

# KVH journal



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

## SICHERSTELLUNG

*Werden die Praxen in ärmeren Stadtteilen  
systematisch benachteiligt?*



**DIGITAL VERORDNEN**  
*eRezept ab 2024 verpflichtend*

**CYBER-ANGRIFFE**  
*Schutz vor Ransomware*

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](mailto:redaktion@kvhh.de)

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 9/2023 (September 2023)



[www.blauer-engel.de/uz195](http://www.blauer-engel.de/uz195)

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

## 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 Praxen stehen unter Druck. Die Betriebs-, Personal- und Investitionskosten steigen immer weiter an. Eine Inflationsrate von mehr als sechs Prozent lässt die Ausgaben in die Höhe schnellen.

Gleichzeitig brechen die Einnahmen weg. Es ist eine Katastrophe mit Ansage: Wir haben immer wieder darauf hingewiesen, dass der Wegfall der Neupatientenregelung zu hohen Honorareinbußen für die Hamburger Praxen führen wird. Das ist jetzt eingetreten.

Die Stimmung bei Ärztinnen und Ärzten sowie Praxispersonal ist auf dem Tiefpunkt angelangt. Das Bundesgesundheitsministerium und die Krankenkassen müssen jetzt dringend handeln, um die Finanzierung der flächendeckenden ambulanten Patientenversorgung zu gewährleisten. Wir brauchen eine deutliche Steigerung des Orientierungswertes und damit der Preise für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen.

Schon jetzt ist die Unterfinanzierung des Systems für Patientinnen und Patienten in manchen Bereichen spürbar. Einige Leistungen können nicht mehr sofort in Anspruch genommen werden. Es wird schwieriger, Arzttermine zu bekommen.

Dem GKV-Spitzenverband kann die Dramatik der Situation nicht verborgen geblieben sein. Wenn dieses Editorial erscheint, haben die ersten Honorarverhandlungs-Runden auf Bundesebene bereits stattgefunden. Ich hoffe, dass die Krankenkassen Verantwortung für ihre Versicherten übernommen und zugesagt haben, künftig ausreichend Geld für die flächendeckende ambulante Versorgung zur Verfügung zu stellen.

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

---

### KONTAKT

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

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



**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 14\_** Fragen und Antworten
- 17\_** Von AOK Bremen/Bremerhaven betreute Asylbewerber sind zuzahlungsbefreit  
Bitte Personengruppe korrekt in der Abrechnung angeben

**QUALITÄT**

- 18\_** Hygiene in der Arztpraxis: Aktualisierter Leitfaden veröffentlicht  
Moderatorenschulung für ärztliche Qualitätszirkel
- 19\_** Ultraschallgeräte: Bitte Änderungen der KV melden  
Ultraschall-Stichprobenprüfung: Aufrechterhaltung der Genehmigung
- 20\_** Computertomographie: Keine Stichprobenprüfungen mehr
- 20\_** KBV-Empfehlungen zur Labor Diagnostik: Neue Ausgabe zu Thrombozytose

**SCHWERPUNKT**

- 06\_** Nachgefragt: Ist die kinderärztliche Versorgung im Gebiet Horn/Billstedt/Mümmelmansberg Ihrer Erfahrung nach ausreichend?
- 08\_** Wir brauchen eine neue Sicherstellung! Die Erosion kinderärztlicher Versorgung in ärmeren Stadtteilen folgt einer systemischen Logik

**WEITERLESEN IM NETZ: [WWW.KVHH.DE](http://WWW.KVHH.DE)**

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

**ARZNEI- UND HEILMITTEL**

- 21**\_ Arzneimittelmissbrauch  
Verdachtsfälle

**DIGITALISIERUNG**

- 22**\_ Digital verordnen:  
Das elektronische Rezept wird ab  
Januar 2024 verpflichtend
- 24**\_ Checkliste: Schutz vor Ransomware

**SELBSTVERWALTUNG**

- 34**\_ Steckbrief:  
Dr. med. Laurens Kils-Hütten

**FORUM**

- 36**\_ Bundespsychotherapeutenkammer  
fordert zusätzliche Psychotherapie-  
Sitze
- 37**\_ Zwölf Jahre MRE-Netzwerk  
Hamburg

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 26**\_ Medizinische Zweit-  
meinungen in Deutschland

**RUBRIKEN**

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

**KOLUMNE**

- 32**\_ Dr. med. Christine Löber:  
"Wetter war doch gut"

**TERMINKALENDER**

- 38**\_ Termine und geplante  
Veranstaltungen

**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Eléonore Roedel  
Titelfoto: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.  
com; Seite 3: Michael Zapf; Seite 10: Robert  
Kneschke/Stock.Adobe.com; Seite 19: Photo-  
Plus+/Stock.Adobe.com; Seite 22: Gematik;  
Seite 25: ChaiwutNNN/Stock.Adobe.com; Seite  
37: MRE-Netzwerk Hamburg; Seite 34 und 38:  
Michael Zapf, iconmonster, Lesniewski/Fotolia;  
Seite 40: Christoph Jöns, Vanessa Himmler, Icons:  
iStockphoto.



# Ist die kinderärztliche Versorgung im Gebiet Horn/Billstedt/Mümmelmansberg Ihrer Erfahrung nach ausreichend?

## A. ROSE

Mitinitiatorin der Elterninitiative „Kinderarzt für Mümmel“

## Versorgung ist desolat

Die ärztliche Versorgung der Kinder in Mümmelmansberg ist desolat. Es gibt nur eine einzige Kinderarztpraxis. Diese wird vom Krankenhaus Wilhelmstift betrieben, ist aber völlig unterbesetzt und hat keine gesicherten Öffnungszeiten. Es kann passieren, dass man mit seinem kranken Kind vor verschlossenen Türen steht. Ob die Praxis geöffnet ist, lässt sich vorab nicht klären, denn telefonisch ist oftmals niemand zu erreichen, und die Angaben auf der Website sind unzuverlässig.

Weil alle umliegenden Kinderarzt-Praxen einen Aufnahmestopp verhängt haben, bleibt den Eltern oft nichts anderes übrig als zu warten, bis abends die Notfallpraxis Wilhelmstift öffnet. Das ist aber natürlich keine Lösung. Wer möchte mit seinem kranken Kind im Bus zu einer überfüllten Notfallpraxis fahren, um drei Stunden zu warten und dann zu überlegen, wie man nachts wieder nach Hause kommt?

Aufgrund der kinderärztlichen Unterversorgung haben in Mümmelmansberg sehr lange und besonders zu Corona-Zeiten keine U-Untersuchungen und die Impfungen erst sehr spät stattgefunden. Ohne Masernimpfung kein Kitaplatz: Manchen Eltern, die arbeiten müssen, droht der Jobverlust. Gewalt gegen Kinder oder deren Vernachlässigung werden leichter übersehen, wenn die kinderärztliche Kontrolle fehlt. Es kann einfach nicht sein, dass in einem derart kinderreichen Stadtteil wie Mümmelmansberg die kinderärztliche Versorgung nicht funktioniert! ■

**DR. SUSANNE EPPLÉE**

Geschäftsführerin und ärztliche Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums Hamburg-Ost

**BETTINA ROSENBUSCH**

Netzwerkkordinatorin im Billenetz / Lokale Vernetzungsstelle MüHoBi

## Dramatische Situation

Zu Beginn der Corona-Pandemie warnte ich in der Sendung „Hart aber Fair“ vor einer Patientenwelle, die infolge von Lockdowns die Armutsviertel überrollt. Gab es früher in unserem Sozialpädiatrischen Zentrum fast keine Wartezeiten, standen im Mai 2021 schon 400 Kinder auf der Warteliste, die wir nicht versorgen konnten.

Seitdem verschärfte sich die Situation dramatisch. Während wir bis zu 800 Patienten mehr behandelt haben, als vergütet wurden, wuchs die Welle ungebrochen an. Aktuell warten 1.300 Patienten auf einen Termin, dreimal so viele wie 2021.

Fatal daran ist, dass sich eine unbehandelte Entwicklungsstörung beim Kind manifestiert, je länger aber die Fehlentwicklung, desto länger die Therapie. Also: Mit wachsender Wartezeit wachsen die Heilungskosten. Positiv stimmt, dass die kritische Versorgungslage Sozialpädiatrische Zentren und Krankenkassen dazu bewogen hat, eine Ausweitung der Kapazitäten zu erörtern. Es gibt Anlass zur Hoffnung, dass zukünftig erheblich mehr Patienten im Hamburger Osten versorgt werden können. ■

## KV muss dringend aktiv werden

Im „Billenetz“ haben sich mehr als 60 engagierte Einrichtungen aus den Hamburger Bille-Stadtteilen zusammengeschlossen. Außerdem ist hier auch die Lokale Vernetzungsstelle Prävention MüHoBi angesiedelt. Während der Gesprächsrunden und Treffen wird immer wieder deutlich, dass die schlechte kinderärztliche Versorgung in Mümmelmannsberg, Horn und Billstedt ein großes Problem darstellt.

Für 20.175 Kinder in Mümmelmannsberg, Horn und Billstedt gibt es nur drei Kinderarztpraxen. Und das vor dem Hintergrund, dass die Bevölkerung in sozial schlechter gestellten Regionen gesundheitlich bekanntlich stärker belastet ist als in anderen Stadtteilen. So zeigen sich bereits bei Kindern Auswirkungen auf Risikofaktoren wie zum Beispiel Adipositas und eine größere Erkrankungshäufigkeit zum Beispiel bei infektiösen und Darm-Krankheiten. Bereits in der Vergangenheit, und um ein Vielfaches verstärkt durch Corona, kommt es aufgrund der sozialen Lage und Situation auch zu sensiblen Persönlichkeitsstörungen, motorischen Entwicklungsstörungen und Störungen der Sprachentwicklung bei Kindern. Umso schlimmer, dass keine Logopäden und Ergotherapeuten in der Region ansässig sind.

Die Kassenärztliche Vereinigung muss dringend aktiv werden, um die Notlage bei der Kinderärztlichen Versorgung in der Region zu beheben. Auch Anreize zum Erhalt und zur Eröffnung von Praxen sind nötig. Wie vor einiger Zeit ein Arzt zu mir gesagt hat: „In keinem anderen Stadtteil habe ich so viel Abwechslung, Herausforderungen und gleichzeitig Erfolgserlebnisse wie im Hamburger Osten.“ ■

VON DR. MED. STEPHAN SCHOOF

# Wir brauchen eine neue Sicherstellung

Dass die ärztliche Versorgung in den sozial schwächeren Stadtteilen einbricht, hat auch systemische Gründe. Wir müssen dringend gegensteuern – und einige gesundheitspolitische Dogmen über Bord werfen.

**I**n Teilen des Hamburger Ostens erodiert die kinderärztliche Versorgung: Medizinische Versorgungszentren und Praxen schließen oder ziehen fort, Arztstühle können nicht besetzt werden.

Das ist kein Zufall, sondern folgt einer strukturellen Logik und finanziellen Fehlanreizen. Will man in sozioökonomisch schlechter gestellten Gegenden künftig überhaupt noch Medizin anbieten, muss man jetzt entschieden gegensteuern.

Das bedeutet allerdings: Vertragsärztliche Selbstverwaltung, KV, Krankenkassen und Politik müssen

sich von alten Glaubenssätzen verabschieden und ein paar heilige Kühe schlachten.

Schnelle Abhilfe wird es nicht geben: Ich vermute, dass es zehn bis 15 Jahre dauert, bis Maßnahmen, die jetzt zur Sicherstellung der Versorgung ergriffen werden, eine spürbare Wirkung zeigen.

Ich bin Inhaber einer großen kinderärztlichen Praxis mit angestellten Ärzten in Hamburg-Horn, und ich kann aus eigener Erfahrung sagen, was Versorgungseinheiten wie unsere unter Druck setzt.

Es gibt vor allem drei Umstände, die uns gegenüber Praxen in wohlhabenderen Gegenden benachteiligen:

## **Höhere Morbidität**

Die von uns versorgten Patienten leben oftmals in einem gesundheitlich belastenden Umfeld. Der Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und hoher Morbidität ist gut belegt und zeigt sich auch in meiner Praxis: Viele der von uns behandelten Kinder sind chronisch krank, psychisch belastet oder





**Dr. med. Stephan Schoof:** "Es gibt vor allem drei Umstände, die uns gegenüber Praxen in wohlhabenderen Gegenden benachteiligen: höhere Patienten-Morbidität, mehr Kommunikationsaufwand und weniger Privatpatienten."

zeigen Sprach-, Verhaltens- und Koordinations-Auffälligkeiten. Es gibt in Billstedt und Horn nicht nur geringere Versorgungskapazitäten im Verhältnis zur Patientenzahl – die Patienten weisen zudem eine höhere Morbidität auf. Gerade in der Corona-Pandemie hat sich dieses besonders gezeigt.

