

# KVH journal



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

## HIER ENTLANG!

*Macht ein Primärarztsystem  
unser Gesundheitswesen effizienter?*



**ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE**

*Was Sie zum Start wissen müssen*

**MODELLPROJEKT**

*Sozialberatung in der Hausarztpraxis*

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 6/2025 (Juni 2025)



### PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!

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.



[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.



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Im Hamburger Koalitionsvertrag nimmt das Thema „Basisversorgung“ eine prominente Stellung ein: „Unser vorrangiges Ziel ist es, dass insbesondere Haus- und Kinderarztpraxen sowie Praxen für Gynäkologie in allen Bezirken und Stadtteilen für die Menschen wohnortnah erreichbar sind“, heißt es da. Und wie soll das gehen? Durch „kleinräumigere Bedarfsplanung“.

Zunächst wäre es wichtig, realistische Maßstäbe anzulegen: Wir leben in einer Stadt, die im Vergleich zu fast jedem anderen Gebiet in diesem Land ganz hervorragend versorgt ist. Die Krankenkassen haben errechnet, dass in Hamburg die durchschnittliche Entfernung eines Patienten zum Hausarzt 1000 Meter beträgt. Jeder Hamburger Bezirk hat Zentren, in denen eine hochwertige ambulante Versorgung angeboten wird. Wie kleinräumig soll die Betrachtung also werden?

Eine seriöse Problemanalyse darf die echten Gefahren für eine wohnortnahe Versorgung nicht ausblenden. Gesetzliche Vorgaben haben einer Konzentration von Arztsitzen in großen Unternehmen und MVZ-Ketten Vorschub geleistet. Das gefährdet wohnortnahe Versorgung. Und wenn eines dieser Konglomerate ausfällt, haben wir ein Problem, das im schlechtesten Fall die Basisversorgung ganzer Bezirke und Regionen betreffen könnte.

Deshalb appelliere ich an die Politik, gute Rahmenbedingungen für inhabergeführte Praxen zu schaffen. Das wäre eine wichtige Maßnahme, damit die medizinische Versorgung in allen Bezirken und Stadtteilen auch weiterhin wohnortnah erreichbar bleibt.

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

---

### KONTAKT

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

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



## SCHWERPUNKT

- 06\_ Nachgefragt: Was halten Sie vom Plan der Regierung, ein Primärarztssystem einzuführen?
- 08\_ "Das muss man gelernt haben" – Prof. Martin Scherer über die Vorteile einer zentralen Steuerungsinstanz im Gesundheitswesen

## VERSORGUNG

- 12\_ Sozialberatung: Modellprojekt in Hamburger Hausarztpraxen
- 14\_ Klimawandel: Mit einem Hitzeaktionsplan will Hamburg besonders gefährdete Gruppen schützen

### 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.

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 18**\_ Fragen und Antworten
- 25**\_ Videosprechstunde: aktualisierte Praxisinfo und Vergütungsübersicht
- 26**\_ Medizinische Rehabilitation: Serviceheft mit neuen Inhalten

**DIGITALISIERUNG**

- 20**\_ ePA-Einführung zunächst freiwillig  
Übersicht: Kurze Antworten auf die zehn häufigsten Fragen
- 22**\_ ePA: Hinweise zur Abrechnung
- 23**\_ ePA: Starterpaket für Praxen

**FORUM**

- 27**\_ Online-Portal "Migration und Gesundheit": Publikationen in über 40 Sprachen

**SELBSTVERWALTUNG**

- 33**\_ Steckbrief:  
Dr. med. Corinna Grobien-Siemssen

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 28**\_ Keine Evidenz für das Arterien-Screening mit dem Knöchel-Brachial-Index-Test

**RUBRIKEN**

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

**KOLUMNE**

- 32**\_ "Über Todesarten und Todesursachen" von Dr. Bernd Hontschik

**TERMINKALENDER**

- 34**\_ Termine und geplante Veranstaltungen

**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Eléonore Roedel  
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7: Michael Zapf, Phil Dera, Techniker Krankenkasse/Daniel Reinhardt; Seite 8: UKE; Seite 12: Kirsten Haarmann; Seite 16: Michael Zapf; Seite 31: Deutscher Ehtikrat/Reiner Zensen; Seite 32: Barbara Klemm; Seite 34: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock



# Was halten Sie vom Plan der Regierung, ein Primärarztsystem einzuführen?



**Dr. med. Jana Husemann**

Fachärztin für Allgemeinmedizin auf St. Pauli und erste Vorsitzende Hausärztinnen- und Hausärzteverband Hamburg

## Klare Abläufe und koordinierte Versorgung

Das deutsche Gesundheitssystem ist überkomplex, was es für Patient:innen sehr schwierig macht, die richtige Anlaufstelle für ihre jeweiligen Beschwerden zu finden. Folge sind unter anderem Über-, Fehl- und Unterversorgung, Terminstau durch „Ärztchopping“ und unerwünschte Wechselwirkungen bei Medikamenten.

Als Verband setzen wir uns mit der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) bereits seit Jahren für ein freiwilliges Primärarztsystem ein. Evaluationen zeigen, dass die Verträge die Effizienz und die Qualität der Versorgung verbessern. Daher halten wir es für den richtigen Schritt, dass die Politik sich zu einem Primärarztsystem bekennt und dabei auch auf die HZV setzt.

**Mit den richtigen Rahmenbedingungen (Qualität, Struktur, Vergütung etc.) kann ein Primärarztmodell alle im Gesundheitssystem entlasten.** Was vielen nicht bewusst ist: Wir können 80 Prozent aller Beratungsanlässe bei uns in der Hausarztpraxis abschließend behandeln! Unsere fachärztlichen Kolleg:innen können sich endlich auf die Fälle konzentrieren, die wirklich ihr

Spezialwissen benötigen. Dadurch werden auch Kapazitäten für Termine frei, für die Menschen, die sie wirklich brauchen. Für die Hausarztpraxen wird die Versorgung ihrer Patient:innen übersichtlicher, da sie stets den Überblick über die Behandlungssituation behalten.

Klare Abläufe und eine koordinierte Versorgung können administrative Aufgaben reduzieren und ermöglichen eine schnellere Diagnostik, da alle Gesundheitsdaten gesammelt in der Hausarztpraxis vorliegen. Es wird so vermieden, dass sich Behandlungen deutlich länger als notwendig in die Länge ziehen – die enge Zusammenarbeit mit unseren fachärztlichen Kolleg:innen im Falle von Überweisungen minimiert zudem den Abstimmungsbedarf und Rückfragen.

Fakt ist: Ein „Weiter so!“ wird unser System nicht länger durchhalten. Um weiterhin mit den vorhandenen Ressourcen die medizinisch notwendigen Behandlungen zeitgerecht durchführen zu können, muss die Versorgung in entsprechende Bahnen gelenkt werden. ■



**Christine Neumann-Grutzeck**

Fachärztin für Innere Medizin  
in Hamburg-Neustadt und Präsidentin  
des Berufsverbands Deutscher Inter-  
nistinnen und Internisten e.V. (BDI)



**Maren Puttfarcken**

Leiterin der TK-Landesvertretung  
Hamburg

## Echte Lotsenfunktion

Als BDI begrüßen wir eine verpflichtende Patientensteuerung ausdrücklich. Eine bedarfsgerechte, effektive Steuerung ist essenziell, um die knappen medizinischen Ressourcen sinnvoll zu nutzen. **Entscheidend dabei ist jedoch, dass die Steuerung nicht ausschließlich über Hausärztinnen und Hausärzte erfolgt. Das wäre weder medizinisch sinnvoll noch realistisch.** Insbesondere internistische Fachärztinnen und Fachärzte müssen systematisch einbezogen werden, weil wir für viele chronisch Kranke der primäre Ansprechpartner sind. Außerdem sollte die Steuerung sowohl über die HZV in Kombination mit Facharztverträgen als auch über den Kollektivvertrag erfolgen. In einem gesteuerten System müssen die Fachärzte endlich entbudgetiert werden. Wer im gesteuerten System indizierte Leistungen erbringt, muss voll vergütet werden. Kurz: Primärarztsystem heißt echte Lotsenfunktion, interdisziplinär organisiert und konsequent entbudgetiert – nur so verkürzen wir Wartezeiten, sichern Qualität und stärken die ambulante Versorgung. ■

## Strukturierte Wege

Die Gesellschaft wird immer älter, auch das führt zu einer erhöhten Inanspruchnahme an medizinischen Leistungen. Gleichzeitig gehen in den kommenden Jahren vor allem viele Hausärztinnen und Hausärzte in den Ruhestand. Dabei ist es schon heute für 95 Prozent der Hamburgerinnen und Hamburger eine zentrale gesundheitspolitische Frage, wie man schnell und einfach an einen Arzttermin kommt. Dies zeigt eine Forsa-Umfrage im Auftrag der Landesvertretung Hamburg der Techniker Krankenkasse (TK).

Die ambulante ärztliche Versorgung braucht daher künftig klar strukturierte Wege und neue Ideen, damit Patientinnen und Patienten schneller die für sie richtige Versorgung erhalten. Die neue Koalition auf Bundesebene geht mit ihrem Plan eines Primärversorgungssystems mutig in die richtige Richtung. **Aus TK-Sicht ist eine Kombination aus digitaler Ersteinschätzung und einer stärkeren Koordination durch Hausärztinnen und Hausärzte ein vielversprechender Ansatz. Entscheidend ist dabei, wie so oft, wie die Pläne im Detail umgesetzt werden.** ■

## INTERVIEW

# »Das muss man gelernt haben«

Was leistet ein Primärarztmodell?

**PROF. DR. MARTIN SCHERER** erklärt, wie eine zentrale Steuerungsinstanz Ordnung ins System bringen könnte – und warum Patientinnen und Patienten nicht selbst am besten wissen, welche medizinische Versorgung sie benötigen.

**Laut Koalitionsvertrag setzt die neue Regierung auf ein verbindliches Primärarztssystem. Was sagt die wissenschaftliche Evidenz zu diesem Projekt?**

**SCHERER:** Nationale und internationale Studien zeigen, dass eine konsequente hausärztliche Steuerung die Versorgung verbessert – insbesondere die Versorgung vulnerabler Gruppen. Krankenhausaufenthalte können vermieden, die Anzahl der Notfallbehandlungen kann verringert und die Behandlungskontinuität gesteigert werden. In unserem derzeitigen System fehlt eine solche Steuerungsinstanz. Bei Patienten mit sechs oder sieben chronischen Krankheiten sollten sich nicht sechs

oder sieben Spezialisten darüber streiten müssen, wer der steuernde Arzt ist. Und ich beobachte, dass auch jüngere Patientinnen und Patienten mehr Steuerung bräuchten. Viele von ihnen haben Gesundheitsängste – was dazu führt, dass sie manchmal drei oder vier Praxen hintereinander aufsuchen und entsprechende Mengen an Röntgenbildern, MRT und Meinungen zum selben Problem sammeln. Da gibt es viel Überversorgung.

