

# KVH *journal*

## KV-WAHLEN 2022

*Welche politischen Positionen vertreten die Listen?  
Wie gebe ich meine Stimme ab?*



**REHA**

*Neues Formular ab 1. Juli*

**EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

*Digitale Gesundheitsanwendungen*

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  
der Autorin oder des Autors und nicht unbedingt  
die des Herausgebers wieder.

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Sebastian Haslauer

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

Ausgabe 6/2022 (Juni 2022)



**Klimaneutral**

Druckprodukt

ClimatePartner.com/12682-2205-1019



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Die kassenärztliche und kassenpsychotherapeutische Selbstverwaltung ist demokratisch organisiert. Das bürdet jedem KV-Mitglied eine gewisse Verantwortung auf. Mit der Gründung der KV Hamburg vor mehr als hundert Jahren erkämpften sich Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, Einfluss auf die Rahmenbedingungen ihrer beruflichen Tätigkeit zu nehmen.

Wir sind Freiberufler – das gilt nicht nur für die Selbstständigen, sondern auch für die Angestellten. Wir definieren und schützen unsere Professionalität und organisieren im vorgegebenen Rahmen des Solidarsystems die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung.

Nun stehen wieder Wahlen an, mit denen die Vertreterinnen und Vertreter der KV Hamburg legitimiert werden, Entscheidungen zu treffen. Demokratische Entscheidungsprozesse leben von der Diskussion und vom Streit, von der angemessenen Vielfalt und einer fairen Repräsentation von Gruppen und Interessen in den Gremien. Deshalb bitten wir Sie: Verschaffen Sie sich Gehör! Nutzen Sie Ihre Gestaltungsmöglichkeiten!

Beauftragen Sie jene Kolleginnen und Kollegen mit der Arbeit in der Selbstverwaltung, die Sie für integer halten und denen Sie vertrauen! Treffen Sie eine Wahl und geben Sie Ihre Stimme ab!

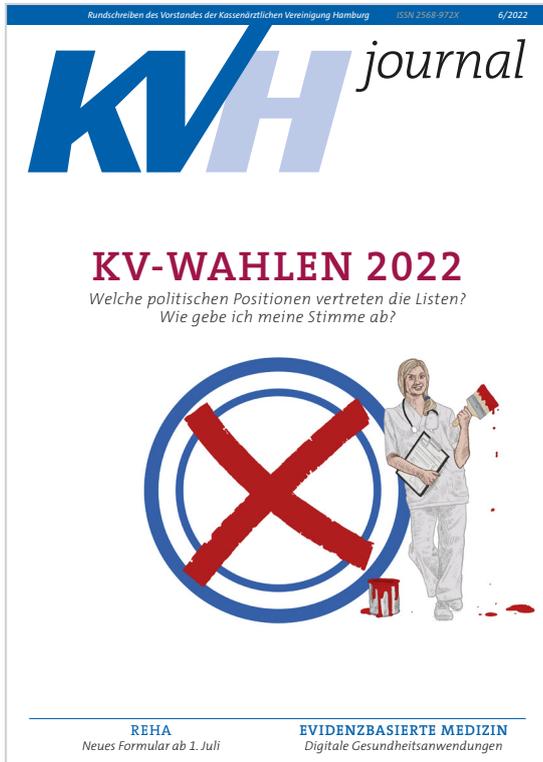
**Dr. Dirk Heinrich**  
Vorsitzender  
der Vertreterversammlung  
der KV Hamburg

**Dr. Björn Parey**  
stellvertretender Vorsitzender  
der Vertreterversammlung  
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)**



**SCHWERPUNKT**

- 06** Stimmabgabe für die KV-Wahl: Online oder per Brief
- 08** Welche politischen Positionen vertreten die Listen? Standardisierte Interviews mit den Listenführerinnen und -führern

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 20** Fragen und Antworten
- 22** Neue Reha-Regeln: Angepasstes Formular ab 1. Juli
- 26** Kodierrätsel des Monats: Diabetes mellitus

**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.

**TELEMATIK****24** TI-Pauschalen werden angehoben**ARZNEIMITTEL****26** Arzneimittel-Datenbank für die  
Medikation von Kindern  
Weitere wichtige Datenbanken zur  
Verordnung**SELBSTVERWALTUNG****34** Frauenkommission der KV Hamburg:  
Auftaktveranstaltung  
**36** Steckbrief: Martina Pott**FORUM****37** KVH-Journal jetzt auch als  
ePaper erhältlich**NETZWERK  
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**  
**28** Digitale Gesundheits-  
anwendungen**RUBRIKEN****02** Impressum  
**03** Editorial**KOLUMNE****27** Zwischenruf  
von Dr. Bernd Hontschik**TERMINKALENDER****38** Termine und geplante  
Veranstaltungen**BILDNACHWEIS**Titelillustration: Sebastian Haslauer  
Seite 3: Michael Zapf; Seite 19: Markoagentur.de;  
Seite 27: Barbara Klemm; Seite 34 und 35: Anna  
Mutter; Seite 37: Bongkam/Stock.Adobe.com;  
Cobalt/Stock.Adobe.com; Seite 38: Michael Zapf;  
Seite 40: Markoagentur.de; Icons: iStockfoto

# Stimmabgabe für die KV-Wahlen

DIE UNTERLAGEN FÜR DIE KV-WAHL BEKOMMEN SIE AB DEM 8. JUNI 2022 PER POST ZUGESCHICKT. SIE KÖNNEN IHRE STIMME ERSTMALS ONLINE ABGEBEN – ODER WIEBISHER PER BRIEF WÄHLEN. UND SO GEHT'S.

