

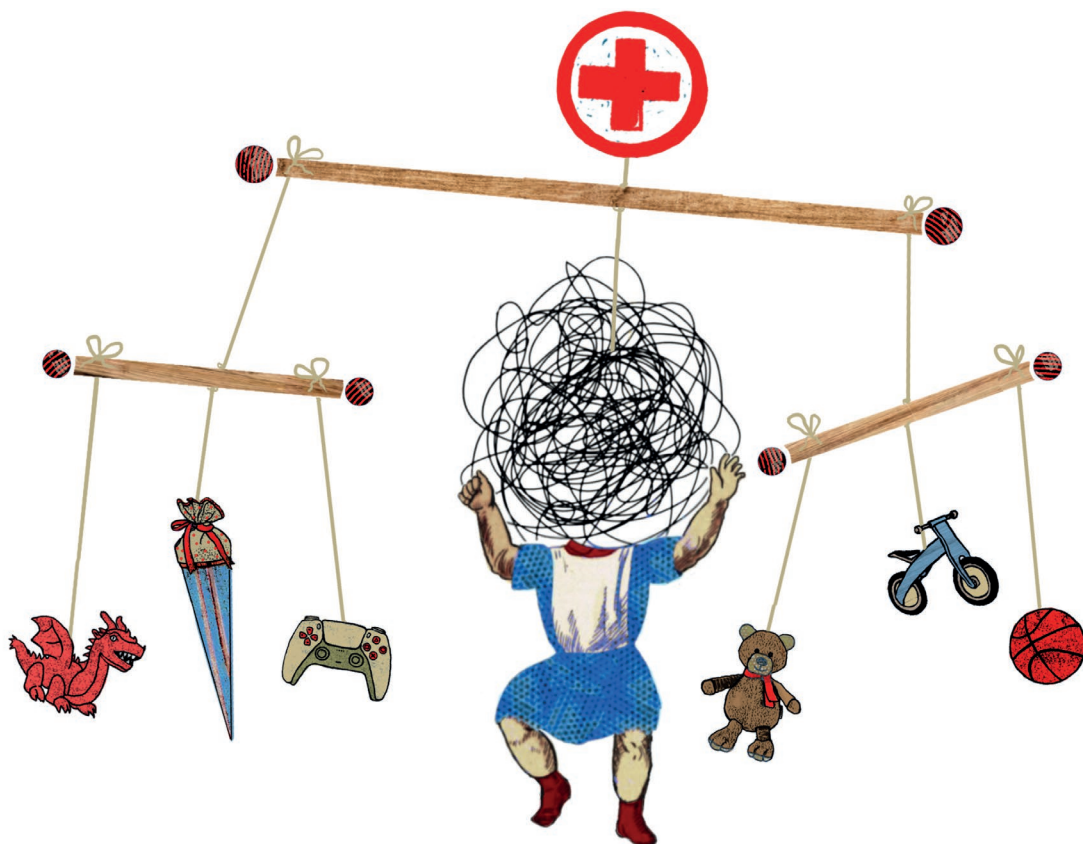
KVH journal



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

AUS DEM GLEICHGEWICHT

*Lange Wartezeiten auf psychotherapeutische Hilfe
für Kinder und Jugendliche*



PILOTPROJEKT

Pädiatrische Videosprechstunde im Notdienst

DIGITALISIERUNG

E-Rezept ab 2024 verpflichtend

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 12/2023 (Dezember 2023)



www.blauer-engel.de/uz195

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!



Anmeldung

ePAPER

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

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

Das Jahr 2023 geht mit großen Schritten auf sein Ende zu. Mal abgesehen von der Entquotierung der Kinderärzte war 2023 politisch bislang kein gutes Jahr für die ambulante Versorgung. Nach mehreren Monaten des Protests für eine tragfähige Finanzierung, für die Entquotierung der Hausärzte und die Abschaffung der Budgets für die Fachärzte, für die Ambulantisierung und eine sinnvolle und funktionierende Digitalisierung ohne Sanktionen, für mehr Weiterbildung in Praxen, weniger Bürokratie und die Abschaffung der Regresse gab es Anfang November zwar eine erste positive Reaktion des Bundesgesundheitsministers. Doch solange den Ankündigungen keine Taten gefolgt sind, ist es von enormer Bedeutung, in unseren Protestaktivitäten nicht nachzulassen.

Bitte unterstützen Sie und alle Ihre Kolleginnen und Kollegen in der Praxis die Petition der KBV zur Rettung der ambulanten Versorgung! Informieren Sie Ihre Patientinnen und Patienten über die Konsequenzen der fehlgeleiteten Gesundheitspolitik und bitten Sie sie, unsere Petition mit ihrer Unterschrift zu unterstützen.

Es geht nicht nur darum, das nötige Quorum von 50.000 Unterschriften zu erreichen, um im zuständigen Ausschuss des Bundestages vorzutragen. Es geht auch darum, mit der Vielzahl der Unterschriften die Bedeutung unseres Anliegens für die ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten zu unterstreichen. Machen Sie mit! Jede Unterschrift zählt, um uns politisch Gehör zu verschaffen.

Die Vorweihnachtszeit und gar Weihnachten fühlen sich wahrscheinlich nicht nur für mich noch weit weg an. Gerade deshalb wünsche ich Ihnen möglichst viele Stunden der Erholung, der Freude mit all denen, die Ihnen wichtig sind, und der Muße.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

P.S.: Die Petition kann handschriftlich und nach Veröffentlichung der Petition durch den Petitionsausschuss auch Online gezeichnet werden. Weitere Informationen zur bundesweiten Protestkampagne, das Kampagnen-Material und die Unterschriftenlisten finden Sie auch auf unsere Website: www.kvhh.de → **Praxenkollaps: Petition gestartet**

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_** Versorgungsengpass: Kinder und Jugendliche müssen zu lange auf Psychotherapie-Plätze warten
- 08_** "Schwierige Situation": Statement aus Sicht einer Kinder- und Jugendpsychiaterin
- 10_** "Politik muss endlich handeln": Resolution der Vertreterversammlung der KV Hamburg

NOTDIENST

- 12_** Pädiatrische Videosprechstunden außerhalb der Praxisöffnungszeiten

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.

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**14_** Fragen und Antworten**TELEMATIK****16_** Verordnung: eRezept wird ab 2024 verpflichtend**20_** "Hamburg digital": Förderprogramm zur Digitalisierung von Praxen**ARZNEI- UND HEILMITTEL****21_** Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle**SELBSTVERWALTUNG****28_** Steckbrief: Dr. med. Silke Lüder**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN****24_** Informations- und Entscheidungsprozesse bei einer Knie-TEP**RUBRIKEN****02_** Impressum**03_** Editorial**KOLUMNE****22_** Dr. med. Christine Löber: "Querelen und Quälereien"**TERMINKALENDER****30_** Termine und geplante Veranstaltungen**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Eléonore Roedel
 Titelfoto: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Michael Zapf; Seite 7: Andreas Sibling; Seite 12: Melanie Vollmert; Seite 18: KBV, Gematik; Seite 20: Hamburg Digital; Seite 30: Michael Zapf, iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto.

INTERVIEW

»Wie lange muss mein Kind auf Hilfe warten?«

Bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Hamburg gibt es eklatante Engpässe. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin **DANIELA WEIß** über die massive Nachfrage nach Therapieplätzen, den schwierigen Umgang mit begrenzten Kapazitäten und die möglichen Spätfolgen verschleppter Behandlungen.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat eine Resolution verabschiedet, in der gefordert wird, die vertragspsychotherapeutische Bedarfsplanung zu reformieren. Insbesondere die Wartezeiten für Kinder und Jugendliche seien zu lang, heißt es. Wie macht sich der Mangel an Therapieplätzen in Ihrer täglichen Arbeit bemerkbar?

WEIß: Meine Warteliste ist derzeit geschlossen, weil die Nachfrage nicht mal mehr ansatzweise zu bewältigen ist. Wenn Eltern ihr Kind

oder wenn Jugendliche sich selbstständig auf die Warteliste für einen Psychotherapieplatz setzen lassen, möchten sie verständlicherweise oft wissen: „Mit welcher Wartezeit muss denn in etwa gerechnet werden?“ Diese Frage kann ich nicht mal mehr annäherungsweise beantworten. Ich kann nur sagen: „Das wird sehr lange dauern. Möglicherweise in meiner Praxis derzeit bis zu ein oder zwei Jahren.“ Ich arbeite in Bergedorf auf einer halben Zulassung im Einzeltherapie-Setting und habe im Schnitt alle paar

Monate einen freien Therapieplatz. Doch ich bekomme zeitweise bis zu vier oder fünf Anfragen pro Woche. Das steht in keinem Verhältnis zueinander. Deshalb erscheint es mir nicht sinnvoll, meine bereits überfüllte Warteliste momentan weiterzuführen.

Wie gehen andere Praxen mit dieser Problematik um?

WEIß: Soweit ich weiß, ganz unterschiedlich. Ich habe mich mit Kolleginnen und Kollegen darüber



Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Daniela Weiß: "Es erscheint mir nicht sinnvoll, meine bereits überfüllte Warteliste momentan weiterzuführen."

ausgetauscht, weil ich unsicher war, wie ich am besten mit der Situation umgehe. Es gibt Praxen, die ihre Wartelisten akribisch pflegen – auch dann, wenn die Interessenten ganz unten auf der Liste möglicherweise einige Jahre warten müssen. Einige Kollegen sperren ihre Wartelisten von Zeit zu Zeit und öffnen sie dann wieder. Andere Praxen führen grundsätzlich keine Warteliste mehr. Bei ihnen geht es nach dem Zufallsprinzip: Ruft jemand an, wenn in Kürze ein Therapieplatz frei wird, dann hat die Person mögli-

cherweise zeitnah einen Therapieplatz in Aussicht.

Weshalb hat die Nachfrage nach Psychotherapie für Kinder und Jugendliche so stark zugenommen?

