

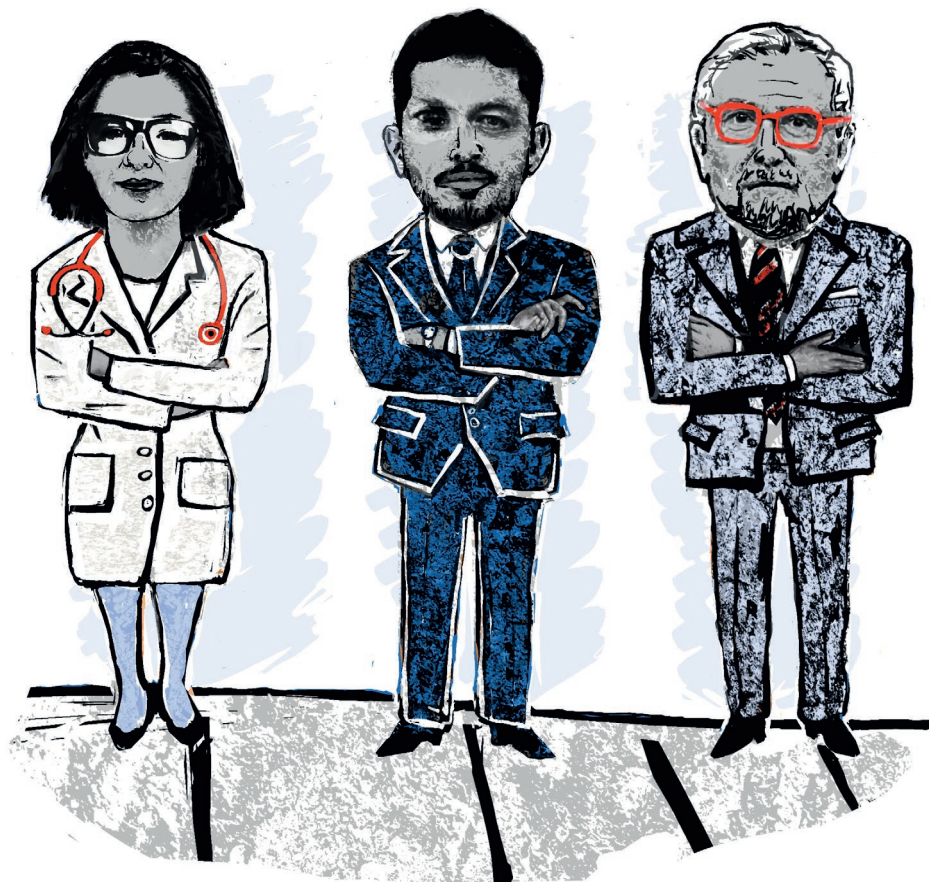
KVH journal



ePAPER

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

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



EINLASSKONTROLLE

*Welche Arzneimittel und Verfahren
in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden –
und welche draußen bleiben müssen*

KRANKENHAUSBEHANDLUNG

Einweisung oder Überweisung?

HYBRID-DRG

Neuer Abrechnungsweg über die KV

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 1/2026 (Januar 2026)



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

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Schon seltsam: Einerseits klagen die Krankenkassen über zu wenige Termine für gesetzlich Versicherte, über lange Wartezeiten und eine Bevorzugung von Privatpatienten.

Andererseits fordern dieselben Krankenkassen jetzt, Gelder für die vertragsärztliche Versorgung zu kürzen. Sogar die Entbudgetierung der kinder- und hausärztlichen Leistungen soll rückgängig gemacht werden. Die Fähigkeit, krasse Widersprüchlichkeiten der eigenen Argumentation auszuhalten und diese mit größter Selbstverständlichkeit vorzutragen, nennt man wohl „Ambiguitätstoleranz“.

Es ist ein Phänomen, das auch in der Gesundheitspolitik beobachtet werden kann: Als der CDU-Politiker Jens Spahn Bundesgesundheitsminister war, führte er mit ausdrücklicher Unterstützung des SPD-Politikers Karl Lauterbach die TSVG-Regelungen ein. Sobald Lauterbach selbst Bundesgesundheitsminister war, nahm er die Neupatientenregelung zurück. Jetzt gibt es wieder eine große Koalition mit einer CDU-Bundesgesundheitsministerin. Und wieder soll Hand angelegt werden an ein Gesetz, das beide Parteien mal gemeinsam auf den Weg gebracht haben. Und man fragt sich: Was geht in den Köpfen dieser Politiker vor?

Die Unzuverlässigkeit kann schwerwiegende Folgen haben. Ärztinnen und Ärzte, die sich niederlassen wollen, geraten ins Zweifeln: Soll ich tatsächlich eine Existenz gründen, Kredite aufnehmen und investieren, wenn meine Einnahmen von derart wechselhaften Rahmenbedingungen abhängen?

Die selbstständigen Praxen sind das Fundament unserer medizinischen Versorgung. Was wir brauchen, ist eine verlässliche Gesundheitspolitik, die klaren Kurs hält und die finanziellen Mittel dorthin lenkt, wo sie das System stabilisieren. Nur so werden wir das Gesundheitswesen zukunftsfähig machen können.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

06_ Nach welchen Kriterien werden medizinische Maßnahmen in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen? Interview mit Prof. Josef Hecken

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 10_** Fragen und Antworten
- 12_** Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus: Eine gemeinsame Veröffentlichung der KV Hamburg und der Hamburgischen Krankenhausesellschaft
- 16_** Aufgabenverteilung: Wer veranlasst das Labor vor radiologischen Untersuchungen? Wer informiert die Patienten über den radiologischen Befund?

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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

ABRECHNUNG

- 17_** ePA: Weiterhin elf Euro für die Erstbefüllung
- 18_** Neue Hybrid-DRG-Abrechnung der KV

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 19_** Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

FORUM

- 20_** Kinderschutz-Kampagne: Praxen können Infomaterial bestellen
- 21_** Ausschreibung Kids Mobil: aufsuchende Versorgung von Kindern mit ME/CFS

SELBSTVERWALTUNG

- 28_** Steckbrief: Gabriela da Silveira Trotta Burisch

**NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 24_** Generative KI und evidenzbasierte Gesundheitsinformation: Noch ein langer Weg

RUBRIKEN

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

KOLUMNE

- 22_** "Gesundheitswesen und Gewalt" von Dr. Bernd Hontschik

TERMINKALENDER

- 30_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7: Svea Pietschmann/G-BA; Seite 18: Liudmila Dutko/Stock.Adobe.com; Seite 22: Barbara Klemm; Seite 30: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

INTERVIEW

»Evidenz statt Rationierung«

Neue Therapien, teure Medikamente:
PROF. JOSEF HECKEN erklärt, nach welchen Kriterien der Gemeinsame Bundesausschuss über den GKV-Leistungskatalog entscheidet – und wie das Gesundheitssystem sparen könnte, ohne den Anspruch auf Medizin mit nachgewiesenem Nutzen in Frage zu stellen.

Herr Prof. Hecken, ist der GKV-Leistungskatalog ein Sparkatalog? Bleiben nützliche Leistungen außen vor, weil sie zu teuer sind?

HECKEN: Nein. Die GKV ist keine Schmalspur-Krankenversicherung. Im Gesetz steht, dass die Versicherten Anspruch auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen haben. Und „ausreichend“ bedeutet hier nicht wie bei Schulnoten, dass gerade mal die Mindestanforderung erreicht wird. Sondern das Bundessozialgericht sagt: Ausreichend ist eine Leistung, die dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt entspricht. Das lässt sich am besten anhand der Arzneimittelversorgung erklären: Jeder neue Wirkstoff wird im Gemeinsamen Bundesausschuss

(G-BA) mit der etablierten Standardtherapie verglichen – nicht wegen der generellen Verordnungsfähigkeit, sondern als Basis für Preisverhandlungen. Denn: Neu ist nicht automatisch besser und teurer ist nicht automatisch gut. Aber wenn ein patientenrelevanter Vorteil gegenüber der etablierten Standardtherapie anhand von Studien nachgewiesen werden kann, hat der Hersteller in den Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband eine gute Ausgangssituation. Nehmen Sie als Beispiel den Onkologiebereich: Die neuen Onkologika machen gerade mal 1,2 Prozent der Rezepte aus, verursachen aber rund 20 Prozent der Ausgaben für Arzneimittel. Oder nehmen Sie als Beispiel teure Gen- und Zelltherapien gegen seltene Leiden, deren Jahrestherapiekosten schnell im sechs- oder gar

siebenstelligen Bereich liegen können. Auch das wird selbstverständlich bezahlt. Daran sehen Sie: Bei der Frage, ob eine Leistung von der GKV grundsätzlich bezahlt wird, ist der Nutzen nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entscheidend. Hinzu kommt die Frage nach der Wirtschaftlichkeit. Dabei wird geklärt, ob der gleiche Nutzen mit einer kostengünstigeren Methode erreicht werden kann.

Über die Aufnahme von Leistungen in den GKV-Katalog beschließt der G-BA. Wie läuft das Verfahren konkret ab? Wer schlägt vor, welche Leistungen geprüft werden?

