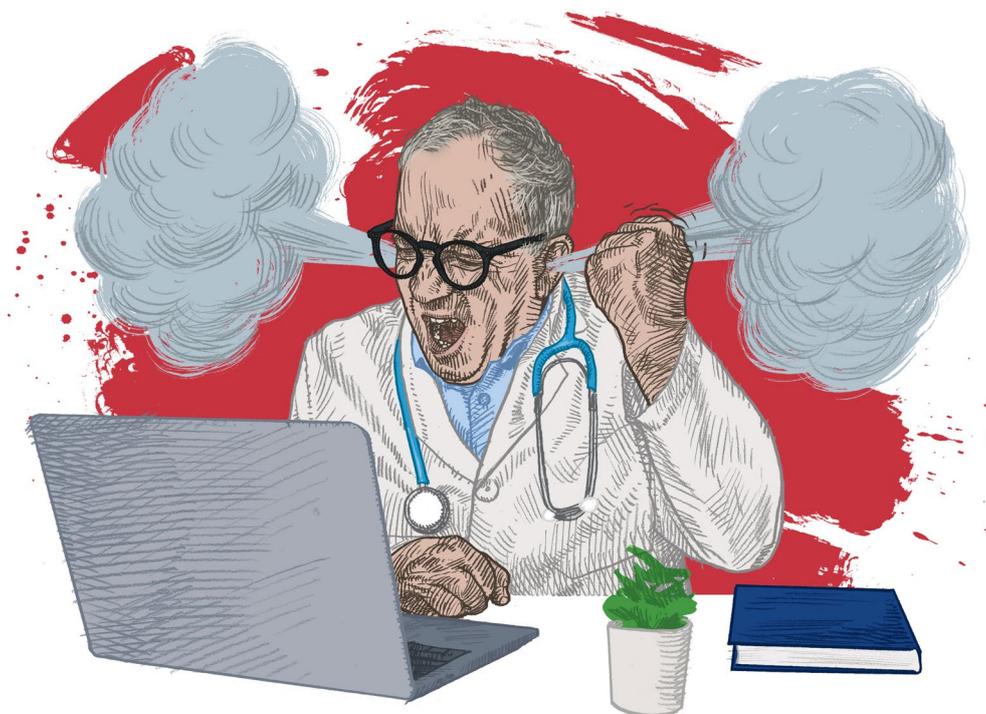


KVH journal

TELEMATIK- DESASTER

*Was ist schiefgegangen bei der Digitalisierung
des Gesundheitswesens?*



HONORARVERTEILUNG

Warum sinken die Garantiequoten?

MITGLIEDERBEFRAGUNG

Feedback zur Arbeit der 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 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: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 4/2023 (April 2023)



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!

Was ist eine „Entbudgetierung“? Darüber hat es im Zusammenhang mit der Vergütungsreform für die Versorgung von Kindern einige Diskussionen gegeben.

"Entbudgetierung" bedeutet ja eigentlich, dass Leistungen aus dem Budget herausgenommen und in voller Höhe bezahlt werden. Das wird bei einem Teil der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen tatsächlich so umgesetzt.

Das Honorar für die pädiatrischen Leistungen hingegen wird weiterhin aus dem Budget bezahlt, aber nachträglich so weit aufgestockt, dass es für eine vollständige Vergütung reicht.

Hier hat sich das Bundesgesundheitsministerium von allen möglichen Varianten einer 100-Prozent-Vergütung ausgerechnet für die umständlichste und bürokratischste entschieden.

Dennoch: Es ist ein Schritt in die richtige Richtung, der die Honorarsituation in der Pädiatrie verbessert und darauf hoffen lässt, dass eine 100-Prozent-Vergütung der hausärztlichen Leistungen bald folgen wird.

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_** Nachgefragt:
War die Einführung der Telematik-
infrastruktur bisher nützlich?
- 08_** "Ziemlich viel schiefgegangen" –
Interview mit dem ehemaligen
Bundesdatenschutzbeauftragten
Peter Schaar zum Digital-Desaster
im Gesundheitswesen
- 13_** Wie kann Vertrauen wieder
aufgebaut werden?
Kommentar von Caroline Roos

Umfrage: Fehleranfälligkeit der
Telematik in den Praxen

VERSORGUNG

- 15_** Mangel an kindgerechten
Antibiotika

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten

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 UND HONORAR

- 18**_ Garantiequote, Auszahlungsquote und Budget: Fragen und Antworten zur Honorarverteilung

ARZNEIMITTEL

- 21**_ Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

FORUM

- 28**_ Schwerpunktpraxis am Pik As sucht Medizinerin oder Mediziner
- 29**_ Infomaterial für Patienten mit Lese- und Schreibproblemen

MITGLIEDERBEFRAGUNG

- 30**_ Ihr Feedback zur Arbeit der KV:
An der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit der Verwaltungsprozesse muss die KV weiterhin arbeiten

SELBSTVERWALTUNG

- 33**_ Für Sie in der Vertreterversammlung:
Dr. med. Florian Giensch

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 22**_ Traumatische Meniskus-Risse bei jungen Menschen: Konservativ behandeln oder operieren?

RUBRIKEN

- 02**_ Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 26**_ Dr. med. Bernd Hontschik: Geheimhaltung greift um sich

TERMINKALENDER

- 34**_ Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 2: Suradech/AdobeStock; Seite 3: Marco Grundt; Seite 6: Jan Pauls/Gematik; Seite 7: UPD; Seite 9: privat; Seite 10: Aviacon/Stock.Adobe.com, Lennert/Stock.Adobe.com; Seite 26: Barbara Klemm; Seite 28: Mario Bustamante/Sozialbehörde Hamburg; Seite 33, 24: Michael Zapf; Seite 44: Christoph Jöns, Vanessa Himmler; Icons: iStockfoto



War die Einführung der Telematikinfrastruktur bisher nützlich?



Dr. Florian Hartge
Chief Production Officer bei der Gematik

Maildienst bringt Nutzen

Digitale Medizin hat in erster Linie mit Menschen zu tun. Mit denjenigen, die die Anwendungen nutzen. Was sie brauchen, ist von zentraler Bedeutung für eine erfolgreiche Digitalisierung. Wir haben angefangen, auf die Nutzer zu hören. Mit der Ärztekammer Berlin und dem Verband medizinischer Fachangestellter etwa haben wir Kooperationen, um mehr voneinander zu lernen. Mit Hausärzten und Kassenärztlichen Vereinigungen stehen wir im Austausch. Wir gehen in Praxen und schauen, wie es vor Ort läuft. **Unser Maildienst KIM bringt medizinischen Nutzen. Das belegen über 100 Millionen KIM-Nachrichten, die bereits versendet wurden.** In den Startlöchern steht mit dem TI-Messenger darüber hinaus ein Kurznachrichtendienst für die Direktkommunikation. Das E-Rezept funktioniert. Mitte des Jahres kommt mit der eGK eine dritte Einlöseoption hinzu. Und ebenfalls ab diesem Jahr kann auch die Anbindung mit den ersten Schritten hin zur TI 2.0 einfacher werden. Natürlich müssen digitale Lösungen sicher sein. Dass sie aber auch komfortabel sind und sich am Bedarf der Menschen orientieren, ist das A und O. ■



Marcel Weigand

Leiter Kooperationen und digitale Transformation bei der
UPD Patientenberatung Deutschland

Zu komplex und aufwändig

Vor 22 Jahren kündigte die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt vor dem Hintergrund des Arzneimittelskandals mit Lipobay digitale Anwendungen im Gesundheitsbereich an, die solche Skandale zukünftig verhindern sollen.

Zwei Jahrzehnte später blicken wir auf den Status Quo und müssen konstatieren: Wir würden heute einen solchen Arzneimittelskandal keinen Tag früher erkennen respektive verhindern können.

Woran liegt das? Aktuell haben wir es mit vier unterschiedlichen Anwendungen rund um die Medikation zu tun, die alle nicht miteinander verbunden sind: Den E-Medikationsplan, den Notfalldatensatz, die elektronische Patientenakte (ePA) und die E-Rezept-App. Diese Anwendungen werden kaum genutzt. Aus Sicht von Ärzten und Patienten sind sie zu komplex und aufwändig. Der Zugang ist alles andere als niedrigschwellig. Das ist sehr bedauerlich, denn laut Bundesregierung gibt es in Deutschland pro Jahr eine halbe Million vermeidbare Klinikeinweisungen durch Medikationsfehler.

Leistungserbringer aus der Praxis sowie Bürger und Bürgerinnen müssen zukünftig konsequent bei allen Phasen der Entwicklung von digitalen Anwendungen einbezogen werden – am besten bereits bei der Konzeption.

Ein Opt-out macht bei der ePA nur Sinn, wenn es in der ePA verpflichtende Basisdaten wie verordnete Medikamente oder schwerwiegende Vorerkrankungen gibt und die ePA endlich mit alltagsrelevanten Funktionen, wie Online-Terminvereinbarung oder Videosprechstun-

de komplettiert wird. Sonst haben die meisten Versicherten eine „tote“ ePA.

Es gibt noch einen weiteren Grund für die schleppende digitale Transformation. **Deutschland erlaubt sich eine ineffiziente Steuerung und Architektur rund um die TI, die ihresgleichen sucht. Der Gesetzgeber definiert Anwendungen bis hin zu Einzelfunktionen. Die Vorgaben werden dann von der Gematik unter dem nicht immer der Sache dienenden Einfluss der Gesellschafter oft über Jahre spezifiziert.** Irgendwann werden Hersteller mit der Entwicklung der Anwendung beauftragt. Dabei können niemals nutzerfreundliche und nützliche sowie dem aktuellen Stand entsprechende digitale Anwendungen herauskommen. Viele europäische Länder zeigen, wie die Governance der digitalen Transformation erfolgreich funktionieren kann.

Die TI kann noch eine Erfolgsgeschichte werden – dazu muss an zwei Stellen entscheidend nachgebessert werden: Erstens bei der konsequenten Ausrichtung am Nutzen für Patienten und Behandelnde, zweitens durch eine gezielte Gesamtsteuerung der TI, die ein höheres Tempo und eine klare Ausrichtung ermöglicht sowie Einzelinteressen neutralisiert. ■

INTERVIEW

»Ziemlich viel schiefgegangen«

Ist die Einführung der Telematikinfrastruktur ein unheilbares Desaster? Der ehemalige Bundesdatenschutzbeauftragte **PETER SCHAAR** über falsche Prioritäten, überholte Konzepte und die Vorteile einer nutzwertorientierten Digitalisierung des Gesundheitswesens.

In Ihrem neuen Buch geht es um das „Digital-Desaster“ im Gesundheitswesen. Was ist schiefgegangen?

SCHAAR: Ziemlich viel. Während der Corona-Pandemie zeigte sich die unzulängliche digitale Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die schlechte Vernetzung der kommunalen Stellen und Landesbehörden mit bundesweit agierenden Institutionen wie dem Robert-Koch-Institut. Was die Telematikinfrastruktur angeht, sieht es kaum besser aus: Zwanzig Jahre nach dem Startschuss hat das

Projekt für die Versorgung der Patientinnen und Patienten und für die Ärzteschaft keine signifikanten Vorteile gebracht.