WEIß: Zunächst einmal ist es mir wichtig zu erwähnen, dass die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bereits seit mehreren Jahren nicht flächendeckend in ausreichendem Maße zur Verfügung steht. Die jetzt verstärkte Nachfrage steht selbstver-

ständig im Zusammenhang mit den Folgen der Corona-Pandemie. Bei der Erhebung der biografischen Anamnesen zeigt sich immer wieder, dass die sozialen Auswirkungen der Pandemie einen verstärkenden Faktor in der Störungsentwicklung oder vor dem Hintergrund bereits latent vorhandener Problemzusammenhänge auch den Auslöser für eine psychische Erkrankung darstellen. Aktuell nehme ich zudem wahr, dass die Gesamtbelastung vieler Eltern zugenommen hat, unter anderem aufgrund der Nachwir-

kungen der Pandemie-Zeit, aber beispielsweise auch aufgrund von persönlichen und politischen Zukunftssorgen, der Inflation und der wirtschaftlichen Situation. Wenn Eltern belastet sind, hat dies insbesondere auf junge Kinder mitunter starke Auswirkungen.

Therapiestunden für Kinder können eigentlich nur nachmittags stattfinden, weil vormittags Schule ist. Stellt das nicht ein besonderes strukturelles Problem dar?

WEIß: Im Einzugsgebiet meiner Praxis ist die Lage inzwischen so angespannt, dass die Familien und die Jugendlichen seit einiger Zeit ganz überwiegend angeben, dass sie jeden Therapieplatz annehmen würden – zu jeder Tageszeit, auch am Vormittag. Es gibt also die Bereitschaft, für eine Psychotherapie regelmäßig die Schule zu verpassen. Dies verdeutlicht den hohen Behandlungsbedarf und damit die Dringlichkeit für eine notwendige Erhöhung der Versorgungskapazitäten für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche.

Wie fühlt es sich an, wenn Sie Eltern oder Jugendlichen eine Absage erteilen müssen?

WEIß: Es tut mir in den allermeisten Fällen aufrichtig leid, und ich empfinde diese Situation als belastend. Ich spreche mit Eltern oder Jugendlichen am Telefon, die auf der Suche nach einem Therapieplatz sind und von ihrer Situation erzählen. Zudem bekomme ich Patient:innen über die Terminservicestelle, vor allem für eine erste Sprechstunde, ver-

mittelt. Da sitzen dann Eltern mit ihren Kindern oder Jugendliche, die zum Teil massiv in Not sind, denen ich sagen muss: „Wir können uns jetzt kennenlernen und besprechen, worum es geht. Aber sofern eine Psychotherapie indiziert ist, kann diese anschließend nicht zeitnah bei mir stattfinden. Ich habe keine Plätze frei.“ Diese Menschen lernt man 50 Minuten lang kennen, es findet meistens ein intensives Gespräch statt. Oft gibt es Momente in diesen Sprechstunden, in denen ich damit konfrontiert bin, dass ich weiß, dass ich geeignete Methoden in meinem „therapeutischen Werkzeugkasten“ hätte, um dem Kind oder dem Jugendlichen weiter zu helfen. Ich würde gern „sofort loslegen“, muss

mich selbst dann jedoch gedanklich rasch wieder auf den Boden der Tatsachen bringen und den Kontakt letztendlich einfühlsam und professionell beenden. Dabei sehe ich es als äußerst wichtig an, der Familie dennoch Hoffnung zu vermitteln und gegebenenfalls auf weitere Hilfsangebote hinzuweisen.

Was kann passieren, wenn die psychotherapeutische Behandlung von Kindern verschleppt wird?

WEIß: Das ist von Fall zu Fall verschieden. Wichtig finde ich es, in diesem Zusammenhang noch einmal zu verdeutlichen, dass es hier um die psychische Gesundheit von – teilweise noch sehr jungen

Psychotherapieplätze dringend gesucht Ein Statement aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

Wir haben einige Kinder und Jugendliche in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis, die eine psychotherapeutische Behandlung dringend benötigen. Wir empfehlen dann den Eltern, einen Therapieplatz zu suchen; doch aufgrund der hohen Nachfrage bleiben diese Bemühungen oftmals ohne Erfolg. Die Eltern sind häufig verzweifelt und einige sind auch mit den vielen wiederholten Anrufen bei den Psychotherapeut:innen überfordert. Es gibt tatsächlich Kinder, die ein Jahr oder eineinhalb Jahre auf einen Psychotherapieplatz warten. Das zu sehen, ist schmerzhaft, und

es besteht die Gefahr, dass sich die Krankheiten während der Wartezeit chronifizieren und verschlechtern. Damit die betreffenden Kinder in dieser Lage nicht unversorgt bleiben, bieten wir überbrückend Termine in unserer Praxis an. Doch auch unsere Kapazitäten sind begrenzt, und viele Kinder, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist, bräuchten eigentlich eine sehr viel engmaschigere Betreuung, als wir sie anbieten können.



DR. CLAUDIA BERNER
ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bahrenfeld

– Kindern geht. Selbstverständlich müssen auch Erwachsene im Bedarfsfall zeitnah psychotherapeutisch versorgt werden. Doch bei Kindern ist zu beachten, dass während der Wartezeit die altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben weiterlaufen, welche unter

kungen der Fall sein, die noch nicht chronifiziert sind. Hin und wieder gibt es Fälle, bei denen ein massiver Leidensdruck und – ohne zeitnahe Behandlung eine folgenschwere psychische Problematik – einem extrem geringen Behandlungsaufwand gegenübersteht. Das sind die

on – nicht nur, weil es unglaublich gern wieder seine Lieblings Speisen essen wollte, sondern auch, weil es sich in diversen sozialen Kontexten wie dem Mittagessen in der Schule oder bei Feierlichkeiten nun in einer schwierigen Position befand, was wiederum selbstwertmindernd wirken kann. Hier standen also anzunehmende massive körperliche, soziale und psychische Folgeprobleme bei einem nicht zeitnahen Behandlungsbeginn einem prognostisch extrem geringen Behandlungsaufwand bei sofortigem Behandlungsbeginn gegenüber. Meine Einschätzung war, dass das Kind nach 5 bis 10 Sitzungen wieder essen können würde. Ich finde, in einer solchen Situation kann man einem Kind allein schon aus ethischen Gründen nicht sagen: „Du musst jetzt monatelang auf Hilfe warten.“ Also habe ich ausnahmsweise eine Akutbehandlung angeboten. Diese Stunden habe ich zusätzlich gegeben oder in den zeitlichen Lücken untergebracht, die entstehen, wenn andere Patienten absagen. Tatsächlich war der therapeutische Aufwand gering; nach wenigen Sitzungen in der Akutbehandlung konnte das Kind wieder alles essen.

In meiner Sprechstunde sitzen Kinder, die massiv in Not sind – doch ich kann ihnen keinen Therapieplatz anbieten.

Umständen nicht angemessen oder zumindest nicht optimal durchlaufen und gemeistert werden können, wenn das Kind aufgrund einer emotionalen Krise beziehungsweise einer unbehandelten psychischen Erkrankung nicht die entsprechenden inneren Ressourcen dafür aufbringen kann. Unbehandelte oder zu spät behandelte psychische Erkrankungen im Kindesalter können sich verstärken, sich ausweiten und zum Teil beachtliche soziale Folgeprobleme nach sich ziehen. Das kann auch bedeuten, dass eine verspätete Behandlung viel aufwendiger und langwieriger ist. Möglicherweise kann auch ein stationärer Aufenthalt notwendig werden. Durch eine frühzeitige Behandlung kann, insbesondere bei jungen Kindern, in einigen Problemkonstellationen bereits mit wenigen Therapiestunden ein sehr gutes Behandlungsergebnis erzielt werden. Dies kann beispielsweise bei kindlichen Traumafolgestörungen nach einem einzelnen traumatischen Ereignis oder auch bei anderen psychischen Erkran-

einigen Situationen, in denen ich dann doch ggf. mal eine Ausnahme mache und ein Kind - trotz fehlender Kapazitäten - irgendwie mit Unterschiebe für beispielsweise eine kurze Akutbehandlung.

Können Sie hierfür ein Beispiel nennen?

WEIß: Ich habe beispielsweise mal über die Terminservicestelle ein Kind in die Sprechstunde vermittelt bekommen, das bereits seit mehr als vier Wochen keinerlei gewöhnliche Nahrung mehr zu sich nehmen konnte, nachdem es sich an einem Bonbon verschluckt – und dabei für kurze Zeit unter Luftnot gelitten hatte.* Das Kind ernährte sich seit dem traumatischen Ereignis ausschließlich von ärztlich verschriebener Trinknahrung. Bis zu diesem Zeitpunkt sei die emotionale Entwicklung gesund verlaufen. Das Kind litt extrem unter der Situati-

*Die Familie hat ihr Einverständnis gegeben, die Falldarstellung in dieser Form anonymisiert zu veröffentlichen.

Wäre es sinnvoll, die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in der Bedarfsplanung als eigene Gruppe zu erfassen?

WEIß: Ja, das würde ich befürworten. Ich denke, dass dadurch der tatsächliche Bedarf an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gezielter ermittelt – und die Versorgung entsprechend geplant werden könnte. Schließlich bilden auch

Kinder- und Jugendärzte eine eigene Gruppe in der Bedarfsplanung und werden nicht mit den Hausärzt:innen einer gemeinsamen Arztgruppe zugeordnet. Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung ist aber vor allem die Überarbeitung der

Bedarfsplanung! Laut der derzeit noch geltenden Bedarfsplanung ist Hamburg rechnerisch überversorgt mit Psychotherapeut:innen. Die reale Situation ist davon völlig abgekoppelt. Die angekündigte Reform der psychotherapeutischen

Bedarfsplanung muss schnellstmöglich umgesetzt werden. Insbesondere psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche brauchen umgehend und in ausreichendem Maß Zugang zu psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten! ■

RESOLUTION DER VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG (11.10.2023)

Zu lange Wartezeiten für Kinder und Jugendliche auf eine vertragspsychotherapeutische Versorgung in Hamburg – Politik muss endlich handeln!

Die Wartezeiten auf einen vertragspsychotherapeutischen Therapieplatz in Hamburg – insbesondere für Kinder und Jugendliche – müssen dringend reduziert werden. Daher fordert die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg die Bundesregierung auf, endlich ihre Ankündigung aus dem Koalitionsvertrag umzusetzen und die vertragspsychotherapeutische Bedarfsplanung zu reformieren.