HECKEN: Der G-BA ist das höchste Gremium der Selbstverwaltung auf Bundesebene. Antragsberechtigt für die Prüfung einer neuen



Prof. Josef Hecken ist seit 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Nach dem Studium der Rechtswissenschaften war er unter anderem Justiz- und Gesundheitsminister im Saarland, Präsident des Bundesversicherungsamtes und Staatssekretär im Bundesfamilienministerium. Er ist Mitglied der CDU. (Foto: Svea Pietschmann/G-BA)

Leistung und stimmberechtigt sind Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen, der Ärzte- respektive Zahnärzteschaft sowie der Krankenhäuser – und die drei unparteiischen Mitglieder, zu denen ich als unparteiischer Vorsitzender gehöre. Ein Antrags- und Mitberatungsrecht, aber kein Stimmrecht hat auch die Patientenvertretung. Grundsätzlich gilt das Prinzip: Im

Krankenhaus ist – vereinfacht gesagt – alles erlaubt, bis es von uns ausgeschlossen wird. Im ambulanten Bereich ist es andersherum: Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren sind keine Leistung, bis wir sie erlauben. Wenn es um die ambulante Versorgung geht, bekommen wir üblicherweise einen Antrag aus der Ärzteschaft oder von der Patientenvertretung mit der Bit-

te, eine neue Leistung oder Methode zu prüfen.

Stellen auch die Krankenkassen solche Anträge? Die müssten das am Ende ja bezahlen ...

HECKEN: Ja, auch die Krankenkassen stellen Anträge auf Leistungsein-schlüsse. Die Kostenträger haben ein elementares Interesse daran, dass

beispielsweise Krankheiten möglichst früh erkannt werden oder Operationen unproblematisch verlaufen. Denn das spart langfristig Kosten.

Wer prüft die Evidenz?

HECKEN: Die Bewertung der Arzneimittel und der Methoden wird in der Regel durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) durchgeführt. Für die Qualitätsanforderungen ist in vielen Fällen das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zuständig. Beide sind mit dem G-BA strukturell eng verbunden, in ihrer wissenschaftlichen Arbeit jedoch unabhängig.

Am Ende entscheidet aber der G-BA. Wie läuft das ab? Gibt es oft Meinungsverschiedenheiten zwischen den im G-BA vertretenen Gruppen?

HECKEN: Nein. In über 90 Prozent der Fälle fallen die Entscheidungen einvernehmlich, weil die Evidenzlage anhand von Studien so eindeutig ist. Wenn aber beispielsweise die Leistungserbringer eine Leistung einschließen wollen, die Kassen aber dagegen sind, kann durch die Stimmverteilung im G-BA eine Mehrheitsentscheidung fallen. In diesen Fällen habe ich die entscheidende Stimme.

Könnte man sagen, dass alle GKV-Leistungen auf ihren Nutzen

geprüft sind? Ist das in dieser Pauschalität korrekt?

HECKEN: So pauschal stimmt das leider nicht. Die starke Evidenzausrichtung gibt es erst seit der Gründung des G-BA im Jahr 2004. Der GKV-Leistungskatalog existierte aber bereits davor. Das zeigen auch die EBM-Ziffern, die die Partner des Bundesmantelvertrags vereinbaren: Es gibt viele Leistungen, die schon seit Jahrzehnten enthalten sind oder bei denen es sich um eine Fortentwicklung bestehender Verfahren – und eben nicht um neue Methoden – handelt. Die wurden bei ihrer Einführung nicht alle nach den heutigen Maßstäben einer evidenzbasierten Medizin geprüft.

Werden manchmal Leistungen wieder aus dem Katalog gestrichen?

HECKEN: Ja. Das war beispielsweise kürzlich bei Biomarker-Tests der Fall, welche die Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie bei Brustkrebs in einem frühen Stadium erleichtern sollen. Da haben wir in diesem Jahr einige der Tests, die bisher bezahlt wurden, aus der Versorgung wieder ausgeschlossen, weil sich in Studien herausgestellt hatte, dass sie ein Rezidivrisiko nicht präzise und sicher genug vorhersagen.

Kann man sagen, dass der GKV-Bereich stärker von der evidenzbasierten Medizin geprägt ist als der Privatbereich? Ist das ein Vorteil,

den man als GKV-Patient gegenüber einem Privatpatienten hat?

HECKEN: Ja, dem würde ich zustimmen. Trotz aller Nachteile, die man möglicherweise als GKV-Patient bei der Terminvergabe hat, sage ich aus voller Überzeugung: Der Leistungskatalog, den wir in der stationären und vertragsärztlichen Versorgung haben, spiegelt den Stand der medizinischen Erkenntnisse wider. Vieles, was darüber hinaus angeboten wird, ist im Einzelfall vielleicht „nice to have“, hat aber keinen echten medizinischen Mehrwert. Das Phänomen zeigt sich beispielsweise im Bereich der Früherkennung. Ambulant können neue Methoden erst dann abgerechnet werden, wenn sie nach aktueller Studienlage auch wirklich nützlich und unbedenklich sind – das gilt auch für Methoden im Bereich der Früherkennung. Es gibt Leistungen, die zuerst im Privatbereich angeboten und mit zeitlicher Verzögerung dann auch in den GKV-Katalog aufgenommen werden – nämlich erst nach eingehender und positiver Prüfung.

Wie lange wird die GKV noch jede kostenintensive Leistung bezahlen können, sofern sie nachgewiesenermaßen nützlich ist? Wird sich der G-BA nicht angesichts des demographischen Wandels bald mit Fragen der Priorisierung und Rationierung auseinandersetzen müssen?

HECKEN: In anderen Staaten wie zum Beispiel in Großbritannien sind die Gesundheitsleistungen streng rationiert und an sogenannte QALYs, qualitätskorrigierte Lebensjahre, gebunden. Dort ist man bereit, pro gesundem Lebensjahr einen bestimmten Betrag auszugeben – alles, was teurer ist, wird dann nicht mehr

noch sehr schnell, nämlich nach 56 Tagen. Der EU-Durchschnitt liegt bei 540 Tagen nach der Zulassung. Um es in Bezug auf Ihre Frage klar zu sagen: Generelle Rationierungen oder Priorisierungen medizinischer Leistungspakete sind Entscheidungen des Gesetzgebers. Ein Beispiel dafür ist der Ausschluss von nichtverschrei-

sondern pro Arztbesuch entrichtet werden sollte. Es muss für die Patientinnen und Patienten wieder spürbar werden, dass die medizinische Versorgung wertvoll ist und mit Bedacht genutzt werden sollte. Die Selbstbeteiligung muss aber am unteren Kostenrand ansetzen. Eine onkologische Behandlung, die 400.000 Euro kostet, kann kaum jemand selbst bezahlen. Da braucht man die volle Solidarität der GKV. Und noch ein Vorschlag: Wie wäre es, wenn man die Tabaksteuer verdoppelt – und dieses Geld als Zuschuss ins Gesundheitssystem einfließen lässt? Es ist bekannt, dass ich ein Raucher bin. Eine solche Regelung würde also auch mich treffen. Das empfinde ich aber als richtig, denn damit leiste ich als Raucher meinen persönlichen Beitrag zur Konsolidierung des Gesundheitssystems. Auch Alkohol oder Zucker sollten stärker besteuert werden. Wir haben ja beispielsweise die schwer zu erklärende Situation, dass Schokolade als Lebensmittel mit einem ermäßigten Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent belegt ist. Für die Arzneimitteltherapie von Patientinnen und Patienten, die vielleicht aufgrund einer falschen Ernährung an verengten Herzkranzgefäßen und Diabetes leiden, muss die GKV jedoch 19 Prozent Mehrwertsteuer zahlen. Sie sehen, wir könnten also noch einiges tun, um das Gesundheitssystem zu entlasten – lange bevor wir über die Rationierung von Leistungen sprechen müssen. ■

Interview: Martin Niggeschmidt

„In über 90 Prozent der Fälle fallen die Entscheidungen einvernehmlich, weil die Evidenzlage so eindeutig ist.“

bezahlt. Das möchte ich auf keinen Fall für Deutschland. Daher fordere ich einen noch viel konsequenteren Evidenzbezug. Alleine durch die frühe Nutzenbewertung von patentgeschützten Arzneimitteln werden pro Jahr etwa zehn Milliarden Euro eingespart. Die vom G-BA vorgenommene Prüfung des patientenrelevanten Zusatznutzens ist die Basis für Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller. Das Ergebnis der G-BA-Prüfung ist damit ein sehr wichtiger Schritt: Wenn kein Zusatznutzen festgestellt wird, orientiert sich der Preis, mit dem der Hersteller rechnen darf, an den Kosten für die zweckmäßige Vergleichstherapie, oder er liegt sogar darunter. Wir haben Gott sei Dank die Situation, dass trotz gedeckelter Preise relativ wenig pharmazeutische Unternehmen aus dem Markt gegangen sind. Denn in Deutschland sind etwa 90 Prozent neuer zugelassener Arzneimittel verfügbar und das auch

bungspflichtigen Arzneimitteln oder Brillen aus dem Leistungskatalog. Der G-BA wird in solchen Fällen beauftragt, Ausnahmen oder Details zu definieren, maßgeblich ist aber immer der gesetzliche Rahmen.

Was könnte die GKV zusätzlich entlasten?