Elektronische Patientenakte, eRezept, Notfalldaten und Medikationsplan könnten in diesem Jahr flächendeckend verfügbar werden. Hätte man sich von Anfang an auf Anwendungen konzentrieren müssen, die sinnvoll für die medizinische Versorgung sind?

SCHAAR: Ja, das wäre aus heutiger Sicht besser gewesen. Stattdessen

hat man sich zwanzig Jahre lang vornehmlich um den Aufbau einer separaten digitalen Infrastruktur gekümmert. Auf diesem sehr langen Weg ist aus dem Blick geraten, dass das Projekt für diejenigen, die es in den Praxen und Krankenhäusern umsetzen sollen, bislang vor allem zusätzliche Arbeit bedeutet. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens kann nur gelingen, wenn die Ärzteschaft damit entlastet wird oder wenn sie einen echten Nutzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten erkennt.



Peter Schaar: "Digitalisierung kann nur gelingen, wenn die Ärzteschaft damit entlastet wird oder einen Nutzen für die Versorgung der Patienten erkennt."

Der Einfluss der Selbstverwaltung auf die Umsetzung der Telematikinfrastruktur wurde stark beschnitten. War das aus Ihrer Sicht ein Fehler?

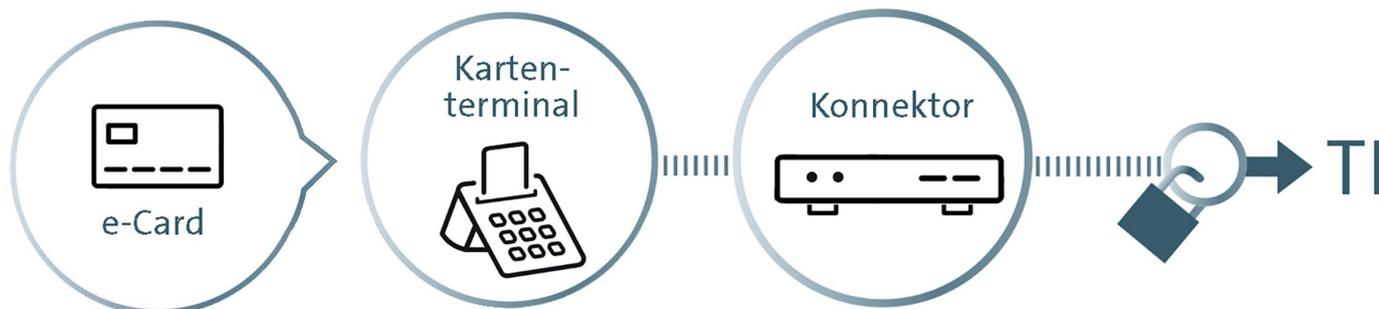
SCHAAR: Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verfolgt vielfach divergierende Interessen, die nur schwer unter einen Hut zu bekommen sind. Das zeigte sich auch innerhalb der Gematik, wo die Gesellschafter manchmal nur schwer zusammenfanden. Allerdings gelang es durch die Einrichtung einer paritätisch

besetzten Schlichtungsstelle, deren Vorsitzender ich bin, die Entscheidungsprozesse zu beschleunigen. Doch im Jahr 2019 übernahm das Bundesgesundheitsministerium die Mehrheit der Gematik-Anteile. Die Selbstverwaltung wurde entmachtet, der Schlichtungsstelle wurde die Zuständigkeit für fast alle die Telematikinfrastruktur betreffenden Fragen entzogen. Fortan traf der Bund die Entscheidungen selbst und versuchte, die Digitalisierung durch Androhung von Zwangsmaßnahmen gegen die Ärztinnen und Ärzte durchzu-

setzen. Das war vielleicht nicht der klügste Weg.

Einerseits drohte man den Ärztinnen und Ärzten mit Sanktionen. Andererseits funktionierten die Verfahren teilweise noch gar nicht oder liefen extrem instabil. Wie konnte das passieren?

SCHAAR: Ein so komplexes informationstechnisches System wie die Telematikinfrastruktur ist fast zwangsläufig fehleranfällig. Der Telematikinfrastruktur liegt ein Hardware-orientiertes Konzept



Kaum in Betrieb, schon veraltet? Hardware-orientiertes Konzept mit Karten und Konnektoren

zugrunde, basierend auf dem Einsatz von Konnektoren und Chipkarten. Wenn in einem solchen Umfeld ein systematischer Fehler auftritt, kann es passieren, dass Techniker in alle mehr als 100.000 Praxen kommen müssen, um ein Update aufzuspielen. Auch wenn eine neue Anwendung ermöglicht werden soll, muss vor Ort neu konfiguriert werden. Die Gematik hat inzwischen erkannt, dass dies ein teures und nicht besonders wartungsfreundliches Konzept ist. Sie will weg von der Hardware-Orientierung. In der Telematikinfrastruktur 2.0 soll es möglich sein, Problemlösungen und Änderungen an der Software in einem gesicherten Verfahren aus dem Netz heraus vorzunehmen. Aber ob das gelingt und wie schnell es realisiert wird, steht in den Sternen.

War das Hardware-orientierte Konzept schon veraltet, als es eingeführt wurde?

SCHAAR: Die Eckpunkte der Telematikinfrastruktur wurden bereits 2003 festgelegt. Wenn Sie bedenken, dass sich die Leistungsfähig-

keit der Informationstechnologie alle eineinhalb Jahre verdoppelt, bekommen Sie einen Eindruck davon, wie viele Produktgenerationen wir mittlerweile vom Startpunkt des Projekts entfernt sind. Smartphones gab es noch nicht, als die damalige Bundesgesundheitsministerin die Planungen für die eGK und die Telematikinfrastruktur vorlegte. Und Cloud-Computing war unvorstellbar. Heute funktionieren viele moderne IT-Anwendungen nicht mehr nur vor Ort, unter physischer Kontrolle

Die Diskussion über die Nutzung von Cloud-Diensten im Gesundheitswesen halte ich für ziemlich wirklichkeitsfremd.

eines Betreibers, sondern werden – zumindest teilweise – in die Cloud migriert. Das ist im Bereich der Gesundheitstelematik noch nicht angekommen.

Hat die Skepsis gegenüber Cloud-basierten Lösungen nicht auch mit berechtigten Sicherheitsbedenken zu tun?

SCHAAR: Diese Bedenken spielen eine Rolle, doch sie sind nicht immer berechtigt. Sicherheit und Datenschutz werden bei der Wartung vor Ort nicht zwangsläufig besser realisiert als in einem vertrauenswürdigen Cloud-System. Allerdings muss schon aus rechtlichen Gründen gewährleistet sein, dass die medizinischen Daten in Deutschland oder Europa verarbeitet werden. Die Diskussion über die Frage, ob Krankenhäuser oder Praxen überhaupt irgendwelche Cloud-Dienste nutzen können,

halte ich für ziemlich wirklichkeitsfremd. Die Frage ist eher: Wie können sichere Cloud-Lösungen realisiert werden, bei denen auch der Datenschutz gewährleistet ist?

Sie waren von 2003 bis 2013 Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit. Was ist dran am Vorwurf,

dass ein überzogener Datenschutz die Hauptschuld am Digital-Desaster trägt?

SCHAAR: Mitschuldig an der Misere ist meines Erachtens ein immer noch anzutreffendes Verständnis, das Digitalisierung und Datenschutz für unvereinbar hält. Dabei soll der Datenschutz eine sichere und vertrauenswürdige Digitalisierung ermöglichen – das ist etwas anderes. Und ich muss das so hart sagen: Häufig war Datenschutz auch ein wohlfeiles Argument, das auch von Teilen der Ärzteschaft vorgeschoben wurde, um ein ungeliebtes Projekt zu stoppen. Und in der Pandemie musste Datenschutz vielfach als Ausrede herhalten, wenn irgendetwas nicht klappte.

Können Sie uns ein Beispiel geben?

SCHAAR: Bei der Einführung der eGK beispielsweise wurde von manchen der Eindruck erweckt, dass jede Digitalisierung des Gesundheitswesens zu einer Zerrüttung des Arzt-Patienten-Verhältnisses führe, weil die Vertraulichkeit nicht mehr gewährleistet werden könne. Außer Acht gelassen wurde, dass ein Patient in erster Linie daran interessiert ist, medizinisch gut betreut zu werden – und dazu kann auch die Digitalisierung etwas beitragen. Allerdings müssen die Verfahren sicher und zuverlässig gestaltet sein. Elektronische Dienste lassen sich datenschutzgerecht gestalten. Nie zu 100 Prozent sicher – aber das ist bei analogen Verfahren nicht anders. Als ich in den 1990er Jahren stellvertretender Hamburgischer

Datenschutzbeauftragter war, wurden Krankenakten in Mülltonnen gefunden. Sie stammten von aufgegebenen Arztpraxen oder in Einzelfällen aus dem Krankenhaus. Ja, es stimmt: Das Gesundheitswesen muss ein hohes Maß an Datensicherheit gewährleisten.

Ist das Hauptproblem der elektronischen Patientenakte, dass die Patientinnen und Patienten selbst entscheiden können, welche Daten sie für die Ärztinnen und Ärzte zugänglich machen?

SCHAAR: Nein, überhaupt nicht. Dass die Patientinnen und Patienten die Kontrolle über ihre Daten haben, ist unabdingbar – die Patientensouveränität ist nicht verhandelbar. Das Hauptproblem der elektronischen Patientenakte sehe ich darin, dass es für Patientinnen und Patienten ein Riesen-Aufwand ist, sie einzurichten. In manchen Krankenkassen bekommen sie die dafür erforderliche PIN nur nach Besuch der Geschäftsstelle. Deshalb

komplizierten Zugangsverfahren haben. Die Bundesregierung will nun ein Opt-Out-Verfahren einrichten, bei dem die Akte standardmäßig eingerichtet wird – es sei denn, der Betroffene widerspricht. Das ist aus Sicht des Datenschutzes grundsätzlich vertretbar. Auch hier kommt es aber auf die Gestaltung an: Die Versicherten müssen sich weiterhin frei entscheiden können – gegebenenfalls auch gegen eine institutionsübergreifende Speicherung ihrer Gesundheitsdaten. Und sie müssen darüber bestimmen können, wer auf welche Daten zugreifen soll. Die Digitalisierung wird nur dann akzeptiert, wenn ich als Patient davon eine bessere medizinische Behandlung erwarten kann. Bisher sind die meisten Gesundheitsdaten, die in der elektronischen Akte abgelegt werden, nicht standardisiert. Patienten, und Leistungserbringer können sie deshalb nicht automatisiert auswerten. Man arbeitet zwar an standardisierten, automatisch auswertbaren Datenformaten, den

Der Datenschutz wurde auch von Teilen der Ärzteschaft vorgeschoben, um ein ungeliebtes Projekt zu stoppen.

haben erst weniger als ein Prozent der Versicherten eine elektronische Patientenakte. Dabei wäre die elektronische Patientenakte hilfreich für Personen, die bei mehreren Gesundheitseinrichtungen in Behandlung sind. Das sind oftmals keine „digital natives“ sondern ältere Menschen, die große Probleme mit der Technik oder einem

sogenannten Medizinischen Informationsobjekten (MIO) – aber es dauert noch, bis diese breit eingesetzt werden können.

