

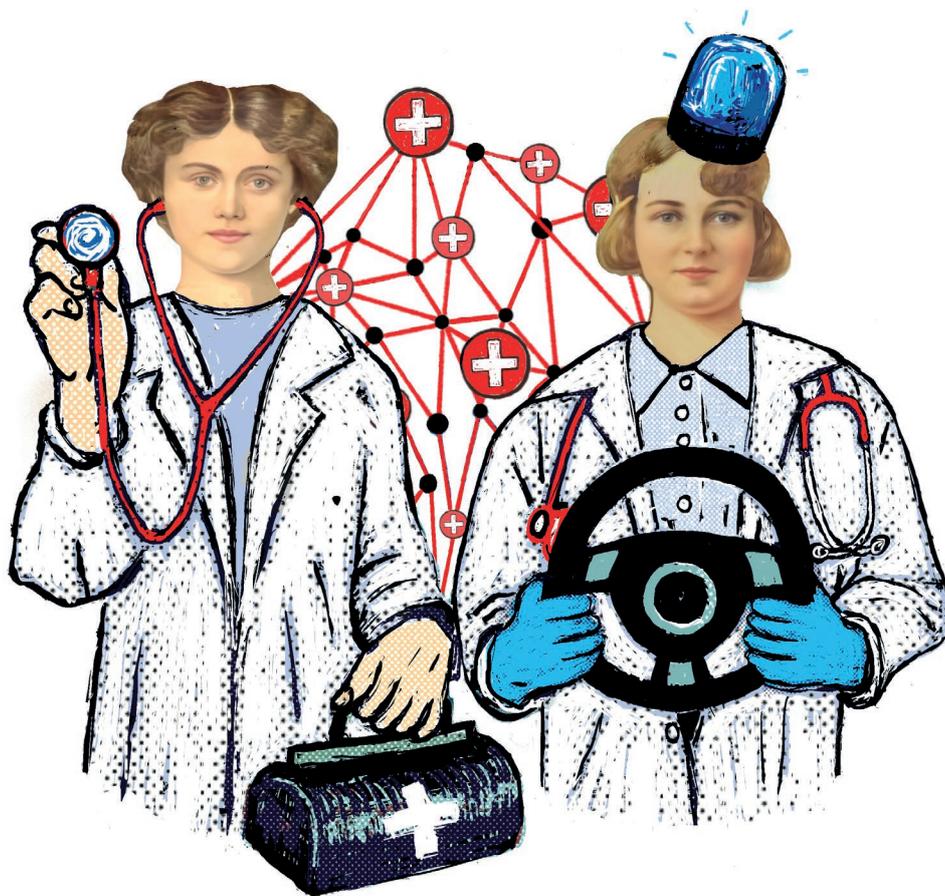
KVH journal



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

REFORM DES NOTFALLDIENSTES

Wie sollten die Aufgaben künftig aufgeteilt werden?



E-ARZTBRIEF

Software muss ab 1. März installiert sein

116117 ODER 112?

Kampagne zur Wahl der richtigen Nummer

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 3/2024 (März 2024)



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!

Die Hamburger Kinderärztinnen und Kinderärzte haben in den vergangenen Jahren einiges getan, um die pädiatrische Versorgung in ärmeren Stadtteilen zu stärken.

Viele Sonderbedarfszulassungen wurden von Ärzteseite befürwortet und durchgesetzt. Und weil die Kinderärztinnen und Kinderärzte bis vor Kurzem noch unter den Bedingungen des Budgets arbeiteten, haben sie diese Sonderbedarfszulassungen letztlich aus ihrem eigenen Honorartopf finanziert.

Man muss sich das klarmachen: Den Kinderärztinnen und Kinderärzten war die Sicherstellung der Versorgung wichtiger als ihr eigenes Einkommen.

Gerade haben wir eine pädiatrische KV-Eigeneinrichtung in Rahlstedt eröffnet, einem der kinderreichsten Stadtteile Hamburgs. Der Betrieb läuft sehr gut an. Ein Teil der Investitionskosten ging zu Lasten der Hamburger Vertragsärzteschaft.

Ich würde mir wünschen, dass das Engagement der KV-Mitglieder für die Sicherstellung stärker gewürdigt wird. Stattdessen werden wir mit immer nachdrücklicheren Forderungen von den unterschiedlichsten Akteuren dieser Stadt konfrontiert. „Es braucht mehr Kinderärzte hier, es braucht mehr Hausärzte da und mehr Gynäkologen dort.“

Wie solche Forderungen mit den vorhandenen Mitteln umgesetzt werden können und ob eine Umsetzung möglicherweise sogar zu Lasten von Gegenden gehen würde, die eine Stärkung der Versorgung nötiger hätten, scheint kaum jemanden zu interessieren. Statt gefühlten Bedürfnissen nachzugeben, sollten wir die ganze Stadt im Blick behalten und uns in Sicherstellungsfragen an harten Fakten orientieren.

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_ Diskussionsveranstaltung der KV-Frauenkommission: Wie sollte die Notfallversorgung der Zukunft aussehen?

SELBSTVERWALTUNG

12_ "Viele dicke Bretter": Interview mit dem um einen psychotherapeutischen Repräsentanten erweiterten Führungsteam der Vertreterversammlung

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

16_ Fragen und Antworten
21_ DMP: Ersatzkassen kennzeichnen Teilnahme ihrer Versicherten auf der eGK

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.



TELEMATIK

- 18**_ Ab 1. März: eArztbrief-Modul muss installiert sein
- 19**_ Umfrage: Für viele Hamburger Praxen stellt das eRezept noch eine Belastung dar

QUALITÄTSSICHERUNG

- 20**_ Ultraschall: Reduzierung der Prüfquoten

ARZNEIMITTEL

- 22**_ Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

FORUM

- 30**_ MFA-Demonstration vor dem Ärztehaus
- 31**_ Steckbrief: Sönke Strauß
- 32**_ 116117 oder 112? Kampagne zur richtigen Nummer im richtigen Moment

NETZWERK

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 24**_ Gallensteine + Symptome = OP-Indikation? Auch eine konservative Behandlung kann sinnvoll sein

RUBRIKEN

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

KOLUMNE

- 28**_ Dr. Christine Löber: "Die vergessenen Mädchen"

TERMINKALENDER

- 34**_ Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Michael Zapf; Seite 7 bis 9: Franziska Evers; Seite 13: Marco Grundt; Seite 30: Ina Raatz; Seite 33: Marthe Hartig; Seite 34: Michael Zapf; iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto.

VON ANTJE THIEL

Reformbedürftige Strukturen

Wie sollte die Notfallversorgung der Zukunft aussehen? Die **FRAUENKOMMISSION DER KV HAMBURG** hat zu dieser Frage eine prominent besetzte Diskussionsveranstaltung organisiert.

Es waren bei Weitem nicht nur weibliche Interessierte, die sich auf Einladung der Frauenkommission der KV Hamburg am 24. Januar 2024 im Großen Saal des Hamburger Ärztehauses versammelt hatten. Kein Wunder, denn das Podium der Diskussionsveranstaltung war hochkarätig besetzt – und die künftige Organisation der Notfallversorgung betrifft Vertragsärztinnen und -ärzte gleichermaßen, ganz unabhängig von ihrem Geschlecht.

„Dies ist allerdings die erste Veranstaltung der Frauenkommission, die kein frauenspezifisches Thema hat“, erklärte Dr. Claudia Haupt bei der Begrüßung der

etwa 100 Gäste im Plenum. Die Sprecherin der Frauenkommission stellte aber auch klar: „Die Medizin wird weiblicher, entsprechend muss auch die Notfallversorgung künftig in weiten Teilen von Frauen gestemmt werden. Deswegen haben wir etwas zu sagen, und deswegen müssen wir auch etwas sagen.“

Mit welchen Problemen alle Beteiligten in der Notfallversorgung derzeit zu kämpfen haben, skizzierte die Journalistin und Kommunikationsberaterin Sandra Wilsdorf, die den Abend moderierte: „Die Notfallversorgung ist ein politisches und auch ein emotionales Thema. Denn die Menschen

wollen die Gewissheit haben, im Notfall gut versorgt zu sein.“

Doch aktuell beklagten Patientinnen und Patienten lange Wartezeiten in den Notaufnahmen, die Krankenhäuser seien unzufrieden mit der unzureichenden Vergütung von Notfallbehandlungen. Die Niedergelassenen wiederum wehren sich dagegen, die Notfallversorgung in großem Umfang aus ihren eigenen Honoraren zu bezuschussen.

Regelversorgung hat Vorrang

Unzufriedenheit an allen Fronten also. Doch die anschließende Diskussion zeigte: Immerhin enthält das von Bundesgesundheitsmi-



"Wir haben etwas zu sagen, und deswegen müssen wir auch etwas sagen": Veranstaltung der KV-Frauenkommission im Ärztehaus

nister Prof. Karl Lauterbach jüngst vorgestellte Eckpunktepapier nach übereinstimmender Einschätzung der Frauen auf dem Podium etliche brauchbare Ansätze.