**Das könnte ein Primärarztssystem verhindern?**

**SCHERER:** Ja, sicher. Offenbar gibt es viel Unwissenheit darüber, was primärärztliche Koordination bedeutet.

Es ist eine Aufgabe, die weit über das Schreiben von Überweisungen hinausgeht. Man muss die Kompetenz haben, mit einem „unausgelesenen“, also nicht vorgefilterten Patientenkollektiv umzugehen: Ist „abwartendes Offenhalten“ indiziert? Handelt es sich um einen abwendbar gefährlichen Verlauf? Zu den Inhalten der primärärztlichen Koordination gehören das Impfmanagement, die umfassende Prävention, das Poly- oder Multimedikationsmanagement, die psychosomatische Grundversorgung, Umgang mit Multimorbidität, Palliation, Haus- und Heimbesuche, Case Management, sozialmedizinische Aspekte. Und es geht darum, den Einsatz von Ressourcen zu ko-



**Prof. Dr. Martin Scherer**, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

ordinieren und Überversorgung zu vermeiden – wozu auch der Schutz vor nicht-nützlicher Medizin gehört. All das sind Kompetenzen, die man gelernt haben muss.

#### **Gibt es denn genug Ärztinnen und Ärzte in Hamburg, die solche Kompetenzen haben?**

**SCHERER:** Es werden immer mehr. Aber natürlich brauchen wir eine weitere Stärkung des hausärztlichen Bereichs. Ich halte es beispielsweise für nötig, über eine Bedarfsplanung in der Weiterbildung nachzudenken. Es kann nicht sein, dass wir es dem Zufall überlassen, wie viele der nachrückenden Ärztinnen und Ärzte am Ende in

diesen wichtigen primärversorgenden Bereich gehen. Insgesamt sind wir auf einem guten Weg. Wir haben das Kompetenzzentrum Weiterbildung, das in Kooperation mit der KV und der Ärztekammer betrieben wird. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die sich für eine Weiterbildung in der Allgemeinmedizin entscheiden, steigt an. Wir sollten allerdings dafür sorgen, dass sich die Hausärztinnen und Hausärzte mehr auf das konzentrieren können, wofür sie durch fünf Jahre Weiterbildung qualifiziert wurden. Dafür ist es nötig, nicht-ärztliche medizinische Fachkräfte stärker einzubinden und kluge Delegationsmodelle zu entwickeln.

#### **Im Papier der Arbeitsgruppe Gesundheit, das Grundlage für das entsprechende Kapitel im Koalitionsvertrag war, werden die Einsparmöglichkeiten durch die Einführung eines Primärarztsystems mit 500 Millionen Euro jährlich aufwachsend beziffert. Ist das realistisch?**

**SCHERER:** Ich würde sagen, das ist ziemlich konservativ gerechnet. Kennen Sie das Lied über „Daisy and her boyfriends“? Da heißt es: „And she found one to make her happy, one to make her sad, one to give a good love that she never had.“ Es geht um eine Frau, die für jedes ihrer Bedürfnisse einen anderen Partner hat. Die Deutschen konsultieren im Schnitt

etwa 1,7 Hausärzte. Als Mitglieder einer Solidar-Gemeinschaft können wir uns aber nicht erlauben, für jedes Sonderbedürfnis einen anderen Hausarzt heranzuziehen: einen, der

ke, um Patientinnen und Patienten gezielt an Spezialisten weitervermitteln zu können. Mit einem Überweisungsvorbehalt alleine ist es nicht getan. Sonst stehen die Patientinnen

Herzecho machen. Andere Patienten sagen: Ach, ich hatte schon lange kein MRT mehr, ich bräuchte mal wieder eines. Das ist ein verbreitetes Phänomen: Patientinnen und Patienten haben ein tiefes Bedürfnis, sich ihre Gesundheit immer wieder bestätigen zu lassen. Unser Gesundheitssystem begrenzt das nicht, und wir Ärztinnen und Ärzte sind ziemlich freigiebig mit technischen Untersuchungen: Röntgen, MRT, CT, Endoskopien, Ultraschall. Wenn viele diagnostische Leistungen auf Grundlage einer fraglichen Indikation erbracht werden, produziert das viele Normalbefunde. Dazu hat sich noch eine Kontrolluntersuchungskultur entwickelt. Natürlich gibt es kontrollbedürftige Befunde. Aber Patientinnen und Patienten wollen auch gerne, dass Normalbefunde kontrolliert werden – wieder und wieder. Das ist nicht sinnvoll. Wenn ich einen Normalbefund habe und danach keine Klinik und keine Symptomatik, muss ich es irgendwann einfach mal gut sein lassen. Also, um Ihre Frage zu beantworten: Nein, viele Patientinnen und Patienten wissen nicht selbst, welche medizinische Versorgung sie benötigen. Das können sie auch gar nicht wissen. Deshalb liegt die Lösung in einer guten Aufklärung und einer nachfolgenden, partizipativen Entscheidung mit der Hausärztin. ■

*Interview: Martin Niggeschmidt*

## Es gibt Patienten, die sagen: "Ach, ich hatte schon lange kein MRT mehr, ich bräuchte mal wieder eines."

Überweisungen ausschreibt, einen, der gut zuhören kann, einen, der eine tolle Akupunktur macht und einen, der anstandslos Physiotherapie verordnet. Ich sehe in meiner Praxis-tätigkeit stabile chronisch kranke Patienten, die zu acht Fachärzten im Jahr gehen, um sich einen stabilen Befund immer und immer wieder neu bestätigen zu lassen. Bei Mehrfachkonsultationen in der gleichen Sache oder bei nicht notwendiger Medizin gibt es erhebliche Einsparpotenziale. Wir wissen, dass in der hausärztlichen Praxis 80 Prozent der Patienten-Probleme voll und abschließend gelöst werden können. Natürlich muss man überlegen, wie ein Primär-Versorgungsmodell konzipiert sein muss, damit es Wirkung zeigt. Die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ist hierfür ein gutes Beispiel. Ein Primärarztssystem funktioniert nur mit verbindlicher Einschreibung. Außerdem brauchen wir durchdachte Patientenpfade. Und wir brauchen lokale Netzwer-

und Patienten am Anfang des Quartals in der Praxis und wollen zehn Überweisungen haben.

### **Haben Bonus-Systeme oder Kostenbeteiligungs-Modelle eine steuernde Wirkung?**

**SCHERER:** Die Evidenz zeigt, dass positive Anreize besser wirken als Strafmaßnahmen oder Strafgeldern. Diese Erkenntnis kann man nutzen, indem man Patienten, die einen als sinnvoll definierten Versorgungspfad einhalten, einen Bonus anbietet.

### **Eines der Hauptargumente gegen ein Primärarztssystem ist: Die Patientinnen und Patienten wissen schon selbst, welche medizinische Versorgung sie benötigen.**

**SCHERER:** Kürzlich war ein Ehepaar bei mir, beide über 70 Jahre alt, beide topfit. Die beiden gehen einmal im Jahr zum Kardiologen und lassen ein

#### Literatur:

- Baker R, Levene LS, Newby C, Freeman GK. Does shortage of GPs matter? A cross-sectional study of practice population life expectancy. *Br J Gen Pract.* 2024 Apr 25;74(742):e283-e289. doi: 10.3399/BJGP.2023.0195. PMID: 38621806; PMCID: PMC11044019.
- Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K et al. GP-centered health care in Baden-Württemberg, Germany: results of a quantitative and qualitative evaluation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2015;58:398–407.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007;37:111-26.
- Prior A, Vestergaard CH, Vedsted P, Smith SM, Virgilsen LF, Rasmussen LA, Fenger-Grøn M. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. *BMC Med.* 2023 Aug 15;21(1):305. doi: 10.1186/s12916-023-03021-3. PMID: 37580711; PMCID: PMC10426166.

*Palliativpflege*  
Wirkstoffvereinbarung  
**Krankentransport**  
**Sprechstundenbedarf**

**Verbandmittel**  
**Früherkennung**  
**Arzneimittel**

**Richtlinien**  
Off-Label-Verordnung  
**Trendmeldung**  
**Wirtschaftlichkeitsgebot**  
*Digitale Gesundheitsanwendungen*

Überweisung **Arzneimittelvereinbarung** *Krankenpflege*

# Verordnung und Beratung

*Hilfsmittel* **Arbeitsunfähigkeit** **Rezepte**

*Arzneimittelverordnung*  
**Schutzimpfung**  
**Rehabilitation**  
**Heilmittel** *Krebsvorsorge*  
**Entlassmanagement**  
**Einweisung**

**Medizinprodukte**  
**Impfvereinbarung**

**Prüfungsvereinbarung**  
*Heilmittelvereinbarung*  
**Wiedereingliederung** *DMP*  
*Substitution* *Wirkstoffvereinbarung*  
**Nutzenbewertung** *Krankengeld*  
**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!



VON NURAY CAN

## Wenn soziale Probleme hinzukommen

Ein Hamburger Projekt bringt Sozialberatung direkt in die Hausarztpraxis – und überwindet damit Hürden, die vielen Menschen bislang den Zugang zur Hilfe erschweren.



Tür an Tür: Hausärztin Nuray Can und Sozialberater Olaf Eschke

Die Idee, Sozialberatung in die hausärztliche Versorgung zu integrieren, wurde bereits von verschiedenen Seiten angedacht – wie den Hausärztinnen Dr. Christine Schroth der Zweite und Dr. Jana Husemann, die sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln für derlei Strukturen starkgemacht haben. Als ich dann über einen persönlichen Kontakt mit Tobias Münster, dem Geschäftsführer der Hamburger

Arbeit, ins Gespräch kam, ergab sich die Gelegenheit, die gemeinsame Idee endlich konkret umzusetzen.

Ich gehöre dem erweiterten Vorstand des Hamburger Hausärzterverbandes an, der das Projekt von Beginn an unterstützte. Gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitung durch Jana Husemann und der Anbindung an das IPA (Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin) am UKE wurde das Vorhaben von

Anfang an evaluiert – eine wichtige Voraussetzung, um langfristige Unterstützung durch die Hamburger Sozialbehörde zu erhalten.

### Das Vertrauen ist bereits da

Es ist entscheidend, dass die Sozialberatung direkt in der Hausarztpraxis erfolgt. Denn oftmals kennen die Menschen die Angebote nicht oder scheuen den Gang zu einer Beratungsstelle. In der Hausarztpraxis hingegen gibt es bereits ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten. Die Menschen berichten in der Sprechstunde über ihre Lebensumstände, über Sorgen und Notlagen: „Ich bekomme aktuell Krankengeld und weiß gar nicht, was danach passiert“, „Mir wird das alles zu viel.“ Wenn die Sozialberatung direkt vor Ort in der Praxis angeboten wird, fällt der erste Schritt leichter.