Sie deuten in Ihrem Buch an, dass sich das Grundkonzept der elektronischen Patientenakte als untauglich erweisen könnte. Wie meinen Sie das? →

→ **SCHAAR:** Die der elektronischen Gesundheitsakte derzeit zu Grunde liegende Vorstellung ist ja, dass relevante Daten zu jedem Befund

immer wird er mit der Zusammenführung einverstanden sein, wenn sie seiner Behandlung zu Gute kommt. Und wenn er nicht einver-

Hersteller gab, die in den Praxen stehende TI-Hardware möglichst umfassend auszutauschen – weil damit ein größerer Umsatz generiert werden kann als mit dem bloßen Aufspielen von Updates. Deshalb war es wichtig, die Behauptung der Hersteller zu hinterfragen, dass der Tausch der Konnektoren alternativlos sei.

Denkbar wäre, in der eAkte nur wenige Kerndaten zu speichern – und andere Daten bei Bedarf zusammenzuführen.

und jeder Therapie sofort aus der Praxis-Dokumentation in die elektronische Patientenakte kopiert werden. Sollten eines Tages tatsächlich alle 85 Millionen in Deutschland lebenden Menschen ihre elektronischen Patientenakte haben, wäre es ein riesiger Aufwand, diese zusammengeführten Datenbestände immer aktuell zu halten. Zudem unterliegen riesige, umfassende Datenbanken stets einem erheblichen Sicherheitsrisiko, zumal bei sensiblen Daten.

Wir sollten deshalb darüber nachdenken, in der elektronischen Patientenakte nur wenige Kerndaten zu speichern, etwa den Notfalldatensatz – und andere Daten bei Bedarf zusammenzuführen. Ein Beispiel: Ich komme ins Krankenhaus, zuvor wurden im ambulanten Bereich diverse Untersuchungen gemacht. Nun schalte ich die in den Praxen und im Labor vorhandenen Daten frei, um sie den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zugänglich zu machen.

Die Datenzusammenführung geht also fallbezogen vonstatten – wenn es nötig ist. Auch hierbei ist die Kontrolle des Patienten über seine Daten unabdingbar, aber fast

standen ist, haben wir schlimmstenfalls den Zustand, den wir heute haben. Andere Länder wie Dänemark, die bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens weiter fortgeschritten sind, nutzen überwiegend ein solches vernetztes dezentrales System. Im Rahmen der neu aufgesetzten Telematikinfrastruktur 2.0 wäre ein solches Konzept auch in Deutschland vorstellbar.

In der Diskussion um den Tausch der Konnektoren wurde immer wieder der Verdacht geäußert, die Gematik habe sich zum Vollstrecker von Industrie-Interessen gemacht. Was halten Sie von diesem Vorwurf?

SCHAAR: Kassen, KV, Ärztekammer und Apothekerkammer sind weiterhin an der Gematik beteiligt. Dass sich diese Institutionen der Selbstverwaltung als Außenposten der Digitalwirtschaft verstehen, würde ich auf keinen Fall unterstützen. Richtig ist aber, dass die Hersteller der Konnektoren – wie jedes andere Unternehmen auch – eigene wirtschaftliche Interessen verfolgen. Und in diesem Fall spricht einiges dafür, dass es ein erhebliches Interesse einzelner

Welchen Rat würden Sie den Ärztinnen und Ärzten geben, die sich jetzt in ihren Praxen mit der missglückten Telematikinfrastruktur auseinandersetzen müssen?

SCHAAR: Ich bin der Auffassung, dass die Digitalisierung in der Medizin und in der Medizinkommunikation richtig ist und künftig erhebliche Vorteile für die Anwender und für die Patienten bringen wird. Insofern heißt es jetzt wohl erst mal: Zähne zusammenbeißen und durch. Damit man das System nutzen kann, um die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten zu unterstützen, sobald dies möglich ist. ■



Peter Schaar: „Diagnose Digital-Desaster – Ist das Gesundheitswesen noch zu retten?“ S. Hirzel Verlag, 2023

VON CAROLINE ROOS

Telematik: Wie kann Vertrauen wiederaufgebaut werden?

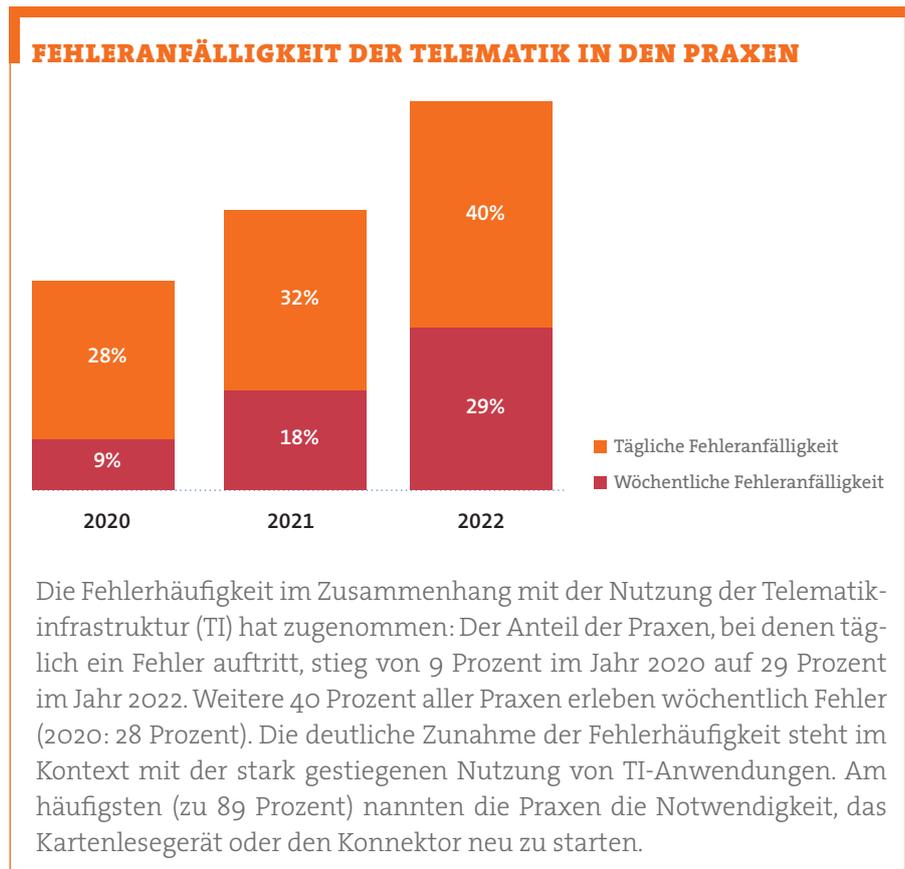
Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stehen der Digitalisierung überaus aufgeschlossen gegenüber – wenn sie den Arbeitsalltag erleichtert, Bürokratie abbaut, ihren Patienten nutzt und funktioniert.

In den letzten Jahren wurden jedoch gut funktionierende analoge Prozesse in den Praxen durch digitalisierte Formulare ersetzt, ohne die Prozesse konsequent zu durchdenken. Dabei herausgekommen ist eine irrsinnige Digital-Bürokratie, die die ärztliche und psychotherapeutische Zeit für Patientinnen und Patienten fahrlässig schrumpfen lässt. Das können wir uns als Gesundheitssystem und als Gesellschaft nicht leisten.

Hinzu kommt, dass die digitalen Formulare wie zum Beispiel die eAU oder das eRezept in einer inakzeptabel instabilen Telematikinfrastruktur ausgestellt und elektronisch unterschrieben werden müssen. Das jüngst veröffentlichte „PraxisBarometer Digitalisierung“ der KBV zeichnet ein verheerendes Bild: Bei 29 Prozent der Praxen tritt täglich ein Fehler bei der Nutzung der Telematik auf (siehe Kasten).

Darüber hinaus nimmt der Signier- und Versandvorgang mit ca. 30 Sekunden noch zu viel Zeit in Anspruch.

Die Digitalisierung wird nur unter Einbindung der Ärzte- und Psychotherapeuten gelingen. Dazu ist unerlässlich, dass das bestehende System auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen optimiert wird – und neue Anwendungen erst dann im



Quelle: IGES: PraxisBarometer Digitalisierung 2022. Befragung von Vertragsärztinnen/-ärzten und Vertragspsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten im Auftrag der KBV, Grundlage: repräsentative Befragung von fast 2.500 Praxen

großen Stil eingeführt werden, wenn sie durch intensives Testen und Nachbessern praxistauglich gemacht worden sind und verlässlich laufen.

Politik und Gematik müssen das zerrüttete Vertrauen der Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit nachhaltigen und Nutzen stiftenden Lösungen für Behandler und Patienten neu aufbauen.

Damit die Digitalisierung einen echten Nutzen in der Versorgung entfalten kann, darf sie nicht nur für die

Digital-Affinen oder Digital Natives chic sein, sondern sie muss auch für jene Patientinnen und Patienten nutzbar werden, die am meisten davon profitieren könnten: zum Beispiel schwer kranke Menschen oder Personen in Pflegeheimen. Wenn das funktioniert, braucht man sich um die Akzeptanz der Digitalisierung im Gesundheitswesen keine Sorgen mehr zu machen. ■

CAROLINE ROOS, stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg



**TOP
EVENT**

**Lernen Sie
uns kennen!**

„KVH stellt sich vor“

22. April 2023 - 9 bis 13 Uhr

5 Fortbildungspunkte • Anmeldung: www.kvhh.de



VON DR. MED. CLAUDIA HAUPT

„Das von Ihnen verordnete Mittel haben wir nicht“

Was bedeutet der Mangel an kindgerechten Antibiotika für die Versorgung? Das Management der Engpässe kostet Zeit. Eine Verordnung von Medikamenten der ersten Wahl ist oft nicht möglich. Und wenn die ambulante Antibiose nicht mehr sichergestellt werden kann, werden Kinder ins Krankenhaus eingewiesen.

Die Verfügbarkeit von Antibiotika ist in der ambulanten Pädiatrie schon seit Monaten stark eingeschränkt. Ich möchte vorwegschicken: Wir verordnen Antibiotika sehr zurückhaltend. Wenn wir es tun, ist es unserer Einschätzung nach wirklich notwendig: beispielsweise bei bakterieller Lungenentzündung, fortgeschrittener Mittelohrentzündung, hochfieberhafter Scharlacherkrankung oder hochfieberhafter Harnwegsinfektion.

Antibiotic Stewardship bedeutet aber auch, Medikamente mit möglichst eng auf die jeweilige Indikation ausgerichteten Wirkspektrum zu verordnen. Das ist in der aktuellen Mangelsituation oftmals nicht möglich.

Schwer erhältlich sind Amoxicillin, Amoxicillin Clavulansäure, die meisten Cephalosporine, Penicillin V Saft und sogar das von uns manchmal zum Ausweichen benutzte Azithromycin – alles Antibiotika, die wir häufig brauchen.

Wenn ich diese Mittel verordne, weiß ich: Die Eltern werden das Rezept mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht problemlos einlösen können.

Eltern mit guten Sprachkenntnissen, denen wir eine gewisse Hartnäckigkeit zutrauen, schicken wir los, um Rezepte auf eigene Faust einzulösen. Das ist nicht einfach. Manchmal gelingt es erst in der sechsten oder siebten Apotheke.