HECKEN: Es gibt noch große Optimierungspotenziale. Bei der Arzneimittelversorgung sehe ich Möglichkeiten durch sogenannte kohortenspezifische P4P-Verträge, bei denen sich der Preis am Therapieerfolg ausrichtet. Wir brauchen dringend eine bessere Patientensteuerung. Aber auch Selbstbeteiligungsmodelle dürfen keinem Gedankenverbot unterliegen – ich denke da beispielsweise an eine sozial ausgewogene höhere Zuzahlung für Medikamente oder Krankenhausaufenthalte und auch an eine Praxisgebühr, die allerdings nicht pro Quartal,



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**

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

Darf ich als Facharzt für Orthopädie Häusliche Krankenpflege verordnen?

Jeder Vertragsarzt ist berechtigt, häusliche Krankenpflege zu verordnen. Dabei muss er festlegen, welches Ziel mit der Pflege erreicht werden soll (Krankenhausvermeidungspflege, Sicherungspflege, Unterstützungspflege) und welche konkreten Maßnahmen dafür erforderlich sind. Eine Ausnahme gilt für Patienten, die psychiatrische häusliche Krankenpflege benötigen: Diese darf nur von bestimmten Fachärzten verordnet werden, beispielsweise von Neurologen oder Psychiatern (weitere Infos: www.kbv.de/praxis/verordnungen/haeusliche-krankenpflege).

PSYCHOTHERAPIE

Wie viel Zeit darf maximal zwischen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und einer weiteren Behandlung liegen?

Es sind mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde vor einer weiteren Behandlung verpflichtend; nicht nur vor einer Akutbehandlung, sondern auch vor den probatorischen Sitzungen und der anschließenden Kurz- oder Langzeittherapie.

Die Psychotherapeutischen Sprechstunden müssen dann innerhalb der letzten vier Quartale vor Antragsstellung stattgefunden haben – ob bei dem Psychotherapeuten, der die Akutbehandlung oder Psychotherapie durchführt, oder einem anderen Psychotherapeuten, ist egal.

Ohne vorherige Psychotherapeutische Sprechstunde können Akutbehandlung oder probatorische Sitzungen nur beginnen, wenn die Patientin oder der Patient vorher in stationärer oder rehabilitativer Behandlung war und mit einer Diagnose entlassen wurde, die im Rahmen der ambulanten Psychotherapie behandelt werden kann.

Eine weitere Ausnahme besteht, wenn Patientinnen und Patienten ihre Psychotherapeutin beziehungsweise ihren Psychotherapeuten in einer laufenden Therapie wechseln. Das nochmalige Aufsuchen einer Psychotherapeutischen Sprechstunde ist dann nicht erforderlich.

KRANKENHAUSEINWEISUNG

Wie lange ist eine Einweisung ins Krankenhaus gültig?

Eine Einweisung ist grundsätzlich so lange gültig, bis der Behandlungsfall vom Krankenhaus abgeschlossen wird. Diese gilt für Voruntersuchungen, Kontrolluntersuchungen und Wiedervorstellungstermine.

TSS I

Wie viele TSS-Termine müssen ein- gestellt bzw. der Terminservicestelle gemeldet werden?

Die Anzahl der zu meldenden Termine hängt von der Zugehörigkeit zur jeweiligen Fachgruppe ab. Die aktuellen Anforderungen können Sie der folgenden Tabelle entnehmen. Bitte beachten Sie, dass sich die Zahl der zu meldenden Termine nicht verringert, wenn ein eingeschränkter Versorgungsauftrag besteht. Auch angestellte Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die entsprechenden TSS-Termine bereitzustellen.

Fachgruppe	Monatliche Meldepflicht pro Arzt/PT
Endokrinologie	5 Termine
Gastroenterologie	3 Termine
Rheumatologie	3 Termine
Nervenärzte	3 Termine
Kardiologie	2 Termine
Psychotherapeuten (nur PT-Sprechstunde)	2 Termine
Kinder- und Jugendmedizin	1 U-Untersuchung und 1 regulär
Alle anderen Fachgruppen	1 Termin

TSS II

Können alle Termine von einem Patienten online gebucht werden?

Nein. Es gibt Fachrichtungen, bei denen eine Onlinebuchung durch den Patienten nicht möglich ist. Hierbei handelt es sich aktuell um:

- Rheumatologen
- Endokrinologen
- Psychotherapeutische Termine im Rahmen der PT-Akutbehandlung und der Probatorik

Bei diesen Fachrichtungen müssen sich die Patienten telefonisch an die 116117 wenden. Die Vermittlung ist nur an Hamburger Patienten möglich.

Bei allen anderen Fachrichtungen können die Termine auch unter www.116117.de oder über die 116117.app selbst gebucht werden.

VIDEOSPRECHSTUNDE

Wie kennzeichne ich, dass eine Behandlung per Videosprechstunde stattfand?

Es reicht aus, zusätzlich zu den ohnehin erbrachten Leistungen die GOP 01450 EBM abzurechnen, um zu kennzeichnen, dass die Behandlung per Videosprechstunde stattfand.

Eine „V“-Kennzeichnung – also das Anhängen eines „V“ hinter die Abrechnungsziffern, wie es bei anderen KVen teilweise üblich ist – muss hierbei nicht ergänzt werden.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



GEMEINSAME VERÖFFENTLICHUNG

DER KV HAMBURG UND DER HAMBURGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (HKG)

Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus

Eine enge Zusammenarbeit von Praxen und Krankenhäusern ist im Sinne einer guten Versorgung der Patientinnen und Patienten wünschenswert und in vielen Fällen gelebte Praxis. Dennoch entstehen – gerade bei der Ausstellung von Einweisungen und Überweisungen – vereinzelt Unklarheiten und Missverständnisse, die die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) und die Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG) im Sinne eines partnerschaftlichen Miteinanders vermeiden wollen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Krankenhausgesellschaft haben gemeinsam Hinweise und Tipps rund um die Thematik zusammengestellt, die wir gerne in Hamburg als Unterstützung zur Verfügung stellen. Der Beitrag erscheint im KVH-Journal und als HKG-Rundschreiben (691/25 vom 1.12.25).

Verordnung von Krankenhausbehandlung (Einweisung)

Für die Verordnung von Krankenhausbehandlung gilt die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (KE-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Stationäre Krankenhausbehandlung wird gemäß § 39 SGB V vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär oder vor- und nachstationär erbracht. Der Zugang zur stationären Behandlung erfolgt – außer in Notfällen – grundsätzlich über eine Verordnung von Krankenhausbehandlung mittels Vordruckmuster 2 (Einweisungsschein).

Die Entscheidung, ob die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung tatsächlich notwendig ist, trifft grundsätzlich der behandelnde Vertragsarzt bzw. die behandelnde

Vertragsärztin. Die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung darf nur erfolgen, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt persönlich vom Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin überzeugt hat und dabei zur Auffassung gelangt, dass das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung (einschließlich häuslicher Krankenpflege) erreicht werden kann und eine stationäre Weiterbehandlung medizinisch zwingend notwendig ist. Gemäß § 3 Abs. 1 der KE-RL des G-BA darf eine Einweisung nur dann erfolgen, wenn keine adäquate Versorgung im Rahmen der vielfältigen ambulanten Möglichkeiten – zum Beispiel durch Überweisung an weitere Vertragsärzte mit Zusatzqualifikation, eine Schwerpunktpraxis, einen ermächtigten Kranken-

hausarzt oder eine Hochschul- oder Institutsambulanz – möglich ist.

Welche Untersuchungen im Einzelfall notwendig sind, um die Entscheidung für oder gegen eine Verordnung von Krankenhausbehandlung treffen zu können, liegt im Ermessen des Vertragsarztes.

Zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur Verkürzung der Verweildauer hat der verordnende Vertragsarzt die für die Indikation der stationären Behandlung bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit diese vorliegen. Außerdem sind auf der Verordnung die Haupt- sowie gegebenenfalls Nebendiagnosen und die Gründe für die stationäre Behandlung anzugeben.



Erfolgt eine stationäre Krankenhausbehandlung ohne vorherige Vorstellung bei einem Vertragsarzt, zum Beispiel, weil ein Patient das Krankenhaus direkt aufgesucht hat, darf für diese Behandlung im Nachgang keine Einweisung ausgestellt werden.

Es ist nicht zulässig, Krankenhausbehandlung nachträglich zu verordnen oder dies von vertragsärztlich tätigen Ärzten zu verlangen.

Wichtig: Eine Krankenhausbehandlung wird einmal pro Krankenhausbehandlungsfall verordnet. Ein Krankenhausbehandlungsfall erstreckt sich jeweils vom Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre (vor-/teil-/ vollstationäre) Behandlung bis zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären (voll-/teil-/ nachstationären) Behandlung und ist insofern nicht identisch mit dem Behandlungsfall im niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich. Innerhalb eines Quartals können daher mehrere Krankenhausbehandlungsfälle vorliegen, wobei für jeden dieser verschiedenen Krankenhausbehandlungsfälle jeweils eine Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung notwendig ist.