Am Pilotprojekt waren sechs Hausarztpraxen beteiligt. In meiner Praxis in Jenfeld fand die Beratung jeweils Dienstag und Mittwoch zwischen 9 und 13 Uhr in einem gesonderten Raum statt. Unser Sozialberater Olaf Eschke führte sechs bis acht Gespräche pro Woche. Er nennt sich selbst gern Krisenlotse, wenn er versucht, den Menschen Struktur

und einen Plan zu geben, um sie aus der Sackgasse zu lotsen. Nach der Beratung hatten sie mehr Hoffnung und Zufriedenheit – was sich positiv auf ihre Gesundheit auswirkt. Ich bin beeindruckt von dem Projekt,

beruflichen Sorgen und arbeitsrechtlichen Fragen

- Hilfe bei Wohnungslosigkeit und sozialen Notlagen
- Schuldnerberatung und finanzieller Stabilisierung.

## Meist konnten die Berater zusammen mit den Patienten schnell und unkompliziert eine Lösung finden.

weil es zeigt, wie hoch für meine Patienten der Mehrwert einer Zusammenarbeit zwischen mir als Ärztin und dem Sozialberater ist.

### Themen der Sozialberatung

Die Sozialberatung in der Hausarztpraxis unterstützt bei einer Vielzahl von Themen, die für die Lebensqualität und soziale Absicherung der Menschen entscheidend sind wie etwa

- Beantragung von Sozialleistungen (Grundsicherung, Wohngeld) oder Klärung von Ansprüchen gegenüber Krankenkassen
- Renten- und Erwerbsminderungsanträgen
- Reha-Anträgen
- Beratung bei Arbeitsplatzverlust,

### Kooperationen als Schlüssel

Ich setze auf Vernetzung und plädiere stets dafür, dass verschiedene Institutionen und Organisationen zusammenarbeiten. Zuletzt war ich bei einer Veranstaltung des UKE zu einem türkischsprachigen Lotsendienst für Onkologie-Patienten. Ich schlug vor, dass die Berater mobil zu uns in die Praxis kommen, denn für unsere Patienten in Jenfeld ist der Weg ins UKE oft sehr weit. Auch das Projekt QplusAlter hat Interesse bekundet, in unserer Praxis Senioren ab 65 Jahren zu beraten. Es ist großartig, wie eine Idee die Tür für weitere Projekte öffnet, und wir so auf diesem Weg verschiedene Beratungsangebote

für unsere Patienten zugänglich machen können.

### Die Zukunft der Sozialberatung

Schon während meines PJ träumte ich davon, ein Gesundheitszentrum zu eröffnen, in dem verschiedene Gesundheits- und Sozialangebote zusammengefasst sind. Der Traum nimmt Gestalt an und ist nun ein greifbares Ziel.

Die Pilotphase des Projekts zur Sozialberatung lief über sechs Monate. Bei der Auswertung durch das IPA gaben Patienten ein durchweg positives Feedback. Meist konnten die Berater zusammen mit den Patienten schnell und unkompliziert eine Lösung finden – in 75 Prozent der Fälle schon im ersten Gespräch. Die Ergebnisse der Auswertung werden in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht. Die Hamburger Regierungsparteien haben in ihrem Koalitionsvertrag bereits angekündigt, dass sie innovative Modellprojekte wie die Sozialberatung in hausärztlichen Praxen unterstützen werden. Deshalb sind wir sehr zuversichtlich, dass das Projekt fortgeführt und ausgeweitet werden kann. ■

**NURAY CAN** ist Fachärztin für Allgemeinmedizin in Jenfeld

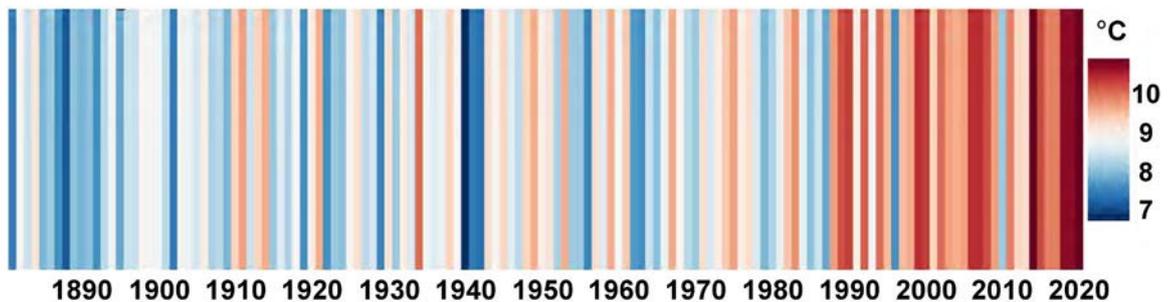


VON MARIA HUMMES

# Hamburg gegen die Hitze

Immer häufiger auftretende Hitzewellen bedrohen die Gesundheit der Bevölkerung. Mit einem neuen Hitzeaktionsplan will die Stadt Hamburg besonders gefährdete Gruppen schützen.

## "WARMING STRIPES": TEMPERATURANSTIEG IN HAMBURG



Die farbigen Streifen visualisieren die Durchschnittstemperaturen zwischen 1881 und 2020; jeder Streifen steht für ein Jahr. Die Grafik wurde von Ed Hawkins entwickelt.

Quelle: Deutscher Wetterdienst (2021): Klimareport Hamburg, Seite 2; <https://www.climate-lab-book.ac.uk>; Datenquelle: DWD

Im Februar dieses Jahres wurde der Entwurf zur Klimaanpassungsstrategie im Hamburger Senat vorgestellt. Dazu gehört auch ein Hitzeaktionsplan (HAP). Er bezieht neben der Fachbehördenebene auch die bezirkliche Ebene ein, wie auch von Anfang an relevante Organisationen des Gesundheitswesens – wie zum Beispiel Betreuungseinrichtungen, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen oder Verbände.

Der Hitzeaktionsplan beinhaltet drei Strategien:

- Risikokommunikation an die Bevölkerung und an Hilfesysteme,
- Management von Akutereignissen für vulnerable Bevölkerungsgruppen sowie

- langfristig wirksame Maßnahmen zum Schutz vor Hitzeextremen.

Besondere Berücksichtigung findet dabei der präventive Aufbau eines Netzwerkes, das im Falle einer akuten Hitzewelle notfallmäßig aktiviert werden kann.

Auf der Hitzeschutz-Webseite der Stadt steht Informationsmaterial für die Bürgerinnen und Bürger mit Hinweisen zum Verhalten bei Hitze zur Verfügung. Die Merkblätter können auch von Praxen genutzt und weitergegeben werden. Zum Beispiel:

- Merkblatt „Verhaltensempfehlungen bei Hitze“
- Merkblatt „Sommerhitze: Säuglinge und Kleinkinder“ (auch auf

Englisch, Polnisch Russisch, Türkisch und Farsi)

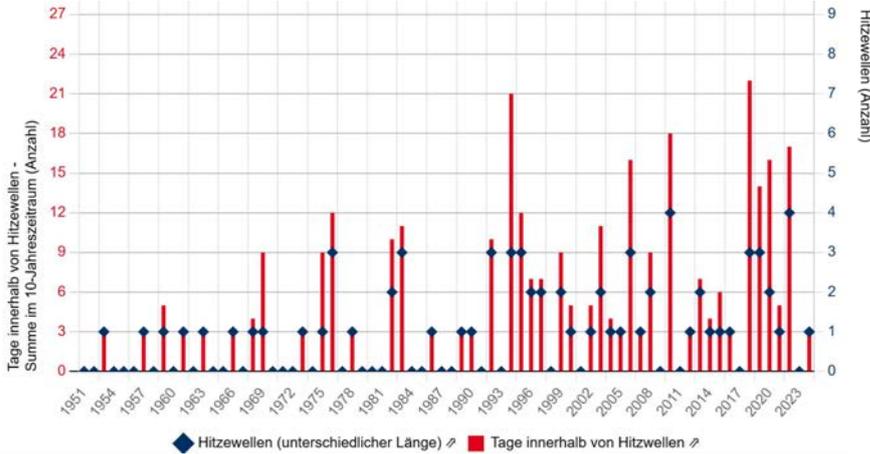
- „Verhaltensempfehlungen bei Hitze für ältere Menschen“
- „Sommerhitze: Häusliche und stationäre Pflege“

[www.hamburg.de](http://www.hamburg.de) -> (Suche: „Hitzeschutz“) -> Hitzeschutz: Was Sie jetzt wissen müssen -> Tipps und Informationen: Was tun bei Sommerhitze?

Darüber hinaus gibt es auf der Seite einen Link zur Kühlen-Orte-Karte. Darin sind Orte und Einrichtungen im Stadtgebiet eingezeichnet, die auf unterschiedliche Art und Weise Abkühlung verschaffen. Neben Grünanlagen, kühlen Gebäuden und

→ Fortsetzung auf Seite 16

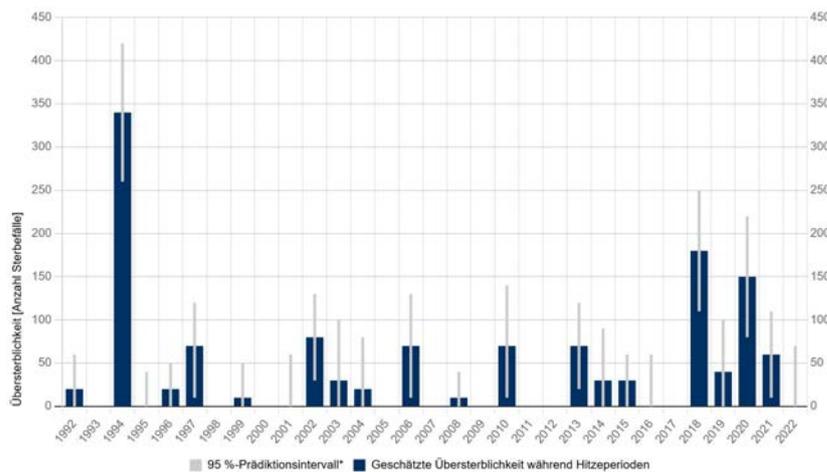
### HITZEWELLEN IN HAMBURG



Vor allem seit den 1990er Jahren treten in Hamburg vermehrt auch länger anhaltende Hitzewellen auf. Als Hitzewelle wird hier ein Ereignis mit mittlerem Temperaturtagesmaximum von mindestens 30 Grad Celsius an mindestens drei Tagen in Folge definiert.

<https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/bukea/themen/klima/klimaanpassung/klimaanpassungsstrategie/gesundheits-und-soziales-929376>; Datenquelle: DWD (Temperaturmessungen Station Fuhlsbüttel)

### ÜBERSTERBLICHKEIT WÄHREND HITZEPERIODEN



Hohe Lufttemperaturen belasten den menschlichen Körper und erhöhen insbesondere für vulnerable Personengruppen das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen. In schweren Fällen kann extreme Hitze zum Tod führen. Modellergebnisse des Robert-Koch-Instituts zeigen, dass Extremtemperaturen während Hitzeperioden auch in Hamburg immer wieder ursächlich für Sterbefälle sind.

\*95 % Prädiktionsintervall gemäß Rechenmodell des Robert-Koch-Instituts: Es gibt den Bereich an, in dem die geschätzte Übersterblichkeit mit mindestens 95-%iger Wahrscheinlichkeit liegt, wenn die Modellannahmen zutreffen.