Wenn verzweifelte Eltern in der Apotheke stehen, rufen Mitarbeiter:innen bei uns in der Praxis an und fragen nach Alternativen: „Das von Ihnen verordnete Mittel haben wir nicht. Was können wir stattdessen rausgeben?“ Dann geht es einige Male hin und her: Haben Sie dies? Haben Sie jenes? Wenn ein passendes Mittel gefunden wird, stellen wir ein neues Rezept aus, das wir per Fax an die Apotheke schicken und dann noch im Original per Post nachsenden müssen.

Für Familien, denen die Suche beispielsweise aufgrund einer Sprachbarriere nicht zuzumuten ist, übernehmen unsere Mitarbeiterinnen die telefonische Suche nach einem verfügbaren Medikament.

Einige Apotheken aus der Nachbarschaft haben wir gebeten, uns am Montagmorgen mitzuteilen, wie viele Fläschchen von welchem Antibiotikum in welcher Dosierung sie vorrätig haben oder in den nächsten Tagen bereitstellen können. So können wir Eltern öfter gezielt in eine bestimmte Apotheke schicken. Oder die Apotheke bitten, ein Mittel für eine bestimmte Familie zu reservieren.

Das alles ist ein Riesen-Aufwand. Und der Mangel hat Folgen für die Versorgung: Teilweise müssen wir

Mengen nehmen, die nicht passen: etwa zwei kleine Flaschen, weil eine größere nicht verfügbar ist – was unter normalen Umständen als unwirtschaftlich gelten würde. Manchmal sind wir gezwungen, Mittel zu verordnen, die nicht erste Wahl sind oder nicht das engste Wirkspektrum aufweisen.

Und die Unsicherheit wächst: Ich habe von Kolleg:innen gehört, die Kinder ins Krankenhaus einweisen mussten, weil die ambulante Antibiose nicht mehr sichergestellt werden konnte.

Das Bundesgesundheitsministerium will mit einem Gesetz dafür sorgen, dass insbesondere Kinderarzneimittel verlässlicher verfügbar werden. Ich würde mir darüber hinaus eine schnelle Initiative wünschen, die wichtigsten Arzneimittel auf dem internationalen Markt zu beschaffen. Denn so kann es nicht weitergehen, und die gesetzlichen Maßnahmen werden wohl erst mittelfristig greifen. ■



DR. MED. CLAUDIA HAUPT, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Blankenese und Hamburger Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)



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**

ABRECHNUNG

Ich bin Psychiaterin. Ich habe gehört, dass die psychiatrische Kontrolluntersuchung nicht mehr gesondert abrechnungsfähig ist. Stimmt das?

Ja. Die befristet in den EBM aufgenommene psychiatrische sowie die neurologische Kontrolluntersuchung werden zum 1. April in die jeweilige Grundpauschale überführt. Somit entfallen die Gebührenordnungspositionen (GOP) 16223 für die psychiatrische Kontrolluntersuchung und die GOP 21235 für die neurologische Kontrolluntersuchung. Diese waren im Zuge der Weiterentwicklung des EBM zum 1. April 2020 befristet in den EBM aufgenommen worden. Die Leistungsinhalte der gestrichenen GOP 16223 und 21235 werden als fakultative Leistungen in die Grundpauschale der Kapitel 16 und 21 aufgenommen.

PSYCHOTHERAPIE

Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Mein Patient hat seine Psychotherapie für mehr als sechs Monate unterbrochen. Kann die Behandlung fortgesetzt werden?

Die Unterbrechung einer laufenden Psychotherapie für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr ist nur dann zulässig, wenn dies besonders begründet ist. Daher muss mit der Krankenkasse geklärt werden, ob die Psychotherapie fortgeführt werden kann oder nicht. Die Kontaktaufnahme kann hierbei formlos erfolgen.

Die Durchführung von genehmigten Stunden einer Rezidivprophylaxe gemäß § 14 der Psychotherapie-Richtlinie bleibt hiervon unberührt. Hierfür vorgesehene Stunden können bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden.

VIDEOSPRECHSTUNDE

Kann der Zuschlag für die Authentifizierung unbekannter Patienten weiterhin abgerechnet werden?

Ja, für die Authentifizierung von unbekanntem Patienten erhalten Sie weiterhin einen Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Hierfür bringen Sie die GOP 01444 in Ansatz. Diese ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Authentifizierung soll perspektivisch auf Basis von digitalen Versichertenidentitäten erfolgen. Da diese noch nicht zur Verfügung stehen, müssen Sie die Daten der elektronischen Gesundheitskarte wei-

terhin händisch erfassen. In der Videosprechstunde gilt ein Patient als „unbekannt“, wenn er im laufenden Quartal oder im Vorquartal noch nicht persönlich bei Ihnen war.

Die Regelung wurde vom Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2023 verlängert. Bis zum 30. September prüft der Bewertungsausschuss, ob eine weitere Verlängerung der Befristung erforderlich ist.

Hinweis: Die Abrechnung ist mit der Pseudo-GOP 88220 zu kennzeichnen, wenn der Patient in einem Quartal ausschließlich „digital“ in der Videosprechstunde behandelt wird.

VERORDNUNG WÄHREND VIDEOSPRECHSTUNDE

Ist es möglich, Verordnungen von Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege auch in der Videosprechstunde auszustellen?

Ja. Sie dürfen künftig auch in der Videosprechstunde Heilmittel, häusliche Krankenpflege oder eine medizinische Rehabilitation verordnen. Voraussetzung hierbei ist, dass Ihnen der Patient bekannt ist. Eine Verordnung in der Videosprechstunde für unbekannte Patienten ist nicht zulässig. Bei der Verordnung von Heilmitteln sowie der häuslichen Krankenpflege darf es sich zudem nicht um eine erstmalige Verordnung handeln.

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNG

Ist die Erstverordnung einer Digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) weiterhin gesondert abrechnungsfähig?

Nein. Die gesonderte Abrechnung bezüglich der Erstverordnung einer DiGA war bis zum 31. Dezember 2022 befristet. Somit sind die GOP 01470 und die Pauschale 86701 nicht länger gesondert berechnungsfähig. Die Leistung bildete die Besonderheit der ärztlichen Verordnung

in der Einführungsphase der DiGA als neue Versorgungsform ab. Seit dem 1. Januar ist das Ausstellen einer Erstverordnung einer DiGA in den Anhang 1 des EBM überführt worden und somit Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen sowie weiterer Leistungen des EBM. Dies gilt allerdings nicht für die Verlaufskontrolle und deren Auswertung. Hierfür kann seit dem 1. Mai 2022 die GOP 86700 in Ansatz gebracht werden.

ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Gibt es eine Höchstdauer, für die ich einem Patienten die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen darf?

Die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für mehr als zwei Wochen bescheinigt werden. In besonderen Fällen kann eine Arbeitsunfähigkeit bis zu einer Dauer von einem Monat bescheinigt werden, wenn es aufgrund der Erkrankung oder des Krankheitsverlaufs sachgerecht ist. Kann zum Zeitpunkt der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bereits eingeschätzt werden, dass die Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf des bescheinigten Zeitraums enden wird oder tatsächlich geendet hat, ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als Endbescheinigung zu kennzeichnen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Florian Doß, Damla Eymur, Natalie Wawrzeniez



VON JULIA STEIN UND JULIA ZELLMER

Was heißt hier „Garantiequote“?

Zu den Mechanismen der Honorarverteilung, zu den gesunkenen Garantiequoten und zur Auszahlungsquote haben uns in letzter Zeit viele Fragen erreicht. Wir haben die wichtigsten Aspekte für Sie zusammengefasst.

WAS IST EINE GARANTIEQUOTE?

Der Verteilungsmechanismus für budgetiertes Honorar wurde im Januar 2021 auf Beschluss der Vertreterversammlung geändert. Seither gibt es eine Garantiequote, die den KV-Mitgliedern vor Quartalsbeginn durch Veröffentlichung auf der Homepage mitgeteilt wird. Siehe: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Abrechnung und Honorar → Garantiequoten

Die Garantiequote garantiert die Vergütung von Leistungen zu einem festgelegten Prozentsatz. Es handelt sich um eine Mindest-Quote: Jede der Leistungen wird mindestens zu diesem Prozentsatz bezahlt. Die Auszahlungsquote (also die Quote, zu der die abgerechneten Leistungen am Ende tatsächlich bezahlt werden) kann höher ausfallen – aber nicht niedriger.

Für alle Mitglieder einer Arztgruppe gilt die gleiche Garantiequote.

WIE WIRD DIE GARANTIEQUOTE BERECHNET, UND WELCHE FAKTOREN BEEINFLUSSEN SIE?

Die Höhe der Garantiequote orientiert sich im ersten Schritt an der Auszahlungsquote der jeweiligen Arztgruppe* im Vorjahresquartal. Um mögliche Schwankungen je Quartal und Arztgruppe einzukalkulieren, werden Veränderungen der Honoraranforderung und -auszahlung des Vorjahresquartals zu vergangenen Quartalen berücksichtigt. Zudem werden etwaige Ein-/Ausdeckelungen einberechnet (also Leistungen, die

zuvor extrabudgetär bezahlt wurden und jetzt im Budget sind – oder umgekehrt) sowie Sicherheitsabschläge vorgenommen. Letzteres dient dazu, Schätzungsungenauigkeiten abzufedern.

Berechnung der Garantiequote:

$$\begin{aligned} & \text{Auszahlungsquote der Arztgruppe im} \\ & \text{Vorjahresquartal} \\ + / - & \text{ Veränderung Honoraranforderung} \\ & \text{(geschätzt – inkl. Ein-/Ausdeckelungen)} \\ + / - & \text{ Veränderung Geldmenge} \\ & \text{(geschätzt – inkl. Ein-/Ausdeckelungen)} \\ - & \text{ Sicherheitsabschläge} \\ = & \text{ Garantiequote} \end{aligned}$$

Eine Erläuterung der beeinflussenden Faktoren wird ab sofort durch die KV Hamburg gemeinsam mit den Garantiequoten veröffentlicht. Bitte beachten Sie: Ein Vergleich der Garantiequoten verschiedener Quartale innerhalb eines Jahres ist kaum möglich, da die Einflüsse saisonal unterschiedlich stark ausgeprägt sein können.

WAS IST DIE AUSZAHLUNGSQUOTE, UND WARUM UNTERSCHIEDET SIE SICH GGF. VON DER GARANTIEQUOTE?

Die Garantiequote ist die Quote, die die KV Hamburg garantiert – weniger kann es in keinem Fall werden! Die Auszahlungsquote hingegen ist das Endergebnis zum Zeitpunkt der Honorarauszahlung. Sie stellt das Verhältnis der Auszahlung zur

* Ausgenommen hiervon sind die Arztgruppen der Humangenetiker, Pathologen, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner, MKG-Chirurgen und "übrige ermächtigte Einrichtungen" sowie die Leistungskontingente Laborgemeinschaft Hausärzte und Laborgemeinschaft Fachärzte.

Honoraranforderung dar. Die Auszahlungsquote kann höher ausfallen, wenn nach Erreichen der Garantiequote noch Geld im Kontingent der Arztgruppe übrig ist – denn das zahlen wir selbstverständlich aus. Reicht das Geld jedoch nicht aus, um die Garantiequote zu bedienen, werden die fehlenden Finanzmittel dem entsprechenden Honorarausgleichsfonds entnommen.