Die Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz waren bereits vor der Corona-Pandemie lang, nach der pandemischen Zeit sieht es noch kritischer aus. Die Anzahl unbehandelter psychischer Erkrankungen insbesondere von Kindern und Jugendlichen hat weiter zugenommen – durch die Pandemie haben sich Erkrankungen zudem chronifiziert, durch zusätzliche psychische Belastungen – das ist wissenschaftlich belegt – hat sich die Situation weiter verschärft.

In einer Umfrage der Psychotherapeutenkammer Hamburg unter den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen gaben im Frühjahr 2022 mehr als 80% der Befragten an, dass sich die Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten bereits während der Corona-Pandemie um mehr als 40% erhöht habe. 62,2% der Befragten wiesen darauf hin, dass sich die Wartezeiten für Kinder und Jugendliche auf eine Sprech-

stunde/Therapie in ihrer Einrichtung in den letzten Monaten im Schnitt um 17 Wochen verlängert hätten, auf aktuell rund 30 Wochen.

Gründe hierfür sind ein genereller Krankheitsanstieg, auffällig längere Behandlungsdauern sowie die häufige erneute Vorstellung ehemaliger Patient:innen nach einer abgeschlossenen Behandlung aufgrund von psychischen Krisen.

Um dem Versorgungsbedarf gerecht zu werden, ist eine zeitnahe Reform der Bedarfsplanung auf Bundesebene unumgänglich. Derzeit weist Hamburg einen vertragspsychotherapeutischen Versorgungsgrad von über 160 Prozent auf, ist also statistisch gesehen deutlich überversorgt; die Versorgungsrealität sieht allerdings ganz anders aus. Zu lange Wartezeiten machen deutlich, dass die Versorgungskapazitäten dringend erhöht werden müssen.

Wir fordern die Bundesregierung daher auf, die im Koalitionsvertrag vorgesehene Anpassung der Bedarfsplanung umgehend umzusetzen, damit die benötigten ambulanten Behandlungskapazitäten geschaffen werden können.

Psychisch kranken Kindern und Jugendlichen muss jetzt geholfen werden, drohende Chronifizierungen müssen vermieden werden.



© Veressa Himmeler

Diskussionsveranstaltung der Frauenkommission der KV Hamburg „Notfallversorgung ja - aber nicht auf Kosten der Regelversorgung!“

Das Bundesgesundheitsministerium will die Notfallversorgung weiter ausbauen. Besteht die Gefahr, dass ärztliche Kapazitäten und finanzielle Mittel zu Lasten der Regelversorgung abgezogen werden?

Und ist es nicht Aufgabe der Krankenkassen, die Notfallversorgung vollumfänglich zu finanzieren? Diese wird aber zu einem Teil von niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen selbst bezahlt. Wie könnte eine angemessene, praktikable Notfallversorgung aussehen?

Diese und andere Fragen wollen wir mit unseren Gästen und mit Ihnen diskutieren.

Zu dieser Veranstaltung sind ausdrücklich alle Mitglieder der KV und der Kammern herzlich eingeladen, also auch unsere männlichen Kollegen!

Gäste auf dem Podium:

Melanie Schlotzhauer, Hamburger Senatorin für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Caroline Roos, stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

Dr. med. Birgit Wulff, Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg

Dr. med. Claudia Brase, Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft

Kathrin Herbst, Leiterin der Landesvertretung Hamburg des Verbands der Ersatzkassen

Dr. med. Claudia Haupt, Sprecherin der Frauenkommission der KV Hamburg

Moderation: **Rebecca Bernstein**

Mittwoch, 24.1.2024, Beginn 20 Uhr (Präsenzveranstaltung)

im Hamburger Ärztehaus / Großer Saal

Humboldtstraße 56 / 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung finden Sie unter: www.kvhh.net/praxis/veranstaltungen.html

Fortbildungspunkte sind beantragt.



VON CARMEN REHBOCK

Kinderärztlicher Notdienst: KV Hamburg startet Videosprechstunde

Pilotprojekt für die pädiatrische Versorgung außerhalb der Praxis-Öffnungszeiten

Um den Arztruf Hamburg zu entlasten, hat die KV Hamburg ein Pilotprojekt zum Kindernotdienst per Videosprechstunde eingeführt.

Das Projekt soll zunächst von Anfang November bis Ende März laufen. Danach werden wir auswerten, wie die Videosprechstunde angenommen wird und ob sie die Notdienst-Angebote sinnvoll ergänzen kann.

Die kinderärztliche Versorgung in Hamburg steht schon seit einiger Zeit unter Druck. Der Arztruf Hamburg wird stark von Eltern mit kranken Kindern in Anspruch genommen: Die Notfallpraxis am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift kommt immer wieder an ihre Kapazitätsgrenze. Und im fahrenden Notfalldienst steigt der Anteil der pädiatrischen Fälle, derzeit macht er etwa 12 Prozent aus. Sich über eine Entlastung der Strukturen Gedanken zu machen, ist unumgänglich.

Die KV Nordrhein hat im vergangenen Jahr während der Infekt-Saison einen Kindernotdienst per Videosprechstunde eingerichtet und damit gute Erfahrungen gemacht.

Fast die Hälfte der pädiatrischen Fälle im Notdienst konnten in der Videosprechstunde abschließend erledigt werden.

Die Eltern mussten mit ihren Kindern also im Anschluss an die Videosprechstunde nicht noch eine

Notfallpraxis oder ein Krankenhaus zur weiteren Behandlung aufsuchen.

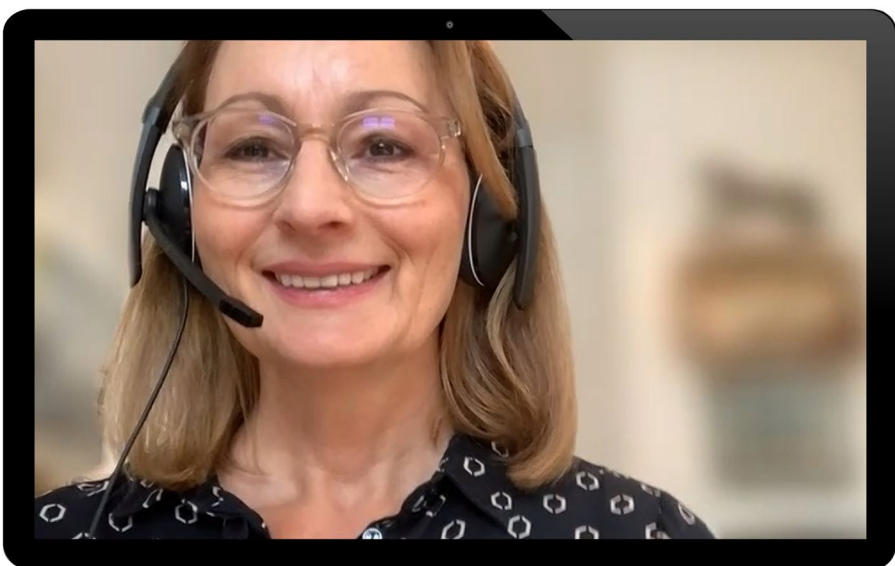
Auf dem Konzept der KV Nordrhein baut das Hamburger Projekt auf. Eltern, die medizinische Hilfe für ihre Kinder benötigen, rufen zunächst wie gewohnt bei der Arztruf-Hamburg-Nummer 116117 an.

Dort wird mit Hilfe der Computersoftware SmED eine strukturierte Ersteinschätzung zur Versorgungsebene vorgenommen. Wenn der Fall für eine Videosprechstunde geeig-

net ist, bekommt die diensthabende Video-Ärztin oder der diensthabende Video-Arzt über unsere KVH-App eine Anfrage. Nach der Bestätigung erhalten die Eltern einen Link, über den die Verbindung aufgebaut wird.

Die Eltern benötigen keine spezielle Software – lediglich eine E-Mail-Adresse und einen Computer mit Kamera und Ton.

Die Ärztin oder der Arzt führt die Videosprechstunden in der Regel in den eigenen Praxisräu-



Führt pädiatrische Videosprechstunden im Rahmen des Notdienstes durch:
Dr. med. Claudia Haupt

ANGEBOTSZEITEN

Die pädiatrischen Videosprechstunden im Notdienst werden fast analog zu den Öffnungszeiten der Notfallpraxen angeboten:

- Mittwoch und Freitag jeweils 17 bis 20 Uhr
- Samstag und Sonntag/Feiertag jeweils 14 bis 20 Uhr

men durch. Etwa 80 Prozent der pädiatrischen Praxen in Hamburg sind dafür technisch ausgestattet. Eine Videosprechstunden-Schicht dauert drei Stunden.

In einigen Fällen wird die Kinderärztin oder der Kinderarzt sicherlich sagen: Das ist per Video-Diagnostik nicht zu klären. Wir haben vereinbart, dass die Ärztin

oder der Arzt dann persönlich in der Notfallpraxis anruft und das Kind zur Untersuchung ankündigt, damit die Eltern sich nicht ganz hinten in der Warteschlange anstellen müssen.

Ein Rezept auszustellen, ist im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich. Deshalb muss das Kind auch an eine Notfallpraxis weitervermittelt werden, wenn es Medikamente benötigt.

Trotz dieser Einschränkungen kann der Kindernotdienst per Videosprechstunde eine Bereicherung darstellen. Die meisten Ärztinnen und Ärzte, die Schichten

im Notdienst übernehmen, sind Allgemeinmediziner. Wenn sie Kinder behandeln und die fachliche Expertise von Pädiatern benötigen, können sie an die kinderärztliche Notfallpraxis weitervermitteln.

Nun gibt es die Möglichkeit, zuvor mit der pädiatrischen Videosprechstunde ein deutlich niedrigschwelligeres Angebot für die Versorgung von Kindern zu nutzen. ■



CARMEN REHBOCK

ist Leiterin Notfallpraxen der KV Hamburg



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

Sie verordnen – wir beraten!

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

Fragen Sie uns einfach!