**Vom 8. Juni bis zum 5. Juli 2022** finden KV-Wahlen statt. In dieser Zeit werden die Mitglieder der Vertreterversammlung und die Kreisobleute neu gewählt.

Die Vertreterversammlung ist das oberste Gremium der kassenärztlichen Selbstverwaltung. Hier werden die Grundsatzdiskussionen geführt, und hier fallen die politischen Entscheidungen. Die Vertreterversammlung hat die Macht, den Vorstand zu wählen und abzurufen. Die Zahl der Sitze in der Vertreterversammlung wurde auf 40 erhöht. Vier davon werden von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten besetzt.

Die Kreisobleute organisieren die Versammlungen in den 22 Hamburger KV-Kreisen. Hier werden lokale Themen behandelt und Kontakte unter Kolleginnen und Kollegen vor Ort gepflegt. Die Kreisobleute fungieren als Bindeglieder zu den Repräsentanten in der Selbstverwaltung.

Als wahlberechtigtes Mitglied der KV Hamburg erhalten Sie ab dem 8. Juni 2022 einen Brief, der Ihre Wahlunterlagen enthält. Der Brief wird per Post an Ihre Privatadresse geschickt.

#### **Diese Wahlunterlagen enthalten:**

- ein Anschreiben, in dem Sie u.a. Ihre individuelle Zugangsnummer („Wähler:innen ID“) für die Online-Stimmabgabe finden,
- einen Stimmzettel für die Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung,
- einen Stimmzettel für die Wahl der Kreisobleute (sofern in Ihrem Kreis ein Kandidat oder eine Kandidatin zur Wahl antritt),
- eine Erklärung, auf der Sie bestätigen, dass Sie Ihre Stimme persönlich abgegeben haben,
- einen Umschlag mit der Aufschrift „Wahlumschlag“, in den später die beiden Stimmzettel gesteckt werden,
- einen etwas größeren Umschlag mit der Aufschrift „Wahlbrief“, der als Rücksendeumschlag dient.

## ONLINE-STIMMABGABE

Sie haben bei dieser Wahl erstmals die Möglichkeit, Ihre Stimme online abzugeben. Das funktioniert so:

- Melden Sie sich im Online-Portal der KV Hamburg wie gewohnt mit Ihrem Benutzernamen und Ihrem Passwort an. (Sollten Sie noch keinen Zugang haben, registrieren Sie sich bitte unter: [www.ekvhh.de](http://www.ekvhh.de) → **Registrieren**)
- Klicken Sie in der linken Navigationsleiste auf den Menüpunkt „Anwendungen“ – und danach auf „Wahlen“.
- Authentifizieren Sie sich im Feld „Wähler:innen ID“ mit Ihrer fünfstelligen Zahl. Die „Wähler:innen ID“ finden Sie auf dem Anschreiben in den Wahlunterlagen.
- Setzen Sie ein Häkchen, mit dem Sie bestätigen, dass Sie Ihre Stimme persönlich abgeben – und klicken Sie auf das Feld „Weiter zur Stimmabgabe“.
- Es öffnet sich eine Seite mit Online-Stimmzetteln für die Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung und für die Wahl der Kreisobleute. Bitte geben Sie auf den beiden Stimmzetteln jeweils eine Stimme ab.
- Prüfen Sie Ihre Stimmabgabe und klicken Sie dann auf „Verbindliche Stimmabgabe“.

Das Online-Wahlsystem wird am 8. Juni 2022 ab 16 Uhr geöffnet. Die Online-Stimmabgabe ist bis Dienstag, den 5. Juli, um 16 Uhr möglich.

Sie können Ihre Stimmen entweder online oder per Brief abgeben. Bei doppelter Stimmabgabe sowohl online als auch per Brief ist nur die Online-Stimmabgabe gültig.

Weitere Informationen finden Sie in der Wahlbekanntmachung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Wahlen 2022**

**Ansprechpartner:**  
**Geschäftsstelle des Landeswahlausschusses**  
**Andreas List**  
**Tel: 22802 - 506**  
**E-Mail: [andreas.list@kvhh.de](mailto:andreas.list@kvhh.de)**

## STIMMABGABE PER BRIEF

Sie haben auch weiterhin die Möglichkeit, per Brief zu wählen. Was Sie dazu benötigen, finden Sie im Umschlag mit den Wahlunterlagen, der Ihnen zugeschickt wird.

- Bitte geben Sie auf den beiden Stimmzetteln jeweils eine Stimme ab.
- Die beiden Stimmzettel legen Sie ohne sonstige Kennzeichnung und ohne jeden Zusatz in den beiliegenden „Wahlumschlag“. Bitte kleben Sie den „Wahlumschlag“ zu. Achtung: Der Umschlag darf nicht beschriftet werden.
- Bitte unterschreiben Sie die Erklärung, dass Sie Ihre Stimme persönlich abgegeben haben.
- Legen Sie den „Wahlumschlag“ zusammen mit der Erklärung in den etwas größeren Umschlag mit der Aufschrift „Wahlbrief“. Der Umschlag muss nicht frankiert werden.
- Senden Sie den „Wahlbrief“ per Post an den Landeswahlausschuss oder geben Sie ihn persönlich im Ärztehaus ab (KV Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg).