Überweisungen durch Vertragsärzt:innen an das Krankenhaus

Krankenhäuser sind in der Regel nicht zur ambulanten Behandlung zugelassen und können grundsätzlich nicht mittels Überweisungsschein in Anspruch genommen werden. Es gibt jedoch Leistungs-

bereiche, in denen der Gesetzgeber Krankenhäusern eine ambulante Tätigkeit ermöglicht. Diese sind insbesondere:

- ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte nach § 116 SGB V
- Leistungen ermächtigter Krankenhäuser nach § 116a SGB V
- Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V
- Leistungen von Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V
- Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- Leistungen Geriatrischer Institutsambulanzen nach § 118a SGB V
- Leistungen pädiatrischer Institutsambulanzen nach § 118b SGB V
- Leistungen Sozialpädiatrischer Zentren nach § 119 SGB V
- ambulante Versorgung im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- ambulante Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V

In den genannten Fällen können Krankenhäuser oder ermächtigte

Krankenhausärzte auf Basis eines Überweisungsscheins ambulant tätig werden. Ein Einweisungsschein darf für diese Leistungen nicht ausgestellt werden.

Wichtig: Einweisungen zur stationären und Überweisungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus können innerhalb eines Quartals für dieselbe Person mehrfach und auch in Kombination nebeneinander erforderlich sein.

Überweisungen durch das Krankenhaus an Vertragsärzt:innen

Überweisungen durch Krankenhäuser in den vertragsärztlichen Bereich sind nur möglich, wenn dies ausdrücklich geregelt ist. So ist beispielsweise im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115 b SGB V eine Überweisung durch das Krankenhaus erforderlich:

- zur Durchführung fachfremder präoperativer Leistungen oder
- fachgebietsbezogener präoperativer Leistungen, die durch das Krankenhaus nicht erbracht werden können,
- sowie zur postoperativen Behandlung durch niedergelassene Vertragsärzt:innen nach einem Eingriff nach Abschnitt 31.2 EBM.



Ausstellen einer Einweisung: Das Wichtigste auf einen Blick	
vorausgehender Arzt-Patienten-Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> ● Überprüfung des Gesundheitszustandes der Patientin /des Patienten vor Einweisung ● Arzt-Patienten-Kontakt wird vorausgesetzt ● Keine Einweisung im Nachhinein ● Keine Einweisung auf Zuruf / Wunsch
Prüfung ambulant vor stationär	<ul style="list-style-type: none"> ● Behandlungsziel auch ambulant erreichbar? <ul style="list-style-type: none"> ● im vertragsärztlichen Bereich (z.B. durch Einbeziehung weiterer Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzqualifikation oder Schwerpunktpraxen) ● im (ambulanten) Krankenhausbereich (z.B. ermächtigte Ärzte, Hochschul- oder Institutsambulanzen) ● in sonstigen Bereichen (z.B. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)
Begründung	<ul style="list-style-type: none"> ● auf Einweisungsschein grundsätzlich zu dokumentieren: Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Gründe für stationäre Behandlung
Unterlagen	<ul style="list-style-type: none"> ● Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie sind beizufügen, soweit diese vorliegen
Auswahl des Krankenhauses	<ul style="list-style-type: none"> ● Auswahl des Krankenhauses obliegt dem Patienten / der Patientin ● Aufdruck eines bestimmten Krankenhauses auf dem Vordruck nur in geeigneten Fällen
<p>Über die tatsächliche Aufnahme zur stationären Krankenhausbehandlung entscheidet die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt. Die ausgestellte Einweisung bleibt gültig, bis der Krankenhausbehandlungsfall abgeschlossen wurde.</p>	

Unzulässig

- Überweisung eines Patienten an ein nicht-ermächtigtes Krankenhaus oder nicht-ermächtigte Krankenhausärzte, um dort die Erforderlichkeit einer stationären Behandlungsbedürftigkeit abklären zu lassen. Die Indikationsstellung zur Verordnung von Krankenhausbehandlung ist eine ambulante Leistung, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden kann.
- Überweisungen zur vor- oder nachstationären Behandlung an ein Krankenhaus. Die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V ist eine Form der stationären Behandlung.
- Überweisungen zur teilstationären Behandlung an ein Krankenhaus. Die teil-stationäre Behandlung in einer sogenannten „Tagesklinik“ ist keine ambulante, sondern eine stationäre Leistung und erfordert immer eine Verordnung von Krankenhausbehandlung.
- Ausstellen einer Einweisung auf Wunsch des Patienten oder des Krankenhauses. Eine Einweisung muss immer auf der vorherigen medizinischen Einschätzung und der Feststellung der Erforderlichkeit einer stationären Behandlung seitens des behandelnden Arztes beruhen. ■

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

→ ● Davon unabhängig dürfen ermächtigte Krankenhausärzt:innen sowie ermächtigte Krankenhausambulanzen Überweisungen ausstellen.

Beispiele für zulässige beziehungsweise unzulässige Fallkonstellationen bei Einweisungen und Überweisungen

Zulässig

● Überweisungen an ermächtigte Krankenhausärzte zur Mit-/Weiterbehandlung (zum Beispiel Diagno-

seabklärung) oder zur Durchführung einer Auftragsleistung (zum Beispiel Röntgenkontrolle).

- Verordnung von Krankenhausbehandlung und im selben Quartal Überweisung, zum Beispiel an die Hochschulambulanz des Krankenhauses.
- Überweisung ans Krankenhaus zur Durchführung einer ambulanten Operation nach § 115 b SGB V und im selben Quartal weitere Überweisung zur ambulanten spezialfachärztlichen Behandlung nach § 116 b SGB V.



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 Ordnungsverhalten, 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



VON DR. MED. THOMAS STOLZ

Wer veranlasst das Labor vor radiologischen Untersuchungen? Wer informiert die Patienten über den radiologischen Befund?

Klare Aufgabenverteilung zwischen überweisenden Praxen und Radiologie erforderlich

Immer wieder erreichen uns Nachfragen dazu, wer für Laboruntersuchungen vor radiologischen Kontrastmittelgaben zuständig ist und wer die Patientinnen und Patienten über die Ergebnisse der radiologischen Untersuchung informieren muss. Diese Fragen führen in der Praxis häufig zu Missverständnissen. Im Folgenden fassen wir die geltende Aufgabenverteilung und die bewährte Praxis nochmals zusammen.

LABORWERTE VOR KONTRASTMITTELGABE

Eine eindeutige gesetzliche Vorgabe, wer Laboruntersuchungen wie Kreatinin, eGFR oder TSH vor radiologischen Untersuchungen veranlassen muss, gibt es nicht. Grundsätzlich gilt: Überweisende Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, der Radiologie Laborvorbefunde zur Verfügung zu stellen, soweit sie für die Durchführung der Überweisung erforderlich sind.

Das bedeutet, dass vorhandene Laborwerte mit der Überweisung übermittelt werden müssen – eine Verpflichtung, ausschließlich im Hinblick auf eine radiologische Untersuchung neue Werte zu bestimmen, besteht jedoch nicht.

Für die Radiologie gilt: Sie trägt die Verantwortung für die rechtfertigende Indikation und die sichere Durchführung der Untersuchung. Dazu gehört nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft auch die Kenntnis aktueller Laborwerte.

ERGÄNZENDE HINWEISE DER KBV

In einer aktuellen Stellungnahme weist die KBV darauf hin, dass Radiologinnen und Radiologen die für eine Kontrastmitteluntersuchung notwendigen Laborparameter grundsätzlich selbst veranlassen können. Sie sind – wie alle Fachärzte – nach § 24 BMV-Ä berechtigt, Laborleistungen über einen Laborarzt (Muster 10) oder

über eine Laborgemeinschaft (Muster 10A) zu beauftragen. Wird die Laboruntersuchung in Eigenerbringung durchgeführt, kann die radiologische Praxis diese Leistungen nach EBM abrechnen.

Eine Rücküberweisung allein zur Durchführung der Laboruntersuchungen an Haus- oder Fachärzte ist nach BMV-Ä rechtlich nicht ausgeschlossen. Aus Sicht der KBV sollte jedoch im Sinne einer effizienten Zusammenarbeit geprüft werden, ob der Auftraggeber einer radiologischen Leistung die erforderlichen Befunde selbst bereitstellen kann. Empfehlenswert ist daher eine abgestimmte Vorgehensweise zwischen überweisender Praxis und Radiologie.

BEWÄHRTE PRAXIS

Wenn aktuelle Werte bereits vorliegen, sollten sie mit der Überweisung an die Radiologie weitergegeben werden. Fehlen aktuelle Werte, kann die überweisende Praxis diese im Sinne einer guten Zusammenarbeit vorab erheben. Andernfalls liegt die Verantwortung bei der Radiologie, die Laboruntersuchungen selbst oder über Kooperationspartner zu veranlassen. Dieses abgestufte Vorgehen vermeidet unnötige Blutentnahmen und zusätzliche Wege für die Patientinnen und Patienten.

BEFUNDMITTEILUNG UND AUFKLÄRUNG

Auch zur Frage, wer die Patientinnen und Patienten über radiologische Befunde aufklären muss, gibt es keine ausdrückliche gesetzliche Vorschrift. Grundsätzlich ist der behandelnde Arzt – also derjenige, der die Untersuchung veranlasst hat – für die Befundaufklärung zuständig. Nur in akuten, vital bedrohlichen Situationen besteht für Radiologinnen und Radiologen eine unmittelbare Informationspflicht.