So lobte die niedergelassene Kinderärztin und Sprecherin der Frauenkommission, Dr. Claudia Haupt, dass das Eckpunktepapier der Regelversorgung einen Vorrang vor der Notfallversorgung einräume. „Das ist nicht nur aus Kostengründen wichtig“, so Haupt, „sondern auch im Sinne der Behandlungsqualität: Wir kennen unsere Patienten, ihre Vorgeschichte und ihre Medikation. Wir können deshalb grundsätzlich eine bessere Risikobewertung vor-

nehmen und eine passgenauere Therapie anbieten.“

Mit der Notfallversorgung dürfe keine Parallelstruktur geschaffen werden, die Personal bindet, während die Praxen noch geöffnet sind, so Haupt. „Das ist ein Punkt, der uns sehr wichtig ist: Dass wir während der normalen Praxisöffnungszeiten keine zusätzliche kassenärztliche Notfallversorgung anbieten müssen.“

Haupt begrüßte, dass Patientensteuerung offenbar endlich kein Tabuthema mehr sei. „Die Menschen können immer weniger zwischen Gesundheit und Krankheit unterscheiden. Sie stufen sich viel zu schnell als

Notfall ein und besuchen dann die Notaufnahmen der Krankenhäuser.“

Modelle für eine sinnvolle Triagierung

Das sei tatsächlich zu einem großen Problem geworden, erklärte Dr. Claudia Brase, Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft. „Die Kapazitäten der Krankenhäuser erlauben es manchmal nicht, diese Patientenströme sofort zu versorgen.“ Es komme zu langen Wartezeiten. „Man muss dann immer vermitteln und den Menschen erklären, wer nicht so dringend ist und noch warten muss.“

→ Fortsetzung nächste Seite

→ Fortsetzung

Brase begrüßte, dass das Bundesgesundheitsministerium den Krankenhäusern die Möglichkeit geben wolle, die Patienten in die passende Versorgung zu steuern. Das sei die richtige Perspektive, denn es sei wichtig, die Notfallversorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten zu denken und sie dort abzuholen, wo sie Hilfe benötigen.

Das Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums sieht vor, an Krankenhäusern integrierte

Notfallzentren (INZ) einzurichten – bestehend aus der Notaufnahme, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die Verantwortung für den „gemeinsamen Tresen“ obliegt dem Eckpunktepapier zufolge nicht der KV, sondern dem Krankenhaus.

„Wie kam es zu der Idee, dass der gemeinsame Tresen unter der Hoheit der Krankenhäuser stehen soll?“, fragte Dr. Claudia Haupt. „Wir haben ja Pilotprojekte, die zeigen:

Wenn die Hoheit über den gemeinsamen Tresen bei der KV liegt, sinkt der Anteil der stationären Fälle – was ja durchaus Kostenreduktion bedeutet.“

Als Klinikvertreterin antwortete Dr. Claudia Brase darauf, für die Bevölkerung sei schließlich nicht ersichtlich, dass es sich bei einem INZ um eine Kooperation mehrerer Institutionen handelt. „Für die Patientinnen und Patienten ist das einfach das Krankenhaus – und was im

MELANIE SCHLOTZHAUER,
Hamburger Senatorin für Arbeit,
Gesundheit, Soziales, Familie
und Integration



„Die Politik sollte die Standorte und Planung der INZ im Zuge der Krankenhausplanung regeln, sie wird am Ende ohnehin dafür in Verantwortung genommen.“

CAROLINE ROOS,
stellvertretende
Vorstandsvorsitzende
der KV Hamburg



„Wir brauchen eine Patientensteuerung, die früh einsetzt – möglichst schon, bevor die Menschen sich auf den Weg machen“

DR. BIRGIT WULFF,
Vizepräsidentin
der Ärztekammer
Hamburg



„Die meisten Menschen brauchen nur eine kurze Einschätzung. Da gibt es viel Versorgungsbedarf, der ganz niedrigschwellig zu lösen ist.“

Krankenhaus passiert, wird diesem auch zugeschrieben. Deshalb ist es zwingend, dass das Krankenhaus als Hausherr auch die Entscheidungshoheit hat“, sagte Brase.

Idealerweise sollte die Erstein-schätzung aber bereits stattfinden, bevor sich die Menschen überhaupt auf den Weg in eine medizinische Einrichtung machen, meint die KV Hamburg. „Mir geht das Eckpunkte-papier in diesem Punkt noch nicht weit genug“, erklärte dazu die stell-

vertretende KV-Hamburg-Vorstands-vorsitzende Caroline Roos. „Wir haben ja das Phänomen, dass die Patientin-nen und Patienten ungesteuert in die Versorgung kommen. Das führt dazu, dass Menschen, die hausärztlich be-handelt werden könnten, die Kapazi-täten für echte Notfälle blockieren.“

Roos forderte eine früh einsetzen-de Patientensteuerung – schon bevor die Patientinnen und Patienten sich auf den Weg machen. „Wir brauchen Anreize und auch eine Verpflichtung,

erst die 116117 anzurufen, wo man Beratung und Orientierung erhält. Re-gelversorgung vor Notfallversorgung, das muss unser Mantra sein, sonst geht alles den Bach runter.“

Kostenneutrale Durchführung der Reformen?

Zur Frage der Finanzierung hatte Caroline Roos eine klare Meinung: „Wer bestellt, muss auch bezahlen. Eine gute Gesundheitsversorgung ist der Kitt, der die Gesellschaft

DR. CLAUDIA BRASE,
Geschäftsführerin
der Hamburgischen
Krankenhausgesellschaft



„Es ist wichtig, die Patientinnen und Patienten dort abzu-holen, wo sie Hilfe benötigen.“

KATHRIN HERBST,
Leiterin der
Landesvertretung Hamburg des
Verbands der Ersatzkassen



„Die finanzielle Lage der Kassen ist prekär, die Reform der Notfallversor-gung muss daher kostenneutral durch-geführt werden.“

DR. CLAUDIA HAUPT,
Sprecherin
der Frauenkommission
der KV Hamburg



„Notfallversorgung darf nicht auf Kosten der Regelversorgung gehen. Das ist auch im Sinne der Behandlungs-qualität.“

Eckpunkte zur Reform der Notfallversorgung

Mitte Januar 2024 hat das Bundesgesundheitsministerium ein sechsseitiges Papier veröffentlicht, das Eckpunkte für die geplante Reform der Notfallversorgung skizziert.

Demnach sollen die notdienstliche Akutversorgung bundesweit vereinheitlicht und die Terminservicestellen der KVen unter der Nummer 116117 mit dem Notruf 112 der Rettungsleitstellen vernetzt werden.

Die KVen sollen verpflichtet werden, rund um die Uhr eine telemedizinische Versorgung sowie

Hausbesuche für immobile Patienten bereitzustellen. Außerdem sollen flächendeckend Integrierte Notfallzentren (INZ) und gegebenenfalls auch Notfallzentren für Kinder und Jugendliche (KINZ) eingerichtet werden. INZ und KINZ sollen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen, die grundsätzlich in Verantwortung des Krankenhauses arbeitet.

Über die Standorte der INZ und KINZ sollen die Organe der Selbstverwaltung entscheiden, erst im

Falle einer nicht fristgerechten Einigung soll das jeweilige Land diese Entscheidungen treffen.

INZ und KINZ sollen im Wesentlichen außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen und AU-Bescheinigungen ausstellen dürfen, um die hausärztlichen Praxen zu entlasten.

Der Rettungsdienst soll als eigenständiger Leistungsbereich in das SGB V aufgenommen werden.

Kurzlink zum Eckpunktepapier:
tinyurl.com/Eckpunkte-Notfallreform

zusammenhält, deshalb müssen die erforderlichen Weichen gestellt werden.“ Wer Interesse an einer starken und zuverlässigen Versorgung habe, müsse auch die entsprechenden Mittel bereitstellen.

Das Stichwort Mehrausgaben löste bei Kathrin Herbst, Leiterin der Landesvertretung Hamburg des Verbands der Ersatzkassen, als Vertreterin der Krankenkassen einen wenig überraschenden Abwehrreflex aus: „Die finanzielle Lage der Krankenkassen ist prekär, Reformen müssen daher kostenneutral durchgeführt werden.“

Herbst verwies auf den Sicherstellungsauftrag der KV und auf die Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, mit der auch die Organisation des Notdienstes außerhalb der Praxisöffnungszeiten abgedeckt sei.

Differenzen sind überbrückbar

Für die Politik saß die Hamburger Gesundheitssenatorin Melanie

Schlottzauer auf dem Podium. Sie bemühte sich, die unterschiedlichen Perspektiven miteinander zu versöhnen: „In Wahrheit sind alle Ihre Positionen gar nicht so weit auseinander.“

Die bestehenden Differenzen müssten überbrückt werden, „denn das Gesundheitswesen in seinem derzeitigen Zustand ist reformbedürftig. Es wird von vielen als dysfunktional und nicht zugänglich empfunden.“ Auch aus diesem Grund führe an einer sinnvollen Patientensteuerung kein Weg vorbei.

Schlottzauer plädierte dafür, die Entscheidung, an welchen Krankenhäusern INZ eingerichtet werden, dem Land zu übertragen. Denn ihrer Erfahrung nach agiere die Selbstverwaltung mit ihren komplexen Entscheidungsprozessen in der Regel zu langsam. „Am Ende muss ohnehin die Politik die Verantwortung tragen, dann übernehmen wir das im

Zuge der Krankenhausplanung doch lieber gleich selbst.“

Digitale ebenso wie persönliche Ansprache

Neben einer zügigen Neugestaltung der Notfallversorgung sprach sich die Senatorin aber auch für langfristige Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz aus.

Hier sei der Öffentliche Gesundheitsdienst, der aktuell ein kommunales Gesundheitsförderungsmanagement ausbaue, ebenso gefragt wie die Peer-to-Peer-Beratung in Unterkünften für Geflüchtete.

„Denn manche Gruppen erreicht man nur schwer digital, da braucht es das persönliche Gespräch“, sagte sie und erinnerte an eine Kooperation der Behörde mit einzelnen Moscheen, die während der Coronapandemie ihre Besucher im Rahmen des Freitagsgebetes über die Maskenpflicht aufgeklärt hatten. Die Krankenkassen sehen auch in

der Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA) Chancen für Aufklärung. „Ich glaube, mit der ePA wird sich die Kommunikation zwischen Krankenkassen und ihren Versicherten verbessern“, meinte Kathrin Herbst. So könnten die Krankenkassen ihren Versicherten beispielsweise Wege aufzeigen, in welchen Situationen man sich an welche Einrichtung wenden sollte.