Der Wahlbrief muss bis spätestens Dienstag, den 5. Juli, um 16 Uhr beim Landeswahlausschuss eingegangen sein.

## WER STEHT ZUR WAHL?

Die Redaktion des KVH-Journals hat allen Listen, die in diesem Jahr zur Wahl antreten, standardisierte Fragen vorgelegt. Die Antworten sind auf den nachfolgenden Seiten abgedruckt. So können sich KV-Mitglieder rasch einen Überblick darüber verschaffen, welches berufspolitische Programm die Listen vertreten.

**SEITE 8-18**

# LISTE 1 (ÄRZTE)

PPP-LISTE (PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK, PSYCHIATRIE)



LISTENFÜHRER: DR. MED. SVEN RINGELHAHN

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Dr. med. Martin Eichenlaub, Dr. med. Joachim Grefe, Dr. med. Hans Ramm, Dr. med. Matthias Köpp, Dr. med. Verena Faude-Lang, Eva Kahn, Dr. medic. Renata Kreibich, Dr. med. Isolde de Vries, Gabriele Griep, Dr. med. Birgitta Rüth-Behr, Dr. med. Roya Emami, Thomas Krömer

## WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Wir kämpfen für eine gute, qualifizierte und hochwertige Versorgung unserer Patient\*innen durch eine Reduktion der bürokratischen Anforderungen und Hürden. Zudem fordern wir endlich eine angemessene Vergütung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, besonders der Richtlinien-Psychotherapie. Dies umfasst eine Bezahlung unserer Leistungen zu 100 Prozent sowie die explizite Förderung inhabergeführter Praxen und MVZs. Regresse für veranlasste Leistungen müssen abgeschafft werden, um Ärztinnen und Ärzten mehr Planungssicherheit zu bieten. Letztlich muss die Freiheit des Arztberufes erhalten bleiben und weiterhin sichergestellt sein.

## WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE, WOHNORTNAHE VERSOR- GUNG IN HAMBURG SICHER- ZUSTELLEN?

Um eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen, sind finanzielle Anreize dringend erforderlich. Es kann nicht sein, dass ein(e) Facharzt\*in in der Klinik finanziell bessergestellt ist als ein(e) voll arbeitende(r) Arzt\*in in einer reinen Kassenarztpraxis mit den zusätzlichen unternehmeri-

schen Risiken sowie einem potentiellen Regressrisiko. Um besonders junge Kolleg\*innen zu einer Niederlassung zu motivieren, sollten weitere finanzielle Anreize, wie z.B. eine extrabudgetäre Förderung wohnortnaher Praxen in sozialen Brennpunkten und Unterstützungen bei der Aus- und Weiterbildung, geschaffen werden.

## WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

Man darf und kann die Niedergelassenen bei der Implementierung und Entwicklung nicht allein lassen. Klare Vorgaben zum Aufbau der Infrastruktur sind notwendig, um Rechtssicherheit zu gewährleisten. Die KV sollte dabei die Ärzt\*innen technisch und juristisch vollumfänglich unterstützen und beraten können sowie ausführliche technische Informationen bieten. Eine sinnvollere finanzielle Unterstützung der Praxen ist diesbezüglich dringend geboten.

## WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?

Eine offene, transparente und kluge Honorarverteilung, die für jede(n) Niedergelassene(n) durchschaubar ist ohne die Bevorzugung einzelner Fachgruppen. Dabei muss die sogenannte Sprechende Medizin

der P-Fächer auf jeden Fall weiter aufgewertet und honorarentsprechend gesehen werden.

## WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Die KV Hamburg sollte mit größtmöglicher Offenheit und Transparenz gegenüber Kolleg\*innen und Berufsverbänden auftreten. Dabei muss die Förderung der Beteiligung von Frauen in der Selbstverwaltung ein wichtiges Ziel sein, erste Schritte wie die Frauenkommission der KV Hamburg sind zu fördern und auszubauen. Die Tätigkeiten in den Gremien sollten durch finanzielle Anreize gefördert werden.

## WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE?

Wir wollen genügend Abgeordnete in die Vertreter\*innenversammlung entsenden, um für eine angemessene Honorierung (in allen Ebenen: ethisch, finanziell etc.) aller P-P-P-Praxen sorgen zu können. Übergeordnetes Ziel ist Erhalt und Ausbau der Sprechenden Medizin.

# LISTE 2 (ÄRZTE)

FREIE ÄRZTESCHAFT HAMBURG



## LISTENFÜHRERIN: DR. MED. SILKE LÜDER

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Dr. med. Jutta Lipke; Dr. med. Tanja Knolinski; Dr. med. Heide Kuhlow; Kim Lieschke; Joachim Flack; Dr. med. Karin Vogelsang; Joachim Simon-Schultz; Swetlana Haas; Dr. med. Timm Böttcher; Anna Utte; Dr. med. Matthias Eichler

### WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Freiberufliche Praxen müssen erhalten und wirtschaftlich gestärkt werden. Wir als Leistungsträger spielen weder bei Politik, Medien oder in der Finanzierung durch die Kassen eine angemessene Rolle. Wir fordern, dass die Unterfinanzierung der ambulanten Medizin aufhört. Die Kassen geben nur noch etwa 16 Prozent ihrer Einnahmen für die Praxen aus, obwohl diese mehr als 90 % aller Krankheitsfälle behandeln. Diese Fehlsteuerung muss aufhören und die Regresse für veranlasste Leistungen müssen abgeschafft werden.

### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE, WOHNORTNAHE VERSORGUNG IN HAMBURG SICHERZUSTELLEN?

Hamburger Politiker fordern immer wieder eine stadtteilbezogene Niederlassungssteuerung. Wie aber sollen sich Ärztinnen und Ärzte irgendwo niederlassen, wo sie absehbar mit den Billigpauschalen wirtschaftlich nicht zurechtkommen? Wichtiger wäre es, Investoren-MVZs in Hamburg daran zu hindern, sich im Hausarztbereich auszubreiten, um mittels Rosinenpickerei telemedizinische Online-Beratungen anzubieten. Wir fordern hier konkrete und

kurzfristige Gesetzesänderungen, damit die Investoren-MVZs in den Medizinmetropolen gestoppt werden. Das gilt auch für den Facharztbereich, in dem immer mehr Praxen von Kliniken und Investoren aufgekauft werden. Junge Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten brauchen eine Perspektive als Freiberufler in Hamburg.

### WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

Moderne, gut funktionierende dezentrale Punkt-zu-Punkt Kommunikation zwischen Praxen und Kliniken. Verbesserung der Arbeitsabläufe und des gemeinsamen Überblicks über gemeinsam behandelte Patienten. Jede neue digitale Anwendung müsste unsere Arbeit in den Praxen vereinfachen, schneller machen und die Schweigepflicht müsste geschützt bleiben. Stattdessen werden wir augenblicklich gequält mit Anwendungen, die nicht sinnvoll sind und nicht funktionieren. Das bisherige „Telematik-Projekt“ ist eine einzige Serie von Pleiten, Pech und Pannen und eine Verschwendung in Milliardenhöhe.

**WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?** Die KV muss sich dafür einsetzen, dass

die Hamburger Budgets aufgehoben werden und jede Leistung von den Krankenkassen bezahlt wird. Außerdem müssen die Kosten der „Digitalisierung“ vollständig von den Kassen bezahlt werden.

### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Gesetzesänderungen haben dazu geführt, dass aus der „Selbstverwaltung“ immer mehr eine Verwaltung geworden ist. Trotzdem sollte die KV auch mit ihrer neuen Führung immer als erstes die Interessen ihrer Mitglieder im Blick haben. Hier haben wir mit der Vertreterversammlung eine wichtige kritische Kontrollfunktion, die wir nur wahrnehmen können, wenn die Mitglieder der VV möglichst transparent über alle wichtigen Vorgänge informiert werden. Für ein einfaches „Abnicken“ von Beschlüssen werden wir nicht gewählt.

### WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE?

Wir wünschen uns möglichst viele Stimmen für unsere unabhängige Liste, damit wir unsere erfolgreiche und kritische Mitarbeit in der KV fortsetzen können.



## LISTE 3 (ÄRZTE)

HARTMANNBUND – FÜR ALLE!

**LISTENFÜHRER: DR. MED. MAXIMILIAN GEBHARD**

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Dr. med. Stephanie Patek; Dr. med. Clemens Rust; Dr. med. Abolghassem Pour Emam Ali Siavan Mahaleh

### WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Wir fordern die Umsetzung des MVZ-Moratoriums. Kassensitze dürfen nicht auf ewig in MVZ verschwinden. MVZ-GmbHs waren und sind eine gute Ergänzung zu Einzelpraxen und Praxisgemeinschaft. Dabei ist einerseits mehr Transparenz, z. B. hinsichtlich der Besitzverhältnisse, geboten und andererseits der Einfluss der in der KV verfassten Ärzteschaft auf Zulassungen zu wahren. Qualität und Qualifikation sind überwiegend personengebunden. Die von Ärzteseite im Konsens mit PKV und Beihilfe erstellte GOÄ-Novelle ist zügig in Kraft zu setzen. Wir fordern in dieser Sache die berufspolitische Unterstützung und Solidarität durch das Schwerkraft KV ein. Kurzfristige Kostensteigerungen in Praxen müssen refinanziert werden, insbesondere Personalkosten. Auch für MFA sowie MTA mit Patientenkontakt muss es einen steuerfreien Corona-Bonus geben.

### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE, WOHNORTNAHE VERSORGUNG IN HAMBURG SICHERZUSTELLEN?

Wichtig ist, Vertrauen in die Niederlassung aufzubauen. Neben Honorarsicherheit und Verlässlichkeit müssen Inter-

essierte stärker begleitet werden, nicht nur vor, sondern auch noch nach der Niederlassung. Eine noch nicht abgeschlossene Familienplanung darf kein Hinderungsgrund für junge Fachärztinnen sein. KV-Eigeneinrichtungen können nur Ultima ratio und Übergangslösung mit späterer Übernahme durch temporär Angestellte sein. Dabei braucht es absolute Transparenz.

### WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

Digitalisierung braucht erkennbaren Nutzen für Patienten und Ärzte. Von einer unbequemen Lernphase abgesehen müssen bürokratischer und finanzieller Mehraufwand im Vergleich zu bestehenden „analogen“ Verfahren vermieden werden. Für Forderungen des Gesetzgebers, die über die Notwendigkeit der Krankenversorgung hinausgehen, verlangen wir Ersatz der Mehrkosten. Die Entwicklung der Digitalisierung soll sich an vorhandenen Strukturen und der Realität ärztlicher Arbeit orientieren. Digitale TI-Anwendungen müssen vor „Ausrollen“ in der Fläche praktikabel und sicher laufen. Sanktionen bei unverschuldetem Fehlen technischer Voraussetzungen lehnen wir ab.

### WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN

### SIE AN DIE KV HAMBURG?

Langfristig ist eine Reform hin zu einer leistungsgerechten Vergütung mit festen Eurobeträgen anzustreben. Wichtig sind verlässliche Vergütungsstrukturen und die konsequente Ausnutzung rechtlicher Verhandlungsspielräume. Honorarerhöhungen zur Deckung der Kostensteigerung und des Inflationsausgleiches sind auch in Krisenzeiten nicht übertrieben, sondern angemessen.

### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Selbstverwaltung ist für die Mitglieder da. Um mehr Engagement zu erzeugen, bedarf es Transparenz und einer Einbindung der Basis. Insbesondere braucht es mehr Frauen und mehr junge Menschen für einen neuen Blick in der Selbstverwaltung.

### WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE?

Liste 3 „Hartmannbund – Für alle“, steht für

- gemeinsame Interessen von Haus- und Fachärzten,
- stufenweise Digitalisierung, die unterstützt und nicht behindert,
- Sicherstellung der Freiberuflichkeit – selbständig oder angestellt,
- das Primat ärztlich geführter Praxen und MVZ,
- angemessene Erhöhung der Vergütung unter Berücksichtigung der Inflation.

# LISTE 4 (ÄRZTE)

## LISTE NETZWERK



### LISTENFÜHRER: DR. MED. TORSTEN HEMKER

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Dr. med. Rita Trettin; Dr. med. Jens Heidrich; Dr. med. Anna-Katharina Doepfer; Dr. med. Andreas Schüßeler; Dr. med. Julia Laage; Helmut Weiberlenn; Dr. med. Ahmad Shoaib Seddiq; Dr. med. Tobias Jacob

#### WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Die Freiberuflichkeit hat sich in der ambulanten Versorgung bewährt. Diese gilt es zu erhalten und vor Wettbewerbsverzerrungen durch konzernbetriebene MVZ zu schützen. Dazu gehört die Förderung ärztlicher Netzwerke und des ambulanten Operierens sowie die angemessene Bezahlung mit einer modernisierten und leistungsge-rechten GOÄ.

#### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE, WOHNORTNAHE VERSORGUNG IN HAMBURG SICHERZUSTELLEN?

Es sollte die Möglichkeit geben, dass die KV Praxen, die keine Nachfolger finden, aufkauft und mit angestellten Ärzten und/oder Ärztinnen solange betreibt, bis diese oder andere die Praxis weiterführen wollen. Kleinteilige Planungen, wie sie SPD, Grüne oder Linke vorschlagen, sind nicht geeignet und nicht erforderlich. In einer Stadt mit guten Verkehrsverbindungen wie Hamburg suchen sich viele Patienten nicht die nächstgelegene Praxis, sondern wählen sich Haus- bzw. Fachärztinnen oder -ärzte nach anderen Kriterien (Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder PKW, Servi-

ceangebot, Sprechstundenzeiten, Bewertungen, Sympathie, Freundlichkeit des Personals) aus.

#### WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

Wichtig ist die digitale Kommunikation zwischen Haus- und Facharztpraxen und den Krankenhäusern. So können Briefe, Befunde und Röntgenbilder zeitnah zur Weiterbehandlung zur Verfügung stehen. Auch Terminvergaben und Online-Sprechstunden dienen einer besseren Patientenversorgung. Das elektronische Rezept und die elektronische AU sind nur hilfreich für (Online-) Apotheken und Krankenkassen. Alle Kosten für die Digitalisierung müssen übernommen werden. Die Telematik-Infrastruktur ist zu kompliziert und zu teuer, hier muss nachgebessert werden.

#### WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?

Wer Leistung bestellt, muss sie bezahlen! Wenn sich die Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verbessern (Impfungen, Notfallversorgung, ambulante Operationen u.a.), so müssen diese Leistungen bezahlt werden. Außerdem muss das Honorar bei steigender Inflation und notwendiger Steigerung der Gehälter der MFA

der Kostenentwicklung angepasst werden. Alle Budgetierungen müssen abgeschafft werden!

#### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Wir benötigen mehr familienfreundliche Sitzungen im Hybridformat, damit Ärzte und Ärztinnen sich leichter in den Ausschüssen und der Vertreterversammlung engagieren können. Die Pandemie hat gezeigt, dass das geht. „Wir sind die KV“ ist ein Motto unserer Liste. Das sollten alle Kolleginnen und Kollegen berücksichtigen. Wir können unsere Arbeit gestalten!

#### WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE?

Wir möchten die Selbstverwaltung der KV Hamburg mitgestalten! Dazu benötigen wir eine große Präsenz in der Vertreterversammlung, um unser Programm erfolgreich einbringen zu können und unsinnige Entwicklungen zu blockieren. UNSER ZIEL: MÖGLICHST VIELE STIMMEN FÜR DIE LISTE 4 NETZWERK!