AUF WELCHEN TEIL DES HONORARS BEZIEHT SICH DIE GARANTIEQUOTE?

Die Garantiequote für Ihre Arztgruppe, die Sie vor Quartalsbeginn auf der Homepage der KV Hamburg finden, bezieht sich auf einen Teil Ihrer abgerechneten Leistungen (siehe Grafik, hellblau hinterlegt).

Die Garantiequote gilt für einen Teil des budgetierten Honorars („morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ - MGV).

Die anderen Teile der MGV unterliegen anderen gesetzlichen Regelungen und werden zu anderen Quoten vergütet (z.B. Wirtschaftlichkeitsbonus Labor zu mindestens 89 Prozent oder Kostenpauschalen nach Kap. 40 zu 100 Prozent).

Hinzu kommt noch Honorar, das extrabudgetär von den Krankenkassen vergütet wird („extrabudgetäre Gesamtvergütung“ - EGV). Die EGV-Leistungen werden immer zum vollen Preis vergütet. Zur EGV zählen beispielsweise Prävention, Impfungen und die Leistungen im Rahmen des TSVG. Fortsetzung nächste Seite →

Wie setzt sich mein Honorar zusammen?

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Garantiequote

- Verbleibende MGV-Leistungen
- Histologie/Zytologie
- Eigenlabor

Budgetierte Leistungen außerhalb der Garantiequote

- Wirtschaftlichkeitsbonus Labor
- Genetisches Labor
- Labor Muster 10

100% Vergütung

- Leistungen des Notfalldienstes
- Pauschale fachärztliche Grundversorgung
- Kostenpauschale Kap. 40 EBM

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)

100% Vergütung

- Verbleibende EGV-Leistungen
- Telematik
- Versorgungsverträge
- Einzelkosten
- Besuche im Notfalldienst
- Haus- und Heimbesuche
- Prävention
- DMP
- Impfungen
- Leistungen im Rahmen TSVG



→ **WARUM SIND DIE GARANTIEQUOTEN ABGESUNKEN?**

Die Garantiequoten sind im Vergleich zu den Vorjahren abgesunken. Dieser Vergleich ist allerdings schwierig, denn die Situation war außergewöhnlich, als die Garantiequoten 2021 eingeführt wurden. Das hatte im Wesentlichen zwei Gründe: Einerseits rechneten die Ärztinnen und Ärzte in der ersten Phase der Pandemie weniger Leistungen ab, denn aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen und des Lockdowns kamen weniger Patienten in die Praxen. Andererseits wurde in dieser Zeit der Honorarausgleichsfond abgeschmolzen – also jene Rückstellung, mit der unerwartete Entwicklungen im Honorargeschehen ausgeglichen werden. Die Gelder aus dem Honorarausgleichsfond flossen in die Kontingente der Arztgruppen ein, womit mehr Geld für die Verteilung zur Verfügung stand. Diese beiden Einflussfaktoren führten zu hohen Auszahlungsquoten und, weil sich die Garantiequoten an den Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals orientieren, zu hohen Garantiequoten im Folgejahr.

Dann kehrte sich die Entwicklung um: Die freigegebenen Gelder aus dem Honorarausgleichsfond waren aufgebraucht, es stand die herkömmliche Höhe des Geldes für die Verteilung zur Verfügung. Gleichzeitig nahm die Zahl der Patientinnen und Patienten in den Praxen zu, der Leistungsumfang erhöhte sich. Damit sanken die Auszahlungsquoten und in der Folge auch die Garantiequoten. Allerdings sind die aktuellen Auszahlungsquoten in der längeren Rückschau nicht unterdurchschnittlich niedrig – sie haben sich wieder den Werten der Zeit angeglichen, bevor die Honorarverteilung umgestellt wurde.

WIE WIRKT SICH DAS ENDE DER NEUPATIENTENREGELUNG AUF DIE GARANTIEQUOTE AUS?

Die Beendigung der Neupatientenregelung im Rahmen des TSVG zum 1. Quartal 2023 hat die Rückführung der Neupatienten in den budgetierten Bereich zur Folge. Die seinerzeit vorgenommene Bereinigung wurde rückgängig gemacht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Erhöhung der Geldmenge nicht im gleichen Verhältnis zu der erwarteten Anforderungssteigerung für neue Patienten steht. ■

Honorarberatung in der Abteilung Mitgliederservice und Beratung: Wir beraten Sie gern persönlich zu den Mechanismen der Honorarverteilung, zu Ihrer Abrechnung und zu Ihrem Honorarbescheid.

Ansprechpartner:
Abteilung Mitgliederservice und Beratung
mitgliederserviceundberatung@kvhh.de
 Tel: 040 / 22 802 - 802
Nutzen Sie gern auch unser Kontaktformular, um uns außerhalb der Bürozeiten Ihr Anliegen zu übermitteln:
<https://www.kvhh.net/de/mitgliederservice.html>

Weitere Informationen zu den Garantiequoten:
www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Abrechnung & Honorar → Garantiequoten



Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

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

Doc Hopper Verdachtsfälle

vertretungsweise alle 5-6 Monate nach 50 Tbl. Diazepam 10. Er macht falsche Angaben zu der behandelnden Praxis.

60-jähriger Patient, BEK, PLZ 22179

Der Patient hat 2021 von insgesamt 5 Praxen mehr als 2800 Tbl. Pregabalin 300 bekommen.

Nur vereinzelte Patienten (2021 waren es 22) suchten mindestens 4 Praxen auf, um mehr Zopiclon (maximal über 2500 Tbl. zu 7,5mg) zu bekommen.

Andere Arzneimittelmissbrauch-Verdachtsfälle

27-jähriger Patient, AOK Bayern, PLZ 22765

Der ungepflegte und intoxikiert wirkende Patient wünscht „gegen seine Beschwerden“ Bromazepam; er kann keine genaueren Angaben machen.

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

34-jähriger Patient, TK, PLZ 20249

Der Patient hat in mehreren Praxen Zopiclon gefordert.

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

51-jähriger Patient, TK, PLZ 21037

Der Patient wirkt verlangsamt und fragt

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**



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Traumatische Meniskusrisse bei jungen Menschen: Konservativ behandeln oder operieren?

**VON ROLAND BÜCHTER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)**



Vor 50 Jahren erforderte ein Eingriff am Meniskus die Operation am offenen Knie. Die Indikation war auf Situationen beschränkt, in denen das Knie zum Beispiel durch einen Korbhenkelriss blockiert war – und nicht mehr vollständig gestreckt werden konnte. Mit dem Einzug arthroskopischer Techniken wurde die Indikation stetig ausgeweitet [1]. Technische Innovationen allein bedeuten aber noch keinen Fortschritt. Erst die Kombination von Innovation plus Evaluation stellt tatsächlichen Fortschritt sicher [2].

Für degenerative Meniskusrisse ist lange belegt, dass arthroskopische Eingriffe keine oder nur minimale und temporäre Linderung bieten [3,4]. Bei traumatischen Meniskusrissen, die meist Folge arbeits- oder sportbedingter Verletzungen bei jüngeren Menschen sind, wird ein Eingriff mitunter als unumgänglich angesehen. So heißt es in der Einleitung der Konsensus-Leitlinie der

Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) von 2018: „Generell gilt aber weiterhin, dass bei einem akuten, traumatischen Meniskusschaden von einer konservativen Therapie Abstand genommen werden sollte“ [5]. Randomisierte kontrollierte Studien, die eine solche Empfehlung stützen würden, gab es bis vor kurzem nicht [6]. Dies hat sich mit der 2022 veröffentlichten DREAM-Studie geändert (DREAM: Danish RCT on Exercise versus Arthroscopic Meniscal Surgery for Young Adults) [7].

WAS WURDE IN DREAM UNTERSUCHT?

In DREAM wurden 121 Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 40 Jahren mit traumatischen Meniskusrissen zu operativer oder konservativer Behandlung randomisiert und für 12 Monate nachbeobachtet. Die schmerzhaften Risse wurden sowohl klinisch (positiver Thessaly- oder McMurray-Test) als auch mittels MRT verifiziert. Personen mit Kreuz- oder Außenbandrissen wurden ausgeschlossen.

Die Operateurinnen und Operateure entschieden sich während der Arthroskopie anhand ihrer klinischen Einschätzung für eine partielle Meniskektomie (mit anschließender Edukation) oder eine Meniskusreparatur (mit anschließender Rehabilitation). Konservativ behandelte Patientinnen und Patienten erhielten eine in Gruppen angebotene 12-wöchige Physiotherapie mit zwei 60 bis 90-minütigen Therapieeinheiten pro Woche. Die darin enthaltenen neuromuskulären Übungen und Kraftübungen wurden im Schweregrad individualisiert.

Drei Viertel der Patientinnen und Patienten in DREAM hatten traumatische Risse (zum Beispiel Sportunfall) oder semi-traumatische Risse (zum Beispiel Knie verdreht). Die Beschwerdedauer lag typischerweise zwischen 0 und 6 Monaten, in etwa 50% der Fälle lagen gelegentliche Einklemmungssymptome vor. Die Adhärenz mit der konservativen Behandlung lag bei 59% (definiert als mindestens 18 von 24 Teilnahmen an den Therapiesitzungen). Die arthroskopische Behandlung bestand in etwa 70% der Fälle in einer Meniskus-Teilresektion; nur in etwa 10% war eine alleinige Naht des Meniskus ausreichend.

Der primäre Endpunkt der Studie war der Gruppenunterschied in der Besserung der Kniebeschwerden von Baseline zu 12 Monaten. Gemessen wurden die Beschwerden mit dem Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS4). Dieser validierte Fragebogen

bildet unter anderem Symptome (z.B. Schmerzen, Klicken, Geräusche), Beweglichkeitseinschränkungen, Steifigkeit sowie Einschränkungen in der Freizeit und beim Sport ab (Skala: 0 bis 100; 100 = absolute Beschwerdefreiheit). Laut Autorengruppe sind Veränderungen von 10 oder mehr Punkten spürbar und damit klinisch relevant. Dies deckt sich mit der Literatur, wobei es kaum Daten zur Bestimmung klinischer Relevanzgrenzen bei Populationen mit Meniskusrissen gibt [8].