Caroline Roos wiederum regte an, für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz – „also die Dinge, die man früher von seinen Großeltern gelernt hat“ – könne man auch die Hotline der 116117 nutzen.

Niedrigschwellige Lösungen für Versorgungsbedarf

Dem Ruf nach mehr Beratung und Orientierung schloss sich auch die Vertreterin der Hamburger Ärztekammer an. Deren Vizepräsidentin Dr. Birgit Wulff betonte: „Die meisten Menschen brauchen doch einfach nur eine kurze Einschätzung, was bei bestimmten Symp-

tomen zu tun ist. Der Bevölkerung muss klargemacht werden, dass nicht jedes Unwohlsein ein Notfall ist. Das kommt mir in der aktuellen Diskussion noch zu kurz. Es gibt sehr viel Versorgungsbedarf, den man eigentlich ganz niedrigschwellig lösen kann.“

Dafür sei auch nicht unbedingt eine Konsultation vor Ort erforderlich, erklärte Dr. Claudia Haupt: „In einem Modellprojekt für die pädiatrische Versorgung konnten wir neun von zehn Fällen per Videoberatung abschließen.“

Bei den Ratsuchenden habe es sich vorrangig um Eltern von Babys gehandelt, aber auch von Kindern mit hohem Fieber oder Kindern, die gestürzt waren. „Die Eltern bedanken sich dann überschwänglich für die Beratung und sind außerdem froh, wenn sie sich gar nicht erst auf den Weg machen müssen.“

Keine Parallelstruktur

Im Plenum stieß diese Schilderung zunächst auf geteiltes Echo. So befürchtete eine ZuhörerIn, dass

die Inanspruchnahme auch hier ausufern könnte: „Der Ausbau von Bereitschaftsdienst und Telefonberatung würde den Menschen suggerieren, dass sie immer dort anrufen können. Und genau das tun sie dann auch immer wieder.“

Eine andere Stimme aus dem Publikum warnte davor, mit rund um die Uhr verfügbaren Telefon- und Videoberatungen eine zusätzliche Versorgungsschiene einzuführen: „Das sind doch alles Dinge, die über die haus- und kinderärztlichen Praxen laufen sollten!“

Die Frauen auf dem Podium stellten klar, dass die Praxen die ersten Ansprechpartner bleiben und die geschilderten Angebote für jene Fälle gedacht sind, in denen die Praxen nicht erreichbar sind.

Insgesamt bewerteten alle Beteiligten den Diskussionsabend als äußerst positiv.

Gesundheitssenatorin Schlottbauer brachte es auf den Punkt: „Wir müssen uns austauschen und die Vorschläge der Bundesebene gemeinsam diskutieren.“ Weder aus ärztlicher, noch aus Patientensicht dürfe man unnötig Zeit verlieren.

„Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und begrenzter finanzieller Ressourcen brauchen wir neue Lösungen, um im Sinne der Patientinnen und Patienten in unserer Stadt weiterhin eine gute und wohnortnahe Notfallversorgung gewährleisten zu können. Diese müssen wir gemeinsam erarbeiten.“ ■

ANTJE THIEL ist freie Medizinerin und Journalistin



Innerhalb der KVH gibt es seit Dezember 2021 eine Frauenkommission, die sich für eine stärkere Repräsentation von Frauen in der Selbstverwaltung stark macht. Sie will Vertragsärztinnen ermutigen, ihre weibliche Perspektive einzubringen und sich berufspolitisch zu engagieren. Hierfür

organisiert sie unter anderem die Veranstaltungsreihe „**Selbstverwaltung braucht uns Frauen**“ mit fachlichen Informationen zum Engagement in der Selbstverwaltung sowie Raum für Erfahrungsberichte und berufliche Fragestellungen aus dem Praxisalltag. Sprecherinnen der Frauenkommission sind die Kardiologin **Dr. Simone Müller**, die Kinder- und Jugendärztin **Dr. Claudia Haupt** und die Psychotherapeutin **Hanna Guskowski**.

Kontakt: frauenkommission@kvhh.de



INTERVIEW

„Viele dicke Bretter“

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat einen dritten Repräsentanten an ihre Spitze berufen, um der psychotherapeutischen Perspektive mehr Geltung zu verschaffen. Was treibt das neu zusammengesetzte Führungsteam um?

Neben dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung gibt es jetzt noch die Position eines „fachlichen Beisitzers Psychotherapie“. Weshalb?

REUSCH: Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten eine größere Sichtbarkeit bekommen, sowohl auf dem Podium während der Vertreterversammlungen als auch in der direkten Zusammenarbeit mit dem Vorstand. Die Position des „fachlichen Beisitzers Psychotherapie“ ist nur ein Zwischenschritt. Die Intention ist, einen zweiten stellvertretenden Vorsitzenden zu installieren. Dafür benötigen wir allerdings die Zustimmung der Behörde, und die steht noch aus.

PAREY: Für Herrn Reusch als Gebietsarzt und mich als Hausarzt ist es natürlich schwierig, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu repräsentieren und deren Interessen angemessen zu vertreten. Deshalb begrüße ich es sehr, dass diese neue Position geschaffen wurde.

FREY: Es gibt eine gesetzliche Regelung, dass maximal zehn Prozent der Vertreterversammlungs-Mitglieder Psychotherapeutinnen beziehungsweise Psychotherapeuten sein dürfen, auch wenn wir mittlerweile deutlich mehr als zehn Prozent der Mitglieder der KV stellen. Wir sind im höchsten Gremium der KV also unterrepräsentiert. Deshalb ist es wichtig, gegenüber dem Vor-

stand und den beiden Vertreterversammlungs-Vorsitzenden beratend tätig zu werden und unsere Perspektive erläutern und einbringen zu können. Umgekehrt erfahre ich jetzt natürlich auch mehr über die ärztlichen Themen. Der Austausch und die Zusammenarbeit sind eine Bereicherung für uns alle.

REUSCH: Die Schaffung eines dritten Repräsentanten der Vertreterversammlung ist Teil einer etwas umfassenderen Neustrukturierung der Selbstverwaltung. Auch in anderen Bereichen und Gremien haben wir Veränderungen vorgenommen, um mehr Personen die Möglichkeit zu geben, sich einzubringen und mitzuwirken.



Führungsteam der KV-Vertreterversammlung (v.l.n.r.): Dr. Johannes Frey (fachlicher Beisitzer Psychotherapie), Dr. Björn Parey (stellvertretender Vorsitzender) und Dr. Michael Reusch (Vorsitzender)

Wie kann ein normales KV-Mitglied Einfluss nehmen auf die Diskussionen und Entscheidungen der KV? Gibt es da einen offiziellen Weg?

FREY: Da gibt es ganz viele Wege. Die meisten KV-Mitglieder kennen eine Person, die in der Selbstverwaltung aktiv ist – beispielsweise als Mitglied der Vertreterversammlung. Ich werde oft von KV-Mitgliedern angesprochen. Es werden dann Sach-

verhalte an mich herangetragen, die mir in einigen Fällen gar nicht bewusst sind. Diese Themen bringe ich dann in die Vertreterversammlung oder in andere Gremien ein.

PAREY: Man kann sich auch an den Beratenden Fachausschuss des jeweiligen Versorgungsbereichs, die Kreisvorsitzenden oder die Berufsverbandsvorsitzenden wenden, wenn man ein Anliegen hat.

REUSCH: Die KV-Vorstände stehen natürlich ebenfalls für Gespräche mit den KV-Mitgliedern zur Verfügung. Theoretisch können wir KV-Mitgliedern auch ein Rederecht in Gremien einräumen. Manchmal muss allerdings zunächst mal geklärt werden, ob die Selbstverwaltung überhaupt die Möglichkeit hat, im konkreten Fall Einfluss zu nehmen. Aber selbstverständlich sind wir für Fragen, Anliegen,



DR. JOHANNES FREY

In der Psychotherapie haben wir im gesamten Hamburger Raum eine massive Unterversorgung.

Vorschläge und Beschwerden der KV-Mitglieder immer offen.

Die KV hat im Januar eine kinderärztliche Eigeneinrichtung in Rahlstedt eröffnet. Wie ist Ihre Haltung zu diesem Versorgungsmodell?

REUSCH: Das ist eine Ausnahmelösung, die man aber durchaus wählen kann, wenn es nötig ist. Eigentlich sollte die Regelversorgung alles abdecken: Es muss dafür gesorgt sein, dass man eine Praxis auch in ärmeren Stadtteilen wirtschaftlich führen kann. Ich bin aber der Ansicht, dass die Versorgungsprobleme in ärmeren Stadtteilen nicht alleine von der KV gelöst werden können. Das ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

PAREY: Wir machen in solchen Praxen ja zu einem großen Teil auch

Sozialarbeit. Oftmals gibt es Sprachprobleme. Nun haben wir ja das Glück, dass unsere Gesundheitsbehörde gleichzeitig auch die Sozialbehörde ist. Wenn wir mehr Unterstützung im Bereich der Sozialarbeit und der Kommunikation bekämen, könnten wir uns wieder stärker auf die Medizin konzentrieren.

Wie ist die Situation im Bereich der Psychotherapie?

FREY: In der Psychotherapie haben wir leider im gesamten Hamburger Raum eine massive Unterversorgung. Patientinnen und Patienten sind aufgrund von massiven Leiden oft bereit, jede Woche weite Wege in Kauf zu nehmen. Das ist natürlich keine Lösung und besonders für sozial schwächere Patientinnen und Patienten beziehungsweise für Kinder und Jugendliche besonders tragisch. Selbst wenn es eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten um die Ecke gibt, ist die Wahrscheinlichkeit, dort einen Platz zu bekommen sehr gering, und es bleibt keine andere Möglichkeit als im ganzen Hamburger Raum Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abzutelefonieren. Eine Eigeneinrichtung würde im psychotherapeutischen Fall keinen Sinn machen, da es noch mehr als genügend hoch qualifizierte Kolle-

ginnen und Kollegen gibt, die sich gerne niederlassen wollen, aber bislang keinen Versorgungsauftrag bekommen können.