<https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/bukea/themen/klima/klimaanpassung/klimaanpassungsstrategie/gesundheits-und-soziales-929376>; Datenquelle: RKI



→ Fortsetzung

Bademöglichkeiten findet man hier auch kostenlose Trinkwasserstellen.

Ab der Saison 2025 sind im gesamten Stadtgebiet 53 Wasserspender für die Öffentlichkeit zugänglich. Hingewiesen wird auch auf das Trinkwasser-Refill-System. Geschäfte mit dem Refill-Aufkleber bieten kostenfreies Leitungswasser für jedes mitgebrachte Trinkgefäß an. <https://geoportal-hamburg.de/kuehle-orte/>

Auch für Praxen wird der Bezug von Hitzewarmmeldungen empfohlen, die neben den amtlichen Wetterwarnungen in der Warnwetter-App des Deutschen Wetterdienstes eingebunden sind. [www.hitzewarnungen.de](http://www.hitzewarnungen.de)

Im Mittelpunkt des Hamburger Hitzeaktionsplans steht die „Akutphase“, welche sich auf den Zeitraum im Jahr erstreckt, in dem Hitzeereignisse eintreten können: 1. Mai bis 30. September. Gekennzeichnet ist diese Phase vor allem dadurch, dass in diesem Zeitraum die hitzebedingten Opfer- und Betroffenenzahlen signifikant ansteigen können.

Die Stadt Hamburg hat auf ihrer Website ein Klimainformationssystem eingerichtet, das ausweist, mit welchen klimatischen Veränderungen die Stadt konfrontiert ist: Wie entwickeln sich Temperatur, Niederschlag und Sonnenschein? Unter dem Schlagwort „Klimafolgen-

Monitoring“ findet man im Bereich „Gesundheit und Soziales“ unter anderem auch Auswertungen zur Übersterblichkeit während Hitzeperioden.

[www.hamburg.de](http://www.hamburg.de) → (Suche: „Klimainformationssystem“) → **Klimainformationssystem Hamburg**

Die im Hitzeaktionsplan aufgenommene Risikokommunikation ist auf verschiedene Zielgruppen ausgerichtet und umfasst:

- die gesamte Bevölkerung sowie Angehörige vulnerabler Gruppen,
- Hilfesysteme der Gesundheitsversorgung und soziale Unterstützungsstrukturen,
- Akteurinnen und Akteure des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD),
- einschließlich der Ebene der Behörden und Bezirksämter.

Im Rahmen des Hitzeaktionsplans werden verschiedene Hilfemaßnahmen vorbereitet z.B. werden Hitzepatenschaften aufgebaut, als „Buddys System“, wo Ehrenamtliche sich zu Verfügung stellen, um Menschen, die z.B. bei einer Hitzewelle ihr Haus nicht verlassen können, zu unterstützen.

Langfristig sind bauliche Maßnahmen zur Entlastung von innerstädtischen Hitzeinseln geplant und außerdem eine Entsiegelung von großen Flächen, Begrünung von Bereichen, die unter der Hitze am meisten leiden werden, und Ausbau

von Wasser- und Schattenflächen, welche eine große Rolle bei der Temperaturregelung der Stadt spielen.

Der Hitzeaktionsplan der Stadt Hamburg im Internet: [www.buergerschaft-hh.de/parldok/](http://www.buergerschaft-hh.de/parldok/) → (Suche: 22/17626) → **Hitzeaktionsplan Hamburg**

Noch ein Hinweis: Am 4. Juni 2025 findet der Hitzeaktionstag statt. An diesem Tag wird es vielseitige Veranstaltungen und Aktionen geben. <https://hitzeaktionstag.de>

Jede und jeder, die/der eine Idee hat, wie das Thema Hitzeschutz und Klimawandel in die Öffentlichkeit gebracht werden kann, ist eingeladen, sich zu beteiligen.

Die Ärztekammer Hamburg plant für Frühjahr 2026 eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema Klimawandel und Gesundheit. ■



**DR. MARIA HUMMES**, Fachärztin für Allgemeinmedizin, war als Vertreterin des Hamburger Hausärzterverbandes an den Beratungen zum Hitzeaktionsplan beteiligt.

Fortbildungsveranstaltung 2025  
Wir lotsen Sie durchs KV-System!

# So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Mittwoch, 18.06.2025 von 13.30 bis 18.00 Uhr

Information und Austausch in der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Anmeldung unter:  
[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)



Wir freuen uns auf Sie!

5 Fortbildungspunkte



## 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**

### ÜBERWEISUNGSSCHEIN

#### **Welche Bedeutung hat das Feld „eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V“ auf dem Überweisungsschein?**

Das Feld ist anzukreuzen, wenn Patienten anstelle der Versichertenkarte das Muster 85 vorlegen. Dieses Formular erhalten Patienten, die mit ihren Kassenbeiträgen im Rückstand sind und deren Chipkarte deshalb von der Krankenkasse eingezogen wurde. Bei diesen Patienten ruht der Leistungsanspruch gegenüber der Kasse mit Ausnahme der Behandlung bei:

- Akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen
- Schwangerschaft und Mutterschaft
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

### OFFENE SPRECHSTUNDE

#### **Muss bei Inanspruchnahme der offenen Sprechstunde grundsätzlich ein neuer Fall angelegt werden, auch wenn der Patient im aktuellen Quartal bereits zu einem regulären Termin in der Praxis war?**

Nein, die Abrechnung aller Behandlungen erfolgt über den gekennzeichneten Schein „offene Sprechstunde“. Sollten keine berechnungsfähigen Leistungen in der offenen Sprechstunde angeschrieben werden können, ist am Behandlungstag die Pseudo-GOP 88210 anzusetzen.

### PSYCHOTHERAPIE I

#### **Ein Patient befindet sich derzeit in einer Klinik. Kann ich während des stationären Aufenthalts probatorische Sitzungen mit ihm durchführen?**

Ja, die Probatorik kann bereits während des stationären Aufenthalts stattfinden. Dadurch soll eine erforderliche ambulante Psychotherapie noch während des stationären Aufenthalts so weit vorbereitet werden, dass die Patienten nahtlos weiterbehandelt werden können und mögliche Behandlungsunterbrechungen vermieden werden.

PSYCHOTHERAPIE II

**Ich führe bei einem Patienten eine Richtlinien-Psychotherapie durch. Dieser hat nun während der laufenden Therapie seine Krankenkasse gewechselt. Muss eine neue Genehmigung eingeholt werden?**

Ja. Um Berichtigungsanträge und sachlich-rechnerische Korrekturen zu vermeiden, müssen Sie eine neue Genehmigung bei der nunmehr zuständigen Krankenkasse einholen, wenn eine Patientin oder ein Patient die Krankenkasse wechselt. Daher sollten Sie unbedingt vor Fortsetzung der Therapie die neue Krankenkasse kontaktieren.

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“, die drei Monate gelten, auch quar-

talsübergreifend. Sie müssen daher den zweiten Arztbesuch nicht noch einmal gesondert bei der Krankenkasse anmelden, auch wenn ein Quartalswechsel stattfinden sollte.

IMPfung

**Kann ich die HPV-Impfung auch bei 17-jährigen Jugendlichen noch zu Lasten der GKV durchführen?**

Ja. Gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie § 11, Abs. 2 umfasst der Leistungsanspruch auch die Nachholung und Vervollständigung einer Impfung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Wird ein Impfzyklus nach dem 18. Geburtstag vervollständigt, sind die Impfstoffe hierfür privat zu verordnen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Ulrike Hinz, Anna Spohn, Petra Timmann, Robin Schmidt und Adnana Cabric



## ePA-EINFÜHRUNG ZUNÄCHST FREIWILLIG – VERPFLICHTENDE NUTZUNG AB 1. OKTOBER

Die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) bleibt für die Praxen zunächst freiwillig. So erhalten sie Zeit, sich mit der ePA vertraut zu machen. Seit Ende April 2025 stellen Soft-

warehersteller die Praxen mit den ePA-Modulen aus. Bei Fragen hierzu helfen die Softwarehersteller oder IT-Dienstleister. Ab 1. Oktober ist die Nutzung der ePA für alle Praxen verpflichtend.

# Die häufigsten Fragen rund um die elektronische Patientenakte

Müssen Ärzte und Psychotherapeuten die ePA ihrer Patienten künftig routinemäßig checken? Was ist bei besonders sensiblen Daten zu beachten? Rund um die elektronische Patientenakte gibt es eine Fülle von Fragen. Auf die zehn häufigsten gibt es hier kurze Antworten.

### Frage 1: Muss die eGK zur Befüllung der ePA gesteckt sein?

Nein, sie muss nicht dauerhaft gesteckt sein. Mit dem Stecken der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) erhält die Praxis für 90 Tage Zugriff auf die ePA des Patienten. Die Zugriffsberechtigung bleibt also bestehen, wenn die Karte nicht mehr im Lesegerät steckt. Das ist hilfreich, da zum Beispiel Dokumente bei Bedarf für den Patienten auch später noch eingestellt werden können. Kommt der Patient erneut in die Praxis und seine eGK wird eingelesen, verlängert sich die Berechtigung wieder um 90 Tage.

### Frage 2: Müssen Patienten in der Praxis eine PIN eingeben?

Nein, Patienten müssen zu keinem Zeitpunkt eine PIN eingeben, damit Praxen auf die ePA zugreifen dürfen. Es stimmt

aber, dass Patienten bei erstmaliger Anmeldung in der ePA-App ihrer Krankenkasse eine PIN benötigen. Die PIN erhalten sie bei ihrer Krankenkasse. Über die ePA-App können sie beispielsweise eingestellte Dokumente verbergen, sodass nur sie diese sehen können, oder die Zugriffszeit der Praxis beliebig verlängern oder verkürzen, auch ohne in der Praxis zu sein.

### Frage 3: Müssen Ärzte die ePA routinemäßig checken?

Nein, Ärzte und Psychotherapeuten sind nicht verpflichtet, routinemäßig und anlasslos in die ePA ihres Patienten zu schauen. Aus dem Patientengespräch können sich Gründe für eine Einsicht in die ePA ergeben. Zum Beispiel, wenn eine Patientin auf einen aktuellen Befund hinweist, der in der ePA steht. Dann kommt der Arzt mit der Einsichtnah-

me seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht nach.

### Frage 4: Müssen Patienten der Befüllung ihrer ePA schriftlich zustimmen?

Eine Einwilligung per Unterschrift ist nur bei Ergebnissen genetischer Untersuchungen erforderlich. Das bedeutet, Ärzte dürfen die Ergebnisse solcher Untersuchungen nur in der ePA speichern, wenn der Patient dem explizit mit seiner Unterschrift zugestimmt hat, auf Papier oder in elektronischer Form. Bei allen anderen Dokumenten wie Befundberichten und eArztbriefen gilt: Ärzte und Psychotherapeuten informieren ihre Patienten mündlich oder per Praxisausgang, dass sie diese einstellen. Einen entsprechenden Ausgang zum Ausdrucken stellt die KBV bereit:

[www.kbv.de/html/epa.php](http://www.kbv.de/html/epa.php)

**Frage 5: Was ist bei besonders sensiblen Daten zu beachten?**

Bei hochsensiblen Daten insbesondere bei psychischen Erkrankungen, sexuell übertragbaren Infektionen und Schwangerschaftsabbrüchen sind Praxen verpflichtet, die Patienten auf ihr Recht zum Widerspruch hinzuweisen und einen etwaigen Widerspruch zu protokollieren. Der Hinweis kann ebenfalls mündlich oder per Praxisaushang erfolgen. Besondere Einwilligungsvoraussetzungen gelten bei Daten aus genetischen Untersuchungen oder Analysen nach dem Gendiagnostikgesetz. Hier ist eine explizite Einwilligung des Patienten erforderlich, die schriftlich oder in elektronischer Form vorliegen muss.