Radiologische Standardleistungen sind reine Auftragsleistungen. Die Aufgabe der Radiologie besteht darin, den schriftlichen Befund an die überweisende Praxis zu übermitteln. Eine direkte Befundmitteilung an die Patientin oder den Patienten ist nicht Bestandteil der abrechnungsfähigen Leistung. Damit liegt die Verantwortung für die Befundaufklärung eindeutig bei der überweisenden Ärztin oder dem überweisenden Arzt.

KORREKTE ÜBERWEISUNGSART

Überweisungen an Radiologinnen und Radiologen dürfen nicht mit dem Überweisungsgrund „Mit- oder Weiterbehandlung“ ausgestellt werden. Eine solche Überweisung setzt voraus, dass beim weiterbehandelnden Arzt eine eigenständige ärztliche Behandlungsleistung – etwa eine Therapieeinleitung oder -anpassung – erfolgt. Radiologische Leistungen sind jedoch rein diagnostischer Natur. Deshalb ist ausschließlich die Überweisung zur Auftragsleistung mit klarer diagnostischer Fragestellung korrekt.

Fehlerhafte Überweisungen mit dem Vermerk „Mitbehandlung“ können bei Wirtschaftlichkeits- oder Plausibilitätsprüfungen beanstandet werden.

FAZIT

- Vorhandene Laborwerte sollen mit der Überweisung an die Radiologie weitergegeben werden.
- Fehlen aktuelle Werte, kann die überweisende Praxis diese im Sinne einer guten Zusammenarbeit vorab erheben.
- Liegen keine aktuellen Werte vor, ist die Radiologie für deren Nachholung verantwortlich.
- Die Befundaufklärung liegt grundsätzlich beim überweisenden Arzt.
- Eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung ist für radiologische Leistungen unzulässig. ■

DR. MED. THOMAS STOLZ ist beratender Arzt der KV Hamburg

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

ePA: Weiterhin elf Euro für die Erstbefüllung

Für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) kann eine Praxis weiterhin 11,03 Euro abrechnen. Auch der Inhalt der Erstbefüllungsziffer (GOP 01648) bleibt unverändert – sie kann einmal pro Patient abgerechnet werden, wenn zuvor noch keine Dokumente in der ePA vorhanden waren.

Für die weitere Befüllung können weiterhin 1,86 Euro bei Arzt-Patienten-Kontakt (GOP 01647) beziehungsweise 37 Cent ohne Kontakt (GOP 01431) abgerechnet werden.

Die Abrechnungsziffern bleiben bis mindestens Ende Juni 2026 unverändert. Bis dahin will der Bewertungsausschuss etwaige Anpassungen prüfen.

Weitere Informationen:

www.kbv.de → Praxis → Digitalisierung → Anwendungen → elektronische Patientenakte

Ansprechpartner:
Mitgliederservice,
Tel: 040 / 22 802 -802



Neue Hybrid-DRG-Abrechnung der KV

Künftig können KV-Mitglieder ihre Hybrid-DRG-Fälle komfortabler und ohne Vertragsbürokratie über die KV abrechnen.

Was wurde verbessert?

Die KV hat bisher eine Abrechnung der Hybrid-DRG-Fälle angeboten. Nun wechselt die KV den IT-Dienstleister. Das neue Portal „KVHybrid“ vereinfacht die Dateneingabe.

Abrechnungsfälle lassen sich mit wenigen Klicks übermitteln. Über zwei kostenlose Schnittstellen (zum Kartenlesegerät oder zur BDT/GDT) können die notwendigen Stammdaten bereits automatisch vorausgefüllt

werden. Eine automatische Vorprüfung spart Zeit und hilft, Abrechnungsfehler zu vermeiden.

Mehr Transparenz

KVHybrid zeigt zu jedem Fall nicht nur den Entgeltbetrag, sondern direkt den Auszahlungsbetrag an. Der Fallstatus („offen“, „transferrt an Kassen“, „Auszahlung erfolgt“ und „storniert“) sorgt jederzeit für einen klaren Überblick.

Wird ein Fall von einer Kasse oder einem Sonstigen Kostenträger beanstandet, erfolgt eine E-Mail-Benachrichtigung über die Stornierung. Den Beanstandungsgrund sowie das Beanstandungsdatum

ist im Abrechnungssystem hinterlegt.

Wann erfolgt die Auszahlung?

Alle Abrechnungsfälle werden gebündelt einmal pro Woche, immer montags um 12 Uhr, an die Krankenkassen und Sonstigen Kostenträger übermittelt. Diese haben dann 21 Tage Zeit, die Fälle zu vergüten. Die KV zahlt wöchentlich die eingegangenen Beträge aus.

Ist KVHybrid sicher?

Ja. Die Abrechnungsdaten befinden sich auf einem geschützten Server der KV Hamburg und werden unter Einsatz höchster technischer

Für eine Auswahl von Eingriffen und Operationen, die bislang überwiegend stationär erfolgen, gibt es seit Januar 2024 eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die sogenannten Hybrid-DRG. Diese Fallpauschalen werden unabhängig davon gezahlt, ob der Eingriff ambulant oder stationär erfolgt.



Sicherheitsvorkehrungen verarbeitet. Die Anmeldung ist durch eine 2-Faktor-Authentifizierung abgesichert.

Keine Vertragsbindung

Künftig bedarf es keines vorherigen Vertragsabschlusses mehr. Durch die Zustimmung unserer Geschäftsbedingungen bei jeder Fallanlage (durch Setzen eines Häkchens) kommt ein Vertragsverhältnis zustande. Die neuen Geschäftsbedingungen decken sich mit denen der alten Verträge, deshalb kann der Service übergangslos weitergenutzt werden.

Was kostet das?

Die KV erhebt einen Verwaltungskostenbeitrag von 1,9 Prozent je vergütetem Hybrid-DRG-Abrechnungsfall. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Mitgliederservice und Beratung
 Tel: 040 / 22 802 -802
HDRG-Abrechnung@kvhh.de

KVHybrid jetzt starten

Um direkt zu starten, benötigen Sie lediglich ein internetfähiges Endgerät, eine Internetverbindung und eine herkömmliche Authentifizierungs-App. Registrieren Sie sich über:

<https://hybrid-drg-new.ekvhh.de/registrierung/>

Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

Bei diesen Patientinnen und Patienten bitten wir Sie, besonders aufmerksam bei der Verordnung von Arzneimitteln zu sein.

46-jähriger Patient, AOK Rheinland/Hamburg, 21075, wünscht Pregabalin und Tafl, sucht mehrere Praxen auf.

36-jähriger Patient, AOK Niedersachsen, 21781, wünscht Tilidin wegen Schmerzen in der Wirbelsäule.

43-jähriger Patient, TK, 22179, wünscht Lorazepam und Clozapin wegen Panikattacken; gefälschter Medikationsplan.

24-jährige Patientin, KKH, 22763, wünscht Fentanyl nach Rückenoperationen; lt. ePA verschiedene Ärzte aufgesucht, gefälschter Medikamentenplan.

27-jähriger Patient, KKH, 22763, wünscht Oxycodon wegen „Scheuermann“, gefälschter Medikamentenplan

33-jähriger Patient, TK, 22523, wünscht Oxycodon wegen eines chronischen Schmerzsyndroms.

Wenn Sie bei einer Person einen Verdacht auf Arzneimittelmissbrauch haben, können Sie dies melden, um Kolleginnen und Kollegen zu warnen.

Zum Meldebogen: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Verordnung → Arzneimittel → Verdachtsfälle Arzneimittelmissbrauch → (unten rechts) Meldebogen

Wir werden den Verdacht nach Prüfung so veröffentlichen, dass weder ein Rückschluss auf die meldende Praxis noch auf die Identität des Patienten möglich ist.

Ansprechpartner für Fragen zu Arznei- und Heilmitteln:
Verordnung und Beratung, Tel: 040 / 22802 -571, -572
verordnung@kvhh.de



Kampagne zum Schutz von Kindern vor Missbrauch: Praxen können Infomaterial bestellen

Was können Erwachsene konkret tun, um Kinder besser vor Missbrauch zu schützen? Darum geht es in diesem Jahr bei der Kampagne „Schieb deine Verantwortung nicht weg!“. Sie vermittelt sieben leicht umsetzbare Tipps, die über verschiedene Kanäle verbreitet werden. Ärzte und



Psychotherapeuten können die Aktion unterstützen und kostenfrei Plakate und weitere Informationsmaterialien für das Wartezimmer bestellen.

Die Kampagne wurde von der Missbrauchsbeauftragten des Bundes und dem Bundesfamilienministerium initiiert. Ein zentraler Bestandteil ist ein digitaler Messenger-Kurs: Bei „7 Wochen, 7 Tipps“ erhalten

KAMPAGNE „SCHIEB DEINE VERANTWORTUNG NICHT WEG!“

Die bundesweite Aufklärungs- und Aktivierungskampagne „#Nicht wegschieben“ wurde 2022 gestartet. Sie macht nicht nur auf das Thema **sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche** aufmerksam, sondern vermittelt auch niedrigschwellige Ideen, Anregungen und konkrete Handlungsvorschläge, wie jede und jeder beim Schutz von Kindern und Jugendlichen aktiv werden kann.

Die Kampagne ist auf mehrere Jahre angelegt. Auch der Nationale Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen ist ein wichtiger Partner, der die Aktion und die bundesweiten und lokalen Maßnahmen unterstützt. Die KBV engagiert sich seit Jahren im Kampf gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen und ist im Nationalen Rat in der Arbeitsgruppe Forschung und Wissenschaft vertreten.