Kann die Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich für eine Entlastung sorgen?

PAREY: Ich sehe die Entbudgetierung als Voraussetzung dafür, dass man eine hausärztliche Praxis in Hamburg überhaupt wieder wirtschaftlich führen kann. Wir haben hier eine ganz schwierige Situation: Selbst eine Hundert-Prozent-Vergütung der hausärztlichen Leistungen in Hamburg würde den finanziellen Nachteil gegenüber den anderen Bundesländern nur reduzieren – nicht aber ausgleichen. Die rote Laterne werden wir weiterhin behalten. Andere Bundesländer haben Auszahlungsquoten von 120

DR. BJÖRN PAREY

Die Entbudgetierung wird unseren Nachteil gegenüber anderen Bundesländern reduzieren – aber nicht ausgleichen.



Prozent. Aber die Entbudgetierung ist natürlich ein Schritt in die richtige Richtung.

REUSCH: Wir haben uns über die Entbudgetierung der Kinderärzte gefreut. Wir hoffen, dass die Hausärzte, denen man das lange versprochen hat, jetzt ebenfalls rasch entbudgetiert werden. Und natürlich braucht auch der fachärztliche Bereich eine vollständige Vergütung der erbrachten Leistungen. Die Budgetierung ermöglicht es der Gesetzlichen Krankenversicherung, ein unbegrenztes Leistungsversprechen bei streng limitierten Ressourcen abzugeben. Die Schwierigkeit, diesen Widerspruch im Alltag aufzulösen, wird uns zugeschoben. Das kann nicht sein. Wir fordern, dass die Ärztinnen und Ärzte für das bezahlt werden, was sie tun.

FREY: Eine Entbudgetierung im psychotherapeutischen Bereich ist sicher auch wünschenswert. Aber unser Hauptproblem ist, dass die EBM-Leistungen für unseren Versorgungsbereich nicht angemessen vergütet werden. Seit Jahren klagen wir gegen diese systematische Benachteiligung und bekommen jedes Mal vom Gericht Recht. Auf eine Anpassung der Vergütung der „Sprechenden Medizin“ warten wir bis heute.

DR. MICHAEL REUSCH

Politik und Gesellschaft erwarten sehr viel von uns – aber man möchte das nicht bezahlen.

Die Vertreterversammlung hat im Oktober vergangenen Jahres eine Resolution verabschiedet und die langen Wartezeiten für Kinder und Jugendliche auf eine Psychotherapie angeprangert.

FREY: Ja. Die Koalitionsparteien haben vereinbart, die psychotherapeutische Bedarfsplanung zu reformieren, um die Wartezeiten insbesondere für Kinder und Jugendliche zu reduzieren. Leider ist der bislang größte Fortschritt in dieser Angelegenheit, dass das Vorhaben in den Koalitionsvertrag aufgenommen wurde. Mehr hat sich nicht getan. Die Unterversorgung kostet viel Geld. Es gibt Studien der Krankenkassen, wonach jeder Euro, der in eine Psychotherapie investiert wird, zu einer kurzfristigen Einsparung von zwei bis vier Euro führt, weil zum Beispiel Krankenhauseinwei-

sungen vermieden werden. Die Kosten für längerfristige Chronifizierungen sind da noch nicht einmal mitgerechnet. Für psychisch kranke Personen ist es sehr schwer, sich angesichts der desaströsen Versorgungslage bei der Suche nach einem Therapieplatz nicht entmutigen zu lassen. Das größte Problem besteht im Kinder- und Jugendbereich, doch auch für den Erwachsenenbereich muss die Bedarfsplanung reformiert werden. Das Bundesgesundheitsministerium macht derzeit aber keine Anstalten, die angekündigte Reform umzusetzen.

REUSCH: Politik und Gesellschaft erwarten sehr viel von uns, aber man möchte das nicht bezahlen. Offenbar gibt es in der Öffentlichkeit nur ein begrenztes Verständnis dafür, dass wir eine Doppelfunktion haben und nicht nur für unser Einkommen, sondern auch für die Erhaltung der Versorgungsstrukturen kämpfen. Der Versuch, unsere berechtigten Forderungen als illegitim hinzustellen, hat zu einer Sprachlosigkeit zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und der organisierten Ärzteschaft und Psychotherapeutenchaft geführt. Man kann nur hoffen, dass wir aus dieser ungunstigen Situation wieder herauskommen. Es gibt jetzt erste ermutigende Signale, doch wir haben noch viele dicke Bretter zu bohren. ■



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**

SEKTORENVERZEICHNIS

Wir haben einem Patienten eine Einweisung für eine psychiatrische Klinik ausgestellt. Dieser meldet nun zurück, die Klinik sei nicht zuständig und verweist ihn an das entsprechende Sektorenkrankenhaus. Ist diese Vorgehensweise korrekt?

Nein, ein derartiges Sektorenverzeichnis besteht in Hamburg nicht mehr. Die Hamburger Krankenhausgesellschaft bestätigte, dass Psychiatrien dazu angehalten sind, stadtteilübergreifend Patienten aufzunehmen. Demnach besteht für den Patienten die freie Krankenhauswahl.

Das Sektorenverzeichnis kommt lediglich noch für psychiatrische Notfälle, wie z. B. Auffindungen und Zuführungen zur Anwendung.

KRANKENTRANSPORT

Darf ich für meine Patientin eine Krankenförderung zur Kurzzeitpflege verordnen?

Die Verordnungsmöglichkeit eines Krankentransports zur Kurzzeitpflege auf Muster 4 ist vom Vorliegen oder Fehlen eines Pflegegrades beim Patienten abhängig.

Wenn der Patient über einen Pflegegrad 2 bis 5 verfügt, ist die Verordnung einer Krankenförderung nicht möglich. Handelt es sich jedoch

bei der Kurzzeitpflege um eine Leistung der Krankenkasse (beim Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation und dem Fehlen eines Pflegerades 2 bis 5 gemäß § 39c SGB V), kann die Krankenförderung mittels Muster 4 verordnet werden. In diesem Fall ist die Fahrt zur Kurzzeitpflege auf Muster 4 unter „c) anderer Grund“ anzugeben.

Bei der Mehrheit der Fälle in der Praxis ist davon auszugehen, dass die Patienten über die entsprechenden Pflegegrade verfügen und daher eine Verordnung zur Krankenförderung zur Kurzzeitpflege nicht ausgestellt werden kann.

VERSICHERTENNACHWEIS

Mein Patient kann bei seinem ersten Besuch im Quartal weder eine gültige eGK, noch eine gültige Mitgliedsbescheinigung seiner Krankenkasse vorlegen. Wie ist nun zu verfahren?

Ihr Patient hat die Möglichkeit, bis zum Quartalsende eine gültige eGK oder eine gültige Mitgliedsbescheinigung nachzureichen. Frühestens zehn Tage nach der ersten Inanspruchnahme dürfen Sie eine Privatvergütung fordern. Diese muss allerdings zurückerstattet werden, wenn Ihr Patient eine gültige eGK oder einen gültigen Versichertennachweis seiner Krankenkasse bis zum Quartalsende vorlegt. Deshalb ist es sinnvoll, eine Privatliquidation erst nach Ablauf des Quartals auszustellen. Es wird zudem empfohlen, den Patienten schriftlich darüber zu informieren, dass bei Nichtvorlage eines gültigen Versichertennachweises bis zum Ende des Quartals eine Privatliquidation

erfolgt. Wir raten Ihnen in solchen Fällen, die Identität des Patienten für die etwaige Erstellung der Privatliquidation zu überprüfen und zu dokumentieren (Personalausweis etc.). Verordnen Sie dem Patienten Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel, so erfolgt dies auf einem Privatrezept. Vermerken Sie hierbei anstelle des Kassennamens den Hinweis „ohne Versicherungsnachweis“. Ihr Patient trägt die Kosten in diesem Fall selbst, kann aber versuchen, sich das Geld von seiner Krankenkasse erstatten zu lassen.

PSYCHOTHERAPIE

Ist die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit beiden psychodynamischen Verfahren möglich?

Ja. Bei der Kombination von Einzel- und Gruppentherapie können sowohl die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als auch die Analytische Psychotherapie eingesetzt werden. Eine Behandlung mit beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren ist möglich.

Die drei anerkannten Behandlungsformen der Psychotherapie – die psychoanalytisch begründeten Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie – sind nicht miteinander kombinierbar. Eine Besonderheit besteht bei einer Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie: Dort können die beiden psychoanalytisch begründeten Verfahren (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie) miteinander kombiniert werden.

In der Praxis ist dies vor allem relevant, wenn zwei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie gemeinsam durchführen möchten. Sie füllen beide wie bisher das Formblatt PTV 2 aus und kreuzen jeweils das Psychotherapieverfahren an, das sie anwenden. Der Antrag des Patienten wird mit beiden PTV 2 gemeinsam an die Kasse versendet.

E-REZEPT IN VERTRETUNG

Was ist beim Ausstellen von eRezepten im Vertretungsfall zu beachten?

Bei der Ausstellung von eRezepten sind folgende Vertretungskonstellationen im Sinne der Zulassungsverordnung für Ärzte zu unterscheiden:

Kollegiale Vertretung: Der abwesende Arzt lässt sich von einem fachgleichen Kollegen in dessen Praxis (also vom Praxispartner) vertreten. Die Abrechnung erfolgt über die LANR und BSNR des Vertreters. Auch in der elektronischen Verordnung verwendet der Vertreter seine eigenen Daten. Er muss nicht in der Verordnung vermerken, dass es sich um einen Vertretungsfall handelt. Vielmehr behandelt er die Versicherten als seine eigenen Patienten.