**Frage 6: Gehört jede Erkrankung in die ePA?**

In die ePA gehört das, was Ärzte und Psychotherapeuten heute schon an Kolleginnen und Kollegen berichten und was für diese von Interesse sein kann. Das kann zum Beispiel der Befundbericht nach einer ambulanten Operation oder einer Koloskopie sein. Es muss also nicht jede Erkrankung, jeder Patientenkontakt oder jede Untersuchung in der ePA festgehalten werden. Eingestellt werden müssen Arztbriefe, Befundberichte etc. zudem nur, wenn der Arzt oder Psychotherapeut sie in der aktuellen Behandlung erhoben hat und die Dokumente elektronisch vorliegen – und der Patient darf nicht widersprochen haben.

**Frage 7: Werden Daten aus dem PVS automatisch hochgeladen?**

Es werden keine Daten oder Dokumente aus der Behandlungsdokumentation eines Arztes oder Psychotherapeuten automatisch – also ohne deren Zustimmung und Zutun – in die ePA hochgeladen und dort abgelegt. Es kann allerdings sein, dass Softwarehersteller solche Funktionen in das ePA-Modul integriert haben, um das Befüllen der Akten zu erleichtern. Ein Beispiel ist die elektronische AU-Bescheinigung. Möchte ein Patient jede AU-Bescheinigung („Durchschlag“ für den Patienten) in seiner ePA abgelegt haben, könnte der Arzt die Funktion aktivieren, damit die AU-Bescheinigung automatisch hochgeladen wird.

**Frage 8: Ersetzt die ePA die Behandlungsdokumentation?**

Nein. Ärzte sind nach Gesetz und Berufsordnung weiterhin verpflichtet, alle medizinisch relevanten Informationen über die Behandlung ihrer Patienten zeitnah festzuhalten – elektronisch oder auf Papier. An dieser Pflicht zur Behandlungsdokumentation ändert sich mit der ePA nichts. Das gilt auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

**Frage 9: Erhalten Praxen Arztbriefe weiterhin direkt?**

Die ePA ändert nichts an der innerärztlichen Kommunikation. Ärztinnen und Ärzte

übermitteln Befunde oder Arztbriefe wie bisher an den weiterbehandelnden Kollegen – beispielsweise mit dem Kommunikationsdienst KIM. Neu ist, dass sie diese Unterlagen zusätzlich in die ePA einstellen. Das gilt auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

**Frage 10: Können die Krankenkassen die ePA ihrer Versicherten einsehen?**

Die Krankenkassen haben keinen Zugriff auf Daten in der ePA. Sie können also weder auf abgelegte Befundberichte noch auf die Medikationsliste zugreifen. Sie sind allerdings verpflichtet, auf Wunsch der Versicherten Dokumente einzupflegen, zum Beispiel ältere Papierbefunde. Außerdem müssen sie Informationen zu den vom Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen in der ePA bereitstellen, so auch die Abrechnungsdaten von Ärzten und Psychotherapeuten. Versicherte, die das nicht wollen, können dem widersprechen ■

**ePA-SERIE**

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

[www.kbv.de/html/epa.php](http://www.kbv.de/html/epa.php) →

(nach unten scrollen) Serie zur elektronischen Patientenakte



**ePA für alle**



# Elf Euro für die Erstbefüllung der ePA: Hinweise zur Abrechnung

Die Befüllung der elektronischen Patientenakte können Ärzte und Psychotherapeuten abrechnen. Neben der Erstbefüllung gibt es zwei weitere Gebührenordnungspositionen, die berechnet werden können. Wir erläutern, was bei der Abrechnung in Bezug auf die ePA zu beachten ist.

## ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE: DIESE LEISTUNGEN KÖNNEN ABGERECHNET WERDEN

**Erstbefüllung:** GOP 01648  
(89 Punkte / 10,62 Euro; 2025: 11,03 Euro)

**Weitere Befüllung:** GOP 01647  
(15 Punkte / 1,79 Euro; 2025: 1,86 Euro)

**Weitere Befüllung ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt und ohne Arzt-Patienten-Kontakt per Video:** GOP 01431  
(3 Punkte / 36 Cent; 2025: 37 Cent)

Ist der Arzt oder Psychotherapeut der Erste, der ein Dokument in die elektronische Patientenakte (ePA) einstellt, rechnet er die Gebührenordnungspositionen (GOP) 01648 für die Erstbefüllung ab. Diese GOP kann sektorübergreifend nur einmal je Patientin oder Patient abgerechnet werden. Die Leistung ist mit 89 Punkten (11,03 Euro) bewertet und wird extrabudgetär vergütet.

**Aktive Befüllung notwendig**  
Voraussetzung für die Erstbefüllung ist, dass die ePA noch kein Dokument enthält, das ein anderer Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut in einer Pra-

xis oder im Krankenhaus eingestellt hat. Lädt die Praxis in diesem Fall nun einen Arztbrief oder Befundbericht aus der aktuellen Behandlung in die ePA, kann sie die GOP 01648 für die Erstbefüllung abrechnen.

Die ePA-Erstbefüllung erfordert zudem eine aktive Auswahl der Informationen, die im Behandlungsfall relevant sind. Ferner müssen diese Daten explizit von der Praxis in die ePA hochgeladen werden. Das Ausstellen eines elektronischen Rezepts und das anschließende automatische Hochladen der Verordnungsdaten in die elektronische Medikationsliste (eML) der ePA gilt daher nicht als ePA-Erstbefüllung.

Finden Praxen in der ePA der Patientin oder des Patienten entsprechend nur die eML sowie die Abrechnungsdaten der Krankenkasse oder vom Versicherten selbst hochgeladene Dokumente, gilt die ePA im Sinne der Erstbefüllung noch nicht als befüllt.

### Weitere Befüllung der ePA

Für die weitere Befüllung einer ePA und für weitere ePA-Tätigkeiten wie das Herunterladen von Dokumenten aus der ePA

ins Praxisverwaltungssystem gibt es die GOP 01647 (15 Punkte / 1,86 Euro). Sie wird als Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale extrabudgetär vergütet und ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Kommt im Quartal weder ein persönlicher Kontakt noch einer im Rahmen einer Videosprechstunde zustande, da beispielsweise nur ein Rezept ausgestellt wird, kann die Praxis für eine ePA-Tätigkeit die GOP 01431 (3 Punkte / 37 Cent) abrechnen. Die GOP ist bis zu viermal im Arztfall berechnungsfähig. ■

### ePA-SERIE

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

[www.kbv.de/html/epa.php](http://www.kbv.de/html/epa.php) → (nach unten scrollen) Serie zur elektronischen Patientenakte



# ePA: Starterpaket für Praxen

Zur Einführung der elektronischen Patientenakte stellt die KBV Informationsmaterial auf Ihrer Website bereit



Infos für die Praxismitarbeiter



- Außerdem stellt die KBV einen Aushang bereit, der zeigt, welche Dokumente und Daten die Praxen einstellen müssen und darauf hinweist, dass Patienten bei sensiblen Daten das Recht zum Widerspruch haben. Der Aushang ist hilfreich, weil die Praxen verpflichtet sind, ihre Patienten hierüber zu informieren – mündlich oder per Aushang.

## Infos für die Praxismitarbeiter

- Teil des Pakets ist ein Serviceheft, das auf 23 Seiten alle relevanten Aspekte erläutert – von der Einsichtnahme bis zum Befüllen der Akte. Fragen zur Informations- und Dokumentationspflicht werden ebenso beantwortet wie Fragen zu rechtlichen Aspekten und den Widerspruchsmöglichkeiten von Versicherten.
- Dazu gibt es das Infoblatt "Die elektronische Patientenakte in der Praxis", das alle wichtigen Punkte für den täglichen Gebrauch zusammenfasst: Welche Dokumente stellen Praxen ein? Worüber informieren sie? Was halten sie in ihrer Dokumentation fest? Was rechnen sie ab?
- Hinzu kommt ein Schaubild für einen schnellen Überblick: Zugriff auf die ePA, Einsichtnahme in die ePA und Befüllung der ePA.

## Infos für die Patienten

- Für die Information der Patienten bietet die KBV den Praxen mehrere Poster und ein Merkblatt zum Ausdrucken an.
- Praxen, die die ePA noch nicht befüllen, können mit einem Aushang darauf hinweisen – ebenso, wenn sie die ePA bereits nutzen.
  - Ein Merkblatt informiert die Patienten über die Funktionsweise der ePA und über die Patientenrechte.
  - Ein Poster weist darauf hin, dass bei Fragen rund um die ePA die Krankenkassen weiterhelfen.

## Online-Fortbildung zur ePA

Die KBV bietet eine Online-Fortbildung an. In einem Lernvideo stellen drei Experten die ePA aus medizinischer, rechtlicher und technischer Sicht vor. Die Fortbildung steht im Fortbildungsportal der KBV und auf der ePA-Themenseite bereit und ist mit sechs CME-Punkten zertifiziert. ■

Alle Materialien auf der ePA-Themenseite der KBV:  
[www.kbv.de/html/epa.php](http://www.kbv.de/html/epa.php)



Infos für die Patienten

# 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:



[WWW.KVHH.DE/SUBSTITUTION.HTML](http://WWW.KVHH.DE/SUBSTITUTION.HTML)



# Videosprechstunde: aktualisierte Praxisinfo und Vergütungsübersicht

Nach der Einführung zahlreicher Neuerungen bei der Videosprechstunde stellt die KBV hierzu eine aktualisierte PraxisInfo zur Verfügung. Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen erhalten damit einen schnellen Überblick, was sie zur Behandlung per Video wissen sollten.

**Nach der Einführung zahlreicher Neuerungen bei der Videosprechstunde** stellt die KBV eine aktualisierte PraxisInfo zur Verfügung. Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen erhalten damit einen schnellen Überblick, was sie zur Behandlung per Video wissen sollten.

Zur Flexibilisierung der Videosprechstunde hat es seit Jahresbeginn einige Änderungen gegeben. Unter anderem wurde die Leistungsbegrenzung in der Videosprechstunde aufgehoben und die Regelung zur Anzahl der Behandlungsfälle, die ausschließlich per Video erfolgen, angepasst. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten für bekannte Patientinnen und Patienten einen Zuschlag. Zudem können Leistungen wie die Probatorik in der Psychotherapie nun auch online stattfinden.