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



Fragen und Antworten

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

TSS

Ich möchte gerne Termine für die Terminservicestelle (TSS) zur Verfügung stellen. Ich habe allerdings keine Möglichkeit mehr, über das Online-Portal den eTerminservice (eTS) aufzurufen. Woran liegt das?

Zum 1. Juli 2023 wurde aus dem eTS der „116117 Terminservice“ und somit eine neue Version der Terminverwaltungssoftware für Ärzte und Psychotherapeuten gestartet. Die alte Version, mit der Sie über das WebNet (ekvhh.de) TSS-Termine eingestellt haben, ist nicht mehr verfügbar. Die neue Version erreichen Sie, wie gewohnt, aus dem Online-Portal der KV Hamburg. Um eine höhere Sicherheit zu gewährleisten, ist der „116117 Terminservice“ allerdings nur noch aus dem Sicheren Netz der KVen (SNK) bzw. in der Telematikinfrastruktur (TI) über einen, an den Konnektor gebundenen Computer aufrufbar.

Am einfachsten gelangen Sie zu der entsprechenden Anmeldeseite über unsere Homepage „kvhh.de“ (Zugang zum Online-Portal). Unter „wichtige Informationen“ ist der Themenbereich des neuen 116117 Terminservices verlinkt. Hier finden Sie nicht nur nützliche Informationen und Videos zum Umgang mit der neuen Anwendung, sondern auch eine weitere Verknüpfung zum Online-Portal.

HAUSARZTVERMITTLUNGSFALL

Ich bin Hausarzt. Muss ich für den Hausarztvermittlungsfall einen Vermittlungscode auf die ausgestellte Überweisung kleben?

Nein, für diese Vermittlungsart wird kein Vermittlungscode benötigt. Der Vermittlungscode oder auch Dringlichkeitscode wird nur dann verwendet, wenn Sie einen Patienten an die Terminservicestelle verweisen wollen.

Sollten Sie bei der Vermittlung eines Facharzttermins (im Rahmen eines Hausarztvermittlungsfalls) den eTerminservice nutzen, wird zwar ein Vermittlungscode generiert, welcher für Ihre Abrechnung aber nicht relevant ist. Hierbei handelt es sich nur um einen automatisierten, technischen Vorgang.

GRIPPEIMPfung

Welche Personengruppen kann ich zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gegen Influenza impfen?

Die Schutzimpfungs-Richtlinie gibt vor, welche Impfungen bei welchen Personen zulasten der GKV vorgenommen werden können. Demnach ist die Influenzaimpfung vorgesehen für:

- Personen ab 60 Jahre
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens
- Bewohner in Alters- oder Pflegeheimen

- Personen, die als mögliche Infektionsquelle im selben Haushalt lebende oder von Ihnen betreute Risikopersonen gefährden können
- Personen mit erhöhter beruflicher Gefährdung, z. B. medizinisches Personal

Folgende Kassen haben sich entschieden, für die Saison 2023/2024 die Influenzaimpfung auch für gesunde Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag (ohne Vorerkrankungen) zu übernehmen: DAK, Techniker, AOK Rheinland/Hamburg, Barmer und Knappschaft.

Der Impfstoff wird ebenfalls per Impfstoffanforderung über die RPD bezogen. Abgerechnet wird die Sonderleistung über die GOP 89112S.

TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNG

Wird für den teilstationären Krankenhausaufenthalt in einer Tagesklinik eine Einweisung oder eine Überweisung ausgestellt?

Es handelt sich um eine zeitlich beschränkte Inanspruchnahme des Krankenhauses im Sinne der im § 39 SGB V genannten teilstationären Behandlung. In der Regel dauert eine solche Behandlung, bei der sich der Patient von morgens bis abends im Krankenhaus aufhält und auch dort gepflegt wird, mehrere Wochen oder Monate. In diesem Fall wird einmalig, vor Beginn der Behandlung, ein Einweisungsschein ausgestellt.

VIDEOSPRECHSTUNDE

Kann ich einem Neupatienten eine Krankschreibung ausstellen, nachdem ich ihn das erste Mal in der Videosprechstunde behandle?

Ja, eine Krankschreibung in der Videosprechstunde ist bei allen Versicherten möglich. Unterschiede gibt es nur bei der Dauer der erstmaligen Krankschreibung. Für unbekannte Patienten ist eine Krankschreibung nur für bis zu

drei Kalendertage möglich. Für Bekannte sind es bis zu sieben Kalendertage. Danach ist für eine Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ein persönlicher Praxisbesuch erforderlich.

Generelle Voraussetzung für die Krankschreibung per Videosprechstunde ist, dass die Erkrankung eine Einschätzung per Videosprechstunde zulassen muss. Ein Anspruch der Versicherten auf Krankschreibung per Videosprechstunde besteht nicht.

ARZTRUF HAMBURG

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

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

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

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802

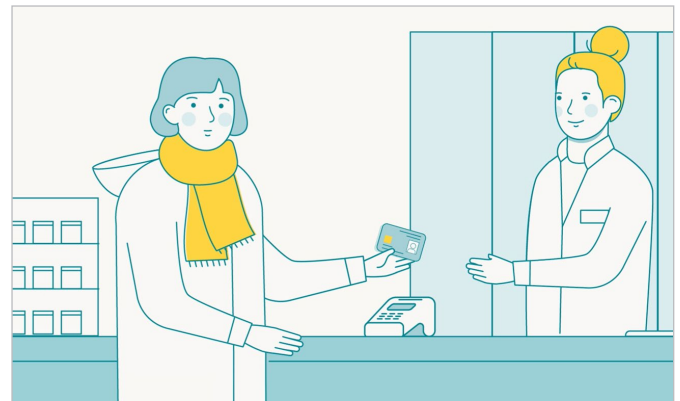
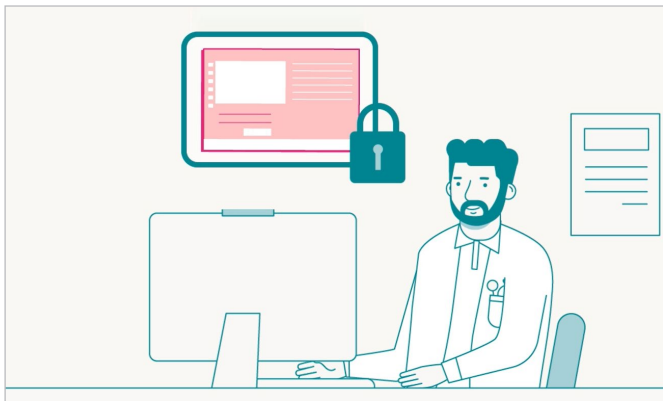


Ihre Ansprechpartner: Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Damla Eymur



Elektronisches Rezept ab 2024 verpflichtend

Fragen und Antworten zum neuen Verordnungsprozedere



Praxen sollten sich auf die neuen Abläufe vorbereiten: Szenen aus dem Erklärvideo der KBV
www.kbv.de/html/erezept.php

Ab 1. Januar 2024 sind die Arztpraxen dazu verpflichtet, verschreibungspflichtige Medikamente mit dem eRezept zu verordnen. Derzeit wird das eRezept noch kaum genutzt, doch schon bald soll es täglich millionenfach zum Einsatz kommen.

Wir empfehlen, sich auf die Nutzung des eRezepts vorzubereiten und die Abläufe schon vor dem Stichtag auszuprobieren.

Wie wird ein eRezept erstellt?

Die Erstellung erfolgt im Praxisverwaltungssystem (PVS) ähnlich wie die Erstellung eines Rezeptes nach Muster 16. In der Regel kann man sich bei der Rezepterstellung per Mausklick für die digitale Ausstellung entscheiden.

Statt per Kuli erfolgt die Unterschrift per qualifizierter elektronischer Signatur – QES genannt. Das geht nur mit Hilfe eines eHBA der 2. Generation (elektronischer Arztausweis). Praxen sollten rechtzeitig prüfen, ob für alle in der Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzte ein aktivierter eHBA vorliegt. Die Beantragung bei der Ärztekammer Hamburg beansprucht einen

längeren Zeitraum. Der Praxisausweis (SMC-B-Karte) kann zum Unterschreiben nicht verwendet werden.

Können Medizinische Fachangestellte und andere Praxismitarbeiter ein eRezept vorbereiten?

Ja, Praxismitarbeiter dürfen ein eRezept vorbereiten. Die elektronische Unterschrift darf jedoch nur durch den verordnenden Arzt mit dessen eHBA erfolgen. Sofern der Patient einen Ausdruck des eRezepts auf Papier wünscht, darf der Mitarbeiter nach dem abgeschlossenen Signaturvorgang das eRezept ausdrucken.

Was passiert mit dem eRezept nach der elektronischen Unterschrift?

Das eRezept wird nicht auf der Gesundheitskarte (eGK) des Patienten gespeichert. Vielmehr wird das eRezept nach der digitalen Signatur an einen zentralen Server innerhalb der Telematikinfrastruktur übertragen. Sobald das eRezept dort gespeichert ist, kann der Patient es in einer

Apotheke seiner Wahl mit der eRezept-App, mit einem Ausdruck des eRezepts oder mit der eGK einlösen. Die Apotheke ruft dann das eRezept vom Server ab und gibt das Arzneimittel aus.

Was ist die Komfortsignatur?

Für die elektronische Unterschrift per Heilberufsausweis (eHBA) empfiehlt sich die Nutzung der sogenannten Komfortsignatur. In diesem Verfahren werden für einen Zeitraum von maximal 24 Stunden 250 Unterschriften mit einer PIN-Eingabe im Vorwege freigegeben. Damit lassen sich die eRezepte einen Tag lang bequem mit einem Klick digital signieren, denn nur digital unterschriebene eRezepte können ausgedruckt oder vom Patienten in der Apotheke eingelöst werden. Die Komfortsignatur kann auch von mehreren Arbeitsplätzen aus genutzt werden. In diesem Fall muss an den Arbeitsplätzen, an denen signiert wird, kein Kartenterminal bereitstehen. Die PIN-Eingabe des Komfortsignaturmodus kann „remote“ erfolgen, sodass der eHBA in einem geschützten Bereich im Kartenterminal verbleiben kann. Die Praxis benötigt aber mindestens an einem Arbeitsplatz ein Kartenterminal zur PIN-Eingabe.