KONSERVATIVE THERAPIE ZEIGT SICH ALS GEEIGNETE BEHANDLUNGSOPTION

Die KOOS4-Werte besserten sich innerhalb von 12 Monaten im Mittel um 19,2 Punkte (Meniskus-Operation) bzw. 16,4 Punkte (konservative Behandlung). Im Durchschnitt lagen sie zu Baseline bei 56 Punkten und nach 12 Monaten bei 75 Punkten, wobei die Besserung

TABELLE: ERGEBNISSE NACH 12 MONATEN

	Konservative Therapie (n = 61)		Operation (n = 60)		Unterschied, adjustiert* (95%-KI)
	Baseline (SD)	12 Monate (95 %-KI)	Baseline (SD)	12 Monate (95 %-KI)	
KOOS ₄ ^{ab}	53,1 (16,7)	69,8 (65,0 bis 74,5)	58,6 (15,1)	79,7 (74,3 bis 85,1)	5,4 (-0,7 bis 11,4)
Schmerzen ^b	63,7 (18,1)	77,5 (73,1 bis 82,0)	69,0 (15,4)	86,4 (81,8 bis 91,0)	6,0 (0,4 bis 11,7)
Symptome ^b	68,1 (17,4)	79,4 (75,2 bis 83,7)	69,5 (16,5)	85,1 (80,9 bis 89,2)	5,1 (0,0 bis 10,2)
ADL ^b	74,7 (19,6)	85,6 (81,6 bis 89,6)	78,3 (16,2)	91,7 (88,2 bis 95,3)	4,4 (-0,3 bis 8,8)
Freizeit und Sport ^b	38,3 (23,7)	62,6 (55,8 bis 69,4)	46,5 (24,3)	74,9 (67,6 bis 82,2)	6,2 (-2,2 bis 14,7)
LQ ^b	42,1 (18,4)	58,9 (53,4 bis 64,3)	49,6 (16,8)	71,1 (64,1 bis 78,1)	6,8 (-0,9 bis 14,5)

ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens; KI: Konfidenzintervall; KOOS: Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score; LQ: gesundheitsbezogene Lebensqualität; SD: Standardabweichung

* Gruppenunterschied der Verbesserung von Baseline zu 12 Monaten; adjustiert nach Alter, Geschlecht, Studienzentrum

^aKOOS4: Umfasst "Schmerzen", "Symptome", "Freizeit und Sport" und "gesundheitsbezogene Lebensqualität"

^bSkalenbereich: 0 bis 100 (100 entspricht maximaler Beschwerdefreiheit); für Patient:innen spürbar sind Veränderungen von ≥ 10 Punkten.



hauptsächlich in den ersten 3 bis 6 Monaten eintrat. KOOS-Referenzwerte aus jungen und gesunden Populationen liegen im Bereich von 90 Punkten [9,10]. Die vollständigen Ergebnisse für den primären und die sekundären Endpunkte finden sich in der Tabelle (siehe Seite 23).

Der nach Alter, Geschlecht und Studienzentrum adjustierte Gruppenunterschied für den primären Endpunkt lag numerisch bei 5,4 Punkten zugunsten der Operation und war nicht statistisch signifikant. Das 95%-Konfidenzintervall reichte von -0,7 bis 11,4 und schloss einen klinisch relevanten Unterschied zwischen den Gruppen von 10 Punkten damit annähernd aus.

Von den Patientinnen und Patienten, die zur konservativen Therapie randomisiert wurden, entschieden sich 26% (16 von 61) im Studienverlauf für eine Operation; 13% der zur Operation randomisierten Teilnehmenden entschieden sich dann doch gegen eine Operation (8 von 60).

Der Gruppenunterschied aus der oben berichteten Intention-to-treat-Analyse (Auswertung unter Einhaltung der Randomisierung) war konsistent mit Ergebnissen aus Per-Protokoll-Analysen (Ausschluss von Therapiearmwechslern und Personen mit niedriger Adhärenz) und As-treated-Analysen (Vergleich operierter und nicht-operierter Personen unter Verletzung der Randomisierung).

Die DREAM-Studie hatte keinen Sham-Arthroskopie-Arm, der eine Differenzierung von spezifischen und unspezifischen Effekten der Operation (Placebo- bzw. Kontexteffekten) erlaubt hätte. Bemerkenswert ist jedoch die große Transparenz der Studienunterlagen sowie die methodische Rigorosität, mit der die Forschergruppe vorgegangen ist. Beispielsweise hat die Autorengruppe den Ergebnisbericht für den primären Endpunkt der

Studie verblindet verfasst, um den Einfluss persönlicher Vorannahmen bei der Interpretation zu begrenzen.

DIE BEHANDLUNG TRAUMATISCHER MENISKUSRISSE IST EINE PRÄFERENZSENSITIVE ENTSCHEIDUNG

In der Gesamtschau zeigt diese gut gemachte und transparent berichtete Studie, dass sowohl eine konservative als auch eine operative Behandlung traumatischer Meniskusrisse geeignete Therapiealternativen sind. Die Behandlungswahl ist eine klassische präferenzsensitive Entscheidung, die am besten unter partizipativer Entscheidungsfindung getroffen wird. Die Ergebnisse der DREAM-Studie können diese Entscheidung im Konsultationsgespräch stützen.

Die Präferenzsensitivität der Entscheidung ergibt sich neben praktischen Aspekten auch aus den Risiken einer Operation. So ist bei jeweils etwa 1000 partiellen Meniskektomien mit einer Lungenembolie und einer septischen Arthritis zu rechnen [11]. Die Nachbeobachtungsdauer von einem Jahr in der DREAM-Studie war deutlich zu kurz, um das Arthrose-Risiko abschätzen zu können. Nach anderen Untersuchungen können Meniskusteilresektionen jedoch zu Knorpelschäden führen und das Risiko für Kniearthrose und einen Gelenkersatz um etwa 25% erhöhen [3,12,13].

Die unterschiedlichen Präferenzen zeigen sich mitunter auch in den Gründen, aus denen sich einige Studienteilnehmende in DREAM nach der Randomisierung für einen Therapiewechsel entschieden haben. Darunter befanden sich zum einen (mitunter ausgeprägte) Beschwerden, die sich unter konservativer Behandlung nicht besserten und den Wunsch nach einer OP begründeten, zum ande-

ren rasche Besserungen der Beschwerden vor dem geplanten OP-Termin. Auch persönliche Gründe wie Angst vor der Operation oder berufliche Hintergründe wurden von den Studienteilnehmenden genannt. Einige Patientinnen und Patienten, die für die Studie infrage gekommen wären, ließen sich zudem nicht für eine Teilnahme gewinnen, weil sie eine klare Präferenz für die eine oder die andere Behandlung hatten.

Für Patientinnen und Patienten, die eine OP eher ablehnen, ist die Physiotherapie eine gute Alternative – zumal der Meniskus bei anhaltenden Beschwer-

den später immer noch operiert werden kann. Wie vor 50 Jahren sollten wohl auch heute nur wenige Gründe, wie beispielsweise eine absolute Knieblockade, als starke Indikation für eine Meniskusoperation betrachtet werden. ■

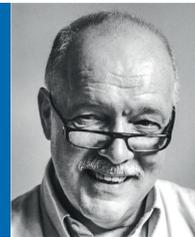


ROLAND BÜCHTER

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Institut für Qualität
und Wirtschaftlichkeit im
Gesundheitswesen (IQWiG)
roland.buechter@iqwig.de

Quellen:

1. Järvinen TLN, Guyatt GH. Surgery: Falling out of love with knee arthroscopy. *Nat Rev Rheumatol* 2017; 13(9): 515-516. <https://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2017.106>
2. Glasziou P. Most innovations are not advances: innovation + evaluation = progress. *BMJ Opinion*: 2013. URL: <https://blogs.bmj.com/bmj/2013/01/14/paul-glasziou-most-innovations-are-not-advances-innovation-evaluation-progress/>
3. O'Connor D, Johnston RV, Brignardello-Petersen R et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee disease (osteoarthritis including degenerative meniscal tears). *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 3(3): Cd014328. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.Cd014328>
4. Wijn SRW, Hannink G, Østerås H et al. Arthroscopic partial meniscectomy vs non-surgical or sham treatment in patients with MRI-confirmed degenerative meniscus tears: a systematic review and meta-analysis with individual participant data from 605 randomised patients. *Osteoarthritis Cartilage* 2023; 13 January [ahead of print]. doi: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2023.01.002>
5. Siebert CH, Becker R, Buchner M et al. S2k-Leitlinie Meniskuserkrankung: konservative und operative Therapie. *Z Orthop Unfall* 2018; 156(3): 324-329. <https://dx.doi.org/10.1055/s-0044-101558>
6. Thorlund JB, Juhl CB, Ingelsrud LH et al. Risk factors, diagnosis and non-surgical treatment for meniscal tears: evidence and recommendations: a statement paper commissioned by the Danish Society of Sports Physical Therapy (DSSF). *Br J Sports Med* 2018; 52(9): 557-565. <https://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2017-098429>
7. Skou ST, Hölmich P, Lind M et al. Early Surgery or Exercise and Education for Meniscal Tears in Young Adults. *NEJM Evidence* 2022; 1(2): EVIDoA2100038. <https://dx.doi.org/doi:10.1056/EVIDoA2100038>
8. Çelik D, Çoban Ö, Kılıçoğlu Ö. Minimal clinically important difference of commonly used hip-, knee-, foot-, and ankle-specific questionnaires: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 2019; 113: 44-57. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.04.017>
9. Frobell RB, Svensson E, Göthrick M et al. Self-reported activity level and knee function in amateur football players: the influence of age, gender, history of knee injury and level of competition. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2008; 16(7): 713-719. <https://dx.doi.org/10.1007/s00167-008-0509-y>
10. Paradowski PT, Bergman S, Sundén-Lundius A et al. Knee complaints vary with age and gender in the adult population. Population-based reference data for the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). *BMC Musculoskelet Disord* 2006; 7: 38. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-7-38>
11. Abram SGF, Judge A, Beard DJ et al. Adverse outcomes after arthroscopic partial meniscectomy: a study of 700 000 procedures in the national Hospital Episode Statistics database for England. *Lancet* 2018; 392(10160): 2194-2202. [https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31771-9](https://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31771-9)
12. Roemer FW, Kwok CK, Hannon MJ et al. Partial meniscectomy is associated with increased risk of incident radiographic osteoarthritis and worsening cartilage damage in the following year. *Eur Radiol* 2017; 27(1): 404-413. doi: <https://doi.org/10.1007%2Fs00330-016-4361-z>
13. Park CM, Ryoo S, Choi M et al. Total Knee Replacement After Arthroscopic Meniscectomy in Knee Osteoarthritis: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *J Korean Med Sci* 2023; 38:e6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2023.01.002>



Geheimhaltung greift um sich

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

Ein Fußballspieler kracht im WM-Endspiel 2014 Kopf an Kopf mit einem Gegenspieler zusammen, torkelt, verliert die Orientierung und fragt den Schiedsrichter, ob das hier wirklich das WM-Finale sei. Erst nach einer Viertelstunde wird er vom Feld genommen und kann sich bis heute an nichts erinnern. Vom Vortrag eines renommierten Sportmediziners über die „Rolle von Kopfbällen auf das Gehirn“ schloss die UEFA in Frankfurt jüngst sämtliche Me-

einmal 2,30 Euro, ein andermal 18,20 Euro – reine Willkür. Mitten in der Pandemie erhöhten Biontech, Moderna und Pfizer ihre Preise erheblich, zum Teil bis zum Doppelten. Bis heute sind über diese Vorgänge nur bruchstückhafte Informationen durchgesickert. Die Inhalte aller Kaufverträge sind auf Dauer geheim. Warum, was will die EU-Kommission verbergen?

Eine Hauptursache für den gegenwärtigen Medikamentenmangel sind die sogenannten

hysterie veranlasste der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Anfang 2020 ein sogenanntes Open-House-Verfahren. Ohne jede Ausschreibung erhielt jeder Verkäufer einen Vertrag, der FFP-2-Masken für 4,50 Euro und OP-Masken für 60 Cent anbieten konnte – Wucherpreise für diese Pfennigartikel. Schon nach wenigen Tagen waren 733 Verträge mit 535 Lieferanten über mehr als 6,4 Milliarden Euro zu Stande gekommen. Aber ein großer Teil dieser Masken war minderwertig. Man schämte sich nicht, Millionen mangelhafter Masken an Pflegeheime und andere Einrichtungen zu verschicken und einen großen Teil der nutzlosen Masken an Menschen mit Behinderung, an Obdachlose und an Hartz-IV-Empfänger zu verschenken. Dann kaufte man auch noch 570.000 FFP2-Masken von der Burda GmbH, dem Arbeitgeber von Daniel Funke, dem Ehemann von Jens Spahn. Die Einzelheiten sämtlicher Kaufverträge sind geheim. Warum, was will das Bundesgesundheitsministerium verbergen?