Internetseite zur Kampagne <https://nicht-wegschieben.de>

Eltern und Bezugspersonen per WhatsApp sieben Wochen lang Nachrichten auf ihr Smartphone, die in kurzen, einfachen Inhalten erklären, wie Kinder besser vor sexueller Gewalt geschützt werden können. Es wird beispielsweise erläutert, wie sie mit Kindern über Sexualität und sexuelle Gewalt sprechen können, wie Täterstrategien – auch im Netz – funktionieren oder wie sie Kindern signalisieren können, dass sie für sie ansprechbar sind.

Die Anmeldung und Teilnahme an dem Kurs sind kostenlos.

Plakate und Infolyer „7 Tipps“ für die Praxis

Praxen können Plakate sowie Flyer mit den sieben einfachen, aber wirkungsvollen Handlungsimpulsen kostenfrei für das Wartezimmer bestellen.

Darüber hinaus können auch Exemplare der Kampagnen-Heftreihe kostenfrei über die Kampagnenseite bestellt werden, beispielsweise zu den Themen „Was kann ich tun bei Vermutung oder Verdacht?“ oder „Das erste Smartphone – Wie kann ich mein Kind vor sexueller Gewalt im Internet schützen?“ ■

<https://nicht-wegschieben.de/material/aktionsmaterialien>



**KINDER
VERSORGUNGSNETZ
HAMBURG**

WIR HELFEN KRANKEN KINDERN

AUSSCHREIBUNG



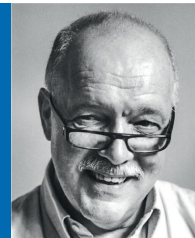
**Wir suchen Kolleg*innen für die Mitarbeit
im CFS KiDS Mobil Team**

Qualifikation:

- **Kinderarzt*innen**
- **Kinderkrankenpflegekräfte / Pflegefachkräfte**

für die Mitarbeit in der ME/CFS aufsuchenden Versorgung.

**Für genaue Informationen bitte melden beim
KinderVersorgungsNetz Hamburg:
mainzer@kinderversorgungsnetz.hamburg
0175 2460735**



Gesundheitswesen und Gewalt

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

Zwei Meldungen sind mir in letzter Zeit aufgefallen. Sie tauchen immer wieder auf, und sie tauchen immer öfter auf. Sie haben auf den ersten Blick gar nichts miteinander zu tun.

Die eine Meldung betrifft die Anzahl der Notfallbehandlungen in deutschen Krankenhäusern. Die Zahl der Patient:innen war im Jahr 2024 so hoch wie noch nie. Im Jahr 2024 stieg ihre Zahl auf 13 Millionen, ein Rekord, ein Anstieg um zwei Prozent gegenüber

Ein Anstieg der Nachfrage trifft auf ein immer weiter reduziertes Angebot. Das kann zu Verzweiflung führen.

dem Vorjahr. Das waren 35.600 Notfallbehandlungen jeden Tag oder 156 Behandlungen auf 1.000 Einwohner.

In der anderen Meldung ist eine Zunahme von Beleidigungen, Bedrohungen und körperlichen Attacken, von Tritten und Schlägen die Rede. Allein in einem halben Jahr, sagt ein Hamburger Feuerwehrsprecher, gab es zahlreiche Angriffe gegen Kollegen seiner Wache:

„Eine Notfallsanitäterin wurde getreten – in den Unterleib. Es ist ein Kollege mit einem Faustschlag im Gesicht getroffen worden.

Ein Tritt vor die Brust und natürlich auch Bespucken und so weiter. Es sind Fahrzeuge beschädigt worden durch Fußtritte. Das Ganze wird rauer draußen, wirklich rauer.“

In einer Umfrage im Auftrag von Doctolib unter Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und Medizinischen Fachangestellten gaben 75 Prozent an, im letzten Jahr mindestens einmal mit Gewalt in Konfliktsituationen zu tun gehabt zu haben. Bei zwei Dritteln der

Befragten waren es verbale Attacken und Beleidigungen durch Patient:innen, mehr als ein Drittel war bedroht worden, ein Viertel war sogar körperlicher Gewalt wie Schlägen oder Beißen ausgesetzt. Frauen waren überproportional häufig von Angriffen betroffen, besonders junge Ärztinnen.

Wenn ausgerechnet Angehörige von gemeinwohlorientierten Dienstleistungen zur Zielscheibe von Aggressionen werden, ist Ursachenforschung dringend angesagt. Die Ursachen dieser Entgleisungen sind vielfältig: Al-

koholisierungen, Kontrollverluste durch Drogen, soziale Eskalationen, psychiatrische Auffälligkeiten oder Macho-Gehabe. Das hat es aber schon immer gegeben, auch vor zehn Jahren und auch vor zwanzig Jahren. Diese Überlegungen können nicht den massiven Anstieg in den letzten fünf Jahren erklären. Was hat sich in dieser Zeit geändert?

In einer Krankenhausambulanz erlebt man nichts anderes als das, was sich im täglichen, im öffentlichen Leben abspielt. Als Beispiel möge das Benehmen von Bundestagsabgeordneten dienen, die in ihren Hasstiraden und Beleidigungen kaum noch Grenzen kennen.

Das gab es vor wenigen Jahren noch nicht. Das wäre der allgemeine Teil, sozusagen das gesellschaftliche Klima. Da ist jeder Respekt vor dem Gegenüber abhandengekommen.

Und was hat sich im Gesundheitswesen verändert? Es beginnt damit, dass man in weiten Landstrichen gar keine ambulante ärztliche Versorgung mehr vorfindet.

Dazu ist eine große Zahl von kleinen Krankenhäusern in die Insolvenz getrieben worden. Besonders im Osten und auf dem Land sind weite Anreisen inzwischen der Normalfall. Die Terminvergabe bei Fachärzten ist ein Glücksspiel, inzwischen auch schon bei immer mehr Hausärzten. Der Anstieg

der Fallzahlen in den Krankenhausambulanzen ist also Folge eines Versagens der ambulanten Medizin, die immer mehr ausgedünnt, immer schwerer erreichbar und mit immer längeren Wartezeiten verbunden ist.

Im Krankenhaus sind die Veränderungen besonders schwerwiegend. Krankenhäuser müssen schwarze Zahlen schreiben. Unrentable Bereiche werden

personell ausgetrocknet und unterfinanziert. Krankenhausambulanzen sind höchst unrentabel. Daher erlebt man dort immer öfter Wartezeiten von mehreren Stunden, um dann blitzartig abgefertigt zu werden. Da muss man sich eigentlich über jeden einzelnen Fall wundern, wo es nicht zu Wutausbrüchen kommt.

So haben die beiden Meldungen eben doch sehr viel mitein-

ander zu tun. Ein Anstieg der Nachfrage trifft auf ein immer weiter reduziertes Angebot: Das kann zu Verzweiflung führen. Manchmal auch zu Gewalt. ■

DR. BERND HONTSCHIK

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

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

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

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

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





AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Generative KI und evidenzbasierte Gesundheitsinformation

Noch ein langer Weg

CHRISTOPH WILHELM UND DR. RER. NAT. FELIX G. REBITSCHKE IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



AUFKLÄRUNG DURCH SPRACHMODELLE – EINE ILLUSION?

Die Nutzung generativer Sprachmodelle wie *ChatGPT* von *OpenAI*, *Gemini* von *Google* und *Le Chat* von *Mistral AI* nimmt auch im gesundheitsbezogenen Kontext rasant zu. Immer mehr Patientinnen und Patienten suchen mit ihrer Hilfe Informationen zu Prävention wie Behandlung. Dabei wurden Large Language Models (LLMs) ursprünglich gar nicht für die Suche nach Fakten konzipiert. Die Auflösung des Unterschieds zwischen Websuchen und LLMs lässt sich jedoch bereits bei Google beobachten. Die Stärken von LLMs liegen in der Textarbeit und der Persuasion [1]. Könnten sie dennoch den Anspruch erfüllen, evidenzbasierte, verständliche und ausgewogene Gesundheitsinformationen bereitzustellen? Eine Untersuchung von

2024er-Versionen von *ChatGPT*, *Gemini* und *Le Chat* liefert hierzu ernüchternde Ergebnisse.

DER BEFUND – INFORMIERTES PROMPTEN WIRKT IN GRENZEN

Ein Forschungsteam um Dr. Felix Rebitschek vom Harding-Zentrum für Risikokompetenz in Potsdam hat im Frühjahr 2025 eine methodisch aufwendige Doppelstudie veröffentlicht. Beide untersuchten, inwieweit LLMs fähig sind, evidenzbasierte Informationen zu zwei Früherkennungsthemen bereitzustellen. Der thematische Fokus lag dabei auf der Krebsfrüherkennung, da es sich hierbei um weit verbreitete, medizinisch und gesellschaftlich besonders relevante Entscheidungsfelder handelt, die durch komplexe Nutzen-Risiko-Abwägungen sowie eine häufig verzerrte öffentliche Wahrnehmung gekennzeichnet sind [2, 3].