Lässt sich das eRezept nachträglich noch verändern?

Ein einmal ausgestelltes und bereits signiertes eRezept kann nicht mehr korrigiert werden. Eine Korrektur ist nur durch das Löschen des eRezepts und die Erstellung eines neuen eRezepts möglich. Wie bisher darf der Apotheker jedoch kleinere Anpassungen vornehmen. Ist das Rezept bereits in der Apotheke, kann diese das eRezept löschen oder für die Löschung

durch den Arzt freigeben. Dies kann notwendig sein, wenn ein Verordnungsfehler eine Neuausstellung erforderlich macht.

Sind Folgeverordnungen beim eRezept möglich?

Ja. Wenn ein Patient in diesem Quartal bereits in der Praxis war und die eGK gesteckt hat, kann ihm der Arzt ein Folge Rezept ausstellen. Auf diese Weise muss der Patient nicht nochmal in die Praxis kommen. („Folge Rezept“ bedeutet: Im Rahmen einer laufenden Therapie bei bekanntem Krankheitsbild wird das gleiche Medikament im Anschluss an die Erstverordnung ein weiteres Mal verordnet.) Die Praxis teilt dem Patienten dann per Telefon oder E-Mail mit, wann er das Medikament in der Apotheke abholen kann.

Sind Mehrfachverordnungen beim eRezept möglich?

Ja. Ein Patient, der dauerhaft ein bestimmtes Arzneimittel benötigt, kann eine elektronische Mehrfachverordnung erhalten (soweit der behandelnde Arzt dies für sinnvoll erachtet). Auf diese Weise muss der Patient nicht immer wieder in die Praxis kommen. Die elektronische Mehrfachverordnung kann bis zu vier eRezepte enthalten und ist insgesamt ein Jahr lang gültig. Das jeweilige eRezept ist mit einer Gültigkeit (ab/bis) versehen, so dass nicht alle eRezepte der Mehrfachverordnung auf einmal eingelöst werden können. („Mehrfachverordnung“ bzw. „Wiederholungsverordnung“ bedeutet: Im Rahmen einer medikamentösen Dauertherapie bei bekanntem Krankheitsbild wird eine Verordnung ausgestellt, mit der ein Patient

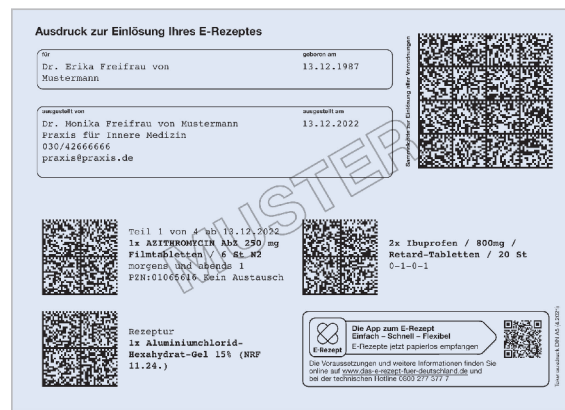
→ Fortsetzung nächste Seite



Wie kommt der Patient an sein Medikament?



Es gibt drei Schlüssel, mit denen der Patient das eRezept in der Apotheke einlösen kann: eGK, Ausdruck oder APP



→ Fortsetzung

bis zu vier Mal in einer Apotheke das gleiche Medikament erhalten kann.)

Sind weiterhin Rezepte ohne TI auf die „alte Art“ möglich?

Ja, die Verwendung des Muster 16 ist weiterhin möglich. Sollte die TI-Verbindung einmal ausfallen, kommt als Ersatzverfahren wieder das Muster 16 zum Einsatz. Per Click auf einen Button im PVS kann auf das bisherige Ausdrucken des Rezeptes umgestellt werden.

Kann man das eRezept auch bei Haus- und Heimbisuchen nutzen?

Nein. Ärztinnen und Ärzte können eRezepte bisher nur in ihren Praxisräumen ausstellen. Für einen mobilen Einsatz gibt es noch keine technische Lösung. Für den Praxisalltag heißt das: Bei Haus- und Heimbisuchen nutzen Ärztinnen und Ärzte weiterhin das Muster 16.

Für welche Verordnungen gilt das eRezept?

Das eRezept gilt für verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der GKV.

Für welche Verordnungen gilt das eRezept NICHT?

Folgende Verordnungen werden weiterhin ausschließlich auf Papier ausgestellt:

- Betäubungsmittel- und T-Rezepte
- Verordnungen für im Ausland Versicherte
- Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DIGAs)
- Verordnung von sonstigen nach § 31 SGB V einbezogenen Produkten (etwa Verbandmittel und Teststreifen)
- Verordnung von Hilfsmitteln, Blutprodukten, Sprechstundenbedarf sowie Verordnungen zu Lasten von sonstigen Kostenträgern

In der Regel erkennt das PVS automatisch, welche Verordnung über das eRezept verschrieben werden kann.

Welche technischen Voraussetzungen sind nötig, um das eRezept nutzen zu können?

Wenn eine Praxis die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) ausstellen kann, erfüllt sie auch die wichtigsten Voraussetzungen für die Nutzung des eRezepts.

Zu den technischen Voraussetzungen für die Nutzung des eRezepts gehören:

- Konnektor mit ePA-Update inklusive Komfortsignatur-Funktionalität (Produkttypversion 4 (PTV4) beziehungsweise PTV4+)
- PVS-Update/-Modul eRezept
- elektronischer Heilberufsausweis der 2. Generation (eHBA G2) inklusive PIN für die qualifizierte elektronische Signatur (QES)
- ein Drucker, der den QR-Code mit mindestens 300 dpi drucken kann

Was sollten Praxen jetzt tun?

Die KV Hamburg rät allen Praxen, das eRezept bereits vor der verpflichtenden Einsetzung ab Januar zu testen. Nur durch Übung klappen die Abläufe. Praxen sollten sich vorher bei den Apotheken in ihrem Umfeld vergewissern, ob das Einlösen eines eRezepts dort problemlos möglich ist.

Ein eRezept zum Testen finden Sie hier:

www.kvhh.net → Menü → Praxis → Praxis-IT & Telematik → TI-Anwendungen → Elektronisches Rezept (eRezept)

Wo gibt es weiterführende Informationen?

Themenseite der KBV zum eRezept mit 6-teiliger Artikelserie, häufigen Fragen, Praxisinfo und Erklärvideo:
www.kbv.de/html/erezept.php

Für Fragen zur Umsetzung des eRezepts in der Praxissoftware sollte man sich direkt an den Softwareanbieter wenden.

Infomaterial fürs Wartezimmer

Die KV arbeitet derzeit an der Erstellung eines Patientenflyers, der im Laufe des Dezembers zur Verfügung stehen wird.

Patienteninfo und Plakate erhalten Sie auch bei der Gematik:

<https://www.gematik.de/anwendungen/e-rezept/praxen#c7880>

Ansprechpartner:
KV Hamburg Online-Services
E-Mail: online-services@kvhh.de
Tel: 040 / 22802 -588, -554, -862



Förderprogramm zur Digitalisierung von Praxen



Der Hamburger Senat fördert Digitalisierungsmaßnahmen für kleine und mittlere Unternehmen sowie für Freiberufler. Dazu gehören auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Die gewährten Zuschüsse müssen nicht zurückgezahlt werden.

Es können zwei Module unabhängig voneinander beantragt werden: Mit dem „Digital Check“ erhalten Praxen eine finanzielle Förderung für eine Beratung zur IT-Sicherheit oder

zu einem Digitalisierungsprojekt. Die Beratung endet mit einem konkreten Konzept zur Umsetzung einer Maßnahme. Der Zuschuss liegt bei 50 Prozent der Beratungskosten, maximal 5.000 Euro.

Mit dem Modul „Digital Invest“ werden Investitionen gefördert, beispielsweise für Maßnahmen, die im „Digital Check“ identifiziert wurden. Die Förderung umfasst sowohl Ausgaben für Hard- und Software als auch Ausgaben für externe Dienstleister, die für die Umsetzung der Maßnahmen notwendig sind. 30 Prozent der Digitalisierungsausgaben, maximal 17.000 Euro, werden bezuschusst.

Mit dem Förderprogramm soll die digitale Transformation von Hamburger Unternehmen und Praxen unterstützt werden. Es werden keine Maßnahmen gefördert, die ohnehin vorgeschrieben sind (wie die Anschaffung von Telematikinfrastruktur-Ausstattung) oder die keinen wesentlichen Digitalisierungsfortschritt bringen (wie Anschaffung oder Ersetzung von Hard- und Software für eine gebräuchliche Büroausstattung).

Bisher erhielten Hamburger Praxen u.a. für diese Vorhaben Zuschüsse:

- Beratungen zur Digitalisierung durch einen zertifizierten Consultant

- Digitalisierung von Prozessen durch den Kauf von Software (z.B. CRM/CMS/DMS)
- Einführung eines Servers oder einer Cloud-Lösung
- Anschaffung eines neuen digitalen Röntgengerätes
- Einbindung von Ultraschallgeräten in das Praxisnetzwerk
- Einführung bzw. Erweiterung von Cyber-Security-Maßnahmen (mehr als zwei Drittel der Unternehmen in Deutschland sind von Cyberangriffen betroffen)
- Schulungen von Mitarbeiter:innen im Zuge der o.g. Maßnahmen

Ausführliche Informationen zum Förderprogramm „Hamburg Digital“ finden Sie auf der Website der Handelskammer Hamburg:
<https://t1p.de/iquyg>

Ansprechpartner:
Handelskammer Hamburg
Mittelstand-Digital
Zentrum Hamburg
Annika Zschage
Tel: 040 / 36 138 - 3802
Peter Piechota
Tel: 040 / 36 138 - 990
E-Mail: hamburgdigital@hk24.de



Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

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

34j. Patient, PLZ 22926, Kasse nicht bekannt; der Patient verlangt Oxycodon, das er vorher über den Notdienst bekommen habe. Er sei zusammengeschlagen worden, kann aber keine medizinischen Unterlagen vorlegen.