### **Mehr Kommunikationsaufwand**

Die Verständigung mit den Eltern und Kindern ist aufwändiger und zeitintensiver als in Praxen mit einer Klientel, die dem Milieu der Ärztinnen und Ärzte ähnlicher ist. Zudem haben wir oftmals mit sehr ausgeprägten Sprach- und Verständnisbarrieren zu kämpfen, teilweise brauchen wir Dolmetscher. Für die Steuerung der

Patienten in weiterbehandelnde Einrichtungen sind zeitintensive Erläuterungen nötig, und wir müssen die Weiterbehandlung eng begleiten. Das ist zusätzlicher Kommunikationsaufwand, den wir nicht bezahlt bekommen.

### **Weniger Privatpatienten**

Der Honorar-Anteil für die Versorgung unserer privatversicherten Patienten liegt im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Im Durchschnitt des gesamten Stadtgebiets liegt dieser Anteil meines Wissens etwa bei 25 Prozent. Wir können die Versorgung unserer GKV-Patienten also nicht in einem ausreichenden Umfang durch Einnahmen aus dem Privatbereich querfinanzieren.

Diese systematischen Schwierigkeiten nehmen viele Praxisinhaber in ärmeren Stadtteilen bisher in Kauf. Ich arbeite sehr gern in Horn. Meine Patientinnen und Patienten und deren Eltern sind ausgesprochen nett.

Es gibt aber leider auch Eltern, die sich sehr aggressiv gegenüber meinen Mitarbeiterinnen und mir verhalten. Doch das ist Gott sei Dank nur ein sehr, sehr kleiner Anteil.

Tatsächlich ist unser Arbeitsalltag geprägt von Eltern und Kindern, die sehr dankbar dafür sind, dass wir sie behandeln. Es ist eine sehr sinnvolle Arbeit. Wir arbeiten, wo wir wirklich gebraucht werden. Daraus ziehen viele Kolleginnen und Kollegen, die in

solchen Nachbarschaften arbeiten, professionelle Befriedigung und Erfüllung.

Allerdings gibt es eine Entwicklung, die das bisher vorherrschende Modell der Selbstaussbeutung in Eigentümer-geführten Praxen gefährdet. Wir haben eine neue Generation von Ärztinnen und Ärzten, die (zu Recht) nicht mehr bereit sind, 60 bis 70 Stunden pro Woche zu arbeiten.

Zudem wird sich nach den demographischen Entwicklungen die Zahl an Ärztinnen und Ärzten in der medizinischen Versorgung verknappt (die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand stieg um 3,8 Prozent im Vergleich von 2022 zu 2021).

Die bloße Anzahl von Ärztinnen und Ärzten in der Ärztestatistik sagt wenig über die tatsächlich zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit aus, und dem mengenmäßigen geringfügigen



**Schlechte Bedingungen:** Wird es in den sozial schwächeren Gegenden innerhalb von zehn oder fünfzehn Jahren überhaupt noch eine ambulante kinderärztliche Versorgung geben?

Doch auch die Angestellten stehen oft nicht mit ihrer vollen Arbeitsleistung zur Verfügung, weil Familie und Kinder einen größeren Stellenwert haben als früher. Es liegt auf der Hand, dass die von zwei halbtags angestellten Ärztinnen oder Ärzten erbrachte Arbeitsleistung geringer ist als dies bei einem selbstständigen Praxisinhaber der Fall ist, der mit hohem Patientendurchsatz bis in

tun. Die jungen Ärztinnen und Ärzte können sich aussuchen, wo und unter welchen Bedingungen sie arbeiten wollen.

Angestellte Ärztinnen und Ärzten bekommen im ambulanten Bereich ein Gehalt, das dem in kommunalen Krankenhäusern entspricht. Das ist ein Batzen Geld, den eine Praxis erst mal erwirtschaften muss.

Ohne nennenswerten Privatpatientenanteil ist das extrem schwierig. Ärztinnen und Ärzte zu attraktiven Bedingungen anzustellen, können sich eigentlich nur Praxen und MVZ in wohlhabenderen Stadtteilen leisten.

Deshalb wird es meines Erachtens auch nicht funktionieren, die Lücken, die derzeit im Netz selbstständiger, Inhaber-geführter Praxen in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status entstehen, durch kommunale MVZ oder KV-Eigeneinrichtungen, Lokale Gesundheitszentren, Krankenhaus-MVZ oder investo-

## Die bloße Anzahl von Ärztinnen und Ärzten in der Ärztestatistik sagt wenig über die tatsächlich zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit aus.

Wachstum (+1,2 Prozent) werden langfristig sinkende Wochenarbeitsstunden gegenübergestellt werden müssen.

Statt in die Selbstständigkeit zu gehen, wollen viele Ärztinnen und Ärzte angestellt arbeiten.

die Abendstunden arbeitet und abends nach der Sprechstunde und am Wochenende noch den Papierkram erledigt.

Hinzu kommt: Wir haben es heute mit einem reinen Arbeitnehmermarkt für Mediziner zu

rengeführte MVZ zu stopfen. Diese konkurrieren dann gegenüber den Inhaber-geführten Praxen um die knappen Personalressourcen sowohl im ärztlichen als auch nicht-ärztlichen Bereich und setzen hiermit die Inhaber-geführten Praxen noch mehr unter Druck.

Mit angestellten Ärztinnen und Ärzten in sozioökonomisch schlechter gestellten Gegenden zu arbeiten, lohnt sich unter den derzeitigen Gegebenheiten aus wirtschaftlichen Gründen einfach nicht. Nicht für Praxisinhaber, nicht für Kommunen, nicht für die KV – und erst Recht nicht für profitorientierte Unternehmen.

Wir befinden uns auf einer schiefen Ebene: Strukturelle Rahmenbedingungen, finanzielle Fehlanreize und gesellschaftliche Entwicklungen begünstigen einen Abbau von pädiatrischen und allgemeinmedizinischen Versorgungskapazitäten in den sozial schwächeren Stadtteilen.

Was also ist zu tun, um diese Entwicklung zu stoppen? Hier ein paar Lösungsvorschläge:

**1.** Die Leistung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die in schlechter versorgten Vierteln arbeiten, muss deutlich höher vergütet werden. Das ist vor allem eine Frage der Leistungsgerechtigkeit und der Fairness: Zusatzleistungen, die aufgrund der erhöhten Morbidität und eines erhöhten Kommunikationsaufwandes u.a.

bei zum Teil erheblichen Sprach- und Verständnisbarrieren seitens der Eltern erbracht werden, müssen angemessen bezahlt werden. Und es ist ein Teilaspekt des Sicherstellungsauftrags: Wer dafür sorgen will, dass Ärztinnen

und Ärzte dorthin gehen, wo sie am meisten gebraucht werden, muss wirkungsvolle finanzielle Anreize schaffen. Das Fehlen privatärztlicher Einnahmen muss kompensiert werden, damit wir ärztlichen Angestellten und MFA ein Gehalt anbieten können, das uns im Wettbewerb um gutes medizinisches Personal wieder eine faire Chance eröffnet.

**2.** Auch eine zweite Maßnahme wäre schnell umsetzbar: Die KV sollte prüfen, ob die grundversorgenden Praxen ihrem Versorgungsauftrag nachkommen. Wenn sich herausstellt, dass auf einem Arztsitz über mehrere Quartale hinweg nur die Hälfte der Durchschnittsleistung für GKV-Patienten erbracht wird, sollte das Konsequenzen haben. Wer nur halbe Leistung erbringt, kann auch auf einem halben Sitz arbeiten. Die andere Hälfte sollte von der KV eingezogen und einer

Ärztin oder einem Arzt zur Verfügung gestellt werden, die oder der einen Versorgungsauftrag in unterversorgten Gegenden erfüllen will.

**3.** Die Bedarfsplanung muss kleinräumiger werden, und der

## Mit angestellten Ärzten in sozial schwächeren Gegenden zu arbeiten, lohnt sich rein wirtschaftlich gesehen nicht – weder für Praxen noch für MVZ.

Zulassungsausschuss muss sich dem Sog in die wohlhabenden Stadtteile entgegenstellen und rigoros im Sinne der Sicherstellung entscheiden: „Nein, du kannst Deine Praxis jetzt nicht mal eben vier Kilometer in Richtung Innenstadt verlegen. Das gefährdet die Versorgung.“ Ich bin manchmal nicht sicher, inwieweit den Mitarbeitern der Kassenärztlichen Vereinigung und den Mitgliedern des Zulassungsausschusses überhaupt bewusst ist, dass sie eine Verantwortung für die Sicherstellung haben.

**4.** Die bisher genannten Maßnahmen werden nicht ausreichen, deshalb sollte man sich eine längerfristige Strategie überlegen. Die wichtigste Forderung ist: Die Zahl der Medizin-Studienplätze muss erhöht werden. Es führt kein Weg an der Erkenntnis vorbei, dass künftig sehr viel mehr Köpfe benötigt werden, um die gleiche

Versorgungskapazität vorzuhalten. In sozial schwächeren Gegenden wird der Ärztemangel leider zuerst spürbar.

**5.** Der Numerus Clausus muss zumindest teilweise aufgehoben werden. Personen mit Eins-Null-Abitur sind sicherlich bestens dafür geeignet, erfolgreich und schnell ein Medizinstudium zu absolvieren. Doch das bedeutet nicht zwangsläufig, dass sie sich für die Versorgung echter Patientinnen und Patienten in Billstedt oder Horn eignen bzw. interes-

schöne Medizin, die wir machen – und das lässt sich vermitteln. Diese Lehrtätigkeit und der damit verbundene weitere zusätzliche Zeitaufwand müssen allerdings sowohl für Facharztweiterbildung als auch Famulaturen komplett ausfinanziert werden.

**7.** Der nächste Schritt wäre, junge Ärztinnen und Ärzte beim Schritt in die Niederlassung zu unterstützen. Hier ist zunächst die KV gefragt. Sie muss aktiv auf niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte zugehen, um sie für

gestellten Gegenden arbeiten.

Ich möchte nie mehr von Kollegen hören: „Ach komm schon, Schoof, Du hast Dir doch selbst ausgesucht, in Horn zu arbeiten. Das hättest Du doch nicht machen müssen.“

Ich möchte auch nie mehr hören: „Du hast einen Aufnahmestopp für Deine Praxis verhängt? Wer soll denn all die Kinder versorgen? Das ist unethisch!“

Und ich möchte nicht mehr hören: „Warum sollten Ärzte in ärmeren Stadtteilen für ihren Zusatzaufwand entschädigt werden? Das gab's früher auch nicht.“ Die Neunzigerjahre sind vorbei – und es hat sich viel verändert.

Dass die Sicherstellung in den sozioökonomisch schlechter gestellten Stadtteilen immer gründlicher fehlschlägt, sollte vertragsärztliche Selbstverwaltung, KV, Kassen und auch die Politik alarmieren.

Ich prophezeie: Wenn jetzt nicht umgehend einschneidende Maßnahmen ergriffen werden, wird es in den sozial schwächeren Gegenden innerhalb von zehn oder fünfzehn Jahren keine ambulante kinderärztliche Versorgung mehr geben. ■

---

**DR. MED. STEPHAN SCHOOF,** Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt "Kinderkardiologie", Zusatzbezeichnung "Spezielle päd. Intensivmedizin", "Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler" und "Naturheilverfahren", ist Inhaber einer kinderärztlichen Praxis mit drei angestellten Ärztinnen und Ärzten in Hamburg-Horn.

## Ich möchte nie mehr hören: „Du hast einen Aufnahmestopp für Deine Praxis verhängt? Wer soll denn all die Kinder versorgen? Das ist unethisch!“

sieren. Jungen Menschen, die in Auswahlgesprächen eine Neigung für dieses Arbeitsfeld zeigen, sollte man Stipendien anbieten mit der strengen Auflage, fünf oder zehn Jahre nach Absolvierung ihrer Facharztprüfung in einem unterversorgten Gebiet zu arbeiten.

