckbrief: Dr. Thomas Gent

**NETZWERK  
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 20**\_ Hilfsmittel gegen Dekubitus: Patientenrelevante Evidenz verfügbar machen

**RUBRIKEN**

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

**KOLUMNE**

- 24**\_ Dr. Matthias Soyka:  
"Taugt der Computer zum Bürokratieabbau?"

**TERMINKALENDER**

- 30**\_ Termine und geplante Veranstaltungen

**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Eléonore Roedel  
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3 und Seite 28: Michael Zapf; Seite 6: VectorStock; Seite 30: Michael Zapf, iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto

VON ANDREAS SCHAUPP UND DR. SIGRID RENZ

# Strategien gegen Misshandlung

Der Schutz vulnerabler Patientengruppen vor Gewalt ist ein Bestandteil des Qualitätsmanagements. Wie können Praxen diese Vorgabe umsetzen? Hier ein Vorschlag für die Erstellung eines machbaren Schutzkonzepts.



**S**eit 2020 werden medizinische Einrichtungen durch die aktuelle Qualitätsmanagement-Richtlinie dazu verpflichtet, ihr betriebliches Qualitätsmanagement um den Aspekt "Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt" zu ergänzen.

Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt vorzubeugen, zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren. Medizinische Einrichtungen sollen sich mit dem Thema befassen und über geeignete Maßnahmen entscheiden.

Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, müssen kon-

krete Schritte unternehmen und ein Schutzkonzept erstellen.

Das Thema ist von großer gesellschaftlicher Relevanz. Zu den vulnerablen Patientengruppen zählen unter anderem Kinder und Jugendliche sowie Frauen und hilfsbedürftige Personen.

Die Zahl der bekannt gewordenen Kindeswohlgefährdungen durch Vernachlässigung, psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt hat 2022 in Deutschland einen neuen Höchststand erreicht. Die Jugendämter meldeten rund 62.300 Kindeswohlgefährdungen. Das waren rund 63 Prozent mehr

Fälle als zehn Jahre zuvor (Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 2. August 2023).

Verlässliche, aber ältere Daten gibt es für die Gefährdung erwachsener Frauen: In einer für Deutschland repräsentativen Studie von 2004 gaben 37 Prozent der befragten Frauen an, im Erwachsenenalter Opfer von körperlicher Gewalt und von Übergriffen geworden zu sein.

Ärzte und Ärztinnen sind dieser Studie zufolge in vielen Fällen entscheidende Ansprechpersonen für gewaltbetroffene Frauen (Müller U, Schröttle M: Lebenssituation,

Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. 2004).

### Vorschläge zur Umsetzung

Wir empfehlen, dass sich die Mitglieder des Praxis-Teams zusammensetzen, um gemeinsam über den Umgang mit der Richtlinie zu diskutieren.

Die Teammitglieder sollten über die bisherigen Erfahrungen in der Praxis mit (potenziellen) Gewaltopfern sprechen – sowie über “red flags”, also über Warnzeichen, die auf Misshandlung hindeuten.

Eine hervorragende Einführung in das Thema, aber auch eine fundierte Materialsammlung zu den verschiedenen Aspekten (Prävalenz, Hinweise auf Gewalt, Schweigepflicht, Handlungsschritte) bietet die Website [www.befund-gewalt.de](http://www.befund-gewalt.de), die das Public Health Zentrum Fulda und das UKE zusammengestellt haben.

In einem weiteren Schritt sollte das Team darüber beraten, wie eine Implementierung der Richtlinie in das eigene Qualitätsmanagement aussehen könnte. Das hängt unter anderem von der Einrichtunggröße und Einrichtungsform ab.

Als Grundlage für die Erstellung eines Schutzkonzeptes können die Textvorlagen und Musterdokumente des von der KBV entwickelten Qualitätsmanagementsystems QEP dienen, das die Vorgaben der Richtlinie verarbeitet hat. Diese Textvorschläge können an die speziellen Bedürfnisse der Praxis angepasst werden.

Auch andere Qualitätsmanagementsysteme oder beispielsweise die “Handreichung zur Erstellung von Schutzkonzepten” der Hambur-

ger Sozialbehörde können wichtige Anregungen geben.

Am Ende des Umsetzungsprozesses könnte ein Schutzkonzept stehen, das sich beispielsweise aus folgenden drei Dokumenten zusammensetzt:

- Stufenschema: Vorgehen bei einem (möglichen) Misshandlungsfall
- Liste mit Ansprechpartnern, die bei einem (möglichen) Misshandlungsfall unterstützen und beraten können
- Selbstverpflichtungserklärung zum achtsamen Verhalten der Teammitglieder

Grundgedanke des Schutzkonzeptes ist: Die Praxis soll für das Thema sensibilisiert werden und Handlungsabläufe vorbereiten, auf die man im Ernstfall zurückgreifen kann. Wer sich erst über das korrekte Vorgehen Gedanken machen

und beispielsweise die rechtlichen Grundlagen oder hilfreiche Ansprechpartner recherchieren muss, wenn ein mutmaßliches Gewaltopfer vor ihm sitzt, verliert möglicherweise wertvolle Zeit.

Die Beteiligung des Teams am Entstehungsprozess des Schutzkonzeptes ist essentiell. Die Mitarbeit der Teammitglieder fördert deren Identifikation mit dem Ergebnis. Außerdem kennen die Teammitglieder die Abläufe in der Praxis und wissen, wie das Schutzkonzept implementiert werden muss, damit es Beachtung findet.

### Stufenschema: Vorgehen bei einem (möglichen) Misshandlungsfall

Für den Bereich der Kindeswohlgefährdung gibt es ein Gesetz, welches das Vorgehen bei einem Verdachtsfall kodifiziert (Gesetz zur

→ Fortsetzung Seite 9

#### Stufenschema

### Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (nach § 4 KKG)

**Stufe 1:** Ich nehme gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung zur Kenntnis und schätze sie ein.

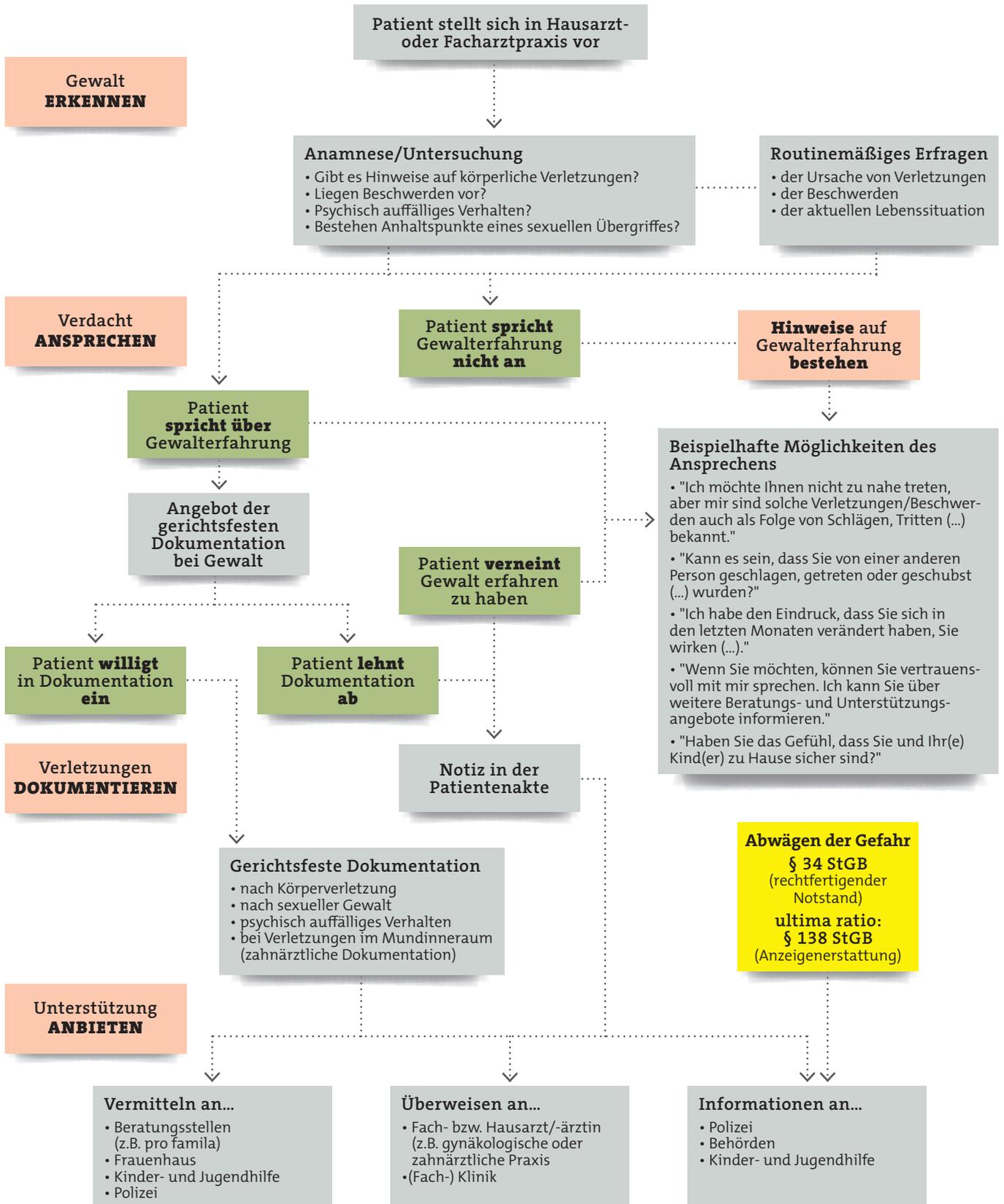
**Stufe 2:** Ich erörtere die Situation mit dem Kind/Jugendlichen und den Erziehungsberechtigten. Der Schutz des Kindes/Jugendlichen darf dadurch nicht in Frage gestellt werden. Ich wirke evtl. bei den Erziehungsberechtigten darauf hin, dass diese Hilfen in Anspruch nehmen.