45j. Patient, PLZ 21029, AOK Niedersachsen. Wegen einer Angststörung brauche er Rivotril, alles andere helfe nicht. Die angegebene Hausärztin kennt den Patienten nicht.

50j. Patient, PLZ 22453, TK. Drängt auf große Packungen Rivotril und Pregabalin. Er ist in der angeblich behandelnden Praxis unbekannt.

42j. Patient, PLZ 20259, AOK HH Rheinland. Der Patient wünscht Zopiclon wegen einer Zahnarztphobie und wird aggressiv bei Nachfragen.

23j. Patientin, PLZ 20249, privat versichert; versucht, in Apotheken mit gefälschten Rezepten Alprazolam zu bekommen.

26j. Patient, PLZ 25436, AOK Nordwest. Der Patient gibt ein chronisches Schmerzsyndrom an; er sei 2019 an der Wirbelsäule operiert worden. Nach Information aus einer Apotheke hat er seit 2020 von acht verschiedenen Praxen Oxycodon-Rezepte bekommen.

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
E-Mail: verordnung@kvhh.de**



Querelen und Quälereien

Kolumne von **Dr. Christine Löber**, HNO-Ärztin in Hamburg-Farmsen

Alle paar Wochen schickt die Redaktion des KVH-Journals eine Mail, um mich an die nächste Kolumne zu erinnern.

So sehr ich im Moment mit der KV Hamburg hadere (Regressgründe), so sehr bereitet die Redaktion immer gute Laune mit ihren freundlichen, heiteren Mails.

Ich hatte wie immer eigentlich schon ein grobes Thema für die nächste Kolumne, aber auch wie immer ist ja immer irgendwas.

Diesmal war es die Zahl 3,85 Prozent. Der Schlag in die Magenröhre. Sie kennen das alle, Neupatientenregelung weg, alle Kosten steigen, Sie gehen von der 10-Minuten- zur 5-Minuten- zur 1-Minuten-Medizin über, um alles irgendwie stabil zu halten, und dann kommt diese Zahl. 3,85 Prozent.

Ich weiß, was ich kann. Und ich weiß, was wir alle können. Anders als beispielsweise einen Gesundheitsminister wird man uns immer brauchen.

Viel Pathos möchte ich Ihnen ersparen, aber ich würde gerne doch einmal abreißen, wie ich die aktuelle Situation so erlebe. Vieles wird Ihnen bekannt vorkommen.

Ich bin eine verhältnismäßig junge Kassenärztin, denken wir

uns die Sorgenfalten mal weg. Ich gehe nicht morgen in Rente, ich soll die HNO-Versorgung eines großen Stadtteils aufrechterhalten. Klar, ich kenne Schwierigkeiten im Gesundheitssystem, habe ich doch jung und rebellisch im Betriebsrat in St. Georg gesessen und in der Delegiertenversammlung scharfe Wortduelle zwischen Monti und Dirk Heinrich gehört.

Jetzt bin ich selbstständig, arbeite viel, schimpfe viel, freue mich aber durchaus über meinen Beruf.

Das Praxisleben spielt sich in einer Zerrissenheit zwischen dem eigentlichen Beruf und irgendwelchen Querelen und Quälereien von außen ab.

Ich höre mir alles an, löse Probleme, erfülle meinen Beruf meist zur vollsten medizinischen Zufriedenheit. Ich berate meine Patienten

aus der Moschee und aus prekären familiären Verhältnissen, nehme Babies auf den Arm, Sorge dafür, dass das Cholesteatom rechtzeitig operiert wird. Ich arbeite viel, und ich arbeite hart. Das macht nichts, das ist mein Beruf.

So weit, so gut.

Zwischendurch versagt der Konnektor, trudeln harsche Anweisungen zum E-Rezept ein, suchen wir händeringend nach neuem Personal, von dem wir nicht wissen, wie wir es bezahlen sollen, geht eine Optik kaputt, die sich auf 6000 Euro beziffert, twittert der Gesundheitsminister unterirdische Aussagen zur Ärzteschaft, beschimpfen uns die Patient:innen, die gestern nicht zum Termin gekommen sind.

Wir schultern das. Irgendwie.

In Social Media wird auf unsere Proteste dahingehend reagiert, dass Neiddebatten vom Zaun gebrochen werden. Sie wissen ja, wir sind ein exklusiver Milliardenclub, in dem wir uns gegenseitig mit Porsches bewerfen.

Derjenige, der eine der größten und verantwortungsvollsten Aufgaben in dieser Debatte haben sollte, nämlich der Gesundheitsminister, demonstriert offene Feindseligkeit gegenüber eigentlich allen Gesundheitsgruppen. Aber uns Ärzt:innen verachtet er mit besonderem Nachdruck.

Überraschend ist das nicht, Karl Lauterbach ist von Haus aus Ökonom sowie Second-Line-Politiker, der mit Medizin nie mehr zu tun hatte als ein paar Jahre Vorlesungen in Aachen.

Die Stimmung war nicht gut in den letzten Monaten. Wo Jens Spahn (hier spricht ausdrücklich

kein Spahn-Fan) noch Panem et circenses-artig kleine Zugeständnisse gemacht hatte, um die verschiedenen Grüppchen der Meute ruhig zu halten, hat Karl Lauterbach sich für wüste Trampelpfade entschieden.

Zunächst kann man hier offiziell gar nichts bemängeln, wo kein Geld, da muss es umso strenger verwaltet werden. Der Staat, den gar nicht wenige als Retter des Gesundheitssystems sehen, hat eigentlich gar nicht viel übrig für Gesundheit. Ein langweiliges, unlukratives, undankbares Feld. Wer mal in einem staatlichen Haus gearbeitet hat, wird die große Liebe des Staats zur Gesundheitsversorgung kennengelernt haben.

Die Privatisierungen der Kliniken sind wohl auch aus derselben Liebe entstanden.

Lauterbach macht, was jeder Politiker machen würde, allerdings so ungeschickt, dass man kaum glauben mag, dass er seinen Beruf auch beruflich macht. Ohne Charme, ohne Geschenke, ohne jegliche Klugheit gegenüber den Gruppen, die er bedienen muss. Das kann im allerbesten Fall cool und pragmatisch sein, im Durchschnittsfall wie unserem jedoch wirkt es verstörend, fehlgeleitet, egoistisch und peinlich. In unserem Fall ist es zusätzlich verheerend für eine ganze Gesellschaft.

Die Nachricht vom Anstieg der Kassenhonorare um 3,85 Prozent kam Mitte September. Ich habe mich

nicht geärgert, ich war ganz ruhig. Über die nächsten Stunden hat sich die Bedeutung dieser Zahl wie eine überlaufende Wasserflasche zu einer Erkenntnis ausgebreitet.

Ich habe einen halben Kassensitz. Weitergesponnen kann ich meinen finanziellen Verpflichtungen, und ich bin natürlich keine Porschewerferin, mittelfristig nicht nachkommen. Wir können in unserer Praxis keine notwendigen Investitionen mehr tätigen, können keine neuen (und alten?) Mitarbeiter:innen mehr beschäftigen. Die Folgen sind für alle verständlich, nur Herr Lauterbach ist sich dieser Tragweite nicht bewusst.

Das, was die Berufsverbände, die KBV und andere Bündnisse schon proklamieren, ist keine Drohung, und nur in kleinen Teilen ein politischer Move.

Es ist die Realität.

Ich bin eine extrem gut ausgebildete, unfassbar belastungsfähige Medizinerin. Ich habe Kindern das Leben gerettet, ich kann Menschen in den Hals schneiden, ich kann problemlos HELFEN. Wir alle können das.

Die kontinuierliche Missachtung unserer Fähigkeiten und unserer hervorragenden und unabdingbaren Stellung in der Gesellschaft hat in den letzten Jahren Trotzreaktionen und Wut ausgelöst.

Das ist jetzt nicht mehr so. Ich weiß, was ich kann, und ich weiß, was wir alle können.

Es muss ein Schlussstrich gezogen werden, und wir können den

ziehen, wenn wir uns dazu gezwungen sehen. Natürlich kann ich meine Leistungen kürzen, natürlich kann ich zur Selbstzahlermedizin übergehen, natürlich habe ich die Möglichkeit, meine Zulassung zurückzugeben und in einer anderen Sparte tätig zu werden. Anders als beispielsweise einen Gesundheitsminister wird man uns immer brauchen. Immer.

Anders als im trägen Klinikgeschäft können wir als Freiberufler auch noch sehr schnell und sehr hart reagieren. Und wir sind gar nicht so martyrerhaft, wie wir immer erscheinen. Wir werden immer irgendwo arbeiten können, wir werden immer gefragt sein. Unsere Leidensfähigkeit ist endlich.

Das unterschätzt Karl Lauterbach.

Wie Sie an dieser Stelle bemerkt haben werden, befinde ich mich in einer recht unangenehmen Stimmung. Aber ich denke, dass diese Stimmung in der aktuellen Situation angebracht ist und geäußert werden darf.

Sobald ich mich beruhigt habe, schreibe ich wieder ein launiges, unterhaltsames Schriftstück.

Vielleicht beruhige ich mich aber auch nicht. ■

DR. CHRISTINE LÖBER ist HNO-Ärztin und Buchautorin. Aktuell im Buchhandel: „Immer der Nase nach“ (zusammen mit Hanna Grabbe, Mosaik Verlag/Hamburg)



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Knie-Totalendoprothese

Die Informations- und Entscheidungsprozesse von Patient:innen
von der Diagnose bis zur Aufklärung

**VON SANDRO ZACHER, JULIA LAUBERGER, DR. RER. MEDIC. CAROLIN THIEL UND
PROF. DR. PHIL. JULIA LÜHNEN IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)**



Gonarthrose kann erhebliche Schmerzen, eingeschränkte Funktionen und Beeinträchtigungen verursachen. Für viele Patient:innen stellt die Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP) eine vielversprechende Möglichkeit dar, Schmerzen zu lindern und die Funktionsfähigkeit zu verbessern.