**6.** Um dem medizinischen Nachwuchs die Schwellenängste zu nehmen und ihn an eine gute sozialpädiatrische Medizin heranzuführen, müssen wir dafür sorgen, dass mehr Famulaturen und Facharztweiterbildungen in ärmeren Vierteln absolviert werden. Ich stelle durchaus fest, dass es möglich ist, (angehende) Ärztinnen und Ärzte für die Arbeit in meiner Praxis zu begeistern. Es ist eine

die Arbeit in einem unterversorgten Gebiet zu gewinnen. Wer sich dazu verpflichtet, dort zehn Jahre lang zu praktizieren, erhält einen zinslosen Kredit. Auch die Stadt Hamburg kann einen Beitrag leisten, indem sie günstige Praxisräume zur Verfügung stellt. Das alles muss ein strenges Geben und Nehmen sein. Nicht passieren darf, dass Ärztinnen oder Ärzte die Niederlassungs-Förderungen einstreichen und dann sagen: „Ach nö, ich gehe jetzt doch lieber nach Winterhude.“

Vielleicht braucht es auch ein bisschen mehr Wertschätzung für die Arbeit jener Ärztinnen und Ärzte, die in sozioökonomisch schlechter

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](mailto:verordnung@kvhh.de)**



## Fragen und Antworten

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

TSS

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

Zum 1. Juli 2023 ist mit dem „116117 Terminservice“ eine neue Version der Terminverwaltungsoftware für Ärzte und Psychotherapeuten gestartet. Der eTS – die alte Version, mit der Sie bis zum 30. Juni 2023 TSS-Termine zur Verfügung gestellt haben – ist nicht mehr verfügbar. Die neue Version erreichen Sie wie gewohnt aus dem Online Portal der KV Hamburg. Um eine höhere Sicherheit zu gewährleisten, ist der „116117 Terminservice“ jetzt aber nur noch aus dem Sicheren Netz der KVen (SNK) bzw. in der Telematikinfrastruktur (TI) über einen an den Konnektor gebundenen Computer aufrufbar.

Am einfachsten gelangen Sie zu der entsprechenden Anmeldeseite über unsere Homepage kvhh.net. Unter „wichtige Informationen“ ist der Themenbereich des neuen 116117-Terminservices verlinkt. Dort ist auch der Zugang zum Online Portal verknüpft. Hier finden Sie auch noch weitere nützliche Informationen zum Umgang mit der neuen Anwendung.

TSS

**Mein TSS-Patient ist nicht zu seinem gebuchten Termin erschienen. Wie melde ich das der KV?**

Mit dem neuen 116117-Terminservice besteht die Möglichkeit, diese „No-Shows“ direkt über die Anwendung zu dokumentieren.

Loggen Sie sich hierzu wie gewohnt in den 116117 Terminservice ein. Klicken Sie auf der Startseite in den gebuchten Termin. Es öffnet sich eine Detailseite mit allen Informationen zum gebuchten Termin. Wenn ein Patient nicht erschienen ist, brauchen Sie einfach nur noch auf „Patient nicht erschienen“ klicken. Damit ist die Dokumentation erledigt, Sie brauchen keine weitere Meldung per Fax oder E-Mail an die TSS senden.

HAUSARZTVERMITTLUNGSFALL

**Ich bin Hausarzt. Kann ich auch bei Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen, einen Hausarztvermittlungsfall veranlassen?**

Ja, auch in der hausarztzentrierten Versorgung erhalten Sie als Hausarzt 15 Euro, wenn sie für einen Patienten in der vorgegebenen Frist einen Termin beim Facharzt vereinbaren. Hierzu wurde der EBM um eine Anmerkung ergänzt, sodass die GOP in selektivvertraglichen Fällen auch ohne die Versichertenpauschale (GOP 03000 bzw. 04000) berechnet werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass die Leistung nach

## VIDEOSPRECHSTUNDE IN DER PSYCHOTHERAPIE

### **Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Ist es möglich, die Psychotherapie bei einem Patienten ausschließlich in der Videosprechstunde abzuhalten?**

Für den Beginn einer Psychotherapie ist ein persönlicher Kontakt zwischen Patient und Therapeut zwingend erforderlich. Eine Psychotherapie kann grundsätzlich auch als Videosprechstunde durchgeführt werden, wenn:

- bereits ein persönlicher Erstkontakt zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung stattgefunden hat und
- kein unmittelbarer persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten aus therapeutischer Sicht erforderlich ist.

Sie als Psychotherapeut müssen unter Berücksichtigung der individuellen Krankheits- und Lebensumstände des Patienten entscheiden, ob eine Videosprechstunde durchgeführt werden kann. Dabei müssen die Vorschriften

der jeweiligen Berufsordnungen, insbesondere der Sorgfaltspflichten, beachtet werden.

### **Welche Obergrenze gibt es patientenübergreifend für Videosprechstunden in der Psychotherapie? Und was geschieht, wenn das Kontingent überschritten wird?**

Für die Videosprechstunde in der Psychotherapie gilt: Patientenübergreifend können maximal 30 Prozent aller erbrachten Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie (Kapitel 35 EBM) per Video abgerechnet werden. Bei Überschreitung dieser Obergrenze wird die Vergütung aller per Video erbrachten Leistungen soweit quotiert, bis sie der Leistungsgrenze wieder entspricht. Eine Ausnahme ist die GOP 35152 für die psychotherapeutische Akutbehandlung. Sie wird separat betrachtet und besitzt eine eigene Obergrenze von ebenfalls maximal 30 Prozent.

der GOP 03008 / 04008 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist. Geben Sie in Ihrer Abrechnung zusätzlich zur GOP 03008 die GOP 88196 an. Auch der Facharzt oder Psychotherapeut, der den Termin bereitstellt, erhält die gesamte Behandlung im Quartal für den Patienten (Arztgruppenfall) extrabudgetär vergütet sowie einen extrabudgetären Zuschlag für die Bereitstellung des Termins.

AU

### **Ist es möglich, den Versand einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) bei einer Absonderung abzurechnen?**

Ja. Wenn bei Nachweis einer Infektionskrankheit ein Gesundheitsamt im Einzelfall explizit eine Empfehlung oder Pflicht zur Absonderung ausspricht oder wenn auch mittels Allgemeinverfügung eine automatische Absonderungspflicht besteht, darf die betroffene Person nicht zwecks Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit einen Arzt aufsuchen (öffentlich-rechtliche

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

Pflicht zur Absonderung). In diesen Fällen ist es möglich, eine AU nach ausschließlich telefoni- schem Kontakt zu bescheinigen. Für die Ver- sendung dieser AU-Bescheinigung kann dann, genau wie bisher schon für die Versendung von AU-Bescheinigungen nach Videosprech- stunden, die Porto-Pauschale 40128 in Ansatz gebracht werden.

Der EBM wurde hierzu rückwirkend ab dem 1. April angepasst.

#### IMPFUNG

**Eine Patientin hat vor ihrem 18. Geb- urtstag die erste und zweite Impf- dosis für die Hepatitis B-Impfungen erhalten. Vor der dritten Impfdosis ist sie 18 Jahre alt geworden. Kö- nen wir die dritte Impfdosis zu Las- ten der gesetzlichen Krankenkasse durchführen?**

Nein. Der Anspruch auf eine Nachholung von Impfungen bzw. die Vervollständigung von Impfzyklen besteht laut Schutzimpfungs-Richt- linie lediglich bis zum vollendeten 18. Lebens- jahr. Darüber hinaus kann nur zu Lasten der GKV geimpft werden, wenn die in der Richtlinie definierten Indikationen vorliegen (z. B. Dia- lysepatienten, Personen mit einem erhöhten Expositionsrisiko).

Einige Kassen übernehmen in der geschilder- ten Situation freiwillig die Kosten für diese dritte Hepatitis B Impfung. Wir empfehlen, dass die Patientin am besten vorher die Kostenüber- nahme mit der Kasse abklärt. ■

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

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



## 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](mailto:oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de)





## Von AOK Bremen/Bremerhaven betreute Asylbewerber sind zuzahlungsbefreit

**A**sylbewerber, die im Auftrag der Stadt Hamburg von der AOK Bremen/Bremerhaven betreut werden, sind in den ersten 18 Monaten von sämtlichen Zuzahlung befreit. Wir bitten Sie, die Rezepte entsprechend zu

kennzeichnen, damit diese Patienten nicht in der Apotheke zuzahlen müssen. Offenbar verlangen manche Praxen, dass Asylbewerber einen „Befreiungsausweis“ vorlegen. Solche „Befreiungsausweise“ gibt es seit 2017 nicht mehr.

Die Befreiung von der Zuzahlung ist an den Status geknüpft (von der AOK Bremen/Bremerhaven betreuter Asylbewerber) und wird auf der eGK durch die Besondere Personengruppe „9“ oder durch eine vorläufige Bescheinigung nachgewiesen. ■

## Bitte Personengruppe korrekt in der Abrechnung angeben

**D**ie Krankenkassen haben der KV Hamburg mitgeteilt, dass Patienten in den Abrechnungsdaten vermehrt als Asylbewerber (Besondere Personengruppe „9“) ausgewiesen werden, obwohl sie regulär versichert sind (Besondere Personengruppe „00“). Für fehlerhaft gekennzeichnete Patienten fordern die Krankenkassen eine Korrektur der abgerechneten Leistungen gem. § 106d Abs. 3 SGB V. Aufgrund dieser gesetzlichen Regelung ist die KV Hamburg

gegebenenfalls gezwungen, Honorarrückforderungen zu stellen.

Bitte achten Sie bei der Aufnahme der Patientendaten darauf, die Versichertenkarte einzulesen, das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchzuführen und nicht die Daten aus gegebenenfalls vorhandenen Vorquartalen zu übernehmen. Damit kann eine Vielzahl an Prüfmitteilungen der Krankenkassen vermieden werden. ■

**Weitere Hinweise zur korrekten Abrechnung von Leistungen für Asylsuchende:**

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

Praxis → Abrechnung & Honorar →

Abrechnung besonderer Patientengruppen →

Asylsuchende und Ukraine-Flüchtlinge

**Ansprechpartner:**  
Mitgliederservice,  
Tel: 040 / 22802 - 802



## Hygiene in der Arztpraxis: Aktualisierter Leitfaden veröffentlicht



Die Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis“ ist neu aufgelegt worden. Sie steht als PDF-Dokument auf der Website der KV zur Verfügung und kann kostenlos heruntergeladen werden.

In ihren älteren Versionen ist die Broschüre bereits als Unterstützung für das Hygiene- und Medizinproduktemanagement in den Arztpraxen etabliert. Seit der letzten Überarbeitung gab es einige rechtliche Änderungen, die für Arztpraxen relevant sind: beispielsweise die Impfpflicht gegen Masern, das neue EU-weite Medizinprodukterecht und neue Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut.

Diese Änderungen waren für das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Anlass, die Broschüre zu aktualisieren.

Die Neuerungen zu rechtlichen Grundlagen, zum Arbeitsschutz sowie zum Hygiene- und Medizinproduktemanagement wurden in die bestehenden fünf Kapitel eingearbeitet. Dabei wurden auch Themen wie Hygiene bei immunsupprimierten Patientinnen und Patienten neu aufgenommen. Darüber hinaus informiert der Hygieneleitfaden über das digitale Prozedere zu meldepflichtigen Krankheitserregern sowie zu Vorkommnissen mit Medizinprodukten bei der Übermittlung an die zuständigen Behörden. ■

**Die Broschüre zum Herunterladen und Ausdrucken:**  
[www.hygiene-medizinprodukte.de](http://www.hygiene-medizinprodukte.de)  
→ Download → Hygieneleitfaden  
Arztpraxis

**Ansprechpartnerin:**  
**Hygieneberatung der KV Hamburg:**  
**Tel: 040 / 22802-659**  
**E-Mail:**  
[hygieneundmedizinprodukte@kvhh.de](mailto:hygieneundmedizinprodukte@kvhh.de)

## Moderatorenschulung für ärztliche Qualitätszirkel

Die KV bietet zweitägige **Moderatorenschulungen** für Ärztinnen und Ärzte an, die einen Qualitätszirkel gründen oder leiten wollen.

**In der Qualitätszirkelarbeit geht es darum**, gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen gleicher oder verschiedener Fachrichtungen durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit die Kompetenzen zu erweitern. Der Themenauswahl sind keine Grenzen gesetzt, so lange die bearbeiteten Probleme für die medizinische Arbeit alltagsrelevant sind. Es ist selbstverständlich, dass die Treffen unabhängig von externen Interessen sind (kein Sponsoring). Für die Qualitätszirkelarbeit gibt es Fortbildungspunkte, und die Moderation wird von der KV finanziell unterstützt.