Es folgten etwa hundert Klagen von Maskenlieferanten, weil das Ministerium ihre Rechnungen nicht bezahlt hat. Allein an die Ernst & Young Law GmbH hat das Ministerium 42 Millionen Euro für Anwaltsleistungen bezahlt, um diese Klagen abzuwehren. Auch unter Karl Lauterbach bleibt das

Eine Hauptursache für den Medikamentenmangel sind die Rabattverträge. Sämtliche Rabattverträge sind geheim. Warum? Was wollen die Krankenkassen verbergen?

dienvertreter aus. Warum, was will die UEFA verbergen?

Als die Universitätskliniken Marburg und Gießen 2006 von der Regierung Koch an den Rhön-Konzern verschert wurden, konnte der Kaufvertrag nicht öffentlich diskutiert werden, obwohl es sich hier um öffentliches Eigentum handelte. Der Kaufvertrag ist bis heute geheim! Warum, was will die Landesregierung verbergen?

Die EU-Kommission bestellte 2020 bei verschiedenen Pharmakonzernen Corona-Impfstoffe. Die gleiche Dosis Impfstoffe kostete

Rabattverträge. In diesem Fall sind die Pharmafirmen ausnahmsweise nicht die Bösen, sondern das sind die Krankenkassen. Sie haben die Pharmafirmen in einen ruinösen Preiskampf gezwungen, indem sie ihren Versicherten nur noch das billigste Medikament ersetzt haben. Viele Firmen haben daraufhin die Produktion bestimmter Generics ganz eingestellt. Sämtliche Rabattverträge aller Krankenkassen waren von Anfang an und sind bis heute geheim. Warum, was wollen die Krankenkassen verbergen?

In der allgemeinen Seuchen-

Ministerium intransparent und erklärte lapidar gegenüber der Bild-Zeitung: „Bisher sind rund 50 Vergleiche geschlossen worden. Zu den Vertragsdetails gibt das Bundesministerium für Gesundheit keine Auskunft.“ Warum, was will das Ministerium verbergen?

Geheimhaltung greift um sich. Geheimhaltung untergräbt die Dreiteilung der Gewalten. Geheimhaltung ist Gift für das Vertrauen in die demokratischen Institutionen.

Geheimhaltung ist Wasser auf die Mühlen von Verschwörungstheoretikern und Staatsverächtern.

Geheimhaltung ist außerdem eine arrogante Anmaßung von Regierungen gegenüber dem eigenen Volk, obwohl es in Artikel 20 des Grundgesetzes heißt, dass „alle Staatsgewalt vom Volke“ auszugehen hat: „Sie wird vom Volke in Wahlen und Abstimmungen und durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden

Gewalt und der Rechtsprechung ausgeübt.“

Von Geheimhaltung durch die vollziehende Gewalt ist da keine Rede.

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/>

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



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

**Sie verordnen –
wir beraten!**

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

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



Schwerpunktpraxis am Pik As sucht Medizinerin oder Mediziner



Die Schwerpunktpraxis am Pik As sucht ab April eine Medizinerin oder einen Mediziner für eine Sprechstunde wöchentlich mit einer Dauer von drei Stunden. Erfahrungen mit der Zielgruppe sind gewünscht, jedoch keine Voraussetzung. Es erwartet Sie ein erfahrenes Team, welches Sie gern am Anfang unterstützt. Die Tätigkeit in der Sprechstunde wird in Partnerschaft der KV Hamburg, der gesetzli-

chen Krankenkassen und der Hamburger Sozialbehörde mit einem Stundensatz von 70 Euro vergütet.

Die Praxis am Pik As (Neustädter Straße 31a) ist eine von drei Schwerpunktpraxen in Hamburg speziell für wohnungs- und obdachlose Personen, die einen Anspruch auf medizinische Betreuung haben, das medizinische Regelsystem aber aus verschiedenen Gründen nicht nutzen oder nutzen können. Es wird eine niedrigschwellige medizinische und psychiatrische Grundversorgung angeboten. ■

Ansprechpartnerin:
Frederike Matthies
Niedrigschwellige Hilfen
für Obdachlose
Behörde für Arbeit, Gesundheit,
Soziales, Familie und Integration
(Sozialbehörde)
teilzeitbeschäftigt: Di – Fr
Tel: 040 / 428 63 – 5468
frederike.matthies@soziales.hamburg.de

ES IST ZEIT FÜR EIN DATEN-CHECK-UP

Informieren Sie uns über Ihre Tätigkeitsschwerpunkte und Leistungen



Foto: Stocksy/Yaroslav Danylychenko



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

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

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

Infomaterial für Patienten mit Lese- und Schreibproblemen

Haben Sie Patientinnen oder Patienten, die gesundheitlich benachteiligt sind, weil sie nicht lesen und schreiben können? Mithilfe von Infomaterialien der Kampagne "Lesen & Schreiben – Mein Schlüssel zur Welt" können Sie Betroffene unterstützen.

Gesundheitskompetenz ist eng mit Schriftsprachkompetenz verknüpft. Erwachsene mit geringer Bildung leiden öfter an chronischen Krankheiten wie Rückenschmerzen oder Depressionen und gehen häufiger



zum Arzt. Oft sind sie unsicher beim Ausfüllen der Anamnesebögen, nehmen Formulare mit nach Hause oder bringen eine Begleitperson mit, die das Lesen und Schreiben für sie übernimmt.

Wenn Sie erkennen, dass Patienten Lese- und Schreibschwierigkeiten haben, können Sie auf die Kampagne hinweisen und Infomaterial ausgeben. Menschen mit Lese- und Schreibproblemen fühlen sich oft isoliert. Dabei hat in Deutschland jeder achte Erwachsene Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben. ■

Informationsmaterial bestellen:

www.mein-schlüssel-zur-welt.de → Service → Infomaterial bestellen

Ansprechpartner:
Servicebüro "Lesen & Schreiben – Mein Schlüssel zur Welt"
Ein Service des Bundesministeriums für Bildung und Forschung
Tel: 030 / 818777-170
Fax: 030 / 818777-125
partner@mein-schlüssel-zur-welt.de



MITGLIEDERBEFRAGUNG

Ihr Feedback zur Arbeit der KV

Die Mitgliederbefragung für das Jahr 2022 zeigt: An der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Verwaltungsprozesse muss die KV weiterhin arbeiten. Das Infocenter (jetzt: Mitgliederservice) konnte seine hervorragenden Beurteilungen nochmals steigern.

Zum vierten Mal hat die KV Hamburg eine Befragung ihrer Mitglieder durchgeführt. Auch für das Jahr 2022 wollten wir wissen: Wie beurteilen unsere Mitglieder die Services der KV? Welche Angebote sind ihnen wichtig? Wie können wir die Zufriedenheit der Mitglieder verbessern? Im ersten Teil des Fragebogens

ging es um die Gesamtzufriedenheit und das übergreifende Meinungsbild.

In der aktuellen Umfrage ist die Gesamtzufriedenheit der Mitglieder im Vergleich zu den beiden Vorjahren leicht gesunken und liegt deutlich über den Werten von 2019.

ÜBERGREIFENDES MEINUNGSBILD

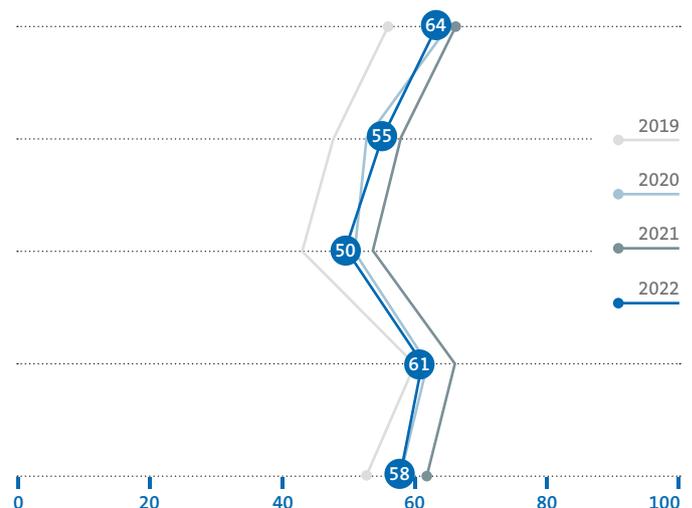
Wie zufrieden sind Sie mit den Services der KV allgemein?

Wie zufrieden sind Sie mit der politischen Arbeit des Vorstandes?

Wie zufrieden sind Sie mit der Vertretung Ihrer Interessen durch die KV?

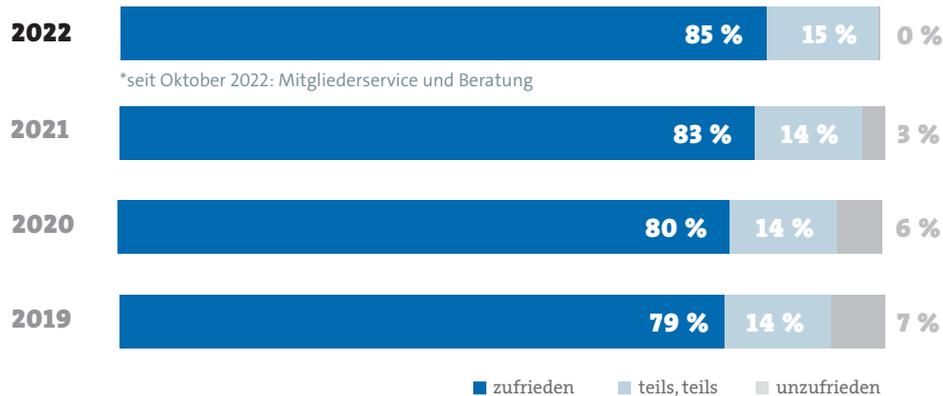
Wie zeitgemäß ist die KV heute noch?

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie die Leistungen der KV auch in Anspruch nehmen würden, wäre die Mitgliedschaft nicht verpflichtend?



Mittelwert der Variablen. 100 ist der beste Wert (sehr zufrieden), 0 ist der schlechteste Wert (völlig unzufrieden).

WIE ZUFRIEDEN WAREN SIE MIT DEM SERVICEANGEBOT DES INFOCENTER*?



Das Infocenter (jetzt: Mitgliederservice und Beratung) wird von den Mitgliedern weiterhin als positives Aushängeschild der KV wahrgenommen. Etwa 85 Prozent der Befragten sind mit dem Serviceangebot zufrieden. Damit konnte sich das Infocenter seit Beginn der Befragungen im Jahr 2019 von einem hohen Niveau ausgehend immer weiter steigern.