Persönliche Vertretung: Die Vertretung wird in der Praxis des abwesenden Arztes tätig, beispielsweise als dessen Sicherstellungsassistentin im Falle von Kindererziehungszeiten. Hier gibt die Vertreterin beim Ausstellen des eRezepts ihren Namen als verordnende Ärztin an. Allerdings gibt sie die BSNR der Praxis an, in welcher sie vertritt. Und sie muss zusätzlich in der Verordnung die LANR des Arztes angeben, den sie vertritt, da sie in dessen Auftrag und Verantwortung handelt und über diesen abgerechnet wird.

In allen Fällen muss die Signatur von der ausstellenden Person mit deren eigenem eHBA (elektronischer Heilberufsausweis) erfolgen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



eArztbrief-Modul muss ab 1. März installiert sein

Ärztliche und psychotherapeutische Praxen müssen ab 1. März 2024 das eArztbrief-Modul im Praxisverwaltungssystem installiert haben. Anderenfalls wird ihnen die monatliche TI-Pauschale um 50 Prozent gekürzt. Das schreibt eine Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums vor.

Der Nachweis, dass das eArztbrief-Modul im Praxisverwaltungssystem installiert ist, erfolgt automatisch: Die KV Hamburg kann dies mit der nächsten an sie übermittelten Quartals-Abrechnung auslesen. Es müssen also keine Belege oder Rechnungen an die KV geschickt werden.

Einige Praxen haben allerdings nicht die Möglichkeit, das eArztbrief-Modul fristgerecht zu erwerben, weil deren Software-Hersteller dies noch gar nicht anbieten. Vor diesem Hintergrund hat die KBV eine Übergangsfrist gefordert.

Deshalb gibt es einen zweiten Termin: Spätestens drei Monate nach Inkrafttreten des Digital-Gesetzes (also voraussichtlich ab Mitte Mai) müssen die Praxen elektronische Arztbriefe empfangen können.

Dieser zweite Termin ist nur relevant, wenn Praxen zuvor noch nicht die Möglichkeit hatten, das eArztbrief-Modul zu installieren.

Technischen Voraussetzungen für den Empfang von eArztbriefen

- Wichtige technische Voraussetzungen, die ohnehin bereits in der Praxis vorhanden sein sollten:
 - KIM-Dienst für die sichere digitale Kommunikation im Medizinwesen
 - Konnektor mit ePA-Update inklusive Komfortsignatur-Funktionalität – Produkttypversion 4 (PTV4) beziehungsweise PTV4+
 - elektronischer Heilberufsausweis der 2. Gene-

ration (eHBA G2) inklusive PIN für die qualifizierte elektronische Signatur (QES).

- Speziell für den eArztbrief benötigt man darüber hinaus nur noch ein eArztbrief-Modul für das Praxisverwaltungssystem.

So wird der eArztbrief verschickt

Die Erstellung erfolgt im Praxisverwaltungssystem. In der Regel hat man die Möglichkeit, sich per einfachen Mausklick für die digitale Ausstellung des Arztbriefes zu entscheiden. Der eArztbrief kann dann mit relevanten medizinischen Informationen wie Diagnosen, Medikation und Bilddateien befüllt werden. Statt per Kuli erfolgt die Unterschrift per qualifizierter elektronischer Signatur – QES genannt. Das geht nur mit Hilfe des eHBA in der 2. Generation (elektronischer Arztausweis). Die Signierung mit dem eHBA2 und die Ende-zu-Ende-Verschlüsselung gewährleisten eine sichere Übermittlung medizinischer Informationen.

Wird der eArztbrief beim Empfänger direkt in der Patientenakte eingeordnet?

Wenn das Praxisverwaltungssystem die Vorgaben der KBV umgesetzt hat, kann die Zuordnung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten automatisch erfolgen. Ist eine systemseitige Zuordnung nicht möglich, informiert die Software die Praxis und erlaubt, den Brief manuell zuzuordnen.

In welchem Format kommt ein angehängtes Word-Dokument beim Empfänger an?

Der Versand der Anhänge erfolgt verschlüsselt über KIM. Quelldokumente für die Arztbrieferstellung können Word-Dokumente (*.doc, *.docx, *.rtf), PDF-Dokumente (*.pdf) oder WhitG-Arztbriefe (*.xml) sein, und diese werden wäh-

rend des Transports nicht verändert. Das bedeutet: Ein angehängtes Word-Dokument kommt auch als Word-Dokument beim Empfänger an.

Mit wem kann ich eArztbriefe austauschen?

Nur Ärzt:innen beziehungsweise Psychotherapeut:innen in Praxen und Krankenhäusern können eArztbriefe untereinander austauschen. Mit anderen Teilnehmern (zum Beispiel der KV Hamburg) kann auf diesem Wege nicht kommuniziert werden.

Vergütung

Mit dem Inkrafttreten der neuen TI-Finanzierungsvereinbarung ist zum 1. Juli 2023 die Vergütungsregelung für den Versand und Empfang von eArztbriefen entfallen. Derzeit verhandeln der GKV-Spitzenverband und die KBV über die Fortsetzung der Vergütung. ■

Alles Wichtige zum eArztbrief finden Sie hier:
Telematikinfrastruktur → Praxis-IT & Telematik → Telematikinfrastruktur → elektronischer Arztbrief (eArztbrief)

FAQ zur Kommunikation mit KIM: <https://www.gematik.de/anwendungen/kim/faq>

Ansprechpartner:
Online-Services
Tel: 040 / 22802 – 588, -554, -862
online-services@kvhh.de

Umfrage: Für viele Hamburger Praxen stellt das eRezept noch eine Belastung dar

Mehr als 61 Prozent der Hamburger Arztpraxen empfinden das eRezept derzeit noch als Belastung für den Praxisablauf.

Das ergab eine Online-Umfrage der KV Hamburg in der Zeit vom 26. Januar bis zum 6. Februar 2024. Demnach nutzen bereits 96 Prozent der befragten Praxen das eRezept, davon 83 Prozent regelmäßig.

Wenn Praxen das eRezept nicht regelmäßig nutzen, liegt das maßgeblich an technischen Problemen. Schwierigkeiten gibt es vor allem mit der Funktionsfähigkeit des Konnektors, mit dem Signaturdienst oder beim Einlesen der eGK.

Zudem nimmt das Ausstellen des eRezepts noch zu viel Zeit in Anspruch. Bei 78 Prozent der Befragten dauert dieser Vorgang

länger als vier Sekunden, bei knapp 20 Prozent sogar länger als 20 Sekunden. Hier müssen die Anbieter von Praxisverwaltungssystemen noch nachbessern.

Alles in allem ist der Umstieg aber besser gelaufen als befürchtet. Praxen, in denen die Technik reibungslos funktioniert, stufen die Nutzung des eRezepts als Entlastung ein.



Qualitätssicherung: Reduzierung der Prüfquote im Ultraschall

Ab sofort reduziert die KV Hamburg die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen einer Stichprobenprüfung zur Vorlage von Ultraschalldokumentationen aufgefordert werden. Hintergrund ist ein entsprechender Beschluss der KBV und des GKV-Spitzenverbandes.

Statt 6 Prozent werden bis auf weiteres nur 4 Prozent aller Genehmigungsinhaber zur Teilnahme an der Stichprobenprüfung aufgefordert. Weiterhin liegt der Schwerpunkt der Prüfung bei Ärztinnen und Ärzten, denen erstmalig eine

Ultraschall-Genehmigung erteilt wurde.

Die KV Hamburg begrüßt die Reduzierung der Prüfquote, weil sie zu einer Entlastung der Praxen und der beratenden Sonografie-Kommission führt und zudem den guten Ergebnissen der Prüfungen der letzten Jahre Rechnung trägt. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Marcia Bazelak,
Tel.: 22802-305,
marcia.bazelak@kvhh.de
Kay Siebolds,
Tel.: 22802-478,
kay.siebolds@kvhh.de

Geschichte der KV Hamburg (1919 – 2019)

Kostenlos für KV-Mitglieder

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

KV-Mitglieder können die Bücher kostenlos bestellen.
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de





DMP: Ersatzkassen kennzeichnen Teilnahme ihrer Versicherten auf der eGK

Die Ersatzkassen (TK, BAR-MER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK) weisen darauf hin, dass sie die Teilnahme von Versicherten an einem DMP auf der elektronischen Gesundheitskarte kennzeichnen. Anhand des „DMP-Kennzeichens“, das an vierter und fünfter Stelle des Status-Feldes in den Versichertenstammdaten angezeigt wird, können die Praxen erkennen, ob ein Versicherter eingeschrieben ist – und wenn ja, für welche Indikation.

Jedes DMP-Kennzeichen ist einer bestimmten Indikation zugeordnet:

Code	Indikation
00	nicht gesetzt
01	Diabetes mellitus Typ 2
02	Brustkrebs
03	KHK
04	Diabetes mellitus Typ 1
05	Asthma bronchiale
06	COPD
07	Chronische Herzinsuffizienz*
08	Depression*
09	Rückenschmerz*
10	Rheumatoide Arthritis*
11	Osteoporose*

* keine DMP-Vereinbarung in Hamburg umgesetzt

123456789012345678901234567890		
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Testort-Musterkasse/SVA		72
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann-Müller		geb. am
Prof. Dr. Johann von		20.10.25
Musterweg 6		
D 12345 Musterhausen		12/20
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
101234567	A123456789	5080601
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr	Datum
123456789	123456499	01.10.16

DMP-Kennzeichen im Personalienfeld

5080601

- 5 Versichertenart (Rentner)
- 08 Besondere Personengruppe (SVA)
- 06 **DMP-Kennzeichen (COPD)**
- 01 Kennzeichen Rechtsgrundlage (ASV)

Derzeit kann nur die Teilnahme an einem DMP angezeigt werden. Bei Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen, wird folgende Priorisierung vorgenommen:

1. Diabetes mellitus Typ 2
2. Diabetes mellitus Typ 1
3. KHK
4. COPD
5. Asthma
6. Brustkrebs

Das DMP-Kennzeichen gehört zu den Versichertenstammdaten. Durch das Einlesen der eGK werden die Daten über das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) mit den Informationen der Krankenkasse abgeglichen. Stimmen die Angaben nicht überein, werden veraltete Daten auf der eGK überschrieben.