**Stufe 3:** Wenn ich bei der Einschätzung der Kindeswohlgefährdung oder über das weitere Vorgehen unsicher bin, habe ich Anspruch auf fachliche Beratung durch die örtliche Jugendhilfe oder eine Fachkraft. Dabei darf ich allerdings nicht die Identität der betroffenen Personen preisgeben. Ich kann auch ein rechtsmedizinisches Konsil in Anspruch nehmen.

**Stufe 4:** Eine Mitteilung an das Jugendamt ist möglich, wenn ich ein Tätigwerden für erforderlich halte, um eine Gefährdung abzuwenden (Befugnisnorm). Zu diesem Zweck darf ich dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitteilen. Die Betroffenen sind über diesen Schritt vorab zu informieren, sofern hierdurch nicht der Schutz des Kindes/Jugendlichen gefährdet wird. Bei dringender Gefahr soll das Jugendamt informiert werden.

Handlungsablauf

**VORGEHEN BEI VERDACHT AUF GEWALT BEI ERWACHSENEN**



Quelle: <https://befund-gewalt.de/handlungsschritte.html>

→ Fortsetzung von Seite 7

Kooperation und Information im Kinderschutz KKG, § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung). Aus diesem Gesetz lässt sich ein Stufenschema ableiten, das Ärztinnen und Ärzten einen rechtssicheren Handlungsablauf vorgibt (siehe Kasten "Stufenschema" auf Seite 7).

Für die Stufe 4 haben die Hamburger Jugendämter einen Meldebogen entwickelt, der von den Ärztinnen und Ärzten ausgefüllt und per Fax oder Brief an den örtlichen Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) geschickt werden kann.

Siehe: [www.hamburg.de](http://www.hamburg.de) → ins Suchfeld eintragen: "Mitteilung Kindeswohlgefährdung"

In der Qualitätsmanagement-Richtlinie geht es aber nicht nur um Kinder. Werden in der Praxis vor allem Erwachsene behandelt, kann das Team ein angepasstes Stufenschema hinzufügen.

Hierfür ist wiederum die Website [www.befund-gewalt.de](http://www.befund-gewalt.de) hilfreich. Auf dieser Seite finden die Praxen

gut aufbereitete Informationen zu den Themen "Einen Verdacht ansprechen", "Verletzungen dokumentieren" und "Unterstützung anbieten" – und ein Schaubild mit einem Handlungsablauf für haus- und fachärztliche Praxen (siehe linke Seite). Auch dieses Schaubild ist als Vorlage für ein praxisindividuelles Schema im Rahmen des Qualitätsmanagements geeignet. [www.befund-gewalt.de](http://www.befund-gewalt.de) → (rechte Navigationsleiste) Handlungsschritte

Für alle Patienten gilt: Wenn eine für sie akute Gefahr für Leib oder Leben nicht anders abgewandt werden kann, darf die Ärztin oder der Arzt die Schweigepflicht brechen und beispielsweise die Polizei einschalten. Das ist in § 34 StGB geregelt (rechtfertigender Notstand).

**Liste mit Ansprechpartnern**

Die im Stufenschema für das Vorgehen bei einem möglichen Misshandlungsfall genannten Ansprechpartner sowie andere relevante Institutionen und Beratungsstellen

sollten in einer Liste zusammengetragen werden (siehe Kasten unten: "Telefonliste") – damit im Ernstfall nicht erst lange nach Kontaktdaten gesucht werden muss.

Beispielsweise sollte in der Liste die Telefonnummer des Jugendamtes hinterlegt sein. Die Praxis sollte sich präventiv beim örtlichen Jugendamt erkundigen, an wen man sich wenden kann, um bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung eine Beratung in Anspruch zu nehmen (siehe Stufe 3 des Stufenschemas auf Seite 7). Außerdem muss verzeichnet sein, an wen der Meldebogen geschickt werden kann (siehe Stufe 4).

Über die Aufnahme weiterer Institutionen in die Liste können sich die Team-Mitglieder verständigen. In Hamburg sollten beispielsweise auch die Kontaktdaten der Rechtsmedizin verzeichnet sein (siehe hierzu auch Kasten Seite 10).

Die Ärztekammer Hamburg hat auf ihrer Website die Kontaktdaten von Anlaufstellen und Hilfseinrichtungen bei Verdacht auf Kindes-

**Telefonliste**

Institution	Beschreibung	Telefon	E-Mail	Erreichbarkeitszeiten
Medizinische Kinderschutzhotline	Beratungsangebot für Fachkräfte bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch	0800-19 210 00	Kinderschutzhotline. <a href="mailto:kjp@uniklinik-ulm.de">kjp@uniklinik-ulm.de</a>	rund um die Uhr
Rechtsmedizin am UKE	Kollegiale Beratung und rechtsmedizinische Konsiliaruntersuchung	040 / 74105 - 2127 Falls über Festnetz niemand erreichbar ist: Tel: 0172 / 426 80 90	<a href="mailto:d.seifert@uke.de">d.seifert@uke.de</a>	
Weitere				

wohlgefährdung ([www.aerztekammer-hamburg.org/kinderschutz.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/kinderschutz.html)) und auf häusliche Gewalt ([www.aerztekammer-hamburg.org/haeusliche\\_gewalt.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/haeusliche_gewalt.html)) zusammengestellt.

Auch aus dieser Übersicht können Kontaktdaten in die Liste übernommen werden – oder in der Liste kann auf die Übersicht verwiesen werden.

### Selbstverpflichtungserklärung

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie schreibt auch vor, Missbrauch und Gewalt "innerhalb der Einrichtung" zu verhindern.

Das Universitätsklinikum des Saarlandes beispielsweise hat in einem Umgangs- und Verhaltenskodex unter anderem festgelegt, dass Patientinnen und Patienten so wenig wie möglich und nur so weit entkleidet werden, wie es aus pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen Gründen erforderlich ist.

Weiter heißt es in dem Kodex, dass bei pflegerischen, diagnostischen oder therapeutischen

**Bei der Erstellung des Schutzkonzepts geht es nicht um Perfektion. Am wichtigsten ist es, überhaupt damit zu beginnen.**

Maßnahmen im Intimbereich von Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit immer eine weitere Person im Raum anwesend ist.

In der vom Qualitätsmanagementsystem QEP vorgeschlagenen "Selbstverpflichtungserklärung

## Rechtsmedizin am UKE: Rat und Unterstützung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Das Institut für Rechtsmedizin am UKE bietet niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an, sie bei einem möglichen Misshandlungsfall oder einer möglichen Kindeswohlgefährdung kollegial zu beraten. Für eine kollegiale Beratung muss man sich nicht von der Schweigepflicht entbinden lassen. Man kann den Namen des Patienten offenbaren – muss dies aber nicht tun.

Außerdem führt das Institut rechtsmedizinische Konsiliaruntersuchungen durch. Dabei werden die Verletzungen rechtsverwertbar dokumentiert. Falls vorhanden, werden biologische Spuren gesichert. Eine detaillierte, gerichtsverwertbare Dokumentation der Verletzungen kann wichtig für die strafrechtliche und zivilrechtliche Aufarbeitung des Geschehens sein – und den Geschädigten helfen, gegen den Täter juristisch vorzugehen.

Termine gibt es nur nach telefonischer Absprache.

**Institut für Rechtsmedizin am UKE**

**Butenfeld 34**

**22529 Hamburg**

**Tel: 040 / 74105 - 2127**

**Falls über Festnetz niemand erreichbar ist: Tel: 0172 / 426 80 90**

**d.seifert@uke.de**

Kinderschutz" geht es vor allem um die Verhinderung von Grenzverletzungen in der Praxis:

- Ich diskriminiere niemanden wegen Äußerlichkeiten, Herkunft, Geschlecht, Sprache, Religion etc.

ren Familien keine Verknüpfungen in den privaten Bereich entstehen (auch nicht nach Beendigung der Behandlung).