**Haben Sie Lust, einen Qualitätszirkel aufzubauen** und eine Moderatorenausbildung zu absolvieren? Dann melden Sie sich bitte! ■

**Ansprechpartnerin:**  
**KV Hamburg / Sabine Daub**  
**Tel: 040 / 22802 - 659**  
**E-Mail: [Sabine.Daub@kvhh.de](mailto:Sabine.Daub@kvhh.de)**



## Ultraschallgeräte: Bitte Änderungen an die KV melden

Die Abteilung "Genehmigung" weist darauf hin, dass Veränderungen der apparativen Ausstattung (z. B. Neuerwerb, Ausmusterung oder bei Änderung der Betriebsstätte) der KV Hamburg unverzüglich schriftlich mitzuteilen sind. Grundsätzlich können nur Leistungen

vergütet werden, die mit einem bei der KV Hamburg angezeigten Ultraschallgerät erbracht wurden. Zur Meldung eines neuen Gerätes kann eine vom Hersteller oder Vertreiber ausgefüllte Gewährleistungserklärung (Gerätenachweis) vorgelegt werden. ■

**Ansprechpartner:**  
Abteilung Genehmigung  
Natascha Burgardt, Tel: 040 / 22802 - 406  
E-Mail: [natascha.burgardt@kvhh.de](mailto:natascha.burgardt@kvhh.de)  
Janina Krohn, Tel: 040 / 22802 - 416  
E-Mail: [janina.krohn@kvhh.de](mailto:janina.krohn@kvhh.de)

## Ultraschall- Stichprobenprüfung: Aufrechterhaltung der Genehmigung

Die Abteilung "Qualitätssicherung" führt Stichprobenprüfungen zur Sicherstellung der Qualität sonografischer Leistungen durch und fordert hierzu aus zufällig ausgewählten Praxen Ultraschallbilder und Befunde an. Dabei werden an die Bilddokumente und den schriftlichen Befund besondere Anforderungen gestellt. Entsprechen die Dokumentationen der Ultraschalluntersuchungen wiederholt nicht den Anforderungen, können die Leistungen nicht vergütet und die Ultraschallgenehmigung kann in letzter Konsequenz aufgehoben werden. ■

**Wichtige Hinweise zur Dokumentation sonografischer Untersuchungen finden Sie auf unserer Internetseite:**  
[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → (rechts oben) Menü → Praxis → Formulare → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → Ultraschalldiagnostik → „Sie haben bereits eine Genehmigung und haben Fragen zur Aufrechterhaltung?“ → Stichprobenprüfung → Hinweise zur Umsetzung der Qualitätsprüfung im Ultraschall

**Gerne schicken wir Ihnen diese Dokumentations-Hinweise auch per E-Mail zu. Ein Anruf oder eine kurze E-Mail genügen.**  
Marcia Bazalak,  
Tel: 040 / 22802-305  
E-Mail: [marcia.bazalak@kvhh.de](mailto:marcia.bazalak@kvhh.de)  
Kay Siebolds,  
Tel.: 040 / 22802-478  
E-Mail: [kay.siebolds@kvhh.de](mailto:kay.siebolds@kvhh.de)



# Computertomographie: Keine Stichprobenprüfungen mehr

**I**m Bereich Computertomographie fällt die Verpflichtung, Stichproben zur Qualitätsprüfung der ärztlichen Dokumentation durchzuführen, dauerhaft weg. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Mai 2023 beschlossen. Begründet wird dies mit den positiven Prüfungsergebnissen in den vergangenen Jahren.

Von der KV Hamburg bisher noch nicht abgeschlossene Prüfverfahren werden noch vollständig zu Ende geführt, neue Anforderungen erfolgen nicht mehr.

Die Entscheidung des G-BA geht auf einen Evaluationsbericht des Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) von 2021 zurück. In seiner Evaluationsempfehlung empfahl das aQua-Institut die dauerhafte Aufhebung dieser Prüfungen, da auch wiederholte befristete Aussetzungen in den vergangenen Jahren keine nachteiligen Auswirkungen auf die Beanstandungsquoten hatten und die Stichprobenprüfungen bei dauerhaft guten Ergebnissen als vergleichsweise ineffizient anzusehen sind. KBV und KV Hamburg begrüßen die Entscheidung des G-BA, mit der sowohl die vom Prüfverfahren betroffenen Ärztinnen und Ärzte als auch die Mitglieder der Radiologie-Kommission entlastet werden.

Die G-BA-Entscheidung betrifft nicht die Prüfungen durch die Ärztliche Stelle. Diese finden weiterhin statt. ■

**Ansprechpartner:**  
**Abteilung Qualitätssicherung**  
**Güler Aykac, Tel: 040 / 22802-895**  
**E-Mail: gueler.aykac@kvhh.de**

## KBV-Empfehlungen zur Labordiagnostik: Neue Ausgabe zu Thrombozytose



**I**n der von der KBV veröffentlichten Reihe "Labordiagnostische Empfehlungen" ist eine neue Ausgabe zur Thrombozytose erschienen. Die bisherigen Ausgaben befassen sich mit der Abklärung von Schilddrüsenerkrankungen sowie der Anämie bzw. dem Eisenmangel.

Die Laborpfade dienen als Empfehlung und sind nicht verbindlich. ■

**KBV-Empfehlungen  
zur Labordiagnostik:**  
**[www.kbv.de/html/  
labordiagnostik.php](http://www.kbv.de/html/labordiagnostik.php)**

## Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

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

**34j. Patient, TK, PLZ 20249;** der Patient wurde in einer psychiatrischen Praxis behandelt. Es wurde ein Entzug von Zopiclon besprochen. Der Patient hat sich dann von einer anderen Praxis Lorazepam verschreiben lassen.

**48j. Patient, TK; PLZ 22393;** der Patient hat bereits bei mehreren Praxen nach Tilidintropfen und -tabletten gefragt. Ist bereits wegen Fälschung eines BtM-Rezeptes und wegen Handgreiflichkeiten angezeigt worden.

**25j. Patient, TK, PLZ 22119;** der Patient ist beim Psychiater wegen einer Angststörung in Behandlung und hat mehrere hausärztliche Praxen aufgesucht, um Lorazepam zu bekommen.

**55j. Patientin, AOK Nordwest, PLZ 22047;** die Patientin wünscht Fentanylpflaster und nennt einen Arzt, der z.Zt. im Urlaub ist, als behandelnden Arzt. Das stellte sich bei einer späteren Nachfrage als falsch heraus.

**36j. Patient, PLZ 20095;** der Patient versucht mit offensichtlich gestohlenen und gefälschten Privatrezepten, Alprazolam und Codein-Tropfen zu bekommen. Eine Kasse ist nicht angegeben.

**40j. Patient, Barmer, 22869;** der Patient versucht, Methylphenidat wegen ADHS zu bekommen und gibt als Gründe Auslandsreisen oder Verlust eines Rezeptes an.

**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](http://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](mailto:verordnung@kvhh.de)**



# Digital verordnen

Das elektronische Rezept wird ab Januar 2024 verpflichtend

**Ab 1. Januar 2024** sind die Arztpraxen dazu verpflichtet, verschreibungspflichtige Arzneimittel mit dem eRezept zu verordnen.

Praxisteam sollten sich darauf vorbereiten und das eRezept vorher ausprobieren: Wie funktioniert das Ausstellen von eRezepten? Wie verändern sich gegebenenfalls die Abläufe in der Praxis? Steht die Komfortsignatur bereit? Erfahrungsberichte aus Praxen zeigen, dass vor allem das Signieren bei einigen Softwaresystemen noch Probleme bereitet. In diesem Fall sollte sich das Praxisteam rechtzeitig mit dem PVS-Hersteller oder IT-Dienstleister in Verbindung setzen.

Außerdem sollten sich die Praxen erkundigen, ob die Apotheken in ihrem Umfeld das eRezept per elektronischer Gesundheitskarte (eGK) einlösen können.

## Wie wird das eRezept ausgestellt?

Ärztinnen und Ärzte wählen in ihrer Verordnungssoftware wie bisher zunächst das Arz-

neimittel aus, das sie dem Patienten verordnen möchten. Anschließend unterschreiben sie das Rezept mit ihrem elektronischen Heilberufsausweis am Computer; am besten mit der Komfortsignatur.

Mit der Unterschrift werden die Informationen aus der Verordnung automatisch auf den Server der Telematikinfrastruktur übertragen, sodass die Apotheke später die Daten abrufen kann.

## Wie wird das eRezept eingelöst?

Um das Rezept einzulösen, legt der Patient in der Apotheke seine elektronische Gesundheitskarte (eGK) oder alternativ den Rezeptcode vor. Den Rezeptcode kann er über seine eRezept-App auf dem Smartphone abrufen oder als Papierausdruck in der Praxis erhalten.

Für das Ausstellen und Signieren von eRezepten in der Arztpraxis ist es egal, ob das Rezept via eGK, App oder Ausdruck eingelöst wird. Die Verordnungsdaten werden immer

## Welche Ausstattung ist für das eRezept nötig?

- Anbindung an die Telematikinfrastruktur mit einem Konnektor ab der Version PTV4+
- eRezept-Update für das Praxisverwaltungssystem
- aktivierter eHBA mit PIN für die persönliche elektronische Signatur (Unterschrift ist nur mit eHBA möglich, nicht per SMC-B-Karte)
- empfehlenswert: eingerichtete Komfortsignatur
- Drucker mit Mindestauflösung von 300 dpi für den Patientenausdruck (Papierformat DIN A4 oder A5)

Für die technische Installation ist der jeweilige PVS-Hersteller zuständig. Einen elektronischen Heilberufsausweis erhalten Ärztinnen und Ärzte bei der Ärztekammer Hamburg.



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



auf einem zentralen Server der Telematikinfrastruktur gespeichert. eGK oder Code fungieren lediglich als Schlüssel, mit dem die Rezeptdaten der Apotheke zugänglich gemacht werden.

### Wie funktioniert das bei Folgerezepten?

Wenn ein Patient in diesem Quartal bereits in der Praxis war und die eGK gesteckt hat, kann er telefonisch oder per E-Mail ein Folgerezept anfragen. Das eRezept wird durch die Ärztin oder den Arzt erstellt und auf dem Server abgelegt. Entweder wird dem Patienten bereits am Telefon mitgeteilt, wann das eRezept ausgestellt sein wird (z. B. ab dem Folgetag) oder die E-Mailanfrage wird beantwortet, nachdem das eRezept ausgestellt wurde. Der Patient kann dann sein eRezept per eGK oder App in der Apotheke einlösen.

### Welche Verordnungen erfolgen papierlos?

Die verpflichtende Umstellung auf das eRezept betrifft zunächst nur verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dazu zählen auch Rezepturen und Zytostatika. Andere Verordnungen auf dem rosa Rezept wie Verband- und Hilfsmittel erfolgen weiterhin auf Muster 16. Auch wenn technische Störungen auftreten und keine eRezepte ausgestellt werden können, verwenden Praxen das rosa Rezept.

### Rezepte bei Hausbesuchen und für Pflegeheimbewohner

Bei Haus- und Pflegeheimbesuchen bleibt Muster 16 auch für verschreibungspflichtige Arzneimittel vorerst weiterhin im Einsatz. Denn für das Ausstellen von eRezepten ist eine Verbindung zur Telematikinfrastruktur erforderlich. Eine verpflichtende Anbindung der Pflegeheime an die TI plant das Bundesgesundheitsministerium erst zum 1. Juli 2025.

## Info-Veranstaltung zum eRezept

Die Gematik bietet gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Info-Veranstaltung zum eRezept an. Dabei präsentieren die Hersteller ihre jeweiligen Systeme.

**20.9.2023 (17.30 – 19.30 Uhr), Gematik - Hybridveranstaltung**

**Anmeldung:** [www.gematik.de](http://www.gematik.de) → **Anwendungen** → (unten links) **Veranstaltungen** → **Gematik trifft: Kassenärztliche Vereinigungen zum E-Rezept**

Anders verhält es sich, wenn Rezepte für Pflegeheimbewohner in der Praxis ausgestellt werden. Dies kann der Fall sein, wenn das Pflegeheim beispielsweise ein Rezept für eine Dauermedikation anfordert. In diesem Fall stellt die Praxis ein eRezept aus, druckt in der Regel den Rezeptcode aus und übermittelt diesen an das Heim.

### Gesetzgeber plant Sanktionen

Der Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums für ein Digitalgesetz, mit dem die verpflichtende Einführung des eRezepts zum 1. Januar 2024 festgelegt werden soll, sieht auch Sanktionen vor. Niedergelassenen droht demnach ein Honorarabzug von einem Prozent, wenn sie nicht nachweisen können, dass sie eRezepte ausstellen können. ■

### Mehr zum Thema:

KBV-Themenseite mit Video, Praxisinfo und Checkliste: [www.kbv.de/html/erezept.php](http://www.kbv.de/html/erezept.php)

Informationen auf der KV-Hamburg-Seite: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → (oben rechts) Menü → Praxis → Praxis-IT & Telematik → TI-Anwendungen → Elektronisches Rezept (eRezept)

**Ansprechpartner:**  
KV Hamburg Online-Services  
[online-services@kvhh.de](mailto:online-services@kvhh.de)  
Tel: 040 / 22802 -588, -554, -862



## Checkliste: Schutz vor Ransomware

Wie sich Praxen gegen Angriffe wappnen und wie sie im Ernstfall reagieren sollten

**E**rst kürzlich hat BKA-Chef Holger Münch explizit vor Cyberangriffen auf Arztpraxen gewarnt – Cyberkriminelle nehmen vermehrt diejenigen Opfer in ihr Fadenkreuz, welche auf Grund geringer technischer Schutzmaßnahmen und potenziell hoher Schäden ein lohnendes Ziel darstellen.