[www.liste-netzwerk.de](http://www.liste-netzwerk.de)

# LISTE 5 (ÄRZTE)

HAMBURGER ALLIANZ



## LISTENFÜHRER: DR. MED. MICHAEL REUSCH

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Christine Neumann-Grutzeck; Dr. med. Henrik Suttman; Prof. Dr. med. Katharina Tiemann; Dr. med. Philip Krefsin; Dr. med. Heinz-Hubert Breuer; Dr. med. Thiemo Kurzweg; Dr. med. Florian Giensch; Dr. med. Björn Laudahn; Dr. med. Clemens Flamm; Dr. med. Andreas Bollkämper; Dr. med. Michael Alexander Rösch; Dr. med. Sebastian Spuck; Dr. med. Simone Müller; Dr. med. Jan Ter-Nedden; Susanne Roth; Dr. med. Sven-Holger Kühn; Dr. med. Maximilian Lange; Irina Götz; Dr. med. Imke Mebes; Dr. med. Michaela Rothe; Dr. med. Sabine Sönksen; Dr. med. Maryam Khonsari; Ursula Reusch; Dr. med. Behrus Subin; Michael Hartmann-Sell; Dr. med. Johannes Göckschu; Dr. med. Valeska von Krosigk; Dr. med. Bernward Heidland; Jörg-Michael Wennin; Dr. med. Elke Faust; Dr. med. Thomas Begall; Dr. med. Ariane Kahle; Dr. med. Erik Engel; Prof. Dr. med. Jörn Sandstede; Dr. med. Jörg Sablotny; Dr. med. Antony Kanappilly; Dr. med. Arne Ströh; Dr. med. Birte Jungfer; Dr. med. Dirk Heinrich; Dr. med. Andreas Motamedi; Dr. med. Andrea Heinenberg

### WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Wir stehen für eine moderne, vielgestaltige, ambulante fachärztliche Versorgung in guter, kollegialer Kooperation mit Hausärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern. Gerade für unsere jungen Ärzt\*innen brauchen wir ein flexibles, familienfreundliches, von unnötiger Bürokratie entrümpeltes Arbeitsumfeld, um sie für eine ambulante Tätigkeit und ggfs. die Übernahme von Praxen zu gewinnen.

### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE, WOHNORTNAHE VERSORGUNG IN HAMBURG SICHERZUSTELLEN?

Medizinische Unterversorgung in einzelnen Hamburger Stadtteilen ist zumeist Teilaspekt einer weitergehenden sozioökonomischen Unterprivilegierung. Variable Instrumente, wie z.B. die Förderung von Gesundheitskiosken (z.B. in Billstedt/Horn) und auch KV-Eigeneinrichtungen können Versorgungslücken schließen helfen, bis sich im Verlauf niederlassungswillige Ärzt\*innen für diese Standorte gewinnen lassen. Grundsätzlich ist aber die Politik

gefordert, regionale soziale Probleme ursächlich auszugleichen.

### WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

Schluss mit dilettantischer „Digitalisierung“ in Arztpraxen, die derzeit aus unausgereifter, ausgelagerter banaler Verwaltungstätigkeit für die Krankenkassen besteht. Stattdessen muss ernst gemeinte Digitalisierung Ärzte effizient entlasten und für Patienten einen spürbaren Mehrwert generieren, ohne dabei den ohnehin übervollen Praxisalltag zusätzlich zu belasten. Videosprechstunden, digitale medizinische Leistungen, telemedizinisches Monitoring mit automatischer Übermittlung von Patientendaten, verbesserte Arzt-/Krankenhauskommunikation und vieles mehr können Zeit sparen und Ressourcen schonen.

### WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?

Wir wollen eine vollständige Entbudgetierung für Haus- und Fachärzt\*innen, wo sinnvoll als Einzelleistungen. Steigender Versorgungsbedarf durch Morbiditätszunahme, Alterung der Gesellschaft

und medizinische Innovationen lässt sich unter einem Budget nicht mit sachgerechter, zugewandter medizinischer Versorgung vereinbaren. Budgets schwächen die ambulante Versorgung und schrecken den dringend benötigten ärztlichen Nachwuchs von einer ambulanten Tätigkeit ab.

### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Wir brauchen dringend eine bessere berufspolitische Beteiligung der weiblichen Mitglieder der KV, die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, eine stärkere politische Einbindung der Berufsverbände, Mentorenprogramme für jüngere Ärzt\*innen und eine Revitalisierung modernisierter KV-Kreise. Selbstverwaltung lebt durch die frühzeitige, kontinuierliche intensive Einbindung von Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen in die Weiterentwicklung und Entscheidungsprozesse der KV.

### WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE?

Starke fachärztliche Interessensvertretung, Schluss mit der Budgetierung, leistungsgerechte Honorierung, Entbürokratisierung, sinnvolle Digitalisierung und eine starke Selbstverwaltung.