- Ich teile auffällige Verhaltensweisen, die ich in Bezug auf Mitarbeitende/Patienten wahrnehme, der Praxisleitung mit. Dies ist weder illoyal noch unkollegial: Vielmehr ist es ein wesentlicher Schritt, Kolleginnen und Kollegen frühzeitig zu helfen und unsere Patientinnen und Patienten zu schützen.

(Quelle: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

Eine KBV-Vorlage für eine Selbstverpflichtungserklärung finden Sie hier: [www.kbv.de](http://www.kbv.de) → Service → Service für die Praxis → Ambulante

# ES IST ZEIT FÜR EIN DATEN-CHECK-UP

Informieren Sie uns über Ihre Tätigkeitsschwerpunkte und Leistungen

Foto: Stocksy/Varoslav Danyichenko



Machen Sie jetzt ein Update!

Die Patientenberatung ist bei allen Fragen rund um die Gesundheit da. Sie bietet Patientinnen und Patienten Orientierung und hilft bei der Suche nach der richtigen Ärztin und dem richtigen Arzt.

Damit wir gezielt beraten können, benötigen wir Ihre Unterstützung. Informieren Sie uns über Ihre Leistungen und Ihr Angebot. Schicken Sie Ihre Tätigkeitsschwerpunkte an: **update-pb@aekhh.de** oder rufen Sie uns an: **040 20 22 99 222**.

Ein Formular für Ihre Rückmeldung finden Sie hier: **www.patientenberatung-hamburg.de**

Leistungen → Interventionen bei Gewalt → Arbeitsmaterialien Schutzkonzept für die Praxis (Die Vorlage ist in einem offenen Format erstellt, sodass sie bearbeitet und erweitert werden kann.)

Bei der Erstellung des Schutzkonzepts geht es nicht um Perfektion oder Vollständigkeit. Am wichtigsten ist es, überhaupt damit zu beginnen.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema soll nach Fertigstellung der ersten Version des Schutzkonzeptes fortgesetzt und in den Praxisalltag eingebaut werden – beispielsweise, indem Verdachtsfälle besprochen und aufgearbeitet werden.

Je nach Bedarf können die Dokumente im Lauf der Zeit überarbeitet und ergänzt werden. ■

**ANDREAS SCHAUPP** ist Geschäftsführer der DeltaMed Süd – Unternehmensberatung im Gesundheitswesen  
[www.deltamedsued.de](http://www.deltamedsued.de)

**DR. SIGRID RENZ** ist Kinder- und Jugendärztin in Hamburg-Eimsbüttel

## SEMINARE

DeltaMed Süd bietet im Auftrag der KV Hamburg zwei Online-Seminare zur Umsetzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie zur „Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt“ an:

**Prävention und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt gegen Kinder und Jugendliche / Schutzkonzept (online)**

**Mi. 17.4.2024 (15 - 18.30 Uhr)**

**Mi. 2.10.2024 (15 - 18.30 Uhr)**

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

Weitere Informationen und Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen



## 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 (ehem. Infocenter) Tel: 22802-802**

### CHRONIKER KENNZEICHNUNG

#### **In welchen Fällen muss ich als Hausarzt die Chronikerpauschale (GOP 03220/03221 EBM) mit „H“ kennzeichnen?**

Um die GOP 03220 und 03221 EBM abrechnen zu können, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung und
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt nach EBM vor, wenn innerhalb der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) in derselben Arztpraxis stattgefunden hat. Diese Behandlungen müssen nicht zwingend in drei hintereinander folgenden Quartalen stattfinden. Beispiel: Ein Patient stellt sich in den Quartalen I, II und IV vor. Es kommt zu einer kontinuierlichen Behandlung in mindestens drei innerhalb von vier Quartalen.

Die Chronikerpauschale wird mit einem „H“ gekennzeichnet, wenn ein Patient von einem anderen Hausarzt zu Ihnen wechselt und die notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte in den Vorquartalen aus diesem Grund fehlen. Laut Abschnitt 3.2.2 EBM sind in einem solchen Fall die bei dem vorherigen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte zu dokumentieren.

Wir empfehlen, die Kennzeichnung mit einem „H“ für die ersten vier Quartale der Behandlung des zu Ihnen gewechselten Patienten vorzunehmen, um einer Beanstandung durch die zuständige Krankenkasse entgegenzuwirken.

### ABRECHNUNG VON ALTQUARTAL-LEISTUNGEN

#### **Meine Quartalsabrechnung habe ich bereits über das Online-Portal übermittelt. Nun fällt mir auf, dass ich eine durchgeführte Leistung vergessen habe, bei einem Patienten anzusetzen. Gibt es eine Möglichkeit, die entsprechende GOP nachzutragen?**

Ja, Nachträge solcher Art oder auch Korrekturen von versehentlich falsch abgerechneten Leistungen können bis zu vier Quartale rückwirkend durchgeführt werden. Dafür genügt es, eine schriftliche Mitteilung an die Abrechnungsabteilung zu übermitteln. Schreiben Sie hierzu einfach eine formlose E-Mail mit Angabe des Datums und bei welchem Patienten die Änderung vorgenommen werden soll an: [abrechnung@kvhh.de](mailto:abrechnung@kvhh.de).

### E-REZEPT

#### **Darf mein Weiterbildungsassistent selbst eRezepte ausstellen?**

Weiterbildungsassistenten (WBA) sind berechtigt, eRezepte auszustellen, solange die ordnungsgemäße Überwachung und Anleitung durch einen Vertragsarzt gewährleistet ist. Die Leistungen der Ärzte in Weiterbildung werden der weiterbildenden Person zugerechnet, und

diese ist für die Leistungen verantwortlich.

Deshalb muss bei Verordnungen immer die LANR des weiterbildenden Vertragsarztes angegeben werden. Sofern der WBA bereits eine eigene LANR besitzt, sollte diese ebenfalls angegeben werden.

Eine weitere wichtige Voraussetzung ist, dass der WBA einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) besitzt, womit das eRezept eigenständig elektronisch signiert wird.

Wichtig bei jedem eRezept ist, dass die verordnende und die signierende Person immer identisch ist.

#### VIDEOSPRECHSTUNDE

### Darf ich einen unbekanntem Patienten per Videosprechstunde behandeln?

Ja, auch bei „unbekanntem“ Patienten dürfen Sie Videosprechstunden durchführen. Da hierbei die erforderlichen Stammdaten nicht über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) automatisiert erfasst werden können, besteht zusätzlich die Möglichkeit, die Authentifizierung des Patienten abzurechnen. Unter „Authentifizierung“ zu verstehen ist die Überprüfung der eGK, welche dann in die Kamera gehalten wird, und die Erhebung der Stammdaten.

Als „unbekannt“ gilt im Rahmen dieser Regelung ein Patient, der noch nie oder nur noch nicht im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Praxis behandelt wurde.

Für dieses Vorgehen kann die GOP 01444 abgerechnet werden, welche bis zum 31. Dezember 2025 befristet ist.

#### PATIENTENAKTE

### Mein Patient fordert eine Kopie seiner Patientenakte an. Kann ich ihm die einzelnen Kopien in Rechnung stellen?

Patienten haben gegenüber Ärzten Anspruch auf eine kostenlose Erstkopie ihrer Patientenakte. Das hat der Europäische Gerichtshof bereits im vergangenen Jahr entschieden. Ärzte dürfen demzufolge nur dann eine Gebühr verlangen, wenn der Patient schon einmal eine Kopie kostenlos erhalten hat. Dies gilt auch für Psychotherapeuten.

Die in der Patientenakte befindlichen Dokumente müssen unter Umständen vollständig kopiert werden. Denn das Gericht hat auch entschieden, dass der Patient in der Lage sein muss, die Daten zu verstehen und deren Richtigkeit und Vollständigkeit zu überprüfen. Dies schließt Informationen wie Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Ärzte und Angaben zu Behandlungen ein.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



# Kein elektronisches Rezept im mobilen Einsatz

Bei Heimvisiten, Hausbesuchen oder im fahrenden Notdienst muss weiterhin das rosa Rezept verwendet werden

Ärztinnen und Ärzte können elektronische Rezepte bisher nur in ihren Praxisräumen ausstellen, da sie für das eRezept an die Telemedizininfrastruktur (TI) angeschlossen sein müssen.

## Verordnung im mobilen Einsatz: rosa Rezept

Wenn Ärztinnen und Ärzte bei Heimvisiten, bei Hausbesuchen oder im fahrenden Notdienst ein Rezept ausstellen wollen, müssen sie weiterhin das herkömmliche Muster 16 (rosa Rezept) nutzen. Es gibt derzeit noch keine mobile Lösung für den TI-Anschluss.

## Folgeverordnung für Heimbewohner: eRezept

Geht das verschreibungspflichtige Dauer-Medikament eines Heimbewohners zur Neige, informiert das Heim die Arztpraxis. Wenn kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt nötig ist, stellt die Praxis ein eRezept (Folgeverordnung) aus und druckt es aus. Der Ausdruck wird anschließend, meist vom Botendienst des Heims,

abgeholt und geht dann von dort zur Apotheke. Mit dem Rezept-Code auf dem Ausdruck kann das Rezept in der Apotheke eingelöst werden.