Dabei wird zumeist sogenannte Ransomware – also eine Art von Schadprogrammen, die den Zugriff auf Daten und Systeme durch eine Verschlüsselung einschränkt oder unterbindet – eingesetzt. Wenn nun die Praxis auf die Systeme wieder zugreifen will, so verlangen die Erpresser (engl. „ransom“ = Erpressung) ein hohes Lösegeld (meistens in „virtueller“ und nicht nachverfolgbarer Währung wie Bitcoins) oder drohen bei Nichtzahlung damit, die Daten endgültig zu löschen oder zu veröffentlichen.

Das Problem betrifft alle Branchen von Finanzinstitutionen über Landratsämter bis hin zu Krankenhäusern, MVZs und Arztpraxen. Eine Infektion mit Ransomware erfolgt zumeist über präparierte E-Mails, als „Schmierinfektion“ beim Besuch von Webseiten oder gelegentlich auch über andere Wege wie infizierte USB-Sticks. Wenn dieses Schadprogramm einmal auf einem Rechner im Netzwerk aktiv ist, dann kann es sich auch auf andere PCs, Mobilgeräte wie Smartphones oder Netzlaufwerke verbreiten und diese ebenfalls infizieren. Ransomware wird

mittlerweile wie eine marktreife Software entwickelt: Sie wird häufig angepasst, um alle Aktualisierungen zu berücksichtigen, die Anwender an der Systemsicherheit vornehmen.

Nachfolgend wollen wir Ihnen Hinweise dafür geben, nicht zu einem Opfer dieser Kriminellen zu werden oder den Schaden so gering wie möglich zu halten.

### Vorsorge

- Schaffen Sie ein ausreichendes Problembewusstsein bei Ihren Mitarbeitenden. Schulen Sie Ihr Team im sicheren Surfen und weisen Sie es an, keine unbekanntes Anhänge oder verdächtig aussehende E-Mails zu öffnen. Unbekannte Anhänge von E-Mails sollten nicht geöffnet werden. Gegebenenfalls sollte beim Absender nachgefragt werden – Ransomware kann auch von bekannten Absendern versendet werden. Nicht-freigegebene Software sollte nicht heruntergeladen oder installiert werden. Vorsicht sollte auch beim Surfen im Internet gewaltet werden – selbst seriöse Internetseiten können z.B. durch Werbebanner von Drittseiten infektiös sein. Dabei sollte auch eine ausreichende Fehlerkultur etabliert werden, denn nur wenn etwaige Angriffe frühzeitig und ohne Angst vor Konsequenzen gemeldet werden, kann der entstandene Schaden reduziert werden.
- Halten Sie Ihre Systeme stets aktuell. Installieren Sie möglichst

zeitnah die angebotenen Aktualisierungen für Betriebssysteme, Praxisinformationssysteme, E-Mail-Programme, Webbrowser etc. Auch für die eingesetzte Hardware wie z.B. Netzwerkfestplatten oder Router sollte die Firmware immer auf dem neuesten Stand sein. Die Aktivierung der automatischen Installation von Updates ist empfehlenswert.

- Sorgen Sie für eine sichere Konfiguration Ihrer Systeme – dabei geben Organisationen wie das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik im Internet Hilfestellungen. Dazu gehört auch, dass Mitarbeitende nicht mit Administratorrechten die Systeme nutzen. Auch sollten keine USB-Sticks an die Systeme angeschlossen werden können.
- Nutzen Sie eine Firewall und einen umfassenden Virenschutz, welcher insbesondere E-Mails, den Webbrowser und auch Dateien auf Netzlaufwerken abdeckt.
- Sichern Sie regelmäßig (mindestens täglich) und automatisch Ihre Daten auf verschiedenen Medien und lagern Sie diese gesondert und ohne Verbindung zu Ihrem Netzwerk. Prüfen Sie auch, ob Sie die Sicherungen wieder zurückspielen können. Backups können einen Angriff nicht verhindern, aber sie können Ihnen dabei helfen, sich schneller von einem Angriff zu erholen. Dabei gilt es jedoch auch zu berücksichtigen, dass Ransomware auch zeitversetzt – also quasi





nach einer Inkubationszeit – aktiv werden kann und so auch schon in einem Backup „stecken“ kann.

- Setzen Sie die Maßnahmen der (gesetzlich verpflichtenden) Richtlinie zur Datensicherheit der Praxis-IT nach § 75b SGB V der KBV um (<https://hub.kbv.de/site/its>).

- Wenn Sie die vorgenannten Maßnahmen nicht selbst umsetzen können, sollten Sie einen vertrauenswürdigen IT-Dienstleister – im besten Fall mit umfassenden Kenntnissen über die IT im Gesundheitssektor – beauftragen und diese Leistungen vertraglich vereinbaren.
- Ein Abschluss einer sog. „Cyberversicherung“ kann im jeweiligen Einzelfall sinnvoll sein. Dabei sollten auch die angebotenen Leistungen der Versicherung und die Voraussetzungen für einen Versicherungsfall kritisch geprüft werden.
- Halten Sie sich über aktuelle Entwicklungen und Bedrohungen auf dem Laufenden und setzen Sie die Hinweise der Hersteller und Behörden zur Vermeidung und Reduktion dieser Risiken um.

#### Im Akutfall

- Beim ersten Anzeichen eines Angriffs sollte das betroffene Gerät isoliert werden, um zu verhindern, dass der infizierte Computer weitere Malware verbreitet. Trennen Sie es vom Netz und entfernen Sie alle angeschlossenen Laufwerke.
- Informieren Sie Ihren IT-Dienstleister (und ggf. Ihre Versicherung)

oder beauftragen Sie ein auf die Reaktion auf Sicherheitsvorfälle spezialisiertes Unternehmen.

- Suchen Sie im Netzwerk nach anderen Geräten, die sich verdächtig verhalten, und isolieren Sie diese ebenfalls.
- Schalten Sie die drahtlosen Verbindungen (WLAN, Bluetooth) aus.
- Suchen Sie im Netzwerk nach verschlüsselten Dateien, welche sich nicht öffnen lassen oder verdächtige Namen oder Dateierendungen haben.
- Prüfen Sie weiterhin, ob Ihr Antivirenprogramm Warnmeldungen ausgegeben hat. Befragen Sie dann Ihr Team zu seinen Internetaktivitäten. Hat jemand in letzter Zeit eine seltsame E-Mail geöffnet? Oder auf ein Pop-up geklickt, das keinen Sinn ergab?
- Sobald Sie die Quelle kennen, können fachkundige Dienstleister den Ransomware-Typ mit Hilfe von Angeboten der Behörden und Unternehmen im Internet identifizieren und gegebenenfalls entsprechende Abhilfemaßnahmen wie Entschlüsselungsprogramme umsetzen.
- Verschaffen Sie sich einen Überblick über den entstandenen Schaden: Welche Daten von welchen Patienten und Patientinnen

sind betroffen? Sind Daten abgeflossen? Etc.

- Prüfen Sie auch, ob im Zeitraum zwischen Infektion und Angriff E-Mails mit infizierten Anhängen von Ihren E-Mail-Adressen versendet wurden und informieren Sie die Empfänger.

#### Nachsorge

- Informieren Sie die Polizei und erstatten Sie Anzeige. Sie sollten kein Lösegeld zahlen, da dies gegebenenfalls selbst eine Straftat darstellen kann und zugleich die Erpresser weiter animiert.
- Ein Ransomwareangriff stellt zumeist auch einen meldepflichtigen Verstoß gegen die Datenschutz-Grundverordnung dar, und dieser ist bei der zuständigen Datenschutzaufsicht zu melden – möglicherweise sind auch die Patientinnen und Patienten zu informieren.
- Auch Backups (d.h. die Sicherungsdaten) müssen anschließend auf die Ransomware mit Hilfe von Virenskannern und gegebenenfalls Programmen der Hersteller und Dienstleister geprüft werden; sollten die Backups frei von Ransomware sein, können sie zurückgespielt werden und so die Systeme wiederhergestellt werden (zumindest mit dem Stand der letzten Sicherung). ■

**MARCUS SCHWERTZ** ist IT-Sicherheitsexperte und Datenschutzbeauftragter der KV Hamburg



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

# Medizinische Zweitmeinungen in Deutschland

VON SUSANN MAY, DR. BARBARA PREDIGER UND PROF. DR. DAWID PIEPER IM AUFTRAG DES  
NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. ([WWW.EBM-NETZWERK.DE](http://WWW.EBM-NETZWERK.DE))



Zweitmeinungen (ZM) zielen darauf ab, die Entscheidungssicherheit von Patient:innen zu stärken, indem sie sie unterstützen, ihre Diagnosen und Behandlungsalternativen besser zu verstehen und Risiken und Nutzen abwägen zu können [1].

So können sie zusätzlich auch die Arzt-Patienten-Kommunikation stärken und die Indikationsstellung durch die Ärzt:innen verbessern. Regionale Unterschiede in Operationshäufigkeiten sind häufig durch verschiedene Schulen und Haltungen von Behandler:innen bedingt [2].

ZM können diesen Unterschieden entgegenwirken. Eine ZM kann formell, das heißt in einem ZM-Programm, oder informell erfolgen. ZM-Programme können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Gemeinsam haben sie, dass sie einer Struktur folgen und gewissen Regulationen unterliegen, z.B. kann die Einholung der ZM nur bei ausgewiesenen Zweitmeinern möglich sein.

Bereits in den 1970er Jahren wurden erste ZM-Programme in den USA eingeführt. Im Fokus stand dabei

die Patientenorientierung und niemals die Beurteilung der Behandelnden [3]. Die ZM sollte eine mögliche Antwort auf Über-, Unter- und Fehlversorgung sein. Es zeigt sich, dass durch ZM-Programme Kosten für nicht notwendige Operationen eingespart werden konnten [4]. In den USA wurde vor allem in den 1970er und 1980er Jahren an der Thematik geforscht und sukzessiv wurden ZM-Programme auch in anderen Ländern wie der Schweiz, den Niederlanden, Israel und Deutschland eingeführt und beforscht.

In Deutschland wird bereits seit über zehn Jahren die ZM zur Absicherung klinischer, labortechnischer, radiologischer, pathologisch-histologischer bzw. -zytologischer Befunde als Qualitätssicherungsmaßnahme genutzt [5].

Im Fachbereich Radiologie, Pathologie und Onkologie tauschen sich Spezialist:innen über Fälle aus. Es gibt hierfür standardisierte Verfahren wie Tumorboards. Diese Maßnahmen stellen keine reguläre ZM dar, sollen der Vollständigkeit halber allerdings hier thematisiert werden. Die Tumorboards sollen im Gegensatz zum traditionellen Ansatz der ZM vor allem die Beurteilung eines Befundes sichern. Eine Therapieentscheidung folgt daraus nicht. Außerdem werden diese Verfahren von Expert:innen initiiert und nicht von Patient:innen. Ein Einbezug von Patientenbedürfnissen, die eine Therapieentscheidung beeinflussen, ist hier nicht vorgesehen. Im Folgenden wird ausschließlich die patienteninitiierte ZM betrachtet.

Es zeigte sich, dass in Deutschland die ZM vor allem bei onkologischen wie auch geplanten orthopädischen Eingriffen eine hohe Relevanz für Patient:innen hat [6]. Dabei können sich die Art der ZM und die Art der In-

anspruchnahme einer ZM unterscheiden. Die ZM kann somit innerhalb eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts in Form eines Gesprächs, telemedizinisch oder nach Aktenlage erfolgen. Die nachstehende Abbildung 1 illustriert die verschiedenen Arten und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von ZM in Deutschland.