# LISTE 6 (ÄRZTE)

HAUSÄRZT:IN IN HAMBURG – DAS ORIGINAL



**LISTENFÜHRERIN: DR. MED. JANA HUSEMANN**

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Dr. med. Mike Müller-Glamann; Dr. med. Maria Hummes; Dr. med. Björn Parey; Karen Haß; Torsten Fix; Dr. med. Annemarie Reißmann; Gregor Brinckmann; Nuray Can; Dr. med. Laurens Kils-Hütten; Beatrice Roßbach; Dr. med. Arne Breest; Dr. med. Berit Löwnau; Dr. med. David Herzog; Susanne Konzelmann; Sönke Strauß; Dr. med. Natalie Lausch; Cengiz Köysüren; Dr. med. Cornelia Behn; Dr. med. Horst Mußner; Dr. med. Ursula Wex; Dr. med. Christoph Müller-Rahmel; Renate Salis; Heiko Hundius; Dr. med. Johanna S. Bobardt; Dr. med. Sebastian Eipper; Dr. med. Anne-Marie Stüven; Dr. med. Henning Harder; Iris Dombrowsky; Wilfried Aust

## WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

- Berücksichtigung moderner Lebensmodelle zur Ausübung des Hausarztberufes
- Lösungen gegen den Angriff der Freiberuflichkeit durch Fremdinvestoren
- Digitalisierung mit Mehrwert für die Praxen
- Faire Honorierung
- Nachhaltige und klimafreundliche Ausrichtung des Gesundheitssystems

**WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE, WOHNORTNAHE VERSOR- GUNG IN HAMBURG SICHER- ZUSTELLEN?** Kein Private Equity im hausärztlichen Versorgungsbe- reich, denn in diesen rein wirtschaft- lich ausgerichteten Strukturen findet keine vollumfängliche hausärztliche Versorgung statt. Dies bedeutet Mehrarbeit für alle Kolleg\*innen im Umkreis – auch der Spezialisten! Denn um die Grundversorgung zu sichern, braucht es Entlastung der ärztlichen Arbeit! Sei es durch eine Teampraxis, in der Aufgaben unter Supervision und Delegation an qualifizierte Mitarbeiter\*innen abgegeben werden, durch externe Sozialberatung in der Hausarztpraxis

oder durch weniger Bürokratie. Zudem würde die Stärkung eines freiwilligen Primärarztsystems die Arbeitsbedingungen in den Praxen und die Versorgung der Patient\*innen verbessern. All dies führt zu einer Wertschät- zung der hausärztlichen Tätigkeit, sodass sich letztlich auch mehr junge Ärzt\*innen für die Allgemein- medizin begeistern werden.

**WIE KÖNNTE EINE SINNVOL- LE DIGITALISIERUNGSSTRA- TEGIE FÜR DAS GESUND- HEITSWESEN AUSSEHEN?** Die Digitalisierung muss Ärzt\*innen und Patient\*innen das Leben leicht- er machen bei gleichzeitiger Ein- haltung strenger Kriterien für den Datenschutz. Es gibt bereits gute Ideen, doch die Umsetzung ist kata- strophal. Es muss mehr Austausch geben zwischen den Entwicklern und denen, die es leben müssen, damit ein praktischer Nutzen vor- handen ist. In meiner Praxis wird jemand von der Gematik hospiti- tieren, so etwas hätte schon viel früher passieren müssen.

**WELCHE HONORARPOLITI- SCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?** Fair muss es werden, denn die Schere zwischen Generalist\*innen und Spezialist\*innen muss endlich

geschlossen werden. Wir haben bundesweit immer noch den schlechtesten Fallwert und die schlechteste Auszahlungsquote! Hier erwarte ich kreative Ideen, an- dere KV-Bezirke schaffen das auch.

**WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVER- WALTUNG ZU STÄRKEN?** Eine diverse Zusammensetzung der Gremien ist notwendig, um die Vielfalt der Mitglieder abzubil- den. Die Strukturen müssen sich ändern, damit ein Mitarbeiter in der KV in allen Lebenssituationen möglich ist. Die Berufsverbände müssen sich öffnen. Wir haben das schon geschafft in unserem Verband, unter anderem mit geziel- ten Fördermaßnahmen für bisher unterrepräsentierte Gruppen, wie etwa die angestellten Ärzt\*innen, jüngere Mitglieder oder Frauen. Eine niedrigschwellige Mitarbeit ist bei uns jederzeit möglich und erwünscht.

**WIE LAUTET DAS WAHL- ZIEL LHRER LISTE?** Als ein- zige Interessensvertretung der Allgemeinmediziner\*innen und hausärztlichen Internist\*innen wollen wir unser Wahlergebnis erneut steigern, um unsere Stimme in der KV Hamburg noch deutlicher erheben zu können!



# LISTE 7 (ÄRZTE)

## PÄDIATER:INNEN LISTE

### LISTENFÜHRERIN: DR. MED. CLAUDIA HAUPT

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Florian Flüß; Dr. med. Annette Lingenauber; Joel Iffland

#### WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Wir fordern, dass die Interessen von Kindern und Jugendlichen bei politischen Entscheidungen prioritär berücksichtigt werden. Dies gilt für alle Bereiche – auch für die Gesundheit. Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir ausreichend finanzierte Kinderkliniken und die bedarfsgerechte ambulante pädiatrische Versorgung in unseren Praxen.

#### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE, WOHNORTNAHE VERSORGUNG IN HAMBURG SICHERZUSTELLEN?