Alternativ kann die Einlösung des eRezepts über die eGK des Patienten in der Apotheke erfolgen.

## Wie geht es weiter?

Eine flächendeckende Anbindung der Heime an die TI ist vom Gesetzgeber erst zum 1. Juli 2025 verpflichtend geplant. Wenn die Heime an die TI angebunden sind, können die Arztpraxen ihnen die eRezepte auf elektronischem Weg über KIM schicken – und die Heime übermitteln sie dann an die Apotheken.

Ein Einsatz des eRezepts beim Hausbesuch oder im fahrenden Notdienst wird erst möglich, wenn die Gematik eine mobile Software-Lösung anbietet. ■

## Ansprechpartner:

**KV Hamburg Online-Services**

**Tel: 040 / 22802 -588, -554, -862**

**[online-services@kvhh.de](mailto:online-services@kvhh.de)**

## Geschichte der KV Hamburg (1919 – 2019)

*Kostenlos für KV-Mitglieder*

Das zweibändige Werk ist die erste Gesamtdarstellung der Geschichte der KV Hamburg von der Gründung 1919 bis in die Gegenwart. Die Autoren zeichnen die stürmischen Zwanzigerjahre, die »Gleichschaltung« unter nationalsozialistischer Herrschaft und den Wiederaufbau ab 1945 nach. In der Ära des sich entwickelnden Sozialstaats brachte die KV Hamburg eine Fülle von Reformprojekten auf den Weg – vom Ausbau des ärztlichen Notfalldienstes über die Konzeption der Praxisklinik Mümmelmannsberg bis hin zur Einrichtung von Schwerpunktpraxen.



KV-Mitglieder können die Bücher kostenlos bestellen.

**E-Mail: [oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de](mailto:oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de)**

# Blankoverordnungen für Ergotherapie

Entscheidung über Art des Heilmittels oder Behandlungsmenge treffen die Ergotherapeuten

**A**b dem 1. April können Ärzte und Psychotherapeuten eine Blankoverordnung für bestimmte Heilmittel ausstellen. Dies betrifft momentan ausschließlich die Ergotherapie.

Bei einer Blankoverordnung machen Ärzte und Psychotherapeuten keine spezifischen Angaben zur Art des Heilmittels oder zur Behandlungsmenge, diese Entscheidungen treffen die Ergotherapeuten.

Die Möglichkeit zur Blankoverordnung von Ergotherapie besteht zunächst nur für folgende drei Diagnosegruppen:

- Diagnosegruppe SB1 (Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen)
- Diagnosegruppe PS3 (Wahnhafte und affektive Störungen / Abhängigkeitserkrankungen)
- Diagnosegruppe PS4 (Dementielle Syndrome)

Ausschließlich Ärzte können Blankoverordnungen für die Diagnosegruppe SB1 ausstellen, während sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten Blankoverordnungen für die Diagnosegruppen PS3 und PS4 ausstellen können.

Die Entscheidung zur Blankoverordnung liegt beim Arzt oder Psychotherapeuten, der die Diagnose stellt.

Allerdings gilt die Blankoverordnung künftig als Standard. Nur in medizinisch begründeten Fällen soll davon abgewichen werden.

Das Verordnungsformular (Muster 13) bleibt gleich, die Verordnungssoftware fragt bei den entsprechenden Diagnosegruppen ab, ob eine Blankoverordnung ausgestellt werden soll. Wird dies bejaht, kennzeichnet die Software die Verordnung im Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ als „BLANKOVERORDNUNG“ (siehe Abbildung).

Für Ergotherapeuten gibt es Richtlinien, die den Ablauf der Verordnung regeln. Hiernach

beträgt die Gültigkeit einer Blankoverordnung maximal 16 Wochen ab dem Verordnungsdatum.

Bei einer Blankoverordnung entfallen einige Angaben im Verordnungsformular. Ein Therapiebericht, der die durchgeführte Behandlung dokumentiert, ist vom Ergotherapeuten, den vertraglichen Vorgaben entsprechend, auf Anforderung des verordnenden Arztes zu erstellen.

Blankoverordnungen unterliegen nicht den üblichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sondern die wirtschaftliche Verantwortung liegt bei den behandelnden Ergotherapeuten. Wenn Ärzte oder Psychotherapeuten bewusst auf eine Blankoverordnung verzichten, bleiben sie jedoch in der wirtschaftlichen Verantwortung für die Behandlung.

Blankoverordnungen für weitere Indikationsgebiete und Heilmittelarten sollen folgen. ■

**Ansprechpartner:**  
**Abteilung Verordnung**  
**und Beratung**  
**Tel: 040 / 22802 -571, -572**



# Künftig viele Formulare mit neuem Ankreuzfeld „SER“

**Am 1. Januar 2024 ist das neue Soziale Entschädigungsrecht (SER)** in Kraft getreten. Ärztinnen und Ärzte müssen zukünftig entsprechende Ansprüche durch Ankreuzen eines entsprechenden Feldes „SER“ dokumentieren (siehe Kasten).

Zunächst wurde das Muster 10 angepasst, das ab dem 1. April 2024 ohne Stichtagregelung gilt. Das heißt, vorhandene Formulare können zunächst aufgebraucht werden.

Bei diesem Formular wurde das Ankreuzfeld „SER“ an die Stelle des bisherigen

Ankreuzfeldes „Behandlung gemäß § 116b SGB V“ gesetzt, das keine Verwendung mehr findet. Für das Praxisverwaltungssystem hat das Ankreuzfeld „Behandlung gemäß § 116b SGB V“ dann dementsprechend jedoch die Bedeutung „SER“.

In Kürze wird es weitere Formulare geben, die ein SER-Feld haben. Auf diesen Formularen werden die SER-Felder entweder neu hinzugefügt oder sie ersetzen das Feld „Versorgungsleiden (z.B. BVG)“ beziehungsweise „Gesundheitsschäden nach dem BVG“. ■

## Was ist „SER“?

**A**nerkannte gesundheitliche Schädigungsfolgen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SER) sind auf dem Formular zu kennzeichnen.

Dabei geht es um Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit Gewalttaten, den Auswirkungen der Weltkriege, dem Zivildienst und Schutzimpfungen oder anderen prophylaktischen Maßnahmen stehen und von der Verwaltungsbehörde als Schädigungsfolge anerkannt wurden.

Gesundheitliche Schädigungen, die vor dem 31.12.2023 anerkannt wurden, gemäß folgender bisher geltender Entschädigungsgesetze

- Bundesversorgungsgesetz (BVG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Zivildienstgesetz (ZDG) - erhalten ebenfalls diese Kennzeichnung.

Patienten müssen dem behandelnden Vertragsarzt einen Nachweis über die anerkannte Schädigungsfolge vorlegen, wenn sie Leistungen in Anspruch nehmen. Eine Verordnung im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts ist auf die anerkannte Schädigungsfolge beschränkt und von der Zuzahlung befreit.

(Quelle: Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung, Stand April 2024)

**Ansprechpartner:**  
Abteilung Verordnung  
und Beratung  
Tel: 040 / 22802 -571, -572

## Neue Patienteninformation zum Schlaganfall

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat eine Patienteninformation zum Schlaganfall herausgebracht. Auf zwei Seiten wird allgemein verständlich



dargestellt, wie sich ein Schlaganfall ankündigt und wie man im Notfall helfen kann, um Schlimmeres zu verhindern. Außerdem findet man alles Wichtige zur Behandlung und zur Nachsorge. ■

Patienteninformation zum Ausdrucken im Internet: [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de) → Herz und Gefäße → „Schlaganfall schnell erkennen und richtig handeln“

### BEREITS 100 PATIENTENINFORMATIONEN

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelt im Auftrag von KBV und Bundesärztekammer Kurzinformationen in allgemein verständlicher Sprache auf Grundlage von Leitlinien, Patientenleitlinien und systematischen Literaturrecherchen.

Insgesamt wurden 100 Patienteninformationen veröffentlicht, einige in mehreren Fremdsprachen oder in Leichter Sprache. [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de)

## Neu erschienen: Patientenleitlinie "Bluthochdruck"



Die neue Patientenleitlinie „Bluthochdruck“ bietet Menschen mit Hypertonie und ihren Angehörigen ausführliche Informationen über die verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten und zum Umgang mit der Erkrankung.

Grundlage dieser Informationen ist die Nationale Versorgungs-Leitlinie Hypertonie.

Ziel der 151-seitigen Patientenleitlinie ist es, Menschen mit Bluthochdruck evidenzbasiert zu informieren und eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu fördern. Die Patienten erfahren, nach welchen Kriterien und Maßgaben ihre Krankheit idealerweise festgestellt und behandelt werden sollte. Die Patientenleitlinie erklärt leicht verständlich, wie ein veränderter Lebensstil helfen kann, den Blutdruck zu senken. Wenn die Verhaltensänderungen nicht ausreichen, sind blutdrucksenkende Medikamente empfehlenswert.