In der Praxisinformation hat die KBV altes und neues Wissen zur Videosprechstunde zusammengefasst. So erfahren Interessierte, was sie an Technik benötigen, wie eine Videosprechstunde abläuft und wie die Vergütung geregelt ist. Zudem werden die Obergrenzen für die Fallzahlen bei bekannten und unbekanntem Patienten erläutert. Aufgelistet sind außerdem die Leistungen, die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Videosprechstunde verordnen können. ■

**VIDEOSPRECHSTUNDE**  
HINWEISE ZUR DURCHFÜHRUNG UND ABRECHNUNG IN PRAXEN

Eine Operationswunde begünstigt, die weitere Behandlung erleichtern oder ein anaphylaktisches Geschehen verhindern können. Videosprechstunden können gerade bei langen Anfahrtswegen eine Alternative zum Praxisbesuch sein. Was Ärzte und Psychotherapeuten für eine Videosprechstunde benötigen, welche Qualitätsanforderungen gelten und wie die Abrechnung erfolgt, fasst die Praxisinformation zusammen.

**AUF EINEN BLICK**

**Ärztliche Versorgung:**

- Ärztinnen und Ärzte können die Videosprechstunde flexibel in allen Fällen nutzen, in denen sie es für überaus sinnvoll halten. Es gibt keine Einschränkung auf bestimmte Indikationen.
- Die Videosprechstunde ist auch dann möglich, wenn die Patientin oder der Patient zuvor noch bei der Ärztin oder dem Arzt in Behandlung war.
- Die Videosprechstunde können fast alle Arztgruppen einsetzen, seit April 2025 auch Naturheilmittelpraxen – ausgenommen sind nur Labordiagnostik, Pathologie und Radiologie.

**Psychotherapeutische Versorgung:**

- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können fast alle Leistungen der Psychotherapie (Eichtime Kapitel 35 EBM) in der Videosprechstunde anbieten, wenn aus therapeutischer Sicht nichts abgegrenzt ist:
  - Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen (insbesondere die erste Sprechstunde und die erste probatorische Sitzung sollten möglichst in der Praxis stattfinden.)
  - Psychotherapeutische Akutbehandlungen
  - Einzel- und Gruppensprechstunden (sach § 19 Psychotherapie-Richtlinien, fachgruppenspezifische Einzelgespräche und weitere psychotherapeutische Leistungen des EBM Kapitels 35, zum Beispiel Entspannungstechniken)
- Eine Einschränkung gilt für Gruppentherapie: Es dürfen maximal acht Personen plus eine Therapeutin oder ein Therapeut teilnehmen, wenn die Therapie per Video stattfindet.

**Hinweis:** Praxen entscheiden selbst, ob sie Videosprechstunden anbieten. Es besteht keine Verpflichtung.

**Keine Einschränkung auf bestimmte Indikationen**

PraxisInfo

**VIDEOSPRECHSTUNDE**  
DIESE LEISTUNGEN KÖNNEN PRAXEN ABRECHNEN

GOP	RECHTSCHREIBUNG
0340 / 0340	Grund-, Vorsichtorten- und Konsilspauschale
0340 / 0340	Alle Grund- und Vorsichtortspauschalen, insgesamt GOP 0310, 0410, 0210, 0220
0310	Konsilspauschale Nebenerkrankung
0310	Konsilspauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung
<b>Zuschläge</b>	
0340 / 0340	Zuschlag für die fachärztliche Grundversorgung
0340 / 0340	Zuschläge für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags
0340 / 0340	Zuschlag für die Übertragung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten
0325	Zuschlag für die Behandlung durch konsiliar tätige Ärztinnen
Die verschiedenen Grund- und Konsilspauschalen neben Zuschlägen sind in voller Höhe gezahlt, wenn im selben Quartal nach ein persönliches Kontakt erfolgt. Andernfalls wird im gebührenden Abzug von 25 bzw. 30 Prozent je nach Fachgruppe bei ausschließlichem Videokontakt. Praxen können auch Abrechnung mit der Parado-GOP 0320.	
<b>Weitere Zuschläge und Erstattungsleistungen</b>	
0340	Zuschlag für die Aufbereitung eines unbekanntem Patienten bzw. im aktuellen Quartal und in den drei Quartalen nach in der Praxis, max. 10 im Behandlungsfall berechnungsfähig, befristet bis 31. Dezember 2025
0340	Technische Zuschlag (10 Punkte) max. 1.200 Punkte ab 1. Juli 2025 min. 700 Punkte (Bei Videofallzahlensystemen erhöht nur desjenigen, der die Konferenz anleitet, den Zuschlag)
0340	Zuschlag, wenn Behandlung eines bekannten Patienten - war in den drei Quartalen mindestens einmal in der Praxis - nur per Video erfolgt, wird ein 10 (gebührt)
0310 / 0310	Notfallkonsilspauschalen im organisierten Notfalldienst
0310 / 0310 / 0310	Zustimmungspauschale im organisierten Notfalldienst
0310 / 0310	Kostenpauschale für Versand von AHD-Berichtungen oder Vorordnungen
0310	Kostenpauschale für Versand einer kind. Krank. Bescheinigung (Master 21)
Die GOP 0310 und 0320 sind berechnungsfähig, wenn ein Patient zum ersten Mal im Quartal über organisierten Notfalldienst per Video ist. Bei Durchführung der Leistung im Videosprechstunde erfolgt im Abzug von 20 Prozent. Erfolgt im selben Quartal eine weitere Einzelgespräche des Behandlungsfalls in einer Videosprechstunde, rechnen Ärzte die GOP 0310, 0320 bzw. 0320 ab. Die Zahl der Video-Behandlungsfälle ist im Halbjahresbericht nicht begrenzt.	

## Übersicht mit allen Leistungen

Welche Leistungen und Zuschläge Ärzte und Psychotherapeuten abrechnen können, wenn sie Patientinnen und Patienten per Video versorgen, fasst eine aktualisierte Vergütungsübersicht zusammen.

**KBV-Themenseite zur Videosprechstunde (mit Praxisinfo und Vergütungsübersicht):**  
[www.kbv.de/html/videosprechstunde.php](http://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php)



# Medizinische Rehabilitation: Serviceheft mit neuen Inhalten

Das KBV-Serviceheft „Medizinische Rehabilitation“ wurde auf den neusten Stand gebracht und um den Schwerpunkt geriatrische Rehabilitation erweitert.

Die geriatrische Reha richtet sich in der Regel an Versicherte ab 70 Jahren; sie kann aber auch für jüngere geeignet sein. Die konkreten Voraussetzungen werden im Serviceheft beschrieben.

Dabei kommt es auch auf das Ergebnis von Funktionstests an. Im Serviceheft werden elf Tests aus den Bereichen Mobilität, Kognition, Schmerz sowie Herz-/Lungenfunktion näher vorgestellt. Funktionstests sind zwar keine Voraussetzung für die Verordnung einer geriatrischen Reha.

Bei entsprechenden Ergebnissen wird die Verordnung



jedoch nicht von der Krankenkasse auf die medizinische Erforderlichkeit geprüft. Dies soll älteren Menschen den Zugang zur Reha erleichtern.

Ärztinnen und Ärzte erfahren, wie der jeweilige Funktionstest abläuft und das

Ergebnis interpretiert werden kann, aber auch welche Vorteile und Einschränkungen er hat. So erhalten Ärztinnen und Ärzte einen Überblick, welche Tests möglich sind, und können im Einzelfall entscheiden, welche sie anwenden, wenn sie geriatrische Rehabilitation verordnen.

Bereits in den vorherigen Versionen stieß das Serviceheft „Medizinische Rehabilitation“ auf große Resonanz. Es informiert sowohl über die Reha-Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung als auch über die Besonderheiten bei der Rentenversicherung.

Das Serviceheft steht online bereit und kann außerdem als gedruckte Ausgabe bestellt werden. ■

## FORTBILDUNGEN ZUR REHA-VERORDNUNG

Die KBV bietet drei CME-zertifizierte Fortbildungen zur Reha-Verordnung an. Die erste thematisiert Rahmenbedingungen der Reha-Verordnung. Die zweite Fortbildung enthält Anwendungsbeispiele, um das erworbene Wissen in die Praxis umzusetzen. Die dritte Fortbildung stellt die Regelungen vor, die zur Verordnung einer geriatrischen Reha gelten.

Alle drei Online-Fortbildungen sind mit jeweils sechs CME-Punkten zertifiziert und im Fortbildungsportal nach Anmeldung verfügbar.

Fortbildungsportal: [www.kbv.de/html/7703.php](http://www.kbv.de/html/7703.php)

[www.kbv.de/html/publikationen.php](http://www.kbv.de/html/publikationen.php) → Broschüren aus der Reihe Praxiswissen → Medizinische Rehabilitation

KBV-Themenseite Rehabilitation: [www.kbv.de/html/rehabilitation.php](http://www.kbv.de/html/rehabilitation.php)



## Online-Portal „Migration und Gesundheit“: Publikationen in über 40 Sprachen

Das Online-Portal „Migration und Gesundheit“ soll Menschen mit Zuwanderungsgeschichte dabei helfen, sich mit dem deutschen Gesundheitssystem vertraut zu machen.

Das Portal des Bundesgesundheitsministeriums steht auf Deutsch, Englisch, Türkisch, Arabisch und Russisch zur Verfügung und verlinkt zu Publikationen in über 40 Sprachen.

Schwerpunktthemen des Portals sind „Gesundheitswesen“, „Gesundheit & Vorsorge“, „Pflege“ sowie „Sucht & Drogen“. Es stehen Informationsmaterialien zur Kindergesundheit, zu Schutzimpfungen, Hygiene oder Arzneimitteln zur Verfügung.

Zudem bietet das Portal Anamnesebögen in verschie-

denen Sprachen, Bildwörterbücher zu unterschiedlichen Beschwerden oder Therapiepläne, die die Einnahme von Medikamenten in einfacher Bildsprache erklären, und vieles mehr.



### Für das Wartezimmer: Infokarte und Flyer

Mit einer Infokarte können Praxen ihre Patientinnen und Patienten auf das Online-Angebot aufmerksam machen. Zudem informiert ein Flyer kurz und kompakt über die Inhalte des Portals. ■

### Druckexemplare von Flyer und Infokarte können per E-Mail bestellt werden:

**migrationundgesundheit@bmg.bund.de**

Das Material steht auf der Internetseite auch zum Download bereit.

### Das Portal im Internet:

**[www.migration-gesundheit.bund.de](http://www.migration-gesundheit.bund.de)**



---

AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

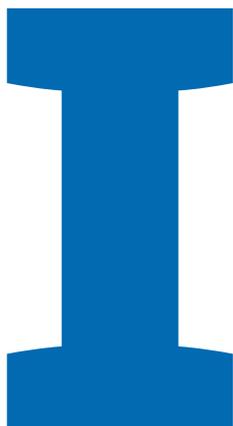
---

# Keine Evidenz für das Arterien-Screening mit dem Knöchel-Brachial-Index-Test

---

VON PROF. DR. ANKE STECKELBERG UND PROF. DR. GABRIELE MEYER IM AUFTRAG DES  
NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. ([WWW.EBM-NETZWERK.DE](http://WWW.EBM-NETZWERK.DE))

---



Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) wird Arbeitnehmer:innen mitunter auch der Zugang zu medizinischen präventiven Maßnahmen eröffnet. So bieten Krankenkassen in größeren Betrieben beispielsweise Screening-Untersuchungen auf arterielle Gefäßveränderungen zur Risikobestimmung kardiovaskulärer Erkrankungen an.