In der ersten, experimentell-analytischen Studie wurden die mithilfe eines strukturierten Prompting (Eingaben in ein Sprachmodell) generierten Inhalte von *ChatGPT*, *Gemini* und *Le Chat* systematisch hinsichtlich deren Übereinstimmung mit den Prinzipien evidenzbasierter Gesundheitskommunikation analysiert. Grundlage der Bewertung bildeten zwei Instrumente: die validierte Checkliste zur Bewertung der Qualität und Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformation - *MAPPinfo* [4] sowie das für diesen Zweck entwickelte Instrument *ebmNucleus*, das sich an der Leitlinie Evidenzbasierte Gesundheitsinfor-

mation [5] orientiert und ein stärkeres Gewicht auf entscheidungsrelevante Informationsanforderungen zur Nutzen-Risiko-Abwägung durch Laien legt.

Die Ergebnisse der Studie zeigten eindeutig, dass die Qualität der von den getesteten Sprachmodellen generierten Gesundheitsinformationen erheblich von der Informiertheit der formulierten Prompts abhing. Denn je gezielter die Prompts wichtige Prinzipien evidenzbasierter Kommunikation berücksichtigten, also zum Beispiel eine klare Abwägung von Nutzen und Schaden, die Nennung von Vergleichsgruppen oder die Angabe absoluter Zahlen, desto besser schnitten die Antworten der KI-Modelle in der Qualitätsbewertung ab. In der Analyse zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Qualität der Prompts und der Qualität der Antworten: Bei *MAPPinfo* ergab sich ein mittlerer und bei *ebmNucleus* ein sehr großer Effekt. Das bedeutet, dass gut aufgebaute Prompts die Qualität der Antworten spürbar steigern können [6].

Gleichwohl blieben die absoluten Ergebnisse weit hinter dem fachlich erforderlichen Niveau zurück: Kein einziges der getesteten Sprachmodelle erreichte, selbst unter bestmöglichen Bedingungen, mehr als 50 Prozent der maximal möglichen Qualitätspunkte von *MAPPinfo*. Besonders auffällig waren dabei wiederkehrende Defizite in zentralen Bereichen: Konkrete Zahlen zu Nutzen und Schaden der jeweiligen Vorsorgeuntersuchungen wurden kaum genannt, Risikodifferenzierungen blieben unvollständig, und Hinweise auf Quellen, die Evidenzlage oder bestehende Unsicherheiten fehlten nahezu durchgängig [6].

Die zweite, randomisiert-kontrollierte Studie ergänzte die zuvor beschriebene systematische Analyse um eine nutzerzentrierte Perspektive. Hier wurden 300 englischsprachige medizinische Laien über Prolic.co rekrutiert und zufällig einem der drei LLMs zugewiesen. Die Teilnehmenden erhielten die Aufgabe,

eigene Fragen zur Mammografie zur Brustkrebsfrüherkennung oder zum PSA-Test zur Prostatakrebsfrüherkennung zu formulieren und diese zu prompten. Die Hälfte der Gruppe erhielt einen Boost. Boosts sind niedrigschwellige verhaltenspsychologische Interventionen, die auf eine Kompetenzsteigerung für selbstbestimmtes Entscheiden abzielen [7]. Hierzu wurde konkret eine sogenannte OARS-Regel instruiert ohne weitere Übung oder Anwendungshilfe. Die OARS-Regel (Options, Advantages, Risks, Steadiness) fasst zentrale Aspekte informierter medizinischer Entscheidungen in kompakter und einprägsamer Weise zusammen und orientiert sich konzeptionell an der evidenzbasierten Kommunikationsstrategie *AskShareKnow* [8], wurde jedoch speziell für den LLM-Kontext durch die Autoren angepasst. Sie forderten die Teilnehmenden dazu auf, gezielt an die Optionen, möglichen Nutzen, Schaden und ihr Eintreten zu denken, also an Kernelemente der Entscheidung auf Basis evidenzbasierter Gesundheitskommunikation. Ziel der Studie war es, die Wirkung einer minimalen Intervention bezüglich des Promptings auf die Qualität der LLM-Antworten infolge dieses Promptings zu untersuchen.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Bereitstellung der OARS-Regel die Qualität der von den Sprachmodellen generierten Informationen verbessern konnte. Dieser Effekt war unabhängig vom verwendeten Modell und zeigte sich sowohl im *MAPPinfo*-Score mit einem kleinen bis mittleren Effekt auch im *ebmNucleus*-Score mit einem kleinen Effekt. Insgesamt blieb die Qualität der Antworten jedoch weiterhin unter dem fachlich wünschenswerten Niveau [6].

Obwohl sich durch die verhaltensorientierte Intervention die Ergebnisse verbesserten, blieben sie in ihrer Gesamtheit jedoch ernüchternd. Die Korrektheit der Antworten lag weiterhin deutlich unter dem fach-



lich wünschenswerten Niveau. Besonders häufig fehlten weiterhin Angaben zur Bezugsgröße von Zahlen (etwa absolute statt relative Risikoangaben), Hinweise auf die Zielgruppe der Aussagen oder auf die Herkunft und Qualität der zugrunde gelegten Evidenz. Auch die Darstellung möglicher Unsicherheiten, Nebenwirkungen oder Schäden im Zusammenhang mit den jeweiligen Früherkennungsmaßnahmen blieb in der Mehrzahl der Antworten lückenhaft [6].

Die Studie verdeutlicht damit zweierlei: Einerseits lässt sich durch niedrigschwellige, verhaltensorientierte Interventionen wie die OARS-Regel die Qualität der generierten Inhalte verbessern. Andererseits zeigen die weiterhin bestehenden Defizite, dass solche Maßnahmen allein nicht ausreichen, um fundamentale Grenzen generativer Sprachmodelle in der evidenzbasierten Gesundheitskommunikation zu überwinden.

Sprachmodelle differenzieren bislang kaum zwischen relevanten und irrelevanten Informationen. Sie liefern selten überprüfbare bzw. die relevanten Quellen oder Hinweise auf Leitlinien – und zentrale Elemente evidenzbasierter Patienteninformationen, wie z. B. die Angabe von absoluten Risikodifferenzen, Angaben zu Überdiagnosen oder potenziellen Folgeschäden, fehlen weitgehend. Auch Kontextinformationen, etwa zu Zielgruppen, Altersbereichen oder Früherkennungsintervallen, werden meist nicht berücksichtigt, was insbesondere bei vulnerablen Nutzergruppen zu Verunsicherung führen kann. Selbst wenn die Nutzerin oder der Nutzer explizit nach dem spezifischen Nutzen und Schaden fragte, lieferten die Modelle überwiegend vage, häufig verzerrte oder selektiv positive Darstellungen [6].

KONSEQUENZEN FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS

Für die ärztliche Praxis bedeutet dies, dass auch vermeintlich „besser formulierte“ Nutzeranfragen keine

Garantie für sachlich korrekte, vollständige oder ausgewogene Inhalte bieten. Da generative Sprachmodelle dennoch zunehmend von Patientinnen und Patienten genutzt werden, sehen sich Ärztinnen und Ärzte immer häufiger in der Rolle, fehlerhafte oder lückenhafte KI-Informationen einzuordnen und zu korrigieren.

Hieraus erwächst ein doppelter Handlungsauftrag: Einerseits braucht es klare Kommunikation in der Sprechstunde über die Möglichkeiten und Grenzen dieser Informationstechnologien. Andererseits sollte das medizinische Fachpersonal selbst eine gewisse Kompetenz im Umgang mit generativen Sprachmodellen entwickeln, um ihre Stärken und Schwächen differenziert bewerten zu können. Denkbar wäre auch die Entwicklung medizinisch validierter Interfaces, die auf geprüfte Evidenzdatenbanken zugreifen und strukturiert aufgebaut sind, wie etwa über eine Integration von Leitlinieninhalten oder Cochrane-Datenbanken.

Langfristig könnten generative Sprachmodelle durchaus zur Verbesserung bzw. Steigerung der Gesundheitskompetenz beitragen. Etwa durch personalisierte Aufklärung oder niedrigschwellige Erläuterung medizinischer Konzepte. Voraussetzung dafür wäre jedoch eine technische und inhaltliche Qualitätssicherung, die derzeit nicht gegeben ist. Auch auf Patientenseite bleibt deshalb heute die Förderung gesundheitsbezogener Informationskompetenz ebenso notwendig wie eine kritische Reflexion der systematischen Grenzen dieser Technologien.