Außerdem erläutert die Patientenleitlinie, wie man den Blutdruck richtig misst, was man unter Zielwerten versteht und was für betroffene Frauen mit Kinderwunsch wichtig ist. Zudem wurden eigene Kapitel zu den Themen "Was tun, wenn die Medikamente nicht wirken" und "Einen Notfall erkennen" entwickelt. ■

Die Patientenleitlinie „Bluthochdruck“ im Internet: [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de) → Herz und Gefäße → Bluthochdruck → (nach unten scrollen) Alles zu Untersuchungen und Behandlungen - Ausführlich erklärt: Patientenleitlinie „Bluthochdruck“



## Nicht-ärztliche Praxisassistenten: Neuer Berufsabschluss wird anerkannt

**A**uch für Fachkräfte, die nach dem neuen Pflegeberufegesetz ausgebildet wurden, kann die KV eine Genehmigung als nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) erteilen. Die Genehmigung ist Voraussetzung dafür, dass die Praxis weitere Gebührenordnungspositionen und Zuschläge abrechnen kann.

KBV und GKV-Spitzenverband haben die Delegations-Vereinbarung zum 1. September 2023 an den neuen Berufsabschluss angepasst. Konkret wird an zwei Stellen, wo bisher nur auf das Krankenpflegegesetz verwiesen wird, auch das Pflegeberufegesetz aufgeführt. Dabei handelt es sich um die Regelungen zur Genehmigungspflicht (Paragraf 6) und zur Zusatzqualifikation (Paragraf 7). Die Bundesärztekammer hatte das Fortbildungscurriculum „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ bereits aktualisiert.

Mit dem Pflegeberufegesetz wurden die zuvor getrennt geregelten Ausbildungen in der Gesundheits- und Kranken- beziehungsweise Kinderkrankenpflege und in der Altenpflege zu einem einheitlichen Ausbildungsberuf zusammengefasst. Dabei absolvieren alle Auszubildenden zunächst zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung, in der sie einen Vertiefungsbereich in der praktischen Ausbildung wählen. Wenn sie im dritten Ausbildungsjahr die generalistische Ausbildung fortsetzen, erwerben sie den Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ beziehungsweise „Pflegefachmann“.

Wenn sie ihren Schwerpunkt in der Pflege alter Menschen oder der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sehen, können sie wählen, ob sie – statt die generalistische Ausbildung fortzusetzen – einen gesonderten Abschluss in der Altenpflege oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach dem Pflegeberufegesetz erwerben wollen. ■

### Weitere Informationen zur Genehmigung nichtärztliche Praxisassistenten:

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Praxis → Formulare → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → Näpa (nicht-ärztliche Praxisassistenten)

**Ansprechpartner:**  
Abteilung Genehmigung  
[genehmigung@kvhh.de](mailto:genehmigung@kvhh.de)

**Inga Beitz, Tel: 040 / 22 802 – 663**

[inga.beitz@kvhh.de](mailto:inga.beitz@kvhh.de)

**Tina Stasch, Tel: 040 / 22 802 – 451**

[tina.stasch@kvhh.de](mailto:tina.stasch@kvhh.de)

**Sebastian von Borstel, Tel: 040 / 22 802 – 573**

[sebastian.vonborstel@kvhh.de](mailto:sebastian.vonborstel@kvhh.de)

# Datenverarbeitung bei Qualitätsprüfungen

Patienteninformation zu Röntgen und MRT angepasst

**Der Gemeinsame Bundes-**  
**ausschuss (G-BA)** stellt  
Arztpraxen eine angepasste  
Patienteninformation zu Röntgen  
und MRT zur Verfügung.



Hintergrund ist der Beschluss des G-BA, auf stichprobenbasierte Qualitätsprüfungen bei der Computertomographie zu verzichten, da es hier anhaltend positive Ergebnisse gab.

Die aktualisierte Patienteninformation beschränkt sich dementsprechend auf Informationen zu den weiterhin anstehenden Qualitätsprüfungen bei Röntgen- und MRT-Untersuchungen. Die Computertomographie, die ursprünglich mit enthalten war, wird nicht mehr erwähnt.

In dieser Patienteninformation werden Versicherte

darüber aufgeklärt, welche Daten genutzt und wie diese verarbeitet werden. ■

Die aktualisierte Patienteninformation finden Sie auf unserer Homepage: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Formulare für die Praxis → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → Radiologische Diagnostik (bzw. MRT) → aktuelle Mitteilungen → Patienteninformation

**Ansprechpartnerinnen:**  
**Abteilung Qualitätssicherung**  
**Güler Aykac**  
Tel: 040 / 22802-895  
[gueler.aykac@kvhh.de](mailto:gueler.aykac@kvhh.de)  
**Natalie Wawrzeniez**  
Tel: 040 / 22802-570  
[natalie.wawrzeniez@kvhh.de](mailto:natalie.wawrzeniez@kvhh.de)

## JETZT EBENFALLS AUF DER WEBSITE DER KV HAMBURG ZU FINDEN: PACIENTENINFORMATION ZU ARTHROSKOPIEN AM KNIE- UND SCHULTERGELENK

Insgesamt gibt es zwei Patienteninformationen zur Datenverarbeitung bei Qualitätsprüfungen: zu Röntgen und MRT (siehe oben) und zu Arthroskopien am Knie- und Schultergelenk. Auch die Patienteninformation zu Arthroskopien am Knie- und Schultergelenk ist jetzt auf der Website der KV eingestellt.

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Formulare für die Praxis → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → Arthroskopie → aktuelle Mitteilungen → Patienteninformation



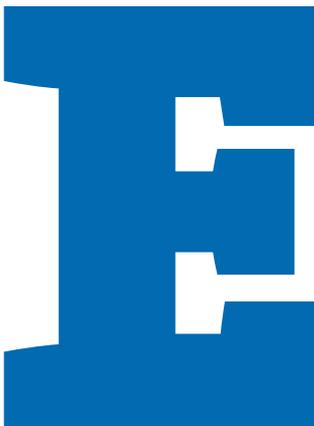
**Ansprechpartnerinnen:**  
**Abteilung Qualitätssicherung**  
**Katharina Flindt**  
Tel: 040 / 22802-461  
[katharina.flindt@kvhh.de](mailto:katharina.flindt@kvhh.de)  
**Cornelia Wehner**  
Tel: 040 / 22802-602  
[cornelia.wehner@kvhh.de](mailto:cornelia.wehner@kvhh.de)



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

# Hilfsmittel gegen Dekubitus: Patientenrelevante Evidenz verfügbar machen

VON PROF. DR. KATRIN BALZER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.  
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Ein Dekubitus gilt in der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf als überwiegend vermeidbares adverses Ereignis, das die Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen schwer beeinträchtigen kann [1,2].

Die jährliche Inzidenz unter Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern in Deutschland wird auf 7 % geschätzt [3], für die ambulante Pflege sind keine Daten hierzu verfügbar. Die Punktprävalenz in der stationären und ambulanten Langzeitpflege liegt bei 5 % [4,5].

Extrapoliert auf die Grundgesamtheit der Menschen in Deutschland, die in Langzeitpflegeeinrichtungen leben oder ambulante Pflege beziehen [6], sind damit bundesweit knapp 100.000 Menschen in der hausärztlichen Versorgung betroffen, zuzüglich einer Dekubitus-Dunkelziffer unter ausschließlich informell versorgten Menschen mit Pflegebedarf.

Evidenzbasierte Leitlinien für die Dekubitusprävention liegen im deutschsprachigen Raum nicht vor. Nach internationalen evidenzbasierten Empfehlungen stellt die Verwendung spezieller druckumverteilernder oder druckreduzierender Liege- und Sitzflächen – in Ergänzung zu anderen Maßnahmen wie Bewegungsförderung und regelmäßige Wechselpositionierung – eine wesentliche Säule dieser Prävention dar [7].

Solche Liege- und Sitzflächen sind Bestandteil des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V („Hilfsmittel gegen Dekubitus“); ihre Anwendung setzt eine ärztliche Verordnung voraus.

Das aktuelle Hilfsmittelverzeichnis umfasst über 60 Matratzen, Matratzenauflagen oder Bettsysteme als Ganzkörper-Hilfsmittel gegen Dekubitus (im Folgenden zusammengefasst als Matratzen). Diese sind unterteilt in Weichlagerungsmatratzen, Matratzen mit Luftzellenkomponenten, Matratzen zur intermittierenden Entlastung (im Folgenden „Wechseldruckmatratzen“) sowie Kombinationen dieser Produkte und weitere Spezialsysteme [8].

Nach international gängigen Standards wird zwischen reaktiven und aktiven Matratzen unterschieden [1]. Reaktive Matratzen bewirken eine Vergrößerung der Auflagefläche abhängig vom Gewicht pro aufliegendes Körperareal und damit eine Druckreduktion pro Flächeneinheit. Aktive Matratzen arbeiten mit einer elektronisch vermittelten alternierenden Druckentlastung einzelner Körperareale, teils kombiniert mit weite-

ren Funktionen wie z. B. Luftstrom zur Beeinflussung des Hautmilieus.