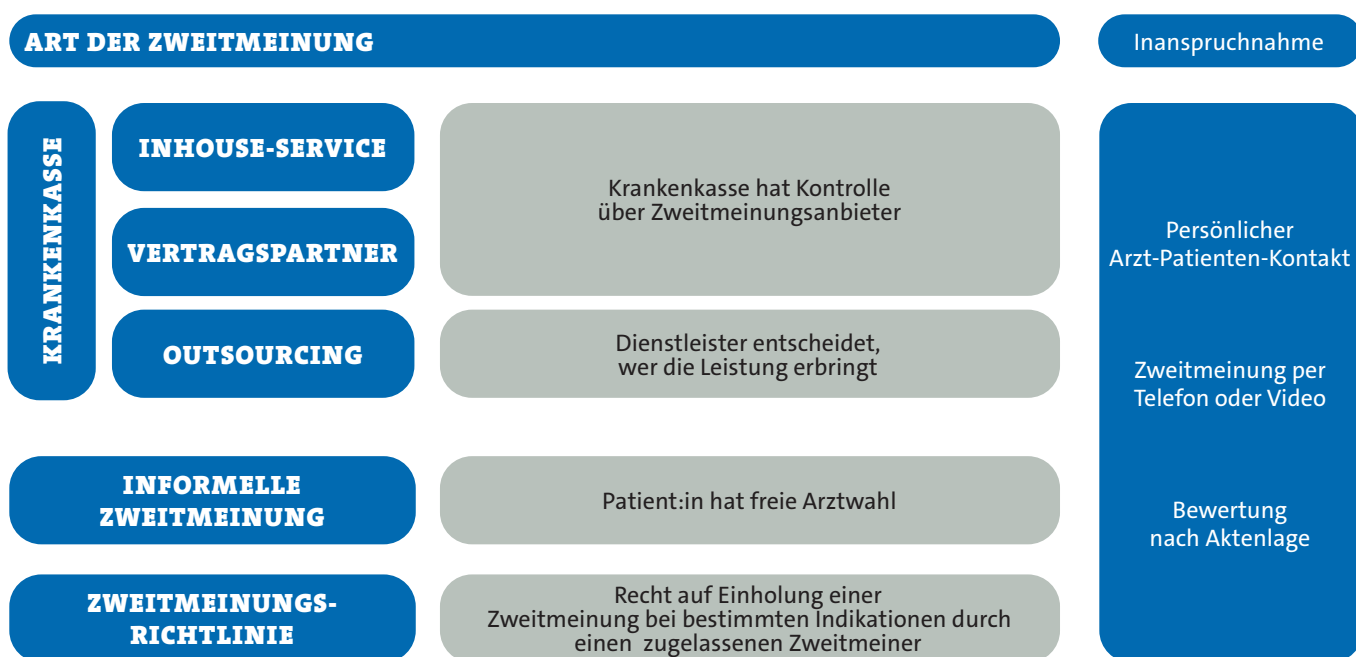
Krankenkassen (insbesondere die großen) haben teilweise ihre eigenen ZM-Programme, die sie ihren Versicherten anbieten. Überwiegend sind diese in der Onkologie und Orthopädie anzufinden. Diese können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein, was die Vergleichbarkeit erschwert. Krankenkassen können dabei mit selbst ausgewählten Leistungsanbieter:innen kooperieren oder aber auch die Leistung bei Drittan-

biern einkaufen [7]. Diese übernehmen dann die gesamte Abwicklung und die Krankenkasse vergütet einen Drittanbieter. Interessanterweise haben sich in diesem Bereich telemedizinische Zweitmeinungsanbieter etabliert.

Mehr Transparenz über das jeweilige Leistungsangebot und damit verbundene Qualität wäre wünschenswert. Für nur sehr wenige ZM-Programme liegen Evaluationen vor. Das Interesse der Krankenkassen an eigenen ZM-Programmen ist seit der ZM-Richtlinie (Zm-RL) zurückgegangen (siehe unten).

Auf der anderen Seite ist das Einholen einer sogenannten informellen ZM eine gängige Praxis unter Patient:innen. Diese informelle ZM unterscheidet sich

**ABB. 1: ARTEN UND INANSPRUCHNAHME VON ZM IN DEUTSCHLAND**





von einem strukturierten ZM-Programm dadurch, dass sie nicht reguliert ist (z.B. durch die Krankenversicherung) und sich in der Leistungsabrechnung nicht als solche wiederfindet.

Daher ist auch keine zuverlässige Aussage darüber zu treffen, wie hoch die Inanspruchnahme einer informellen ZM in Deutschland ist. Durch die freie Arztwahl für gesetzlich Versicherte können Patient:innen weitere Ärzt:innen der gleichen Fachrichtung für eine ZM (oder auch Dritt-, Viertmeinung usw.) ohne den Leistungserbringenden zwingendermaßen davon zu berichten, dass es sich um eine ZM handelt, aufsuchen.

Eine Befragung von Patient:innen mit einer orthopädischen Indikation zeigte jedoch, dass Patient:innen, die vermutlich größtenteils eine informelle ZM einholten, offen kommunizierten, dass es sich um eine ZM handle (>90%) [8]. Gleichzeitig nehmen Patient:innen aber auch die Konsultation von Angehörigen oder Bekannten, die im Gesundheitsbereich tätig sind, als ZM wahr.

Eine weitere Möglichkeit, eine ZM einzuholen, ermöglicht die Zweitmeinungsrichtlinie (Zm-RL). Die Zm-RL wurde in Deutschland im Dezember 2018 eingeführt und regelt den Anspruch auf eine ärztliche ZM. Sie enthält detaillierte Bestimmungen und Vorgaben für die Durchführung des gesetzlichen Zweitmeinungsverfahrens [9].

Die Richtlinie wurde mit dem Ziel eingeführt, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, indem sie den gesetzlich versicherten Patient:innen vor bestimmten geplanten Operationen ermöglicht, eine unabhängige ärztliche ZM in Anspruch zu nehmen. Dabei soll die ZM die Patient:innen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen einen Eingriff unterstützen und gleichzeitig medizinisch nicht notwendige Indikationsstellungen und Eingriffe vermeiden.

In der Richtlinie ist festgelegt, für welche Indikationen ein Anspruch auf eine ZM besteht. Abbildung 2 illustriert die Historie der Aufnahme der einzelnen

Indikationen (siehe rechte Seite.). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat Eingriffe und Eingriffsgruppen, bei denen Patient:innen von einem Zweitmeinungsverfahren besonders profitieren könnten, identifiziert [10], und der G-BA nimmt jährlich ungefähr zwei neue Indikationen in die Zm-RL auf.

Sofern der oder die behandelnde Ärzt:in eine richtlinienrelevante Indikation stellt, muss er/sie den/die Patient:in über das Recht auf Einholung einer ZM hinweisen und muss diverse Aufklärungspflichten berücksichtigen. Patient:innen können sich anschließend eine ZM bei einem zugelassenen Zweitmeiner einholen.

Die Richtlinie enthält Kriterien für die Zulassung zum Zweitmeiner, wie bspw. eine mindestens fünfjährige Facharztztätigkeit oder das Vorliegen einer Weiterbildungsbefugnis. Der Zweitmeiner muss den/die Patient:in mündlich über den empfohlenen Eingriff, mögliche Alternativtherapien oder Behandlungsmöglichkeiten aufklären.

Zweitmeiner können die ZM auf der Grundlage der ärztlichen Befundunterlagen abgeben oder, falls notwendig, weitere Untersuchungen durchführen.

Momentan wird die Zm-RL in einem Projekt multiperspektivisch evaluiert [11]. Die Evaluation beinhaltet qualitative und quantitative Patientenbefragungen, qualitative und quantitative Ärztebefragungen, Interviews mit relevanten Stakeholdern, eine Analyse von Krankenhaus-Qualitätsberichten und Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Landesärztekammern und eine Krankenkassenroutinedatenanalyse. Die Ergebnisse der verschiedenen Datenerhebungen werden anschließend trianguliert.

Ziel der Evaluation ist es zu überprüfen, inwieweit die Richtlinie ihre Ziele der Unterstützung bei der Entscheidungsfindung sowie der Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen und Eingrif-

## ABB. 2: HISTORIE DER IN DER RL AUFGENOMMENEN EINGRIFFE

05/2015	Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes
12/2018	Inkrafttreten der Zweitmeinungsrichtlinie. Indikationen: Tonsillektomie/Tonsillotomie; Hysterektomie
02/2020	Aufnahme des Eingriffs Schulterarthroskopie
01/2021	Aufnahme des Eingriffs Implantationen einer Knie-Endoprothese
05/2021	Aufnahme des Eingriffs Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom
09/2021	Aufnahme der Eingriffe an der Wirbelsäule
05/2022	Aufnahme der Eingriffe Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
07/2022	Aufnahme des Eingriffs Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats
01/2023	Aufnahme von Eingriffen zur Cholezystektomie

fen erreichen kann und ob die Umsetzung so wie in der Richtlinie intendiert erfolgt. Die Ergebnisse werden zum Ende des Jahres 2023 erwartet.

Hinweise, dass die Umsetzung der Zm-RL noch nicht so wie beabsichtigt umgesetzt wird [12, 13], hat bereits das Innovationsfondsprojekt "ZWEIT - Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse von medizinischen Zweitmeinungsverfahren in Deutschland" [14] (<https://www.mhb-fontane.de/zweit.html>) aufgezeigt. Das Projekt untersuchte die Charakteristika von ZM-Programmen sowie die sich daraus ergebenden Bedürfnisse und Wünsche aus Sicht der (potenziellen) Nutzer:innen und der Ärzt:innen sowie Fachgesellschaften.

Die Ergebnisse der verschiedenen Teilstudien zeigen, dass eine persönlich erbrachte ZM sowohl von Patient:innen als auch von der Gesamtbevölkerung als das Ideal angesehen werden. Darüber hinaus werden auch andere Arten der Zweitmeinungserbringung, wie die asynchrone, telemedizinische ZM als zufriedenstellend bewertet [15].

Telemedizinische ZM könnten zusätzlich geeignet sein, Versorgungslücken wie eine eingeschränkte Mo-

bilität der Patient:innen oder mangelnde Terminmöglichkeiten bei Fachärzt:innen, zu überbrücken. In der Versorgungsrealität wird neben der Inanspruchnahme einer ZM im Rahmen von Zweitmeinungsprogrammen der Krankenversicherungen oder telemedizinischen Zweitmeinungsanbietern oftmals die Inanspruchnahme der informellen ZM beobachtet, wobei anzumerken ist, dass einem Großteil der Befragten keine strukturierten ZM-Angebote bekannt waren.

Umgekehrt hätte jedoch indikationsübergreifend Interesse an ZM-Angeboten bestanden [16]. Insbesondere Patient:innen, die eine Empfehlung für einen Eingriff erhalten haben, sind nicht ausreichend informiert über das Instrument der ZM. Patient:innen sind oftmals mit dem Konzept der ZM nicht vertraut und interpretieren beispielsweise einen Arztwechsel oder Prä-Operationsgespräche in Kliniken als ZM [17].

Ein zentrales Ergebnis der ZWEIT-Studie ist, dass es keine „One-fits-all-Lösung“ gibt, die allen Bedarfen gerecht wird, sodass den unterschiedlichen ZM-Bedarfen mit unterschiedlichen Angeboten begegnet werden sollte.

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

Inwieweit ZM effektiv sind, ist eine offene Frage, die noch weiter spezifiziert werden sollte, um zu konkretisieren für wen und wann eine ZM sinnvoll sein kann.

Es herrscht bisher auch kein Konsens darüber, was eigentlich mit der ZM verbessert werden sollte. Wenn es um eine Steigerung der Entscheidungssicherheit geht, dann lässt sich auch argumentieren, dass eine ZM gar nicht notwendig sei, sofern die Erstversorgung und Arzt-Patienten-Kommunikation alle Fragen ausreichend beantwortet. Insofern kann die ZM auch als eine Maßnahme zur Korrektur der aktuellen Ver-

sorgungsprobleme (z.B. zu wenig Zeit pro Patient:in) gesehen werden – in einem perfekten System bräuchte man diese nicht. Da das aber eine Illusion bleiben wird, bedarf es mehr Anstrengungen zu eruieren, für welche Patient:innen das Angebot einer ZM überhaupt relevant sein könnte.