FAZIT

Generative KI-Systeme wie *ChatGPT*, *Gemini* oder *Le Chat* wollen und können bislang nicht den Anspruch erfüllen, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu liefern. Ihre Inhalte bleiben trotz gezielter Steuerung durch Prompts deutlich hinter den Anforderungen zurück, die sich aus der Leitlinie evidenzbasierte

Gesundheitsinformation bzw. *MAPPinfo* an Qualität, Transparenz und Risikokommunikation ergeben. Auch wenn sich ihre Nutzung durch Patientinnen und Patienten nicht verhindern lässt, sollten Ärztinnen und Ärzte sich der begrenzten Aussagekraft bewusst

sein und aktiv aufklären. Ein künftiger, sicherer Einsatz in der Medizin ist denkbar, aber nur unter der Voraussetzung klarer Qualitätsstandards, unabhängiger Überprüfung und Integration in evidenzbasierte Entscheidungsprozesse. ■



CHRISTOPH WILHELM
M.Sc. Gesundheitswissenschaften
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Harding-Zentrum für
Risikokompetenz /
Fakultät für Gesundheits-
wissenschaften
Universität Potsdam
christoph.wilhelm@uni-potsdam.de



DR. FELIX G. REBITSCHKEK
Wissenschaftlicher Leiter und
Geschäftsführer
Harding-Zentrum für
Risikokompetenz /
Fakultät für Gesundheits-
wissenschaften
Universität Potsdam

Literaturverzeichnis

1. Costello TH, Pennycook G, Rand DG. Durably reducing conspiracy beliefs through dialogues with AI. *Science*. 2024;385(6714):eadq1814. Epub 20240913. doi: 10.1126/science.adq1814. PubMed PMID: 39264999.
2. Wegwarth O, Widschwendter M, Cibula D, Sundström K, Portuesi R, Lein I, et al. What do European women know about their female cancer risks and cancer screening? A cross-sectional online intervention survey in 5 European countries. *BMJ Open*. 2018;8. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023789.
3. Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(17):1216-20. Epub 20090811. doi: 10.1093/jnci/djp237. PubMed PMID: 19671770; PubMed Central PMCID: PMC2736294.
4. Kasper J, Lühnen J, Hinneburg J, Siebenhofer A, Posch N, Berger-Hoger B, et al. MAPPinfo - mapping quality of health information: Validation study of an assessment instrument. *PLoS One*. 2023;18(10):e0290027. Epub 20231023. doi: 10.1371/journal.pone.0290027. PubMed PMID: 37871040; PubMed Central PMCID: PMC10593225.
5. Lühnen J, Albrecht M, Mühlhauser I, Steckelberg A. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Hamburg;2017 [28.09.2025]. Abrufbar unter: <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/>.
6. Rebitschek FG, Carella A, Kohlrausch-Pazin S, Zitzmann M, Steckelberg A, Wilhelm C. Evaluating evidence-based health information from generative AI using a cross-sectional study with laypeople seeking screening information. *NPJ Digit Med*. 2025;8(1):343. Epub 20250609. doi: 10.1038/s41746-025-01752-6. PubMed PMID: 40490558; PubMed Central PMCID: PMC12149300.
7. Herzog SM, Hertwig R. Boosting: Empowering Citizens with Behavioral Science. *Annu Rev Psychol*. 2025;76(1):851-81. Epub 20241203. doi: 10.1146/annurev-psych-020924-124753. PubMed PMID: 39413154.
8. Shepherd HL, Barratt A, Jones A, Bateson D, Carey K, Trevena LJ, et al. Can consumers learn to ask three questions to improve shared decision making? A feasibility study of the ASK (AskShareKnow) Patient-Clinician Communication Model((R)) intervention in a primary health-care setting. *Health Expect*. 2016;19(5):1160-8. Epub 20150914. doi: 10.1111/hex.12409. PubMed PMID: 26364752; PubMed Central PMCID: PMC5152736.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Gabriela da Silveira Trotta Burisch**
Stv. Mitglied des beratenden Fachausschusses Psychotherapie

Name: **Gabriela da Silveira Trotta Burisch**

Geburtsdatum: **15.12.1978**

Familienstand: **getrennt lebend**

Fachrichtung: **Verhaltenstherapie (PP)**

Hobbys: **Sport, Musik, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja, voll und ganz! Ich kann mir keinen anderen Beruf vorstellen. Natürlich sind die Wege der Menschen, die Unterstützung suchen, oft steinig. Doch sie begleiten zu dürfen und – idealerweise gemeinsam – Strategien zu entwickeln, die zu nachhaltiger Stabilität und neuen Perspektiven führen, empfinde ich als eine große persönliche und berufliche Bereicherung.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Mir ist es wichtig, aktiv zur Verbesserung von Strukturen beizutragen, Probleme offen anzusprechen und Veränderungen anzustoßen. Im Fokus stehen für mich die Interessen der Psychotherapeut:innen, aber auch der Austausch und die Vernetzung mit anderen Bereichen der KV sind sehr bereichernd. Zudem bin ich mir bewusst, dass eine funktionierende Selbstverwaltung auf engagierte Mitglieder angewiesen ist – und dieser Verantwortung möchte ich gerecht werden.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Ich unterstütze gerne Kolleg:innen bei bereits bestehenden Zielen – davon gibt es viele. Besonders am Herzen liegen mir Chancengleichheit und Vielfalt: Ich setze mich für mehr Inklusion, Diversität und ein stärkeres Bewusstsein für jegliche Form von Diskriminierung ein.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Eine meiner größten Herausforderungen betrifft den technischen Bereich – insbesondere den Support der Telematikinfrastruktur und des PVS. Oft verbringe ich über eine Stunde in Warteschleifen, ohne überhaupt eine Verbindung herzustellen. Das Gefühl der Ohnmacht ist groß, vor allem da ich im Austausch mit Kolleg:innen nicht den Eindruck habe, dass andere Anbieter deutlich besser erreichbar wären.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Ich bin tatsächlich ein sehr glücklicher und zufriedener Mensch. Für das kommende Jahr habe ich bereits einige Fortbildungen geplant, auf die ich mich sehr freue. Darüber hinaus möchte ich mir den Wunsch erfüllen, mehr zu reisen – neue Orte und Kulturen zu entdecken, bereichert mich persönlich sehr. ■

Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf

Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel

Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung Verbandmittel
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!

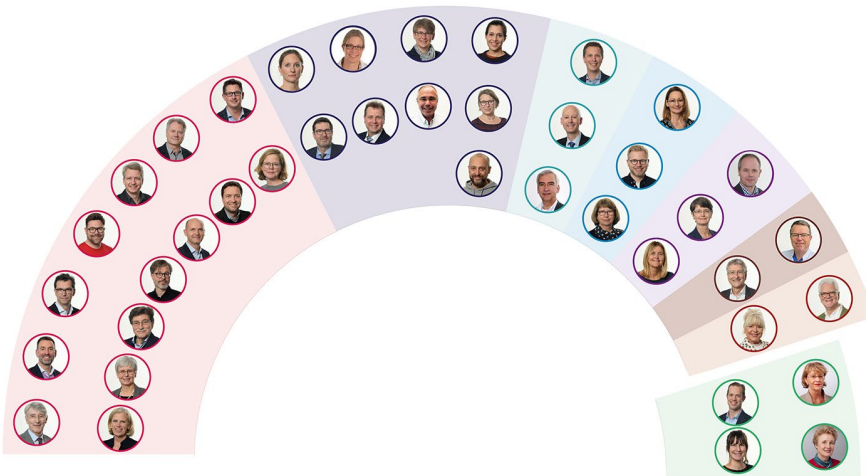
Unser Team der Abteilung „Verordnung und Beratung“ mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen berät Sie gerne zu allen Fragen Ihres Verordnungsmanagements.

Fragen Sie uns einfach!

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 18. März 2026 (19 Uhr)

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



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Seminar-Übersicht für 2026: siehe eingelestes Blatt in diesem Heft

Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2 -858
 Natalia Szczech-Renn,
 Tel: 040 / 22802 -633
 qualitaetsmanagement@kvhh.de

Termine und Anmeldung im Internet:
www.kvhh.de → (oben rechts) Menü
 → Praxis → Veranstaltungen



Oder
 über den
 QR-Code

ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

Fortbildungsveranstaltung
 Wir lotsen Sie durchs KV-System!

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Information und Austausch in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



Mi. 15.4.2026 (13.30 - 18 Uhr)
Mi. 30.9.2026 (13.30 - 18 Uhr)

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Anmeldung:
www.kvhh.de → (oben rechts) Menü
 → Praxis → Veranstaltungen
 Oder über den QR-Code
 Wir freuen uns auf Sie!

DIE NEUE SPRECHSTUNDEN-BEDARFSVEREINBARUNG

Workshops für Praxisteams

- Welche Änderungen bringt die neue Vereinbarung mit sich?
- Wie verordnen Sie Sprechstundenbedarf korrekt und regresssicher?
- Welche Fehler sollten vermieden werden, um Nachforderungen zu verhindern?

Di. 21.4.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz

Di. 7.7.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz

Di. 6.10.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz

Ort: Ärztehaus (Saal 5 + 6)
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

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



Oder über den QR-Code

WINTERHÜDER QUALITÄTSZIRKEL

Hirn schlägt Herz!

Neue Erkenntnisse der modernen Hirnforschung und der Psychologie – Ursachen und Folgen von psychosozialen Stress und was wir wirklich dagegen tun können

Mi. 18.2.2026 (18 - 22 Uhr)

Demenz! Was nun?

Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen kognitiver Störungen

Mi. 10.6.2026 (18 - 22 Uhr)

Neuropathische Schmerzen und Depression

Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen

Mi. 23.9.2026 (18 - 22 Uhr)

Differentialdiagnose der sensiblen Störungen

Könnte es Multiple Sklerose sein?

Mi. 4.11.2026 (18 - 22 Uhr)

4 - 6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos: <https://aerztekammer-hamburg.org/fortbildung/>

Ansprechpartnerin:

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

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2026!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2026 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

aerztekammer-hamburg.org/mfa-fortbildung

KVH



Kurze Info gefällig?

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

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

 **040 22 802 802**

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