Weiterhin werden die Matratzen nach der Art des Materials unterschieden. Dies betrifft vor allem reaktive Matratzen, die entweder ausschließlich aus verschiedenen Schaumstoffgemischen oder aus Luftkomponenten-Schaumstoff-Kombinationen oder hauptsächlich aus Luftkomponenten bestehen.

In einem jüngeren Cochrane Review mit Netzwerkmetaanalyse wurden die Effekte verschiedener Matratzentypen auf die Dekubitusinzidenz evaluiert [9]. Eingeschlossen wurden 40 randomisiert-kontrollierte Studien (RCT), die insgesamt 59 indirekte und 19 direkte Vergleiche zu 13 Matratzentypen abdecken.

Die meisten Studien beziehen sich auf den Vergleich von reaktiven Schaumstoffmatratzen, reaktiven Matratzen mit Luftkomponenten und Wechseldruckmatratzen untereinander sowie jeweils gegenüber Standardkrankenhausmatratzen. Die reaktiven Schaumstoffmatratzen entsprechen am ehesten den „Weichlagerungsmatratzen“ im Hilfsmittelverzeichnis.

Die Autorengruppe ermittelte eine signifikante Reduktion der Dekubitusinzidenz durch reaktive Luftkomponenten-Matratzen oder durch Wechseldruckmatratzen sowie eine nichtsignifikante Reduktion durch reaktive Schaumstoffmatratzen, jeweils im Vergleich zu Standardkrankenhausmatratzen [9].

Ebenso zeigte sich eine nichtsignifikant höhere Dekubitusinzidenz unter Anwendung von Wechseldruckmatratzen im Vergleich zu reaktiven Luftkomponenten-Matratzen. Die Größe der absoluten Risikodifferenzen sind für diese Vergleiche nicht berichtet.

Genauere Angaben liegen für den Vergleich zwischen reaktiven Luftkomponenten-Matratzen oder Wechseldruckmatratzen gegenüber speziellen Schaumstoffmatratzen (also „Weichlagerungsmatratzen“) vor: Demnach erleiden unter reaktiven Luftkomponenten-Matratzen

49 von 1000 dekubitusgefährdeten Menschen einen Dekubitus, unter reaktiven Schaumstoffmatratzen 106 von 1000. Dieser signifikante Unterschied zugunsten der Luftkomponenten-Matratzen entspricht einer absoluten Risikoreduktion um knapp 6 % (95 %-Konfidenzintervall (KI) -2,6 %; -7,5 %).

Für Wechseldruckmatratzen wurde eine signifikante absolute Risikoreduktion um knapp 4 % (95 %-KI -0,8 %; -6,2 %) gegenüber reaktiven Schaumstoffmatratzen ermittelt; dies sind 39 Betroffene pro 1000 dekubitusgefährdete Menschen weniger [9].

Für alle genannten Vergleiche wurde die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz als gering oder sehr gering eingestuft, bedingt durch Verzerrungspotenziale in den RCT, Heterogenität der Studienergebnisse oder statistisch unsichere Effektgrößen [9].

Insgesamt deuten die Ergebnisse der Netzwerkmetaanalyse – mit Unsicherheiten – auf relative Vorteile von reaktiven Luftkomponenten-Matratzen gegenüber Wechseldruckmatratzen sowie dieser beiden Matratzentypen gegenüber rein schaumstoffbasierten „Weichlagerungsmatratzen“ und Standardmatratzen.

Für dekubitusgefährdete Patientinnen und Patienten ist der Effekt präventiver Maßnahmen auf das Risiko des Auftretens eines Dekubitus die wichtigste Zielgröße [10].

Das Hilfsmittelverzeichnis enthält keine evidenzbasierten Angaben zu diesen Effekten. Unterschiede im Nutzen verschiedener Produkte bleiben damit für Nutzerinnen und Nutzer verborgen.

Dafür finden sich wissenschaftlich nicht gestützte Aussagen wie „Eine dauernde Weichlagerung birgt das Risiko, dass die Versicherten ihr Körperschema verlieren können, dass die Beweglichkeit eingeschränkt werden kann und dass es zu einer Reduzierung von Spontanbewegungen kommen kann ...“ [8].

Als Medizinprodukt der Risikoklasse 1 sind für den medizinischen Nutznachweis „angemessene medizinische



Bewertungen auf der Basis von Fallserien/Anwendungsbeobachtungen“ ausreichend, als relevante Zielgrößen sind hierfür das Mikroklima der Haut, die Druckentlastung und -verteilung, die Schwerkraftminderung sowie die Positionierung der Versicherten genannt [8].

Diese Zielgrößen sind keine patientenrelevanten Nutzkriterien nach § 35b SGB V und entsprechen nicht den Erwartungen der Betroffenen. Es ist fraglich, inwieweit sie geeignet sind, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung gemäß § 139 Absatz 2 SGB V zu gewährleisten.

Für eine evidenzbasierte Dekubitusprävention in der Praxis ist zu fordern, dass Angaben im Hilfsmittelverzeichnis künftig die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz zum patientenrelevanten Nutzen berücksichti-

gen. Alle beteiligten Berufsgruppen ebenso wie Betroffene und ihre informellen Pflegepersonen sollten zudem niedrigschwelligem Zugang zu verständlichen evidenzbasierten Empfehlungen für die Dekubitusprävention haben. ■



**PROF. DR. RER. CUR.  
KATRIN BALZER**

Sektion für Forschung und Lehre  
in der Pflege am Institut für Sozial-  
medizin und Epidemiologie  
Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck  
katrin.balzer@uksh.de

#### Literatur:

- 1) European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019.
- 2) Burston A, Miles SJ, Fulbrook P. Patient and carer experience of living with a pressure injury: A meta-synthesis of qualitative studies. *J Clin Nurs* 2023;32(13-14): 3233–3247. <https://doi.org/10.1111/jocn.16431>
- 3) Behrendt S, Schwinger A, Tsiasioti C, Stieglitz K, Klauber J. Qualitätsmessung mit Routinedaten im Pflegeheim am Beispiel Dekubitus. *Gesundheitswesen*. 2020; 82(5 01): 552–561. <https://doi.org/10.1055/a-1057-8799>
- 4) Lichterfeld-Kottner A, Lahmann N, Kottner J. Sex-specific differences in prevention and treatment of institutional-acquired pressure ulcers in hospitals and nursing homes. *J Tissue Viability* 2020; 29(3): 204–210. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2020.05.001>
- 5) Raeder K, Strube-Lahmann S, Müller-Werdan U, Kottner J, Lahmann NA, Suhr R. Prävalenz und Einflussfaktoren von chronischen Wunden bei Klienten von ambulanten Pflegediensten in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhesw* 2019; 140:14–21. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.01.001>
- 6) Statistisches Bundesamt (Destatis). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html> (letzter Zugriff 19.02.2024).
- 7) Gillespie BM, Latimer S, Walker RM, McInnes E, Moore Z, Eskes AM, Li Z, Schoonhoven L, Boorman RJ, Chaboyer W. The quality and clinical applicability of recommendations in pressure injury guidelines: A systematic review of clinical practice guidelines. *Int J Nurs Stud* 2021; 115: 103857. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103857>
- 8) GKV-Spitzenverband. Hilfsmittelverzeichnis. Hilfsmittelverzeichnis. Hilfsmittel gegen Dekubitus. 2024. <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home/verzeichnis/6b532eb4-72b1-4107-8e20-d1b5239bc1b0> (letzter Zugriff 24.02.2024).
- 9) Shi C, Dumville JC, Cullum N, Rhodes S, McInnes E, Goh EL, Norman G. Beds, overlays and mattresses for preventing and treating pressure ulcers: an overview of Cochrane Reviews and network metaanalysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 8. Art. No.: CD013761. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013761.pub2>
- 10) Haesler E, Pittman J, Cuddigan J, Law S, Chang YY, Balzer K, Berlowitz D, Carville K, Kottner J, Litchford M, Moore Z, Mitchell P, Sigauco-Roussel D. An exploration of the perspectives of individuals and their caregivers on pressure ulcer/injury prevention and management to inform the development of a clinical guideline. *J Tissue Viability* 2022; 31(1): 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2021.10.008>

# Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke  
Drogenabhängige zu  
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung  
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,*

## liebe Kolleginnen und Kollegen.

**Bitte substituieren Sie!**

Weitere Informationen:

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → (rechts oben) Menü → „Praxis“ ausklappen → Formulare →  
Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → im Glossar unter „S“ →  
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger



# Taugt der Computer zum Bürokratie-Abbau?

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

**B**ürokratie ist der beste Weg, tüchtige Menschen davon abzuhalten, sich mit einem eigenen Unternehmen selbstständig zu machen.