In Deutschland ist die Zahl der Knie-TEP-Operationen insgesamt hoch, mit erheblichen altersstandardisierten regionalen Unterschieden. Im Jahr 2016 lag die Rate zwischen 153 Eingriffen pro 100.000 Einwohner:innen in Berlin und 260 Eingriffen pro 100.000 Einwohner:innen in Bayern (1).

In der S2k-Leitlinie „Indikation Knieendoprothese“ werden klare Kriterien zur Indikationsstellung Knie-TEP definiert. Allerdings wurden in einer deutschen Studie lediglich 40 % der empfohlenen Knie-TEPs durch eine Zweitmeinung bestätigt. Auffällig ist dabei, dass konser-

vative Behandlungsoptionen, wie Physiotherapie oder Gewichtsreduktion, oft nicht ausgeschöpft wurden (2).

Vor einer Knie-TEP haben Patient:innen hohe Erwartungen an den möglichen Nutzen (3). Allerdings variiert die Zufriedenheit nach der Operation (4). Möglicherweise spielen hierbei unrealistische Erwartungen oder mangelndes Wissen über mögliche Risiken eine Rolle.

Dies unterstreicht die Wichtigkeit einer informierten und gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) von Ärzt:innen und Patient:innen, in der die beste verfügbare Evidenz und die Patient:innenpräferenzen berücksichtigt werden. Eine Entscheidung gilt als informiert, wenn sie auf adäquatem Wissen beruht, mit den Einstellungen der Person übereinstimmt und zum Handeln im Einklang mit der eigenen Einstellung führt (5).

In diesem Zusammenhang spielt die informierte Einwilligung eine entscheidende Rolle. Dabei ist es wichtig, Patient:innen transparent über die Notwendigkeit, den Ablauf, den möglichen Nutzen und Schaden sowie den Alternativen zu einer Knie-TEP zu informieren. In Deutschland wurde 2013 das Patientenrechtegesetz eingeführt, um die Rolle der Patient:innen zu stärken. Bisherige Aufklärungsbögen offenbaren dahingehend häufig Defizite und enthalten nicht die notwendigen Informationen zum Anstoßen eines informierten Entscheidungsprozesses (6).

Dieser Beitrag möchte einen Einblick in die Ergebnisse einer kürzlich veröffentlichten Studie der

Autor:innen zu den Informations- und Entscheidungsprozessen von Patient:innen mit Gonarthrose geben und fokussiert relevante Aspekte für niedergelassene Ärzt:innen (7).

ZIEL UND METHODIK DER STUDIE

In dem vom Innovationsfonds des G-BA geförderten Projekt „EvAb-Pilot“ wurden evidenzbasierte Aufklärungsbögen für die Knie-TEP und den dazugehörigen Anästhesieverfahren entwickelt und evaluiert (8).

Zu Beginn des Projekts erfolgte die Exploration von Informations- und Entscheidungsprozessen. Das Ziel war es, den Prozess von der Diagnose der Gonarthrose über den Entscheidungsprozess bis hin zum Aufklärungsgespräch für eine Knie-TEP zu beschreiben, Informationsbedürfnisse zu ermitteln und zu verstehen, wann, wie und von wem Entscheidungen getroffen werden.

Um den Prozess von „innen“ heraus beschreiben und verstehen zu können, wurde ein qualitativer Ansatz mit einem iterativen Prozess aus Datenerhebung und Datenanalyse gewählt. Die Stichprobe sollte aus Patient:innen mit Gonarthrose und Ärzt:innen, die am Prozess beteiligt sein könnten, bestehen und ein möglichst breites Spektrum an Alter, Geschlecht und Erfahrungen sowie Zufriedenheit mit der Behandlung bzw. Knie-TEP abbilden.

Dazu wurden Patient:innen mit geplanter, erfolgter und abgelehnter Knie-TEP eingeschlossen. Die Rekrutierung von Patient:innen erfolgte innerhalb der „Knie-Sprechstunde“ eines Maximalversorgers, über Flyer in Arztpraxen und Reha-Einrichtungen sowie über Facebook-Gruppen zu Kniearthrose. An der Aufklärung für Knie-TEP und Anästhesie beteiligte Ärzt:innen wurden in einem Krankenhaus der Maximalversorgung rekrutiert.

Die Rekrutierung von niedergelassenen Ärzt:innen erfolgte in einem städtischen Ballungsraum im Westen

von Deutschland. Zwischen November 2020 und Juli 2021 wurden insgesamt 27 leitfadengestützte Telefon-Interviews mit 13 Patient:innen und 14 Ärzt:innen durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte inhaltsanalytisch mit dem Ziel, angesprochene Themen zusammenzufassen und zu strukturieren.

ZENTRALE STUDIENERGEBNISSE MIT HOHER RELEVANZ FÜR DIE VERSORGUNG VON PATIENT:INNEN

Niedergelassene Ärzt:innen sollten sich ihrer wichtigen Rolle im Entscheidungsprozess und der Tragweite der Informationen, die sie von Beginn an vermitteln, bewusst sein.

Anhand der Interviews zeigte sich, dass die subjektive Krankheitstheorie von Patient:innen und die von niedergelassenen Ärzt:innen kommunizierten Informationen bei der Diagnosestellung und während der ambulanten Konsultationen einen erheblichen Einfluss auf den weiteren Behandlungsverlauf haben.

„Aus Angst, dass ich zu den 20% mit Problemen danach gehöre, [der Orthopäde] meinte so oder so muss ich neue Knie irgendwann bekommen... Und mir blieb übrig zu überlegen, ob jetzt oder in 5 Jahren“ [011, Patient:in mit geplanter Knie-TEP]

In der subjektiven Krankheitstheorie der Patient:innen wurde die Gonarthrose als irreparabler Zustand wahrgenommen, der ertragen werden muss und als logische Konsequenz unvermeidbar mit einer Knie-TEP behandelt wird.

Sowohl Art und Ausmaß der Informationsbedürfnisse als auch die Wahl von Behandlungspfaden und die Art der Entscheidungsfindung werden von der subjektiven Krankheitstheorie und der Informationsvermittlung



lung nachhaltig beeinflusst. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass die angebotenen Informationen und Behandlungsoptionen in dieser Stichprobe nicht durchgehend den Empfehlungen der S2k-Leitlinie Gonarthrose entsprechen (9). Zum Beispiel wurden Behandlungen ohne ausreichende Evidenz angeboten (z.B. Magnettherapie). Dagegen wurden konservative Behandlungsoptionen, wie sie in der Leitlinie empfohlen werden, teilweise nicht angeboten.

Informationen zu Nutzen und Risiken sollten bereits früher im Krankheitsverlauf vermittelt werden.

Zwischen niedergelassenen Ärzt:innen und Klinikern:innen herrschten unterschiedliche Ansichten, was die Informationsvermittlung betrifft. In der Klinik tätige Orthopäde:innen erwarteten, dass Patient:innen bereits Informationen zu den Vor- und Nachteilen einer Knie-TEP erhalten hatten, während niedergelassene Ärzt:innen die Bereitstellung dieser Informationen größtenteils den Kolleg:innen in der Klinik zuschrieben. Patient:innen hatten den Eindruck, dass in der Klinikprechstunde eher die potenziellen Vorteile als die möglichen Nachteile und Komplikationen einer Knie-TEP betont wurden.

„[Risiken im Aufklärungsgespräch] wurden erwähnt, aber nicht besonders betont, ne? Also die Betonung lag eindeutig da drin zu sagen, zu über 95 Prozent völlig risikoarme Geschichte.“ [006, Patient:in nach Knie-TEP]

Ein besonders markanter Befund aus dieser Stichprobe war außerdem, dass die Entscheidung vor der Indikationsstellung in einer Klinik bereits stand oder kurz nach der ersten Konsultation in einer Klinik getroffen wurde.

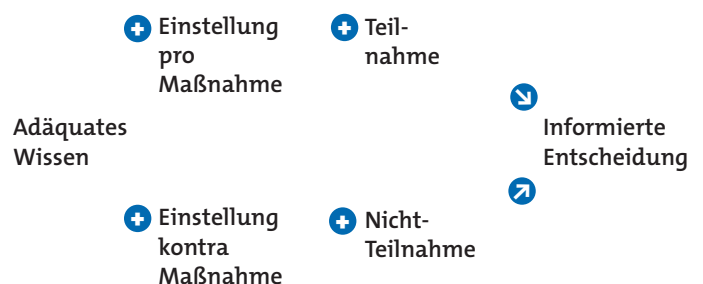
„Die Entscheidung stand fest. Daran hat sich [durch das Aufklärungsgespräch] auch nichts verändert.“ [006, Patient:in nach Knie-TEP]

War dies der Fall, vermieden die interviewten Patient:innen es eher, weitere Informationen zu erhalten, die die Entscheidung potenziell in Frage stellen und zu einer Verunsicherung führen könnten. Eine informierte Entscheidung ist im Rahmen des Prozesses, wie er sich anhand der Interviews zeigte, nicht möglich. Dazu kommt, dass Patient:innen nicht damit rechneten, von den Ärzt:innen in die Entscheidung einbezogen zu werden. Die Studie von Suarez-Almazor et al. (10) verdeutlicht jedoch den Wunsch von Patient:innen nach einer gemeinschaftlichen Entscheidung.

FAZIT FÜR DIE PRAKTISCHE TÄTIGKEIT

Es gibt Hinweise, dass es in dem Informations- und Entscheidungsprozess erhebliche Barrieren für eine informierte Entscheidung gibt. Als ein wesentliches Problem erwies sich in den Interviews der Mangel an adäquatem Wissen bei den Befragten, da das Vorhandensein von adäquatem Wissen eine Voraussetzung für eine informierte Entscheidung ist.

Abbildung 1: Informierte Entscheidung



Insofern ist es wichtig, auf eine ausgewogene, realistische und evidenzgeleitete Informationsvermittlung zu achten und sich der Tragweite der Informationsvermittlung bewusst zu sein. Eine frühzeitige Bereitstellung von evidenzbasierten und ausgewogenen Informationen im Behandlungsprozess könnte ein

realistischeres Krankheitsbild ermöglichen und so die Offenheit für verschiedene Behandlungsoptionen bei den Patient:innen fördern.