Dies ist wichtig für die Praxis, während auf gesellschaftlicher Ebene Aufklärung über die Möglichkeit, sich eine ZM einzuholen, gesteigert werden sollte, damit unsichere Patient:innen bei ihrer Entscheidungsfindung gezielt unterstützt werden können. ■



**SUSANN MAY**  
Akademische  
Mitarbeiterin am Zentrum  
für Versorgungsforschung,  
Medizinische Hochschule  
Brandenburg (Theodor  
Fontane)



**DR. RER. MEDIC.  
BARBARA PREDIGER**  
Abteilungsleitung  
Evidenzbasierte Versor-  
gungsforschung,  
IFOM - Institut für  
Forschung in der  
Operativen Medizin,  
Universität Witten/  
Herdecke



**PROF. DR. RER. MEDIC.  
DAWID PIEPER**  
Leiter des Zentrums für  
Versorgungsforschung,  
Medizinische Hochschule  
Brandenburg (Theodor  
Fontane), und des  
Instituts für Versorgungs-  
und Gesundheitssys-  
temforschung, Fakultät  
für Gesundheitswissen-  
schaften Brandenburg,  
Medizinische Hochschule  
Brandenburg (Theodor  
Fontane)

**KORRESPONDENZ-  
ADRESSE:**

**SUSANN MAY**

Zentrum für Versorgungsforschung Brandenburg,  
Medizinische Hochschule  
Brandenburg (Theodor  
Fontane)  
Seebad 82/83  
15562 Rüdersdorf  
Tel: 03391 / 39 145 91  
E-Mail: susann.may  
@mhb-fontane.de

## Referenzen

- [1] Hillen MA, Gutheil CM, Smets EMA, Hansen M, Kungel TM, Strout TD, Han PKJ. The evolution of uncertainty in second opinions about prostate cancer treatment. *Health Expect*. 2017 Dec;20(6):1264-1274. doi: 10.1111/hex.12566. Epub 2017 May 18. PMID: 28521078; PMCID: PMC5689232.
- [2] Birkmeyer JD, Reames BN, McCulloch P, Carr AJ, Campbell WB, Wennberg JE. Understanding of regional variation in the use of surgery. *Lancet*. 2013 Sep 28;382(9898):1121-9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61215-5. PMID: 24075052; PMCID: PMC4211114.
- [3] Grafe WR, McSherry CK, Finkel ML, McCarthy EG. The Elective Surgery Second Opinion Program. *Ann Surg*. 1978 Sep;188(3):323-30. doi: 10.1097/0000658-197809000-00007. PMID: 686898; PMCID: PMC1396964
- [4] Ruchlin HS, Finkel ML, McCarthy EG. The efficacy of second-opinion consultation programs: a cost-benefit perspective. *Med Care*. 1982 Jan;20(1):3-20. doi: 10.1097/00005650-198201000-00002. PMID: 6804722.
- [5] Helpap B, Oehler U. Bedeutung der Zweitmeinung bei Prostatabiopsien [Importance of second opinions on histology of prostate biopsy specimens]. *Pathologe*. 2012 Mar;33(2):103-12. German. doi: 10.1007/s00292-011-1462-y. PMID: 22033652.
- [6] Könsgen N, Prediger B, Schlimbach A, Bora AM, Hess S, Caspers M, Pieper D. Attitude toward second opinions in Germany - a survey of the general population. *BMC Health Serv Res*. 2022 Jan 15;22(1):76. doi: 10.1186/s12913-021-07422-z. PMID: 35033078; PMCID: PMC8760563.
- [7] Könsgen N, Prediger B, Bora AM, Glatt A, Hess S, Weißflog V, Pieper D. Analysis of second opinion programs provided by German statutory and private health insurance - a survey of statutory and private health insurers. *BMC Health Serv Res*. 2021 Mar 9;21(1):209. doi: 10.1186/s12913-021-06207-8. PMID: 33750368; PMCID: PMC7941885.
- [8] Keles Y, Traxel L, Prediger B, Caspers M, Pieper D, Könsgen N. Die (informelle) Zweitmeinung - eine präoperative Befragung orthopädischer Patient:innen. 24. Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Potsdam, 22.-24.03.2023. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2023. doi: 10.3205/23ebm091
- [9] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine Unabhängige Ärztliche Zweitmeinung Gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). 2018. Available online: [https://www.g-ba.de/download/62-492-2349/Zm-RL\\_2020-10-15\\_iK-2021-01-12.pdf](https://www.g-ba.de/download/62-492-2349/Zm-RL_2020-10-15_iK-2021-01-12.pdf) (Accessed on 2 Apr 2021).
- [10] IQWiG. Auswahl von Eingriffen für das Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V. 2021. Available online: [https://www.iqwig.de/download/v20-01\\_zweitmeinung\\_rapid-report\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/v20-01_zweitmeinung_rapid-report_v1-0.pdf) (Accessed on 30 Aug 2021).
- [11] Homepage EvaZweit. Available online: <https://www.mhb-fontane.de/evazweit.html> (Accessed on 5 Jan 2022)
- [12] Neugebauer et al.: „Status quo und Perspektiven der Zweitmeinung“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 50-53. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2426>.
- [13] May S, Bruch D, Muehlensiepen F, Ignatyev Y, Neugebauer E, Ronckers C, von Peter S. Physicians' Perspectives on the Implementation of the Second Opinion Directive in Germany-An Exploratory Sequential Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 17;19(12):7426. doi: 10.3390/ijerph19127426. PMID: 35742675; PMCID: PMC9224158.
- [14] Bruch D, May S, Prediger B, Könsgen N, Alexandrov A, Mähmann S, et al. Second opinion programmes in Germany: a mixed-methods study protocol. *BMJ Open*. 2021;11(2):e045264. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045264> PMID: 33568378; PMCID: PMC7878127.
- [15] Könsgen N, Prediger B, Schlimbach A, Bora AM, Weißflog V, Loh JC, et al. Telemedical second opinions in Germany: a customer survey of an online portal. *Telemed J E Health*. 2022. <https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0070> Epub ahead of print. PMID: 35394825.
- [16] Könsgen N, Prediger B, Schlimbach A, Bora AM, Hess S, Caspers M, et al. Attitude toward second opinions in Germany - a survey of the general population. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):76. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07422-z> PMID: 35033078; PMCID: PMC8760563.
- [17] May S, Bruch D, Muehlensiepen F, Prediger B, Pieper D, Ronckers C, von Peter S, Neugebauer E. Second opinion opportunity declined: patient typology and experiences regarding the decision-making process preceding elective surgeries in Germany. *BMC Health Serv Res* 22, 1329 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08742-4>.



# „Wetter war doch gut“

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

**L**etztes Mal habe ich mich darüber aufgeregt, dass immer zu viele Patient:innen kommen, diesmal rege ich mich auf, dass zu viele Patient:innen immer überhaupt nicht kommen.

Ich könnte mit diesen widersinnigen Äußerungen eigentlich direkt Gesundheitspolitikerin werden.

Aber noch bin ich „nur“ (Lauterbach'sche Betonung) eine ganz normale Kassenärztin mit allen Problemen, die Kassenärzt:innen so haben.

## Selbst Menschen, die am Vortag noch einen eingeschobenen Notfall-Termin bekommen haben, tauchen einfach nicht auf.

Das sind bekanntermaßen nicht wenige, deswegen fange ich jetzt nicht an mit zum Beispiel E-Rezepten und anderen E-Sachen, Konnektortauschgeschäften, Honorarkürzungen, Hausarztvermittlungs-Überweisungsschein-Battles, die natürlich immer alle gemeinsam in die Praxis kommen. Damit will ich heute niemanden belasten, Sie sind sowieso schon mehr als ausreichend belastet. Allerdings muss man auch sagen, dass ein nervenzehrendes Rumgammeln in die Praxen Einzug gehalten hat.

Und deshalb geht es heute einfach mal um die, die gar nicht kommen.

**I**n der Bevölkerung breitet sich bereits seit längerer Zeit eine sprunghaft ansteigende Termindemenz aus. Selbst Menschen, die nach hochdramatischen Krankheitsdemonstrationen am Vortag noch einen eingeschobenen Notfall-Termin im ächzenden Praxiskalender bekommen haben, tauchen plötzlich wie durch Zauberhand einfach nicht auf.

Die Uhr tickt. Slot um Slot kriegt einen roten Smiley mit herunterge-

zogenen Mundwinkeln. Wie in einer schiefgelaufenen Liebesaffäre bleibt ein ratloses Praxisteam in der Stille der Praxis zurück. Man kann einen weggeworfenen Terminzettel zu Boden fallen hören.

**H**ierzu befragte Kolleg:innen schätzen den Anteil der verlorenen Termine durch nichtabsagende Fernbleiber mit 10 bis 20 Prozent ein.

Ich bewege mich viel in Social Media. Das hat den Vorteil und Nachteil, dass man ständig irgendwelche Meinungen zu irgendwelchen Themen hört. Die Meinungen

zu dieser Thematik aus der Online-Gesellschaft zeichnen ein erschütterndes Bild der Hilflosigkeit:

Das mit dem Terminvergessen käme daher, dass der Arzt einen ja nicht an den Termin erinnern würde.

Man könne ja nicht erwarten, dass man einen Termin, den man selbst vereinbart hat, selbstständig irgendwo notieren könne. Ich persönlich erwarte demnächst Fortbildungsangebote zum Thema „Selbstverschuldete Unmündigkeit: Sektempfang in der Praxis um 21 Uhr kann das Gesundheitswesen retten!“

**W**ichtig in dieser Diskussion sind auch wahllose Zusammenhangsgebilde zur Begründung des unentschuldigsten Nichterscheinens: Man müsse ja beim Arzt immer so lange warten, da müssten endlich mal Entschädigungen für die Patient:innen eingeführt werden statt dieser Schimpfereien wegen Terminvergessen! Weiterhin müsse man bedenken, dass Termine ja gar nicht abgesagt werden können, weil man in keiner Praxis niemals nie irgendwen erreichen könne. Wenn man vierzig Mal um 6.20 Uhr anruft!

Die Arztpraxis, auch genannt „von der Außenwelt gänzlich abgeschnittene Anti-Service-Hölle“.

Ich habe neulich selbst mal wieder jemanden befragt, warum er



zum letzten Termin nicht erschienen ist, Antwort: „Hä wieso, das Wetter war doch gut?“

**D**as Problem ist zu groß, um es nur polemisch zu betrachten. Wie in allen anderen gesellschaftlichen Bereichen herrscht auch bezüglich der Gesundheitsversorgung bei vielen Menschen eine egozentrierte Egalhaltung. Um den oft empört vorgebrachten Gerechtigkeitsgedanken geht es hier natürlich nicht. Es geht nie um die anderen, es geht immer nur um die eigene Pole Position.

Alle wollen sofort einen Termin, alle wollen Magnetrontgen, alles darf nichts kosten und am Wichtigsten ist, dass man sich selbst am nächsten und am Tresen die/der Erste ist.

Medizin ist das Wichtigste und gleichzeitig das Wertloseste der Welt.

Eine Beschäftigung mit der Bedeutung der großen Zahl an verfallenen Terminen findet übrigens auf keiner Ebene statt. Müssen die Ärzt:innen eben sehen, dass sie noch mehr Service (!) anbieten, damit die Patient:innen denn bitte bitte auch wirklich in die Praxis kommen. Erinnerungsfunktion über Erinnerungsfunktion, menschlich oder digital, Ausfallhonorar-Konzepte, Überbuchungen im Terminkalender,

um Menschen hinterherzulaufen, die unbedingt zum Arzt wollen und deswegen eine Klage vorm Menschengerechtshof anstreben, dann aber lieber was Interessanteres vorhaben.

Ärzt:innen sind ja viel besser für alles verantwortlich zu machen als die Wählergruppe.

Es muss allen klar sein, dass die nicht abgesagten Termine ein echtes Versorgungsproblem darstellen, da diese Termine – anders als die zeitgerecht abgesagten – einfach verfallen.

Weiterhin entsteht in den Praxen ein relevantes wirtschaftliches Missverhältnis, das die schlechte Honorierungssituation noch verschärft.

Die Rückgabe der Kassenzulassung wird häufiger zu einer realistischen Überlegung.

**W**ie gehen wir jetzt damit um? Es gibt bisher keine ordentlichen Erhebungen darüber, wie hoch die Ausfallquote durch nicht abgesagte Termine in den Praxen überhaupt ist. Dies ist meines Erachtens lange überfällig. Auch damit dies Thema eine breitere Wahrnehmung erfährt.

Die Mehrheit der Kolleg:innen, mit denen ich gesprochen habe, aber durchaus auch fachfremde Menschen, würden ein Ausfallhonorar

befürworten. Andere Praxen haben ihre Erinnerungsfunktionen, noch wieder andere lehnen diese Maßnahmen komplett ab. Auch das ist sehr verständlich. Sicherlich gibt es hier auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgruppen und der damit einhergehenden Terminvergabe. Wie immer: Jeder kocht sein Süppchen und reguliert schon mal das, was politisch vielleicht noch nicht einmal bekannt ist. Oder eben einfach ignoriert wird, da geht es ja wieder um Wähler:innen.

Das Termin-Thema ist der zentrale Punkt im ambulanten Versorgungssystem, wenn man sich die Schimpfbrennpunkte im Gesundheitswesen ansieht.

Wir jedoch sind der zentrale Punkt im ambulanten Versorgungssystem, wenn es darum geht, dass Menschen überhaupt versorgt werden können.