Das ist nicht nur in der Medizin so, sondern auch im Handwerk und im Handel. In einem Bericht der WELT lese ich von einer Studie an der Universität Köln, bei der mehr als 1300 Absolventen von Meisterklassen nach ihren Zukunftsplänen befragt wurden. Für mehr als ein Drittel kam eine Selbstständigkeit nicht in Frage – wegen der Belastung durch Bürokratie.

Diese Befragung wirft übrigens auch ein kleines Schlaglicht auf die immer wiedergekaute Behauptung, der fehlende Wille zur Niederlassung im Gesundheitswesen liege daran, dass die Medizin weiblich

Glaubt man den Politikern oder auch den Kassenfunktionären, ist das alles übertrieben. Es soll ja schon ständig Bemühungen zum „Bürokratie-Abbau“ geben. Doch seltsamerweise hat niemand das Gefühl, in seinem eigenen Alltag weniger Bürokratie zu erleben.

In dem gleichen Artikel wird der jüngste Bericht des Normenkontrollrats zitiert. Danach seien die Bürokratiekosten für Unternehmen, Behörden und Bürger um 9,3 Milliarden Euro pro Jahr und einmalig um 23,7 Milliarden Euro gestiegen.

Muss man also an den Bürokratie-Abbau glauben wie an den Weihnachtsmann? Ja, sagen die Bürokraten. Denn schließlich gibt es eine ganze Reihe neuer Gesetze und Verordnungen zum Abbau der

Mittel zum Bürokratieabbau – am besten noch mit App und KI. Bloß wie wirken diese Zaubermittel?

Mit dem Computer kann ein der Bürokratie Unterworfener die von ihm verlangten Daten nur automatisierter und zuverlässiger eingeben. Weniger anstrengend ist das nicht.

Denn mit steigendem Grad der Digitalisierung steigt der Anspruch an die Akkuratess, und zwar im gleichen Maße wie die Kontrollmöglichkeiten.

Außerdem führt die automatisierte Eingabe von Daten bei bürokratischen Vordenkern – ebenso natürlich wie zwangsläufig – zu der Vorstellung, dass man eigentlich noch ein paar zusätzliche Daten, die möglicherweise einen Nutzen haben, mit erheben könnte. „Wenn man das schon abfragt, könnte man doch noch zwei Items zur Klimaneutralität in den Survey mit einbauen“ ist ein typischer Satz aus einem wichtigen Meeting.

Die Freiheit und die Lust an der Arbeit leiden an komplizierten Regelungen und Vorschriften kein bisschen weniger, weil deren Einhaltung digital kontrolliert wird. Spätestens seit 1984 ahnen wir, dass elektronische Kontrolle kein großes Vergnügen ist.

Wer die Bürokratie abbauen will, kommt daher um eines nicht herum: Er muss weniger regeln wollen und stattdessen mehr

## Die Digitalisierung führt zu der Vorstellung, dass man eigentlich immer noch ein paar zusätzliche Daten miterheben könnte.

geworden sei. Denn anscheinend herrscht die Furcht vor der bürokratischen Überfrachtung auch im Rest der Wirtschaft.

Die mysogyne Frechheit, Frauen hätten einen Hang zur abhängigen Beschäftigung, ist offensichtlich nur ein Ablenkungsmanöver zur Verschleierung der wahren Ursachen der Niederlassungsunlust: Zu wenig Honorar und zu viel Bürokratie.

Bürokratie. Doch selbst Beamte sind skeptisch, dass das hilft.

Zum Glück gibt noch eine weitere Hoffnung: den PC. Die Digitalisierung soll noch weitaus besser als Gesetze gegen Bürokratisierung wirken. Für jeden fortschrittlichen Menschen (und ganz besonders für junge Politiker, die gut mit ihrem Handy umgehen können) sind daher Computer und Mobiltelefone das ultimative

Entscheidung der Verantwortung und der fachlichen Erfahrung der Arbeitenden überlassen. Gerade im Gesundheitssektor, in dem es eine hohe intrinsische Motivation gibt, wäre das sehr einfach.

Der PC hilft jedenfalls nicht gegen den Bürokratie-Tsunami und er spart auch keine Zeit. Das gilt selbst dann, wenn man die vielen Systemabstürze und Konnektoren-

probleme nicht mit einrechnet.

Früheren Ärztegenerationen blieb mit ihren Pappkarteikarten mehr Zeit für ihre Patienten und für ihr eigenes Leben.

Angesichts der Flut von überflüssigen Anfragen und Formularengaben gäbe es daher eigentlich nur ein technisches Hilfsmittel, von dem man sich etwas Entlastung versprechen könnte: ein daten-

schutzkonformer, leistungsfähiger Schredder. ■

---

**DR. MATTHIAS SOYKA** ist Orthopäde und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Dein Rückenretter bist du selbst“, Ellert&Richter, Hamburg. [www.dr-soyka.de](http://www.dr-soyka.de) Youtube Kanal „Hilfe zur Selbsthilfe“

---

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



**Palliativpflege**  
 Wirkstoffvereinbarung  
**Krankentransport**  
**Sprechstundenbedarf**  
 Überweisung  
**Arzneimittelvereinbarung**  
**Verordnung und Beratung**  
**Hilfsmittel**  
**Arbeitsunfähigkeit**  
**Rezepte**  
**Arzneimittelverordnung**  
**Schutzimpfung**  
**Rehabilitation**  
**Heilmittel**  
**Entlassmanagement**  
**Einweisung**  
**Verbandmittel**  
**Früherkennung**  
**Arzneimittel**  
**Richtlinien**  
 Off-Label-Verordnung  
**Trendmeldung**  
**Wirtschaftlichkeitsgebot**  
 Digitale Gesundheitsanwendungen  
**Krankenpflege**  
**Prüfungsvereinbarung**  
**Heilmittelvereinbarung**  
**Wiedereingliederung**  
 DMP  
**Substitution**  
**Nutzenbewertung**  
**Antibiotika-Therapie**  
 Arzneimittelmissbrauch

**Sie verordnen –  
wir beraten!**

Unser Team der Abteilung „Verordnung und Beratung“ mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen berät Sie gerne zu allen Fragen Ihres Verordnungsmanagements. **Fragen Sie uns einfach!**

☎ 040 22 802 571/572 | [verordnung@kvhh.de](mailto:verordnung@kvhh.de)



## Jetzt mitmachen: Bundesweite Umfrage zur Telematikinfrastuktur

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) führt noch bis zum 14. April 2024 eine Umfrage zur Telematikinfrastuktur durch.

In vielen Praxen macht die Digitalisierung Probleme. Liegt das an den Gematik-Vorgaben oder doch eher an deren Umsetzung durch die PVS-Anbieter? Welche PVS sind gut, welche nicht? Welche Anwendungen werden regelmäßig genutzt?

Obwohl diese Fragen vielen Praxen auf den Nägeln brennen, gibt es nach wie vor keinen bundesweiten Erfahrungsvergleich aller PVS aus Anwendersicht. Das Zi will nun belastbare Vergleichsdaten erheben.

Bitte nehmen Sie an der Online-Umfrage teil – unabhängig davon, ob Sie zufrieden oder nicht zufrieden sind. Denn nur, wenn sich eine große Zahl von Praxen beteiligt, können alle PVS-Anbieter verlässlich bewertet und konkrete Maßnahmen identifiziert werden, wie die Praxis-IT optimiert werden kann.

Der Fragebogen richtet sich an ärztliche und psychotherapeutische Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber sowie an angestellte Ärztinnen und Ärzte. Gerne kann die Umfrage auch an Ihr Praxispersonal weitergeleitet werden.

Die Bearbeitungsdauer beträgt fünf bis maximal zehn Minuten. ■

Sie können die Befragung bis zum 14. April 2024 über diesen Link erreichen:

<https://zentralinstitut.limesurvey.et/382775?lang=de>

Ganz einfach geht es auch über diesen QR-Code:



# KVH

Hilfsmittel

Regress

Rezepte

Richtlinien

Heilmittel

Off-Label-Verordnung

Sprechstundenbedarf

Wirtschaftlichkeitsgebot

Pharmakotherapieberatung

Schutzimpfungen

Cannabis-Verordnung

Arzneimittel

Aut idem

Verbandmittel

Betäubungsmittel

Trendmeldungen

Wirkstoffvereinbarung

Arzneimittel-Richtlinie

## 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 Arzneimitteldaten zu Ihrem persönlichen Verordnungsverhalten 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

## MEZIS sieht Verbesserungstendenz bei ärztlichen Handlungsleitlinien

Die bundesweite Ärztinnen- und Ärzteinitiative MEZIS sieht eine positive Tendenz bei der Unabhängigkeit ärztlicher Handlungsleitlinien.

„Es lässt sich ein wachsendes Bewusstsein für Interessenkonflikte bei der Leitlinienerstellung erkennen“, so Niklas Schurig von MEZIS.

Die aktuell bewertete Leitlinie zur Therapie schwerer Wunden der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW) sei ein Beispiel dafür, wie sich mit konsequenten Maßnahmen eine Unabhängigkeit von kommerziellen Interessen erreichen lässt. Leitlinienwatch konnte 17 von 18 möglichen Punkten vergeben. Das ist der bisherige Spitzenwert.