Es ist fraglich ob den zum Screening eingeladenen Betriebsangehörigen eine umfassende, wissenschaftsbasierte Information über den potentiellen Nutzen und Schaden sowie über die Wahrscheinlichkeit für falsch positive und falsch negative Testergebnisse unterbreitet wird. Die evidenzbasierte Aufklärung im Rahmen von Früherkennungsangeboten für symptomlose, bislang gesunde Personen gilt international als geboten und wird auch in Deutschland durch das Patientenrechtegesetz gefordert (2,5).

## FOLGENDES REALITÄTSNAHES SZENARIO NEHMEN WIR ALS AUSGANGSPUNKT:

In einem Klinikum in Deutschland wird den Beschäftigten ein von einer Krankenkasse gefördertes ABI-Screening (Knöchel-Brachial-Index, engl.: ankle brachial index) angeboten. In der Einladung an die Beschäftigten heißt es: „Gehen Sie auf Nummer Sicher!“ Durch optimale Vorsorge und regelmäßige Kontrolle könne eine Gefäßerkrankung frühzeitig erkannt und behandelt werden. Der Termin könne online vereinbart werden, das Angebot sei kostenlos.

## DER ABI-TEST? WAS IST DAS UND WIE WIRD DER TEST DURCHFÜHRT?

Der ABI-Test misst das Verhältnis zwischen dem systolischen Blutdruck am Knöchel und dem systolischen Blutdruck am Arm. Der Test wird zur Früherkennung und im Rahmen der Diagnostik der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) eingesetzt (1).

Für die Messung stehen mehrere Verfahren zur Verfügung. Die klassische Messung erfolgt anhand eines manuellen Blutdruckmessgerätes und einer Gefäß-Dopplersonografie, womit die arterielle Pulsation gemessen wird. Für die Berechnung des Wertes wird der höhere Druck der Arteria tibialis posterior oder der Arteria dorsalis pedis durch den höheren der beiden Oberarmdrücke dividiert. Für die Messung anhand automatisierter ABI-Messgeräte werden vier Sensoren an Armen und Beinen angelegt und das Gerät misst automatisch die jeweiligen Werte. Nach der Messung wird der Index berechnet (1).

Beim automatisierten Messverfahren dauert das Screening insgesamt etwa 15 Minuten, die eigentliche Messung dauert dabei nur wenige Minuten. Die klassische Messung ist aufwändiger, sie dauert insgesamt etwa 30 Minuten. Eine ABI-Messung ist nicht schmerzhaft (1).

#### **WIE GUT ERKENNT DER ABI EINE pAVK?**

Die US Preventive Services Task Force (UPSTF) identifiziert für ihre Verfahrensbewertung eine Studie, die die Güte des ABI-Tests untersucht hatte (6). Insgesamt 306 ältere Erwachsene aus Schweden waren eingeschlossen. Der Vergleichs- bzw. Referenztest war die Magnetresonanztomographie, die zugleich als Goldstandard gilt. Im Ergebnis zeigten sich die folgenden Werte, dabei war die pAVK definiert als Stenose von  $\geq 50\%$  (6,10):

#### **SENSITIVITÄT:**

20 % (95 % Konfidenzintervall (KI) 10 % - 34 %) (rechts) und 15 % (95 % KI 7 % - 27 %) (links)

#### **SPEZIFITÄT:**

99 % (95 % KI 96 % - 100 %) (für beide Seiten)

#### **POSITIV PRÄDIKTIVER WERT (PPW):**

83 % (95 % KI 51 % - 97 %) (rechts) und 82 % (95 % KI 48 % - 97 %) (links)

#### **NEGATIV PRÄDIKTIVER WERT (NPW):**

84 % (95 % KI 79 % - 88 %) (rechts) und 80 % (95 % KI 74 % - 84 %) (links) (6,10)

Die Sensitivität, also die Fähigkeit des Tests, von pAVK betroffene Personen als solche zu erkennen, ist mit 15 - 20 % niedrig und 80 - 85 % werden nicht erkannt. Die Spezifität, also die Fähigkeit des Tests, nicht von pAVK betroffene Personen als solche zu erkennen, ist mit 99 % hoch.

Von 100 Personen, die ein positives Testergebnis mittels ABI-Test erhalten, liegt bei 83 bzw. 82 tatsächlich eine pAVK vor (PPW); 17 bzw. 18 Personen mit positivem Testergebnis haben jedoch ein falsch positives Ergebnis. Das heißt, sie haben keine pAVK, werden aber als Personen mit pAVK klassifiziert.

Von 100 Personen, die ein negatives Testergebnis erhalten, liegt bei 84 bzw. 80 tatsächlich keine pAVK vor (NPW); 16 bzw. 20 Personen mit negativem Testergebnis haben jedoch ein falsch negatives Ergebnis. Das heißt, sie sind von pAVK betroffen, werden jedoch nicht als solche erkannt.

Die prädiktiven Werte sind abhängig von der Prävalenz (auch Vortestwahrscheinlichkeit). In der Studie, die die Güte des Tests untersucht hatte (9), waren die 306 Teilnehmer:innen zu Beginn 70 Jahre und älter, 4 % hatten eine Herzinfarkt-Anamnese, 11 % hatten Diabetes mellitus Typ 2 und 8 % rauchten. Die Prävalenz für eine Stenose der unteren Beinarterien von  $\geq 50\%$  betrug 18 % (rechts) und 22 % (links) (9).

Bei Beschäftigten, die im Rahmen eines BGM angesprochen werden, ist ein niedrigeres Risikoprofil zu erwarten und damit eine geringere Prävalenz. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein positives Ergebnis richtig positiv ist, sinkt somit. Auch neuere Übersichtsarbeiten haben für den Vergleich keine weiteren Validierungsstudien einschließen können (7).

#### **HAT DAS SCREENING EINEN NUTZEN ODER EINEN SCHADEN?**

Zur Bestimmung des Nutzens des ABI-Tests werden aussagekräftige randomisierte kontrollierte Studien benötigt. In solchen Studien würde der Screening-Test in Kombination mit einem Behandlungsangebot bei positivem Testbefund im Vergleich mit der Kontrollgruppe ohne Screening-Angebot untersucht. Als End-



punkte eignen sich Morbidität, Mortalität und Lebensqualität.

Die US Preventive Services Task Force (USPSTF) hat die Frage gestellt, ob das Screening auf pAVK mit ABI-Test in der symptomlosen Bevölkerung die kardiovaskuläre Morbidität sowie die Morbidität und Mortalität der peripheren arteriellen Erkrankungen zu reduzieren vermag (6,9). Da keine randomisierten kontrollierten Studien zur Fragestellung identifiziert werden konnten, spricht sich die USPSTF gegen das Angebot eines Screenings mit ABI-Test zur Früherkennung von pAVK bei symptomlosen Erwachsenen aus. Nicht nur der fehlende Nutznachweis leitet diese Schlussfolgerung, sondern auch die Befürchtung, dass unnötige Interventionen veranlasst werden könnten durch falsch positive Testergebnisse (6,9).

Außerdem verweist die USPSTF auf neuere Studien, die ein aus mehreren Komponenten bestehendes Screening untersuchen, wie zum Beispiel das Screening auf Aortenaneurysma, Bluthochdruck und pAVK. Der ABI ist eine der Komponenten. In der Literatursynthese der USPSTF hatte keine der eingeschlossenen Studien den ABI-Test als singuläres Verfahren untersucht (8).



**PROF. DR. PHIL.  
ANKE STECKELBERG**  
Institut für Gesundheits-,  
Hebammen- und  
Pflegerwissenschaften der  
Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

### WAS SAGT DIE ENTSPRECHENDE AWMF-LEITLINIE ZUM ABI-SCREENING?

Die deutsche S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit übernimmt das Fazit der USPSTF im Hintergrundtext. Es wird keine Empfehlung für ein Screening ausgesprochen (4).

### SCHLUSSENFOLGERUNG

Screeningverfahren, für die kein Nutznachweis aus belastbaren randomisierten kontrollierten Studien vorliegt, sollten nicht in Erwägung gezogen werden. Krankenkassen und Betriebe müssen sich durch Evidenz leiten lassen und nicht durch Aktionismus.

Es ist wahrscheinlich, dass der ABI-Test im BGM-Kontext zu Überversorgung und damit auch zu Schaden durch weiterführende Diagnostik und Therapieangebote führen kann. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin versucht mit ihrer Leitlinie „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“, Entwicklungen wie dieser entgegenzuwirken (3). ■

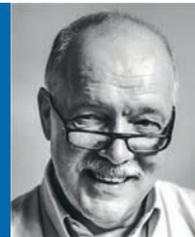


**PROF. DR. PHIL.  
GABRIELE MEYER**  
Leiterin des Instituts für  
Gesundheits-, Hebammen- und  
Pflegerwissenschaften der  
Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

## Referenzen:

- (1) Casey S, Lanting S, Oldmeadow C, Chuter V. The reliability of the ankle brachial index: a systematic review. *J Foot Ankle Res* 2019; 12: 39
- (2) Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Köln: Bundesanzeiger 2013; (9), 277-282
- (3) Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden S2e-Leitlinie Living Guideline AWMF-Register-Nr. 053-045LG DEGAM-Leitlinie Nr. 21
- (4) Deutsche Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der arteriellen Verschlusskrankheit. Version 4.3 vom 25.11.2024
- (5) General Medical Council. (2020). Decision making and consent. Zugriff am 22.04.2025 unter <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/consent>
- (6) Guirguis-Blake JM, Evans CV, Redmond N, Lin JS. Screening for Peripheral Artery Disease Using the Ankle-Brachial Index: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018; 320 (2): 184-196
- (7) Herraiz-Adillo Á, Caverro-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Solera-Martínez M. The accuracy of toe brachial index and ankle brachial index in the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease: A systematic review and meta-analysis. *Atherosclerosis* 2020; 315: 81-92
- (8) Kieback AG, Gähwiler R, Thalhammer C. PAD screening: why? whom? when? how? - a systematic review. *Vasa* 2021; 50 (2): 85-91
- (9) US Preventive Services Task Force; Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kemper AR, Kubik M, Landefeld CS, Mangione CM, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW, Wong JB. Screening for peripheral artery disease and cardiovascular disease risk assessment with the ankle-brachial index: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018; 320 (2): 177-183
- (10) Wikström J, Hansen T, Johansson L, Lind L, Ahlström H. Ankle brachial index <0.9 underestimates the prevalence of peripheral artery occlusive disease assessed with whole-body magnetic resonance angiography in the elderly. *Acta Radiol* 2008; 49 (2): 143-149





# Über Todesarten und Todesursachen

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

**I**n unserem Beruf kommt man dem Leben, aber auch dem Tod sehr nahe. Deswegen beschäftigt es mich immer wieder, wie wir in unserer Gesellschaft mit den Todesursachen umgehen.