Um eine tagesaktuelle Information über den DMP-Status des Versicherten zu erhalten, wird daher der Abgleich der Daten bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal empfohlen. ■

Mitgliederservice der KV Hamburg:
 Tel: 040 / 22 802-802,
 Fax: 040 / 22802-885
mitgliederservice@kvhh.de



Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

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

20j. Patientin, PLZ 25335, Mobil Krankenkasse, die Patientin ist auf einen Rollstuhl angewiesen und wird von ihrer Mutter begleitet. Sie leide an einer ALS und fordert Oxycodon für eine Schmerzpumpe. Sie hat mehrfach Rezepte gefälscht.

29j. Patient, PLZ 22767, IKK classic; der Patient wünscht Pregabalin 300 und Rivotril und gibt an, an Epilepsie zu leiden und klagt über Schmerzen am Fuß nach einer Verletzung.

58j. Patient, PLZ 20539, Barmer; der Patient lässt sich in mehreren Praxen Pregabalin verschreiben und benötigt häufig Rezepte, weil sie oder die QR-Codes verlorengehen.

33j. Patient, PLZ 22309, TK; der Patient bekommt Cannabisblüten wegen einer Polyneuropathie und verlangt rasch ein zweites Rezept.

Denken Sie daran, dass Patienten vor der ersten Verordnung von medizinischem Cannabis eine Bewilligung der Kostenübernahme durch die Kasse beantragen müssen. Wenn die Kostenübernahme nicht vorliegt, kann die Kasse einen Prüfantrag stellen. Das kommt häufig vor. Wenn ein anderer Arzt den Antrag begründet hat, klären Sie bitte mit diesem, wer weiter verordnet.

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

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

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

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

Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe*

Wir brauchen Sie,

liebe Kolleginnen und Kollegen.

Bitte substituieren Sie!

Weitere Informationen:

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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Gallensteine + Symptome = OP-Indikation?

Auch eine konservative Behandlung kann sinnvoll sein

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

D

Dass eine Patientin oder ein Patient über rechtsseitige Oberbauchbeschwerden berichtet, ist eine häufige Behandlungssituation. Wenn die Symptomatik sich in typischer Weise wie eine Gallenkolik darstellt und zeitlich mit einer kräftigen Mahlzeit zusammenhängt, ist die Verdachtsdiagnose naheliegend. Meist lässt sich in diesen Fällen mittels Sonografie rasch eine Cholezystolithiasis diagnostizieren.

Als optimale Therapie einer symptomatischen Cholezystolithiasis wird in jedem Lehrbuch die Cholezystektomie empfohlen [1]. Nur wenn anästhesiologische Risiken oder schwere Komorbidität gegen eine Operation sprechen, wird man auf eine Cholezystektomie zumindest vorübergehend verzichten.

Jährlich werden in Deutschland etwa 175.000 Cholezystektomien durchgeführt, wobei Frauen insgesamt häufiger von Gallensteinen betroffen sind und daher auch häufiger als Männer operiert werden [2]. Die Indikation zur Cholezystektomie begründet sich darüber, dass nur eine Entfernung von Gallensteinen und -blase mögliche Folgekomplikationen verhindern kann.

Die häufigste Komplikation der Cholezystolithiasis ist die akute Cholezystitis, die eine antibiotische Therapie und eine Cholezystektomie binnen 24 h erfordert. Bei Steinabgang in die Gallenwege drohen Cholangitis und biliäre Pankreatitis, wobei die Krankenhaus-Mortalität der biliären Pankreatitis bei etwa 0,5% bis 2% liegt [3].

Insgesamt muss man damit rechnen, dass in etwas über 50% der Fälle die symptomatische Cholezystolithiasis mittelfristig entweder zu erneuten Symptomen oder aber sogar zu Komplikationen führt. Umgekehrt bedeutet dies aber, dass die anderen 50% der Betroffenen in den folgenden Jahren auch ohne Operation beschwerdefrei bleiben würden.

Ende 2023 wurde nun eine große britische Studie namens C-GALL vorgestellt [4]. In dieser Studie wurde bei 436 Erwachsenen mit unkompliziert symptomatischen Gallensteinen per Zufall entschieden, ob eine operative oder konservative Behandlungsstrategie

verfolgt wurde. Bei etwa drei Viertel aller Studienteilnehmer ließ sich die zugewiesene Strategie einhalten, wobei man in Großbritannien – anders als in Deutschland – etwa 6 Monate auf der Warteliste für eine elektive Cholezystektomie verbringt.

Im Vergleich zwischen beiden Behandlungsstrategien zeigten sich nach 12 bis 18 Monaten ähnliche Ergebnisse hinsichtlich Schmerzen, Lebensqualität und Komplikationsraten. Bei den Komplikationen hielten sich perioperative Komplikationen in der operativen Gruppe die Waage mit den bekannten Komplikationen der konservativen Therapie (Rezidivkolik, Cholezystitis, etc.). Letztlich war die Komplikationsrate mit 15% bei konservativer Therapiestrategie tendenziell niedriger als die 20%-Rate in der OP-Gruppe.

Daher schlussfolgert die Studiengruppe, dass die konservative Behandlung eine vertretbare Option für Patienten mit unkomplizierten symptomatischen Gallensteinen sei und bei bestimmten Patienten sogar vorzuziehen sein könnte.

In einem Editorial zur Studie konnte ich mich gemeinsam mit meinem chirurgischen Kollegen Ralf Langenbach dieser Einschätzung anschließen [5]. Zwar ist die rasche Entfernung der Gallenblase in vielen Fällen sicherlich die beste Therapieoption. Abhängig von individuellen Risikofaktoren und vom Patientenwunsch kann aber bei nicht wenigen Patientinnen

und Patienten auch eine konservative Behandlung zumindest versucht werden.

Abzuraten ist von der Operation als „der“ Standardlösung für ein Gallensteinleiden – insbesondere bei weniger schweren und atypischen Symptomen, weil die Cholezystektomie hier die Symptomatik oft nicht verbessert. Stattdessen sollte im Patientengespräch eine individuelle und partizipative Therapieentscheidung angestrebt werden. Hierfür hat das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) 2023 eine allgemein-verständliche Entscheidungshilfe erarbeitet [6].

Wichtig ist es aber, die Option eines konservativen Vorgehens überhaupt anzusprechen.

In die medizinische Abwägung einzubeziehen sind neben der Patientenpräferenz einerseits das prognostische Risiko der Cholezystolithiasis und andererseits das allgemeine Risiko einer Cholezystektomie. Tendenziell eher für eine operative Behandlung sprechen typische und schwere Symptome, höheres Patientenalter, männliches Geschlecht, Diabetes mellitus sowie kleine Gallensteine [7,8].

Umgekehrt bedeutet dies aber, dass gerade die typischerweise weibliche Patientin im mittleren Alter nicht in jedem Fall einer Cholezystektomie bedarf. Man kann auch – so wie in der C-GALL-Studie – abwarten, ob die Symptome wiederkommen oder nicht.



In einer niederländischen Studie namens SECURE wurde ein solches, bewusst zurückhaltendes Behandlungskonzept bereits ausprobiert [9]. In einer Patientengruppe (n= 1067) mit symptomatischer Cholezystolithiasis gelang es, die Cholezystektomie-Rate von 75% auf 68% zu reduzieren. Dies ist nicht viel; die Studienintervention bestand aber schlicht darin, dass ein Online-Tool von einer Operation abriet, sofern die Symptomatik weniger typisch oder weniger schwer

war. Und die um 8% geringere OP-Rate führte nicht zu einem Mehr an Komplikationen unter konservativer Therapie. Insbesondere die Inzidenz der biliären Pankreatitis lag bei unter 1% binnen 12 Monaten.

Insgesamt also kann die abwartende, nicht operative Behandlung einer symptomatischen Cholezystolithiasis eine sinnvolle Option sein, die je nach individueller Risikokonstellation im Patientengespräch erwogen werden sollte. ■



**PROF. DR. MED.
STEFAN SAUERLAND**

Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheits-
wesen (IQWiG),
Im Mediapark 8, D-50670 Köln;
Tel.: 0221 / 356 85 – 359;
stefan.sauerland@iqwig.de

Literatur:

- 1) Tait N, Little JM. The treatment of gall stones. *BMJ* 1995; 311: 99-105. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.6997.99>
- 2) Sauerland S: Epidemiology of biliary lithiasis. In: Borzellino G & Cordiano C (Eds.) *Biliary lithiasis*. Heidelberg, Springer; 2008: pp. 13-18.
- 3) Patel et al.: Acute biliary pancreatitis is associated with adverse outcomes in the elderly: a propensity score-matched analysis. *J Clin Gastroenterol* 2019; 53: e291-e297. <https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000001108>
- 4) Ahmed I, et al.: Effectiveness of conservative management versus laparoscopic cholecystectomy in the prevention of recurrent symptoms and complications in adults with uncomplicated symptomatic gallstone disease (C-GALL trial): pragmatic, multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2023; 383: e075383. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075383>.
- 5) Sauerland S, Langenbach MR. Managing symptomatic gallstone disease: We must move away from a "one size fits all" approach. *BMJ* 2023; 383: 2624. <https://doi.org/10.1136/bmj.p2624>
- 6) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): Entscheidungshilfe: Gallensteine: Wie können sie behandelt werden? (2023) <https://www.gesundheitsinformation.de/entscheidungshilfe-gallensteine-wie-koennen-sie-behandelt-werden.html>
- 7) Parmar AD, et al.: PREOP-Gallstones: A Prognostic Nomogram for the Management of Symptomatic Cholelithiasis in Older Patients. *Ann Surg* 2015; 261: 1184-90. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000000868>
- 8) Guo X, et al.: A nomogram for clinical estimation of acute biliary pancreatitis risk among patients with symptomatic gallstones: A retrospective case-control study. *Front Cell Infect Microbiol* 2022; 12: 935927. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2022.935927>
- 9) van Dijk AH, et al.: Restrictive strategy versus usual care for cholecystectomy in patients with gallstones and abdominal pain (SECURE): a multicentre, randomised, parallel-arm, non-inferiority trial. *Lancet* 2019; 393: 2322-2330. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30941-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30941-9)

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**



Die vergessenen Mädchen

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

Es ist wie immer. Diesmal hatte ich sogar schon zwei Themeneideen für die Kolumne, und da kommt dann plötzlich und zufällig ein ganz anderer Vorschlag. Diesmal von meinem Mann. Der ist niedergelassener Kardiologe und überlegte laut und mit etwas aufgeregten Sorgenfalten, wie zwei Herzärzte am 8. Februar eine Praxis alleine führen sollen.