Die Gruppe Leitlinienwatch hat sich 2015 als eine Art Qualitätssicherungsinstanz gegründet, ausgehend von

den Initiativen MEZIS, NeurologyFirst und Transparency International Deutschland.

Die Gruppe untersucht ärztliche Leitlinien auf das Vorhandensein und den Umgang mit Interessenkonflikten der Beteiligten. Anhand eines standardisierten Kriterienkatalogs vergibt sie Punkte. Je mehr Punkte eine Leitlinie bekommt, desto besser ist der Umgang mit Interessenkonflikten.

Anschließend informiert Leitlinienwatch die Autorinnen und Autoren über die Ergebnisse. Thomas Lempert, Initiator von Leitlinienwatch, erklärt: „Wir haben häufig gute Gespräche mit den Leitliniengruppen. Die Bewertungen werden von den Autorinnen und Autoren als sehr konstruktiv geschätzt.“

Medizinische Leitlinien sollen ausschließlich auf der Basis wissenschaftlicher Ergebnisse erstellt werden, sind jedoch gleichzeitig oftmals Ziel der Einflussnahme durch die Arzneimittelindustrie.

Verbindungen der Autoren mit Arzneimittelherstellern, beispielsweise durch Beraterverträge, Vortragshonorare

und Industrie-finanzierte Studien, stehen einer unabhängigen Beurteilung im Weg.

„Die Pharmaindustrie sitzt indirekt über die von ihr bezahlten ärztlichen Meinungsführerinnen und -führer oft mit am Tisch!“, sagt Niklas Schurig, Vorstandsmitglied bei MEZIS. Diese Beeinflussungen sind für Ärztinnen und Ärzte meistens nicht erkennbar. ■

### MEZIS

Die Organisation MEZIS („Mein Essen zahl' ich selbst“) hat sich zum Ziel gesetzt, den Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die Gesundheitsversorgung transparenter zu machen und zu reduzieren. MEZIS ist Teil des weltweiten No-Free-Lunch-Netzwerks.



<https://mezis.de>



# KV Hamburg schließt Notfallpraxis am Marienkrankenhaus

Modell des Integrierten Notfallzentrums funktioniert grundsätzlich – doch die Inanspruchnahme der Praxis ist zu gering



Die KV Hamburg stellt ihr bereitschaftsdienstliches Engagement im Integrierten Notfallzentrum (INZ) am Katholischen Marienkrankenhaus ein. Dies hat die Vertreterversammlung der KV Hamburg einstimmig beschlossen. Die Notfallpraxis der KV Hamburg schließt mit Ablauf des 30. Juni 2024.

"Es tut uns leid, dass wir den Standort aufgeben", sagt Dr. Björn Parey, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung und

Vorsitzender des Notdienstaussschusses der KV Hamburg. „Unser Bereitschaftsdienstangebot am Marienkrankenhaus, wo wir seit 2022 gemeinsam mit dem Marienkrankenhaus ein INZ betreiben, ist leider nicht in dem Maße von der Bevölkerung angenommen worden, wie wir es uns gewünscht hätten.“

Tagsüber wurden im Durchschnitt nur zwei bis drei Patienten pro Stunde vorstellig, nachts noch nicht mal einer. "Das ist eindeutig zu wenig", so Parey.

Die Praxis sei höchst defizitär, sagte Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg. „Daher lässt sich der enorme organisatorische und finanzielle Aufwand, der zu einem Großteil

von den niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten und den Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten getragen wird, nicht mehr rechtfertigen.“

Grundsätzlich funktioniere das Modell INZ allerdings, betonte Roos. Die Erfahrungen, die in den vergangenen knapp zwei Jahren im INZ als Modellprojekt gewonnen werden konnten, hätten gezeigt, dass durch die medizinische Ersteinschätzung mit dem Medizinprodukt SmED Kontakt plus am gemeinsamen Tresen ein größerer prozentualer Anteil an Patientinnen und Patienten in die ambulante Versorgung gesteuert werden konnte, als wenn das Krankenhaus allein entscheidet, ob ein Patient ambulant oder stationär behandelt wird.

"Insofern freuen wir uns", so Roos, "dass wir in der guten Zusammenarbeit mit dem Marienkrankenhaus möglicherweise eine Blaupause für eine künftige Notfallgesetzgebung des Bundesgesundheitsministeriums schaffen konnten." ■



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Thomas Gent**  
Stellvertretender Obmann Kreis 21

Name: **Dr. Thomas Gent**

Geburtsdatum: **14.02.1956**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Gynäkologie und Geburtshilfe**

Weitere Ämter: **Mitglied im Zulassungsausschuss Ärzte**

Hobbys: **Musik, Angeln, Seele baumeln lassen**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Ja, unbedingt. Ich würde immer wieder den Arztberuf und ganz speziell die Fachrichtung Gynäkologie wählen. Hier trifft sich alles: jung, alt, krank und gesund, absolut facettenreich.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Ich glaube an die Institution KV, an die Selbstverwaltung. Es ist das Organ, was niedergelassenen Ärzt:innen Sicherheit gibt. Ohne diese würden wir im System untergehen und wären längst von großen MVZ's und Global Playern "gefressen" worden.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Endlich ein Praxisleben ohne Budget, ein finanziell kalkulierbares Quartalsergebnis!

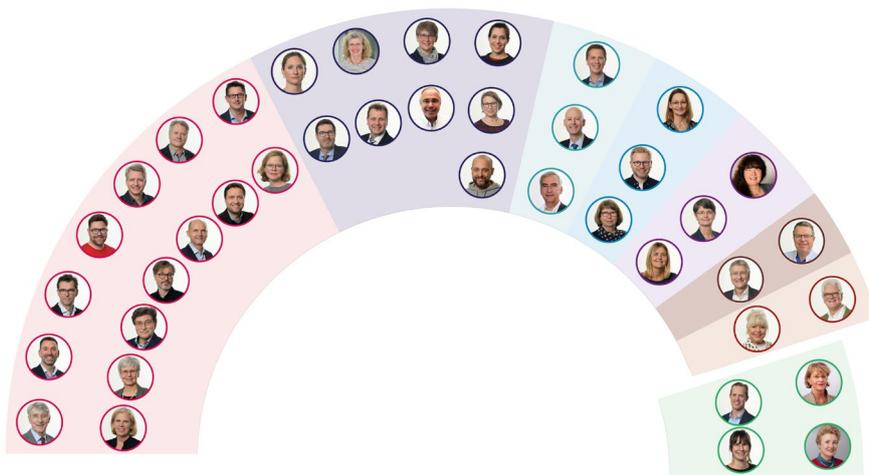
**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Allen Ansprüchen gerecht zu werden, denen der Patientinnen, der Mitarbeiterinnen, der Familie und den eigenen.

**Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen?**  
Am Ende sagen: "Es war gut so!"

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

Mi. 19. Juni 2024 (19 Uhr)

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



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

**KREISVERSAMMLUNGEN**

**KREIS 2**

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi. 3.7.2024 (18 Uhr)

"Aktuelles aus der Berufspolitik"

Referentin: Dr. Rita Trettin

Ort: Ärztehaus

Saal 5 + 6

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg



**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINAR**

Datenschutz in der Arztpraxis (online)

Mi. 17.4.2024 (9 - 14 Uhr)

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

Prävention und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt gegen Kinder und Jugendliche / Schutzkonzept (online)

Mi. 17.4.2024 (15 - 18.30 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Hygiene für Fortgeschrittene (online)

Mi. 8.5.2024 (14 - 18 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz für Fortgeschrittene (online)

Mi. 29.5.2024 (9 - 14 Uhr)

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

(oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



**Ansprechpartner:**

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

Michael Bauer, Tel: 040 / 22802-388

Lena Belger, Tel: 040 / 22802-574

[qualitaetsmanagement@kvhh.de](mailto: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. 8.11.2024 (14.30 - 17 Uhr)**

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

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

**Ansprechpartnerin:**

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

**WINTERHUDER  
QUALITÄTSZIRKEL**

**Der depressive ältere Patient**

Besonderheiten und Gefahren in der Pharmakotherapie

**Mi. 12.6.2024 (18 - 22 Uhr)**

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

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

Vigilanz – Schlafstörungen – vegetative Störungen in der differentialdiagnostischen Betrachtungsweise

**Mi. 18.9.2024 (18 - 22 Uhr)**

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

**Betriebliches  
Gesundheitsmanagement**

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

**Mi. 20.11.2024 (18 - 22 Uhr)**

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Rita Trettin  
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE  
DER ÄRZTEKAMMER**

**Fortbildungen für Ärztinnen und  
Ärzte**

**Aktuelle Infos:**

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

**Ansprechpartnerin:**

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

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



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

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2024 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

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

# KVH



## Kurze Info gefällig?

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

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

 **040 22 802 802**

Oder nutzen Sie unser Kontaktformular auf [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de). Wir rufen Sie gern zurück!