Auch bei den anderen Serviceangeboten der KV Hamburg wird die Freundlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Verlässlichkeit als sehr gut beurteilt. Allerdings lässt sich der Umfrage auch entnehmen, woran die KV weiterhin arbeiten muss: Am schlechtesten werden über die Service-Bereiche hinweg die

Punkte „Begleitung durch den Prozess“ und „Transparenz der Prozesse“ bewertet. Hier bleibt viel zu tun.

Zum Beispiel gilt es, an der Verständlichkeit des Honorarbescheides zu arbeiten.

Und: Bei den verschiedenen Antragsverfahren im Haus ist es wichtig, Klarheit über deren Anwendungsfälle zu geben sowie einen Überblick über die Abläufe zu verschaffen. Auch sollte die Antragsstellerin bzw. der Antragssteller Zwischenmeldungen bekommen, wie weit die Antragsbearbeitung fortgeschritten ist und wie lange die Bearbeitung noch dauert. Das brauchen wir noch, bis das Verfahren digitalisiert ist. An der Digita- →

DIE MITGLIEDERBEFRAGUNG

Die aktuelle Umfrage unter den Hamburger KV-Mitgliedern wurde wieder in Zusammenarbeit mit dem Markt- und Meinungsforschungsinstitut Splendid Research durchgeführt. Die KV-Mitglieder bekamen einen Brief zugeschickt. Mit einem persönlichen Code erhielten sie Zugang zu einem Online-Fragebogen, mit dem sie die KV und ihre Service-

Angebote bewerten und frei formulierte Kommentare schreiben konnten. Insgesamt wurden 5018 Einladungen verschickt, 490 Mitglieder haben sich an der Umfrage beteiligt. Das entspricht einem Rücklauf von 9,7 Prozent. Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 12. Dezember 2022 bis zum 15. Januar 2023.



→ lisierung der einzelnen Schritte werden wir nach und nach arbeiten.

Über konkrete Vorhaben und Fortschritte auf dem Weg zu einer größeren Serviceorientierung werden wir im *KVH-Journal* berichten.

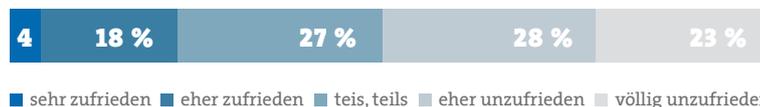
Die zentralen Inhalte unserer Mitgliederbefragung bleiben von Jahr zu Jahr unverändert, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten und Entwicklungen abbilden zu können. Allerdings werden auch Themen angesprochen, die das Erhebungsjahr in besonderer Weise prägen –

und das war 2022 die wirtschaftliche Situation der Praxen und die Proteste.

Die Befragung zeigt: Der Unmut der KV-Mitglieder über den Wegfall der Neupatientenregelung ist groß. Es ist eine vordringliche Aufgabe der KV, auf die Honorarsituation der Mitglieder aufmerksam zu machen, Protestaktionen zu unterstützen und politischen Druck aufzubauen. ■

CAROLINE ROOS, stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

SIND SIE ZUFRIEDEN MIT DER WIRTSCHAFTLICHEN SITUATION IN DER PRAXIS?



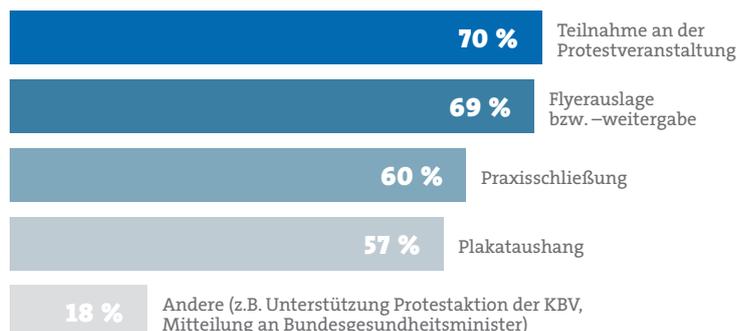
■ sehr zufrieden ■ eher zufrieden ■ teils, teils ■ eher unzufrieden ■ völlig unzufrieden

HABEN SIE SICH AM PROTEST BETEILIGT?



■ ja ■ nein

ART DER BETEILIGUNG





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Florian Giensch**
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. med. Florian Giensch**

Geburtsdatum: **04.06.1970**

Familienstand: **verheiratet, 2 Kinder**

Fachrichtung: **Chirurgie, Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie**

Weitere Ämter: **Vorsitzender der ANC Hamburg im Berufsverband Niedergelassener Chirurgen, Mitglied im BFA Fachärzte**

Hobbys: **Sport, Musik, Theater**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ich habe gewusst, worauf ich mich einlasse – insofern: Ja.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Eine Selbstverwaltung lebt vom Engagement ihrer Mitglieder. Es ist die Möglichkeit, die Bedingungen, unter denen wir als Niedergelassene tätig sind, aktiv mit zu gestalten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Eine intelligente, für Patienten und in der medizinischen Versorgung Tätige gleichermaßen gewinnbringende Digitalisierung. Eine faire, kalkulierbare, der Wichtigkeit und Qualität der im ambulanten Sektor geleisteten medizinischen Versorgung angemessene Bezahlung, die eine attraktive Vergütung aller – ärztlich und nicht-ärztlich – Tätigen in diesem Bereich ermöglicht und so einen Fortbestand der zu erhaltenden und zu schützenden Freiberuflichkeit sichert.

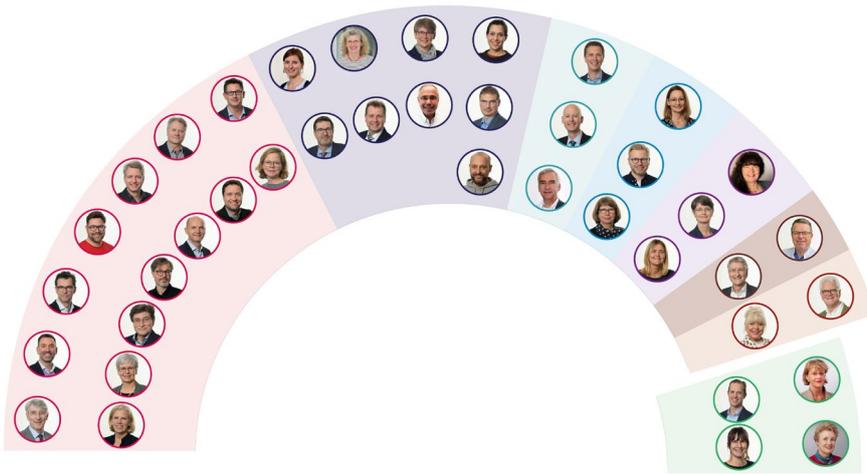
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Aktuell vor allem in der Gewinnung und Motivation von Mitarbeiterinnen.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gern verwirklichen? Weiterhin noch möglichst viel Zeit bei guter Gesundheit zu haben.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 7. Juni 2023

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 22

(Bramfeld, Steilshoop, Wellingsbüttel, Sasel, Poppenbüttel, Hummelsbüttel, Lemsahl-Mellingstedt, Duvenstedt, Wohldorf-Ohlstedt, Bergstedt)

Kreisobfrau: Dr. Maryam Khonsari
Stellvertreter: Dr. Rolf Eichenauer

Programm: TSVG, Honorar, Telematik (John Afful, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg)

Di, 11.4.2023 (19.30 Uhr s.t.)

Ort: Restaurant La Madera
Saseler Chaussee 101
22393 Hamburg

KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 28.6.2023 (18 Uhr)

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

KREIS 19

(Lohbrügge, Bergedorf, Curslack, Altenhamme, Neuengamme, Kirchwerder, Ochsenwerder, Reitbrook, Allermöhe, Billwerder, Moorflet, Tatenberg, Spadenland)

Kreisobmann: Dr. Sven-Holger Kühn
Stellvertreterin: Dr. Jutta Lipke

Programm: Update Ernährung mit Fokussierung auf Fettstoffwechselstörungen (Dr. med. Michael Burlage); „Elektronische Patientenakte“ ePA: Geniale Lösung für bessere Medizin oder drohendes Digital-Desaster? (Dr. med. Silke Lüder); Kommunikationsmöglichkeit Hausarzt-Facharzt im Kreis (Dr. med. Basem Hamzeh)

Di, 25.4.2023 (19.15 Uhr s.t.)

Ort: Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Glindersweg 80 / Konferenzraum 1 auf Ebene o in Haus B
(bitte nur mit vollständigem Impfschutz und Maske)

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Datenschutz in der Arztpraxis (online)

Mi. 5.4.2023 (9 - 14 Uhr)

Hygiene für Fortgeschrittene (online)

Mi. 3.5.2023 (14 - 18 Uhr)

Datenschutz für Fortgeschrittene (online)

Mi. 31.5.2023 (9 - 14 Uhr)

QEP® Einführungsseminar für Arztpraxen (online)

Fr. 2.6.2023 (15 - 18.30 Uhr) und Sa. 3.6.2023 (9 - 14 Uhr)

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:
Michael Bauer, Tel: 22802-388
qualitaetsmanagement@kvhh.de

ARBEITSKREIS SUCHTMEDIZIN

der KV Hamburg und der Ärztekammer Hamburg

Mo. 24.4.2023 (19.30 Uhr)

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin:
Sabine Daub
Tel: 040 / 22803 – 659
sabine.daub@kvhh.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

**Fortbildungen für Ärztinnen und
Ärzte**

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

Fortbildungen für MFA

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

Ansprechpartnerin:

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

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Cerebrale Anfälle

Differentialdiagnostische und pharmakotherapeutische Aspekte – Sinn und Unsinn von Medikamentenumstellung

Mi. 21.6.2023 (18 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Peripher vestibulärer Schwindel vs. zentraler Schwindel

Symptomatik – Differentialdiagnostik und -therapie

Mi. 30.8.2023 (18 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 15.11.2023 (18 Uhr)

7 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNG**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 9.6.2023 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 10.11.2023 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Teilnahmegebühr:

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

**Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
Humboldtstraße 56
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 (E-Mail-Adresse siehe oben).

**ULTRASCHALL-KURSE
HELIOS-KLINIK UND
AK WANDSBEK**

Teil 1

Grundlagen

Fr. 12.5.2023 (14 - 18 Uhr) /

Sa. 13.5.2023 (8 - 13.30 Uhr)

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 2

Leber, Gallenblase, Gallengang

Fr. 23.6.2023 (14 - 18 Uhr) /

Sa. 24.6.2023 (8 - 13.30 Uhr)

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Teil 3

Nieren, Harnwege, Darm

Fr. 15.9.2023 (14 - 18 Uhr) /

Sa. 16.9.2023 (8 - 13.30 Uhr)

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Helios Mariahilf Klinik HH

Teil 4

Milz, Pankreas, Schilddrüse

Fr. 17.11.2023 (14 - 18 Uhr) /

Sa. 18.11.2023 (8 - 13.30 Uhr)

14 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Asklepios Klinik Wandsbek

Teilnahmegebühr: pro Kurs € 178 bei Buchung aller vier Kurse € 592

Weitere Informationen und Anmeldung:

<https://sonoboomer.com/>

Ansprechpartner:

Dr. med. Thomas Leineweber
Helios Mariahilf Klinik Hamburg
Chefarzt Gastroenterologie/
Innere Medizin
Tel: 040 / 79006-426
thomas.leineweber@sonoboomer.com



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!