Wir können aber nur Menschen versorgen, die auch versorgt werden wollen und auch bereit sind, dafür einen selbst vereinbarten Termin wahrzunehmen oder abzusagen. ■

#### **DR. CHRISTINE LÖBER**

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



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Laurens Kils-Hütten**  
Mitglied der Vertreterversammlung, Mitglied im Finanzausschuss

Name: **Dr. med. Laurens Kils-Hütten**

Geburtsdatum: **30.04.1973**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **Stellvertretender Sprecher der Fachbeisitzer für Allgemeinmedizin**

Hobbys: **im Ruheraum der Sauna liegen und Golden Age Science Fiction Romane lesen**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Im Großen und Ganzen ja. Ich hätte gerne mehr Zeit, aber ich fühle mich wirklich privilegiert, diesen Job ausüben zu können.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Zwei Gründe: Von nix kommt nix – wenn etwas besser werden soll, muss man es besser machen. Und ich profitiere sehr vom Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen außerhalb des alltäglichen Umfeldes. Es tut gut, auch das große Ganze in den Blick zu nehmen.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Auch die Orthopäden dazu zu bringen, mir Befundberichte zu schicken. O.K., das war mit Augenzwinkern, aber im Ernst: Ich glaube sehr an das Primärarzt-System. Unser deutsches System ist so fragmentiert und bürokratieüberfrachtet, die hausärztliche Tätigkeit honorarmäßig nicht gut abgebildet. Da sehe ich fast in jeder Hinsicht Luft nach oben.

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Beim Terminmanagement muss ständig nachgeschärft werden. Sonst ist es kaum möglich, bei steigenden Patientenzahlen den diversen Ansprüchen, die an uns gestellt werden, gerecht zu werden.

**Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Nachdem ich morgens Zeit hatte etwas zu schreiben, steige ich in unseren alten VW-Bus, den wir schon vor Jahren auf E-Antrieb umgerüstet haben, und fahre ein paar Hausbesuche ab. Abrechnung und Dokumentation sind dank KI sehr einfach geworden. Im Garten wächst Salat, im Schuppen steht mein selbstgebautes Segelboot. Es ist fast fertig. Im Kopf höre ich meine Lieblingsmusik, Steve Reich, Music for 18 Musicians ... ■

# ES IST ZEIT FÜR EIN DATEN-CHECK-UP

Informieren Sie uns über Ihre Tätigkeitsschwerpunkte und Leistungen

Machen Sie jetzt ein Update!

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**





## Bundespsychotherapeutenkammer fordert zusätzliche Psychotherapie-Sitze

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat Mitte Juli 2023 ein Konzept zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung vorgestellt.

Mit dem vorgeschlagenen Maßnahmenbündel sollen die Wartezeiten auf eine Psychotherapie in ländlichen und strukturschwachen Regionen und in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen abgebaut werden. Zusätzlich soll für Patient:innen, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erleichtert werden.

»Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen jetzt Verbesserungen«, sagt die neue Präsidentin der BPtK, Dr. Andrea Benecke. Das Angebot an Therapieplätzen sei deutlich geringer als der Bedarf. Daraus ergeben sich erhebliche Wartezeiten. Von der ersten psychotherapeutischen Sprechstunde

bis zum Beginn der eigentlichen Therapie betrage die Wartezeit durchschnittlich rund 140 Tage. Um diese Zeitspanne zu reduzieren, ist ein gezielter Ausbau der Praxissitze erforderlich.

Die BPtK fordert eine Absenkung der Verhältniszahlen in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung um mindestens 20 Prozent. Etwa 87 Prozent der auf diese Weise geschaffenen zusätzlichen Kassensitze würden außerhalb von Großstädten entstehen. Außerdem würden die zusätzlichen Sitze den historisch schlechter versorgten Städten in Ostdeutschland und im Ruhrgebiet zugutekommen.

Mit der Absenkung der Verhältniszahlen sollen auch mehr Sitze für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geschaffen werden. Dieser Bereich soll allerdings künftig in einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe geplant werden.

Unbehandelte oder zu spät behandelte psychische Erkrankungen im Kindesalter können im schlimmsten Fall das gesamte Leben beeinflussen – mit allen negativen Folgen für die soziale, schulische und berufliche Teilhabe«, warnt Cornelia Metge, Beisitzerin im Vorstand der BPtK.

Ein wichtiger Fokus des Konzepts der BPtK liegt auf der Verbesserung der Versorgung von Patient:innen mit schweren psychischen Er-

krankungen, länger andauernder Arbeits- oder Schulunfähigkeit und nach Krankenhausbehandlung.

„Die Hürden der Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung müssen beseitigt werden, damit mehr Patient:innen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen von diesem Angebot profitieren können“, sagt BPtK-Vizepräsident Dr. Nikolaus Melcop. „Außerdem sollte nach der Entlassung aus dem Krankenhaus die Bereitstellung einer ambulanten Anschlussbehandlung gesetzlich gefördert werden, damit Patient:innen zeitnah eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung erhalten.“

»Mit unserem Konzept zeigen wir, dass eine bedarfsgerechte und passgenaue Verbesserung der Versorgung nötig und möglich ist“, resümiert Benecke. „Jetzt ist die Politik am Zug. Eine Fortsetzung der stillen Rationierung durch künstliche Verknappung von Therapieplätzen lehnen wir ab.“ ■

# Zwölf Jahre MRE-Netzwerk Hamburg

Beteiligte Institutionen ziehen positive Zwischenbilanz

Anlässlich des zwölfjährigen Bestehens des MRE-Netzwerks Hamburg fand Ende Juni 2023 eine Veranstaltung im Gebäude der KV statt.

In Eröffnungs- und Grußworten sprachen Dr. Silke Heinemann (Leiterin des Amtes für Gesundheit bei der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration), Yvonne Nische (Bezirksamt Hamburg-Nord) sowie Dr. Andreas Walter (KV Hamburg) über ihre Sicht auf die Zusammenarbeit mit dem MRE-Netzwerk.

Prof. Dr. Sonja Hansen vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Berliner Charité referierte über Entwicklungen der Prävalenz und des Spektrums nosokomialer Infektionen im Krankenhaus.

Im Anschluss gab die Leiterin des MRE-Netzwerks, Dr. Kirsten Bollongino, einen umfassenden Einblick in Entstehungsgeschichte, Struktur und Arbeitsweise des Netzwerks. Sie beschrieb, was bisher erreicht wurde und welche Vorhaben noch in Angriff genommen werden sollen.

Das MRE-Netzwerk Hamburg wurde 2011 unter Moderation des Gesundheitsamtes Hamburg-Nord mit Unterstützung der Behörde für Gesundheits- und Verbraucherschutz gegründet.

Ziel ist es, durch ein sorgfältig geplantes und zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens abgestimmtes Management



Für ein geplantes Vorgehen gegen MRE: Monika Maaß (ehemalige Koordinatorin MRE-Netzwerk HH bis 2018), Dietmar Kaß (Bezirksamt Hamburg Nord), Prof. Dr. Sonja Hansen (Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Berliner Charité), Dr. Kirsten Bollongino (MRE-Netzwerk HH) und Andrea Vogt (MRE-Netzwerk HH)

die Multiresistenten Erreger (MRE) zu bekämpfen.

Das Gesundheitsamt Hamburg-Nord organisiert im Rahmen des Netzwerks regelmäßige Treffen von Arbeitsgruppen aus dem Bereich Krankenhäuser, Wohn-Pflege-Einrichtungen, Krankentransport und ambulante Versorgung.

In einer sektorenübergreifenden Gruppe sind Mitglieder aus allen Arbeitsgruppen vertreten, um spezifische Fragestellungen des Umgangs mit MRE und vor allem der Prävention im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu klären.

Im Rahmen der MRE-Netzwerkarbeit wurden zahlreiche Dokumente erarbeitet. Unter anderem MRE-Information für Betroffene und Angehörige, Risikoeinschätzung bei MRE in der

stationären Altenpflege, Begleitbogen im Krankentransport und Rettungsdienst von Patienten mit MRE sowie Rahmenhygienepläne für Wohneinrichtungen, Krankentransport/Rettungsdienst sowie ambulante Pflege. Die Dokumente sind auf der Internetseite des MRE-Netzwerk HH für jeden zugänglich. So soll eine einheitliche Basis für Standards geschaffen und der Informationsfluss zwischen unterschiedlichen Akteuren der gesundheitlichen Versorgung optimiert werden. ■

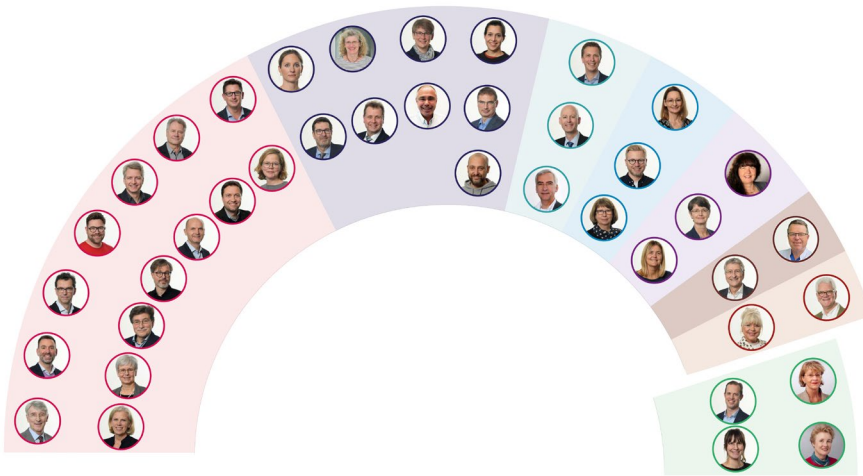
**Kontakt:**  
**MRE-Netzwerk Hamburg**  
**Fachamt Gesundheit Hamburg-Nord**  
**Tel: 040 / 42804-2465**  
**mre-mrsa@hamburg-nord.hamburg.de**



### VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

**Mi. 11. Oktober 2023**

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



### ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

### KREISVERSAMMLUNGEN

#### KREIS 17

(Harburg, Neuland, Gut Moor, Wilstorf, Rönneburg, Langenbek, Sinstorf, Marmstorf, Eißendorf, Heimfeld, Altenwerder, Moorburg, Hausbruch, Neugraben-Fischbek, Francop, Neuenfelde, Cranz)

**Kreisobmann:**  
**Dr. med. Malte Steinwälder**  
**Stellv. Kreisobmann:**  
**Dr. med. Philip Kressin**

**Referent: John Afful**  
 (Vorsitzender der KV Hamburg)  
**Programm:**  
 TOP 1 Hausarztvermittlungsfall  
 TOP 2 Das E-Rezept  
 TOP 3 Versorgungssituation in unserem Bezirk

**Mi, 20.9.2023 (18 Uhr)**  
**Ort: Labor Dr. von Froreich (Vortragsraum)**  
**Großmoorbogen 25, 21079 Hamburg**



### QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

**Neue Mitarbeiter:innen professionell ausbilden und einarbeiten (online)**

**Mi. 6.9.2023 (14 - 18 Uhr)**  
**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Ausbildung QMB (online)**

**Teil I: Do. 14.9.2023 (9 - 14 Uhr),**  
**Teil II: Do. 21.9.2023 (9 - 14 Uhr),**  
**Teil III: Do. 28.9.2023 (9 - 14 Uhr)**  
**27 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Ausbildung Abrechnungsmanager:in (Präsenz)**

**Teil I: Do. 7.9.2023 (9 - 17 Uhr),**  
**Teil II: Fr. 8.9.2023 (9 - 17 Uhr),**  
**Teil III: Do. 21.9.2023 (9 - 17 Uhr),**  
**Teil IV: Fr. 22.9.2023 (9 - 13.30 Uhr)**  
**40 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Hygiene in der Arztpraxis (online)**

**Mi. 20.9.2023 (9 - 14 Uhr)**  
**12 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**QEP Einführungsseminar für Arztpraxen (online)**

**Fr. 6.10.2023 (15 - 18.30 Uhr),**  
**Sa. 7.10.2023 (9 - 14 Uhr),**  
**12 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Datenschutz in der Arztpraxis (Präsenz)**

**Mi. 25.10.2023 (9.30 - 17 Uhr)**  
**12 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

Oder über den QR-Code:



**Ansprechpartner:**  
 Michael Bauer, Tel: 22802-388  
[qualitaetsmanagement@kvhh.de](mailto:qualitaetsmanagement@kvhh.de)

**WINTERHUDER  
QUALITÄTSZIRKEL**

**Betriebliches Gesundheits-  
management**

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in  
gesunden Betrieben

**Mi. 15.11.2023 (18 - 22 Uhr)**  
**7 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Ort: Ärztehaus  
Humboldtstraße 56  
Saal 5 + 6  
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, zertifizier-  
te Datenschutzbeauftragte

**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](http://www.neurologiewinterhude.de) oder:  
[www.datenschutz.  
neurologiewinterhude.de](http://www.datenschutz.neurologiewinterhude.de)

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

**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](mailto:thomas.leineweber@sonoboomer.com)

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER**

**Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte**

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

**Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2023!**



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

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen,  
die in der zweiten Jahreshälfte 2023 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](http://www.kvhh.de). Wir rufen Sie gern zurück!