„Also Karte einlesen, Wartezimmer, Echo anschalten, ans Telefon gehen, rechts oben klicken wegen

man die Praxis fast alleine machen muss. Mein Kollege und ich haben das Abenteuerprojekt „Ohne MFA arbeiten“ in einer der vielen Infektwellen auch mal gemacht. Kann ja nicht so schlimm sein, das schaffen wir schon irgendwie.

Rennen, behandeln, nicht aus dem Kopf wissen, wieviel vom Desinfektionsmittel in die Instrumentenwanne kommt. Unfassbar langsam vorankommen, die Hälfte vergessen. Jegliche Effizienz ver-

Cerumen-Entfernungen und halte einen kleinen Vortrag. Soviel Zeit muss auch in der eng getakteten Sprechstunde sein.

Ab Mitte der 60er Jahre war die Berufsbezeichnung „Arzthelferin“ schon nicht mehr angebracht, da es sich mit Beginn der zweijährigen Ausbildung nicht mehr um einen Hilfsberuf handelte. Seit 1986 wurde die dreijährige Ausbildung eingeführt, und 2006 änderte sich die Bezeichnung eines der wichtigsten Berufe im Gesundheitswesen zu „Medizinische/r Fachangestellte/r“.

Ich schreibe hier auch die männliche Form, obwohl der Beruf weiterhin von den Frauen dominiert wird. 2021 waren nur knapp 2 Prozent der MFA männlich, wobei dieser Anteil in den letzten Jahren leicht angestiegen ist. Auch insgesamt ist die Zahl der MFA in den letzten Jahren um ca. 50.000 angestiegen (Zahl ebenfalls aus 2021).

Im Gesundheitswesen brennt es an den meisten Ecken und Enden nicht erst seit gestern. Die Pflegekräfte verdienen immer zu wenig Geld und werden deshalb von der Bevölkerung beklatscht, die niedergelassenen Ärzt:innen verdienen in der öffentlichen Wahrnehmung zwar viel zu viel

Ab Mitte der 1960er Jahre war die Berufsbezeichnung "Arzthelferin" schon nicht mehr angebracht.

Terminkalender, Moment, dann linke Maustaste Namen suchen, dann den einen zum Echo, wieder Telefon, den anderen zum EKG, und wo ist da eigentlich der Schalter und Langzeit-EKGs erstmal liegenlassen oder was, und dann ist vorne schon die Schlange. Zum Glück haben wir die Hälfte abgesehen. „So ist das, wenn die MFA nicht da sind.“

Ich muss Ihnen diese Abläufe nicht erzählen, Sie kennen die alle. Sie wissen auch, wie es ist, wenn

lieren. Angemeckert werden, dass es nicht schnell genug geht, „Sie können mir doch nicht erzählen, Sie kriegen das jetzt nicht hin, weil Ihre Mädchen nicht da sind?“

Ihre Mädchen. Ihre Damen. Die Krankenschwestern. Unabhängig davon, dass unser Team aus Medizinischen Fachangestellten auch männliche Bestandteile hat, werde ich sehr ungehalten, wenn jemand meine Mitarbeiter:innen abschätzig als meine Mädchen bezeichnet. Ich unterbreche da meine

Geld, aber gleichzeitig sinken die Honorierungen stetig bei einer immer weiter zunehmenden Kostenentwicklung, die Patientenzahl steigt ebenfalls zunehmend. Die Kolleg:innen aus der Klinik ächzen unter dem Personalmangel und

diese Berufsgruppe leistet und wie außerordentlich entscheidend sie für das Funktionieren der ambulanten Versorgung ist.

Gängige Aussagen aus der Klinik wie „Weiss ich nicht,

Ist eine Praxis ohne MFA zu schaffen? Sicherlich. Dann behandle ich eben drei Patient:innen pro Tag statt vierzig.

der damit einhergehenden Arbeitsverdichtung.

Immer wieder streikt mal eine dieser Gruppen und positioniert sich öffentlich, und das völlig zu Recht.

Eine Gruppe geht jedoch unter. Verschwindet im wuseligen Untergrund der Praxisräume, beschwert sich kaum, kommt krank zur Arbeit, hält den Betrieb aufrecht, kann nicht mehr. Ganz leise.

Im Unterschied zum Pflegefachpersonal wird die Gruppe der MFA auch öffentlich nicht wahrgenommen, es sind ja nur „Ihre Mädchen“. Es sind die vergessenen Mädchen.

Ich schreibe diesen Text, um nochmal deutlich zu machen, was

nicht meine Baustelle“ hört man nie von den MFA. Das Verantwortungsbewusstsein für das kleine Unternehmen ist sehr hoch.

MFA sind schnell im Kopf und effizient. Sie beherrschen kreative Organisation und Kommunikation, haben zum Teil ganz enorme medizinisch-diagnostische Skills, sind das Bollwerk an der Anmeldung, regeln Abläufe, strukturieren die Versorgung des ganzen Einzugsgebiets.

Ist eine Praxis ohne MFA zu schaffen? Sicherlich. Dann behandle ich eben drei Patient:innen statt vierzig pro Tag. In other words: Versorgungszusammenbruch.

Am 8. Februar hatten die MFA nun ihren längst überfälligen Streiktag. Der Spitzenverband der Fachärzte hat sich sehr zutreffend und unterstützend hierzu geäußert, und diese Unterstützung muss unseren Kolleg:innen von uns allen zukommen.

Die Medizinischen Fachangestellten sind nicht nur für uns ein integraler Bestandteil unseres Praxisbetriebs, sondern für die Gesundheitsversorgung der gesamten Gesellschaft ein vollkommen unverzichtbarer Baustein.

Weil ich immer viel Post von den MFA aus verschiedenen Praxen bekomme, über die ich mich immer besonders freue, möchte ich an dieser Stelle noch zwei Dinge sagen:

DANKE.

Sie alle haben meine vollste Unterstützung, und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die meiner Kolleg:innen!

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



MFA-Demonstration vor dem Ärztehaus

Erster Warnstreik in der Geschichte des Verbandes der Medizinischen Fachberufe:
Tarifabschluss noch am selben Nachmittag



Klaus Seidel (links oben) forderte vor etwa 200 Demonstrierenden angemessene Gehaltserhöhungen für die MFA

Am 8. Februar 2024 versammelten sich etwa 200 MFA vor dem Gebäude der KV Hamburg. Der Verband der Medizinischen Fachberufe (VMF) hatte bundesweit zu einem ganztägigen Warnstreik aufgerufen, um für die seit Oktober laufenden Tarifverhandlungen Druck aufzubauen.

Der Warnstreik sei „ein Novum in der 60jährigen Geschichte des Verbandes“, sagte VMF-Präsidentin Hannelore König auf der zentralen Kundgebung in Berlin. Kleinere Demonstrationen gab es unter anderem auch in Dortmund, Marburg, Nürnberg und Stuttgart.

Klaus Seidel, Vorsitzender des Landesverbands Nord des VMF, forderte in seiner Rede vor dem Hamburger KV-Gebäude angemessene Gehaltserhöhungen und rief die Praxisinhaber dazu auf, nach Tarif zu bezahlen.