Immer wieder sind Berichte zu lesen, die eigentlich zur sofortigen Ausrufung der allerhöchsten Alarmstufe führen müssten: Die Umweltverschmutzung kostet jedes Jahr neun Millionen Menschen das Leben, das ist das Ergebnis einer multinationalen Studie unter Beteiligung der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität.

Nach Berechnungen der WHO starben 1990 weltweit 2,3 Millionen Menschen durch Luftverschmutzung, 2019 waren es bereits 4,4 Millionen, darunter Jahr für Jahr etwa 600.000 Kinder. Die Europäische Umweltagentur beziffert die jährlichen Todesfälle in der EU durch Feinstaub auf etwa 240.000. Die Auswirkungen von übermäßigem Lärm an großen Straßen und Flughäfen werden in der EU auf 12.000 Todesfälle geschätzt.

Etwa 95.000 Menschen sterben Jahr für Jahr in Deutschland an einer Sepsis, weltweit sind es elf Millionen.

Zurzeit ist die Anzahl der Kälte-toten in Europa noch circa zehn Mal höher als die der Hitzetoten, was

sich aber als Folge der Klimakatastrophe langsam umkehrt. Von den 356.000 Hitzetoten weltweit sind ein Drittel auf den Klimawandel zurückzuführen, stellte eine große Studie im Lancet 2019 fest.

Für Überlastung, Stress und Überarbeitung macht die WHO für 745.000 Todesfälle verantwortlich. In den letzten zwanzig Jahren sind in den USA über 400.000 Amerikaner:innen an Opioid-Überdosen gestorben, bis heute hat sich die Situation so verschärft, dass jedes Jahr 100.000 dazukommen.

Aber auch wenn wir das alles einmal in den Griff bekommen haben sollten: Über allem stehen Armut und Einsamkeit. In den USA konnte man herausfinden, dass ungefähr 6,5 Prozent aller Todesfälle mit Armut assoziiert sind. Nur Herzkrankheiten, Krebs und Rauchen sind mit einer größeren Anzahl von Todesfällen verbunden als die Armut. Mahatma Gandhi nannte die Armut die schlimmste Form von Gewalt.

Eine Studie im schottischen Glasgow aus dem Jahr 2019 ergab für die Bewohner der ärmsten Stadtviertel eine um 28 Jahre geringere Lebenserwartung.

In Deutschland – etwas weniger dramatisch – haben ärmere

Männer eine Lebenserwartung von 71 Jahren, reichere hingegen von 80 Jahren; ärmere Frauen von 75 Jahren, reichere von 82 Jahren. Nach Angaben des Robert Koch Instituts sterben hierzulande ärmere Menschen fast zehn Jahre früher als reichere Menschen.

Und dann gibt es neben der Armut noch die Einsamkeit, von der Bernard Lown, der berühmteste Kardiologe des 20. Jahrhunderts, sagte: „Ich habe mich mein ganzes Leben als Arzt mit den Krankheiten von Herz und Kreislauf beschäftigt, mit den Menschen, die herzkrank werden. Risikofaktoren, über die ständig geforscht und gesprochen wird, Cholesterin, Bluthochdruck usw. sind nebensächlich. Für das Entstehen vieler Herz-Kreislauf-Krankheiten sind traurige, tragische Lebensumstände verantwortlich: Einsamkeit, Verzweiflung und Aus-sichtslosigkeit.“

In der Medizin lernen wir, mit Todesarten umzugehen, in jedem Einzelfall immer wieder neu. Aber für die Todesursachen haben wir keine Rezepte, sie betreffen die ganze Gesellschaft. Ihnen steht man als Arzt völlig hilflos gegenüber. Vielleicht ist das auch ein Grund, warum es in der Geschichte immer wieder so viele Ärzte unter Revolutionären gegeben hat. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

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



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung:

**Dr. med. Corinna Grobien-Siemssen,**

Stv. Mitglied des Beratenden Fachausschusses  
Hausärztliche Versorgung

Name: **Dr. med. Corinna Grobien-Siemssen**

Geburtsdatum: **28.04.1967**

Familienstand: **verheiratet, 3 erwachsene Söhne**

Fachrichtung: **Kinder- und Jugendmedizin**

Weitere Ämter: **Mitglied der Vertragskommission der BVKJ-Service GmbH**

Hobbys: **Familie, Freunde, lesen, stricken, Klassikkonzerte besuchen, Fahrrad-, Skifahren**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Ich arbeite gerne als niedergelassene Kinderärztin und würde diese Berufswahl auch immer wieder treffen. Der enge Kontakt mit Eltern und Kindern, diese hausärztlich über die Kindheit zu begleiten und die generelle Vielfalt des Fachgebiets der Kinder- und Jugendmedizin machen mir viel Freude. Zudem erleichtert der Gestaltungsfreiraum in der eigenen Gemeinschaftspraxis die Arbeit sehr.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Die Möglichkeit der aktiven Beteiligung ist ein Privileg, das man nicht ungenutzt lassen sollte. Nach dem Motto: Mitgestaltung statt zu klagen.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Die Entbudgetierung aller Fachbereiche, Stärkung der sprechenden Medizin und damit langfristig Reduktion unnötiger Patientenkontakte, bessere Vernetzung der Niedergelassenen der verschiedenen Fachbereiche und endlich digitale Kommunikation zwischen ambulanten und stationärem Bereich, weitere Digitalisierung in der Praxis und in der Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen, gezieltere Patientensteuerung (Primärarztssystem), mehr Wertschätzung der allgemein geleisteten ambulanten Versorgungsleistungen von allen politisch Verantwortlichen

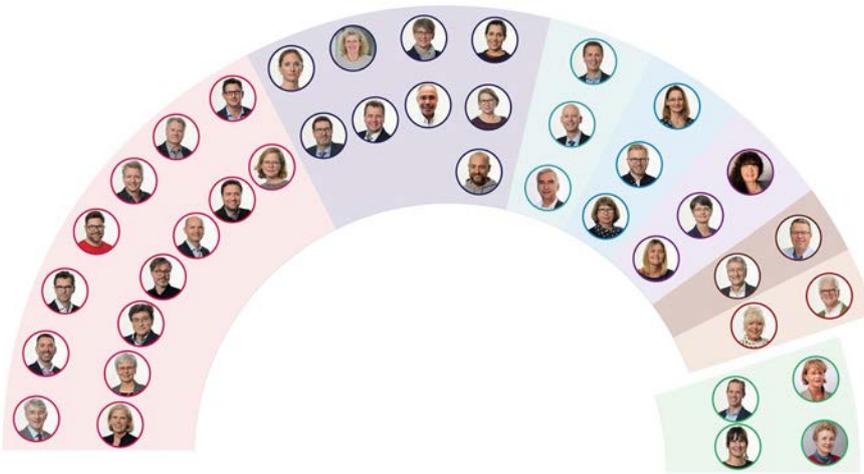
**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Zum einem am generellen MFA-Mangel und einer ausufernden Bürokratie. Zum anderen eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten und dabei den Ansprüchen des Teams (und den eigenen) gerecht zu werden. Das alles unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit bei steigenden allgemeinen Praxiskosten

**Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Gemeinsam mit meinem Mann gesund und mobil alt werden, hoffentlich irgendwann Großmutter werden. ■

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

**Mi. 25. Juni 2025 (19 Uhr)**

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



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

**KREISVERSAMMLUNG**

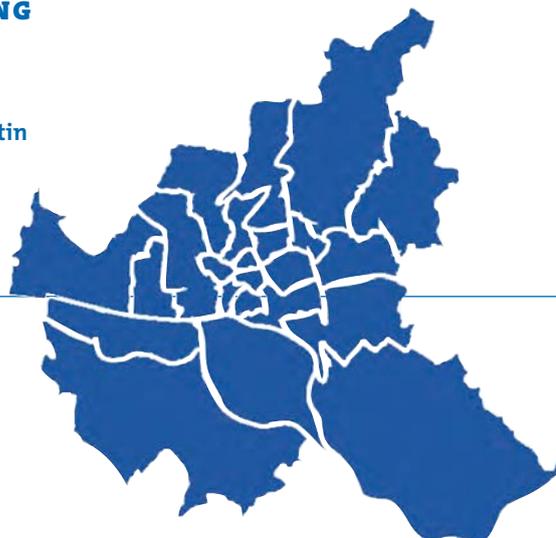
**KREIS 2**

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

**Mi. 8.10.2025 (18 - 21 Uhr)**

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



**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**

**Exklusiv-Workshop (Präsenz)**

**Zweitägig:**

**Fr. 6.6.2025 (9.30 - 17 Uhr) und  
Sa. 7.6.2025 (9.30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr 298 €

**24 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Einführungsseminar QEP für  
Arztpraxen und Psychotherapeuten  
(Präsenz)**

**Zweitägig:**

**Fr. 4.7.2025 (15 - 20 Uhr) und  
Sa. 5.7.2025 (9 - 16 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

1. Person: 270 €, 2. Person: 215 €

**20 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Ausbildung Praxismanager:in  
(Präsenz)**

**Einwöchig:**

**Mo. 14.7.2025 (11 - 17 Uhr),  
Di. 15.7.2025 (9 - 17 Uhr),  
Mi. 16.7.2025 (9 - 17 Uhr),  
Do. 17.7.2025 (9-17 Uhr),  
Fr. 18.7.2025 (9 - 14 Uhr)**

Teilnahmegebühr 650 €

**Ort: Ärztehaus  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**

**Ansprechpartner:**

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

Lena Belger, Tel: 040 / 22802-574  
qualitaetsmanagement@kvhh.de

**Weitere Informationen und**

**Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) →**

(oben rechts) Menü → Praxis →

Veranstaltungen



Oder  
über den  
QR-Code

**DATENSCHUTZ-  
JAHRESSCHULUNG**

**Für Praxisinhaber und Mitarbeiter**

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

**Fr. 4.7.2025 (14.30 - 17 Uhr)**

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

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

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Rita Trettin,  
praxis@neurologiewinterhude.de  
[www.neurologiewinterhude.de](http://www.neurologiewinterhude.de) oder:  
[www.datenschutz.neurologiewinterhude.de](http://www.datenschutz.neurologiewinterhude.de)

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

**WINTERHÜDER  
QUALITÄTSZIRKEL**

**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-AKADE-  
MIE 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: 202299-306,  
akademie@aekhh.de

**Medizinische  
Fachangestellte:  
Planen Sie Ihre  
Fortbildungen für 2025!**



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

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der zweiten Jahreshälfte 2025 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)

**Workshops für Praxisteam**

**Die neue Sprechstunden-  
bedarfsvereinbarung**



**Di. 17.6.2025 (17 - 19 Uhr)  
Ort: Ärztehaus, Humboldtstr. 56 / 22083 Hamburg**

**Di. 2.7.2025 (15 - 17 Uhr)  
Online**

**Jeweils 3 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

Oder über den QR-Code

Wir freuen uns auf Sie!

# 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!