Eine Neuausrichtung der Aufklärung, weg von der schwerpunktmäßig rechtlichen Absicherung kurz vor der Operation, hin zu einem kontinuierlichen Informations- und Aufklärungsprozess, der bereits früh im

Krankheitsverlauf initiiert wird, könnte eine Möglichkeit darstellen, die aufgezeigten Barrieren abzubauen. Das Vertrauen in die Erfahrung der Behandelnden spielte in den Interviews eine wesentliche Rolle und könnte als Ressource verstanden werden, die Patient:innen frühzeitig auf eine informierte Entscheidung vorzubereiten. ■

SANDRO ZACHER

Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg,
Medizinische Fakultät,
Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft,
Halle (Saale)

E-Mail: sandro.zacher@medizin.uni-halle.de

JULIA LAUBERGER

Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg,
Medizinische Fakultät,
Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft,
Halle (Saale)

E-Mail: julia.lauberger@medizin.uni-halle.de

DR. RER. MEDIC.

CAROLIN THIEL

Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg,
Medizinische Fakultät,
Institut für Allgemein-
medizin, Halle (Saale)

PROF. DR. PHIL.

JULIA LÜHNEN

Charité – Universitäts-
medizin Berlin, corporate
member of Freie Universi-
tät Berlin and Humboldt
Universität zu Berlin,
Institut für Klinische Pfl-
egewissenschaft, Berlin

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Referenzen

- 1) Hemschemeier, M., Bittkowski, M. & Stollorz, V. (2018). Knee prostheses - strong increase and large regional differences. https://opex.sciencemediacenter.de/fileadmin/user_upload/Operation-Explorer/Knieprothesen-Report_SMC-Operation-Explorer_2018-06-19.pdf
- 2) Weigl, M., Pietzner, J., Kisch, R., Paulus, A., Jansson, V. & Grill, E. (2021). Effects of a medical second opinion programme on patients' decision for or against knee arthroplasty and their satisfaction with the programme. *BMC musculoskeletal disorders*, 22(1), 595. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04465-5>
- 3) Pouli, N., Das Nair, R., Lincoln, N. B. & Walsh, D. (2014). The experience of living with knee osteoarthritis: exploring illness and treatment beliefs through thematic analysis. *Disability and rehabilitation*, 36(7), 600–607. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.805257>
- 4) Klem, N.-R., Kent, P., Smith, A., Dowsey, M., Fary, R., Schütze, R., O'Sullivan, P., Choong, P. & Bunzli, S. (2020). Satisfaction after total knee replacement for osteoarthritis is usually high, but what are we measuring? A systematic review. *Osteoarthritis and cartilage open*, 2(1), 100032. <https://doi.org/10.1016/j.jocarto.2020.100032>
- 5) Marteau, T. M., Dormandy, E. & Michie, S. (2001). A measure of informed choice. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 4(2), 99–108. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2001.00140.x>
- 6) Lühnen, J., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2018). The Quality of Informed Consent Forms-a Systematic Review and Critical Analysis. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(22), 377–383. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0377>
- 7) Zacher, S., Lauberger, J., Thiel, C., Lühnen, J. & Steckelberg, A. (2023). Informed consent for total knee arthroplasty: exploration of patient's information acquisition and decision-making processes-a qualitative study. *BMC health services research*, 23(1), 978. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09993-5>
- 8) Weise, A., Lühnen, J., Bühn, S., Steffen, F., Zacher, S., Lauberger, J., Ates, D. M., Böhmer, A., Rosenau, H., Steckelberg, A. & Mathes, T. (2021). Development, piloting, and evaluation of an evidence-based informed consent form for total knee arthroplasty (EvAb-Pilot): a protocol for a mixed methods study. *Pilot and feasibility studies*, 7(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00843-x>
- 9) Stöve J, Bock F, Böhle E, Dau W, Flechtenmacher J, Graichen H, et al. S2k-Leitlinie Gonarthrose. Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). 2018.
- 10) Suarez-Almazor, M. E., Richardson, M., Kroll, T. L. & Sharf, B. F. (2010). A qualitative analysis of decision-making for total knee replacement in patients with osteoarthritis. *Journal of clinical rheumatology: practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*, 16(4), 158–163. <https://doi.org/10.1097/RHU.0b013e3181df4de4>





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Silke Lüder**
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. med. Silke Lüder**

Familienstand: **verheiratet, 2 Töchter**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **Stellvertretende Bundesvorsitzende der Freien Ärzteschaft e.V.; Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer, Mitglied im Finanzausschuss, Satzungsausschuss und Fachausschuss der Hausärzte der KV Hamburg**

Hobbys: **Segeln, Musik und Berufspolitik**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja, ich finde vor allem die Vielfältigkeit der Allgemeinmedizin immer noch sehr interessant, vor allem wenn man eine etwas breitere Diagnostik in der Praxis machen kann, zum Beispiel mit Ultraschalluntersuchungen. Leider wird genau das von Politik und Kassen nicht unterstützt. Wir sollen eher eine Barfußmedizin machen oder durch Kioske ersetzt werden.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Der begründete Eindruck seit 2006, dass die Gesundheitspolitik unserem eigentlich guten System ständig immer mehr Schaden zufügt. Der augenblickliche Minister ist in dieser Hinsicht leider besonders „erfolgreich“ mit seiner Ignoranz gegenüber der ambulanten Medizin, der völlig insuffizienten Digitalisierung und der geplanten Revolution im Kliniksektor.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Die freiberuflichen Praxen mit einem geschützten Vertrauensraum für das Arzt-Patienten-Verhältnis noch möglichst lange zu erhalten und vor dem Aufkauf durch verschiedene Konzerne oder der wirtschaftlichen Pleite zu schützen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? In einer zunehmenden Störung der bisherigen Abläufe durch die staatliche Digitalpolitik mit einer unverschämten Preisentwicklung für aufgezwungene IT-Projekte, die niemand wirklich braucht. Wo ist der Beweis dafür, dass das E-Rezept, die eAU oder die zentrale EPA die Medizin besser machen? Die ärztliche Schweigepflicht muss auch in Zukunft erhalten bleiben als Grundlage unserer Tätigkeit.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gern verwirklichen?
Segelreisen

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

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung“. In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer Arzneimitteldaten zu Ihrem persönlichen Ordnungsverhalten, sondern zu allen Grundsatzfragen des Ordnungsmanagements. Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoffvereinbarung“, „Wirtschaftlichkeitsgebot“ und „gute Versorgung“ in Einklang.

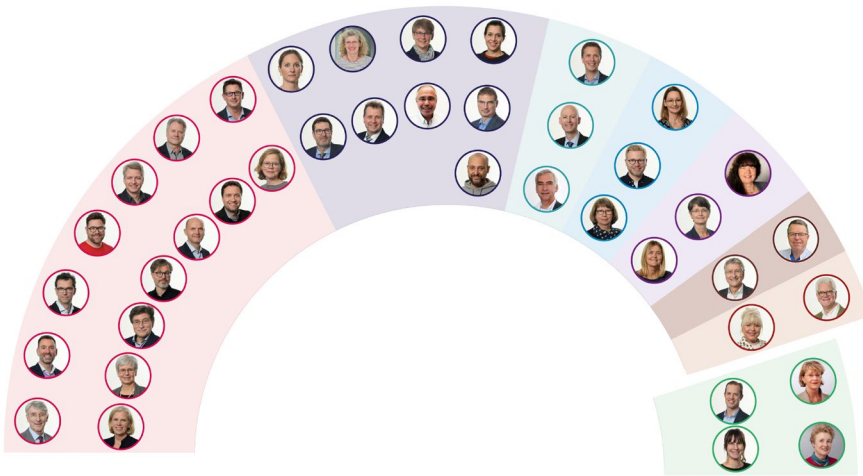
Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

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

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 13. Dezember 2023

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



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINAR

Arbeitsrecht (online)

Mi. 13.12.2023 (9 - 14 Uhr)
9 FORTBILDUNGSPUNKTE

QEP® aktuell (online)

Mi. 7.2.2024 (15 - 18 Uhr)
FORTBILDUNGSPUNKTE SIND BEANTRAGT

Weitere Informationen finden Sie im

Internet: www.kvhh.de →

(oben rechts) Menü → Praxis →

Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:

Michael Bauer, Tel: 040 / 22802-388
 E-Mail: qualitaetsmanagement@kvhh.de

ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 3.7.2024 (18 Uhr)

"Aktuelles aus der Berufspolitik"

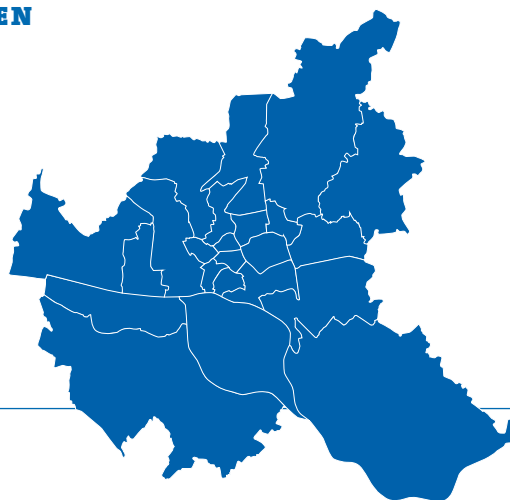
Referentin: Dr. Rita Trettin

Ort: Ärztehaus

Saal 5 + 6

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg



**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. 23.2.2024 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Teilnahmegebühr:

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

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

Fr. 8.11.2024 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Teilnahmegebühr:

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

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

Ansprechpartnerin:

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

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

**WINTERHÜDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Peripher vestibulärer Schwindel vs. zentraler Schwindel

Symptomatik – Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 21.2.2024 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Der depressive ältere Patient

Besonderheiten und Gefahren in der Pharmakotherapie

Mi. 12.6.2024 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Nicht-motorische Störungen beim Parkinson-Syndrom

Vigilanz – Schlafstörungen – vegetative Störungen in der differentialdiagnostischen Betrachtungsweise

Mi. 18.9.2024 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 20.11.2024 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Ansprechpartnerin:

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

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



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

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

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

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!