Die KV Hamburg hatte am Tag zuvor eine Pressemitteilung veröffentlicht und sich mit den Forderungen der MFAs solidarisiert. „Wir können den Unmut der MFAs und ihren dringenden Wunsch nach einer angemessenen Vergütung nachvollziehen“, sagte John Afful, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg. „Die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versor-

gung ist ohne gut ausgebildete und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schlicht nicht möglich – die Arztpraxen sind auf ihr Personal angewiesen und wollen es entsprechend gut bezahlen.“

Gleichzeitig müsse man darauf hinweisen, dass viele Praxen aufgrund der Gesundheitspolitik der Bundesregierung wirtschaftlich mehr und mehr unter Druck gerieten. „Hohe Inflation, hohe Energiekosten und eine weiterhin starke Budgetierung lassen die finanziellen Spielräume enger werden; längst ist die ambulante Versorgung in Gefahr, worauf wir auch im Rahmen von Protestmaßnahmen gegen die Gesundheitspolitik der Bundesregierung immer wieder aufmerksam machen“, so Afful. „Wir fordern die Bundesregierung daher auf, die ambulante Versorgung finanziell so auszustatten, dass auch den gerechtfertigten Gehaltsforderungen der MFAs entsprochen werden kann.“

Bereits am Nachmittag des Tages, an dem der Warnstreik stattfand, meldete der VMF, die Tarifverhandlungen seien mit einem Abschluss beendet worden. ■



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Sönke Strauß**
Stellvertretendes Mitglied im Berufungsausschuss

Name: **Sönke Strauß**

Geburtsdatum: **6.3.1970**

Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder, 1 Hund**

Fachrichtung: **Innere und Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **Stv. Mitglied Vertreterversammlung und Beratender
Fachausschuss Hausärzte**

Hobbys: **Bücher, Filme, Musik, Familie. Interesse an Vielem, zu wenig Geduld
und Muße für intensive Einzelhobbys**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Mit Einschränkungen ja. Ich kann Arbeitszeit und -menge ausreichend gestalten, genieße die Freiheiten der eigenen Praxis, die freien Wochenenden und die enorm vielfältige Arbeit in einem krisenfesten Beruf.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Etwas mitzugestalten statt nur zu klagen. Den tollen, engagierten Kolleginnen in den Gremien etwas Unterstützung zu geben. Die Freude, mit interessanten Menschen gemeinsam an einem Projekt zu arbeiten. Die größer werdenden Kinder lassen etwas mehr Spielraum, um mal in die Berufspolitik hineinzuschnuppern.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Sinnvollere und gerechtere Verteilung der eigentlich ausreichend vorhandenen Gelder. Nur der Ruf nach immer mehr kann nicht die Lösung sein und schadet der Glaubwürdigkeit der Ärztinnen in der Bevölkerung. Stärkung der sprechenden Medizin. Primärärztsystem in Deutschland mit gut ausgebildeten, fair bezahlten Hausärztinnen, und mit Spezialistinnen, die wirklich für Spezielles da sind. Wegkommen vom allgegenwärtigen deutschen Kontrollwahn.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Was Politik, Juristinnen, Datenschützerinnen, EDVlerinnen und andere Schreibtischmenschen von uns erwarten, ist mit einer gewissenhaften Berufsausübung bei adäquatem Einkommen nicht vereinbar. Permanente Abstriche im einen oder anderen Bereich sind nötig, ständig droht Selbstausbeutung

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Enkel haben. Gesund den Ruhestand erleben und viel Zeit haben ihn zu gestalten. Mal innerhalb einer Woche „Die Zeit“ komplett durchlesen können.



116117 oder 112? Die richtige Nummer im richtigen Moment

Gemeinsame Kampagne der KV Hamburg und der Feuerwehr

Im Februar fiel der Startschuss für die Kampagne „Die richtige Nummer im richtigen Moment“. Ziel der Kampagne ist es, die Hamburger Bevölkerung über den jeweils passenden Zugang zur medizinischen Versorgung aufzuklären. Damit sollen die Versorgungsangebote des Arztrufs Hamburg 116117 bekannter gemacht und die Rettungsleitstelle der Feuerwehr und der Rettungsdienst von Bagatellfällen entlastet werden.

Hamburgs Innensenator Andy Grote und Sozialsenato-

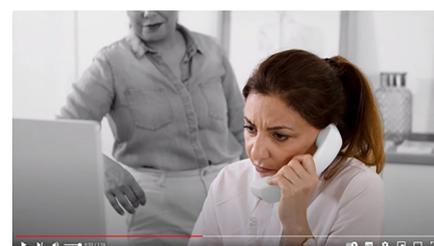
rin Melanie Schlotzhauer stellen die Kampagne gemeinsam mit dem kommissarischen Amtsleiter der Feuerwehr Hamburg, Jörg Sauermann, und der stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Caroline Roos, vor.

Die Kampagne läuft über die sozialen Medien Instagram, YouTube und LinkedIn. Im Mittelpunkt steht dabei ein Video (<https://youtu.be/HP-20qJqiYU>), das deutlich machen soll, in welchem Fall welche Nummer die richtige ist. Verstärkt wird die Sicht-

barkeit in den sozialen Netzwerken durch verschiedene Reels mit den Protagonisten der Kampagne. Zudem waren verschiedene Plakatmotive auf den Stadtinformationsanlagen an mehr als 400 Standorten im gesamten Stadtgebiet zu sehen. Darüber hinaus wird die Kampagne auch über das Fahrgastfernsehen des Hamburger Verkehrsverbunds (HVV) ausgespielt und in Radiospots thematisiert.

Zudem gibt es Flyer und Wartezimmerplakate in verschiedenen Sprachen, die wir Ihnen zusenden.

Das Video zur Kampagne im Internet: <https://youtu.be/HP-20qJqiYU>





Stellten die Kampagne der Öffentlichkeit vor (v.l.n.r.): Caroline Roos (stv. Vorsitzende der KV Hamburg), Andy Grote (Innensenator), Melanie Schlotzhauer (Sozialsenatorin) und Jörg Sauermann (komm. Amtsleiter der Feuerwehr)

Bitte unterstützen Sie die Kampagne. Teilen und „Liken“ Sie unsere Posts in den Social-Media-Kanälen:

- [instagram.com/kv_hamburg](https://www.instagram.com/kv_hamburg)
- [linkedin.com/kassenärztliche-vereinigung-hamburg](https://www.linkedin.com/kassenärztliche-vereinigung-hamburg)
- [youtube.com/@KV_Hamburg](https://www.youtube.com/@KV_Hamburg)

Übernehmen Sie gern den Film und die Reels für Ihr Wartezimmer-TV oder Ihre Homepage. Download über unsere Homepage:

www.kvhh.net → (oben rechts) Menü → Presse → Mediaservice → Filme

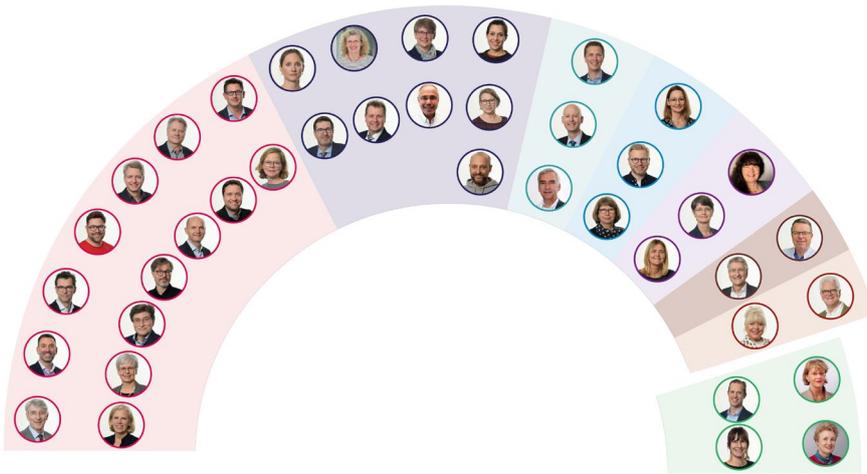
Und legen Sie gerne die Flyer in Ihrem Wartezimmer aus. Nur gemeinsam können wir die Patient:innen informieren und aufklären! Machen Sie mit!

Ansprechpartner:
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit,
oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 7. März 2024

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 19

(Lohbrügge, Bergedorf, Curslack, Alten-
gamme, Neuengamme, Kirchwerder,
Ochsenwerder, Reitbrook, Allemöhe, Bill-
werder, Moorfleet, Tatenberg, Spadenland)
Kreisobmann: Dr. Sven-Holger Kühn
Stellvertreterin: Dr. Jutta Lipke

Programm:

- Erläuterungen zum neuen Verteilungs-
maßstab / Perspektiven zur Entbudge-
tierung der Hausärzte (Ass. iur. Martina
Kemme, Geschäftsführerin operatives
Geschäft der KV Hamburg)
- Fallbezogene Neurologie zwischen
ambulanter und stationärer Versorgung
(Dr. med. Frank Trostdorf, Chefarzt der
Klinik für Neurologie)

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

Di, 26.3.2024 (19.15 Uhr s.t.)

**Ort: Agaplesion Bethesda Kranken-
haus Bergedorf / Glindersweg 80
Konferenzraum 1, Ebene O, Haus B**

KREIS 2

(Winterhude)
Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin
Mi. 3.7.2024 (18 Uhr)

"Aktuelles aus der Berufspolitik"
Referentin: Dr. Rita Trettin

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



QUALITÄTSMANAGEMENT- SEMINAR

Hygiene in der Arztpraxis (online)

Mi. 13.3.2024 (9 - 14 Uhr)

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz in der Arztpraxis
(online)

Mi. 17.4.2024 (9 - 14 Uhr)

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

Prävention und Hilfe bei Missbrauch
und Gewalt gegen Kinder und Ju-
gendliche / Schutzkonzept (online)

Mi. 17.4.2024 (15 - 18.30 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Hygiene für Fortgeschrittene
(online)

Mi. 8.5.2024 (14 - 18 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz für Fortgeschrittene
(online)

Mi. 29.5.2024 (9 - 14 Uhr)

9 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2-858
Michael Bauer, Tel: 040 / 22802-388
Lena Belger, Tel: 040 / 22802-574
qualitaetsmanagement@kvhh.de

**DATENSCHUTZ-
JAHRESSCHULUNG**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.
Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 8.11.2024 (14.30 - 17 Uhr)

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

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

Ansprechpartnerin:

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

**WINTERHUDER
QUALITÄTSZIRKEL**

Der depressive ältere Patient

Besonderheiten und Gefahren in der Pharmakotherapie

Mi. 12.6.2024 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

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

Vigilanz – Schlafstörungen – vegetative Störungen in der differentialdiagnostischen Betrachtungsweise

Mi. 18.9.2024 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

**Betriebliches
Gesundheitsmanagement**

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

Mi. 20.11.2024 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

**Fortbildungen für Ärztinnen und
Ärzte**

Aktuelle Infos:

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

Ansprechpartnerin:

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

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



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

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

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



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!