Die Bedarfsplanungszahlen bilden nicht mehr die Versorgungsrealität in den pädiatrischen Praxen ab. Für Eltern in Hamburg ist es schwierig geworden, mit ihrem Kind in einer Kinderarztpraxis neu aufgenommen zu werden. Wir fordern eine Anpassung der Kapazitäten an den realen Bedarf. Im Falle der nicht gelingenden (Nach-)Besetzung eines Praxissitzes könnte die vorübergehende Sicherstellung der pädiatrischen Versorgung durch KV-Eigenrichtungen sinnvoll sein. Ziel wäre dann die Unterstützung der zunächst angestellten Kolleginnen

und Kollegen bis zu deren Übernahme des Kassensitzes.

#### WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

Die Digitalisierung des Gesundheitssystems ist nicht aufzuhalten. Wir sind jedoch der Meinung, dass nur vollständig ausgereifte, ausreichend überprüfte und vollständig sichere Anwendungen implementiert werden dürfen. Absolut inakzeptabel sind drohende Strafen für von uns nicht zu verantwortende Probleme. Die Verantwortung für durch die TI verursachte Datenschutzpannen darf nicht auf die Ärzteschaft abgewälzt werden. Dies und die vollständige Erstattung aller Kosten ist unsere Forderung an die Politik.

#### WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?

Pädiaterinnen und Pädiater müssen bei der anstehenden Entbudgetierung des hausärztlichen Bereichs mit berücksichtigt werden, da wir in allen anderen Belangen der hausärztlichen Versorgung zugeordnet sind. Und wir wünschen uns die Unterstützung der KV bei der Förderung der pädiatrischen Weiterbildungsstellen in den Praxen analog der Allgemeinmedizin, da die neue Weiterbildungsord-

nung Ausbildungsanteile im ambulanten Bereich der allgemeinen Pädiatrie vorschreibt.

#### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Transparenz und das Einbeziehen der ärztlichen Sichtweisen und Belange sind sehr wichtige Voraussetzungen für die Vertrauensbildung zwischen den Mitgliedern und der KV. Je enger der Austausch ist, desto mehr fühlen die Kolleginnen und Kollegen sich durch ihre KV vertreten.

#### WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE?

Wir stehen vor allem für die Wahrung der pädiatrischen berufspolitischen Interessen, den Erhalt und gegebenenfalls Ausbau der hausärztlich-kinderärztlichen Praxen, die Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Familie, eine stetige Verbesserung der Vernetzung von Praxis und Klinik, die Förderung der praxisorientierten Aus- und Weiterbildung im Verbund mit den Kinderkliniken und die Erhöhung des Frauenanteils in den Gremien von Selbstverwaltung und Verbänden.

# LISTE 8 (ÄRZTE)

KOOPERATIVE LISTE MARBURGER BUND



**LISTENFÜHRER: DR. MED. OLAF DEGEN**

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Tilman Dörken; Dr. med. Catharina Bullmann; Dr. med. Peter Buggisch; Dr. med. Hanna Matthews; Dr. med. Sven Aries; Dr. med. Anja-Dorothee Hüfner; Dr. med. Stefan Schmiedel; Dr. med. Ulrike Schnoor; Dr. med. Ute Hidding; Dr. med. Carsten Buhmann

## WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Ambulant angestellte Ärzt:innen sind ein fester Bestandteil der medizinischen Versorgung in Hamburg, und auch sie üben einen freien Beruf aus. Deshalb machen wir uns dafür stark, dass Entscheidungen auf medizinischen Überlegungen basieren und frei von kommerziellen Interessen bleiben, besonders vor dem Hintergrund, dass Einrichtungen in Trägerschaft von Konzernen zunehmen. Es ist wichtig, durch Wertschätzung und Stärkung der Kolleg:innen in diesen Strukturen sicherzustellen, dass sie wie bisher auch hervorragende Medizin machen können. Es dürfen keine Gelder abgezweigt werden, um Renditeerwartungen von Investoren zu bedienen.

Wir setzen uns für eine Qualitätsverbesserung in der ambulanten Versorgung ein. Die Möglichkeiten kooperativer Medizin müssen besser genutzt und interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert werden. Dazu gehört auch eine sektorenübergreifende, qualifizierte Weiterbildung.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist uns dabei ein besonderes Anliegen.

## WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE,

## WOHNORTNAHE VERSORGUNG IN HAMBURG SICHERZUSTELLEN?

Die wohnortnahe Versorgung muss in allen Stadtteilen sichergestellt werden! Das gilt allgemein für haus- und kinderärztliche Versorgung, im Speziellen aber auch für Menschen in schwierigen sozialen Verhältnissen, bei psychischen Erkrankungen und bei geistiger oder körperlicher Behinderung. Scheinbar ist in einigen Regionen der Stadt ein Bedarf vorhanden, den es abzudecken gilt. Gerade größere Strukturen wie MVZ können hier unterstützen, Honoraranreize in Bereichen mit wenigen Privatpatienten können helfen.

## WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

Eine konsequente Umsetzung wurde in Deutschland trotz Milliardeninvestitionen verschlafen, sie scheiterte bisher an Interessenskonflikten der beteiligten Akteursgruppen in der Selbstverwaltung, Bürokratie und an Sicherheitsbedenken. Andere europäische Länder haben uns weit abgehängt. Wir fordern, dieses Thema endlich ernst zu nehmen und unter Mitwirkung der Ärztinnen und Ärzte zu gestalten.

## WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?

Wir brauchen mehr Transparenz bei der Honorarverteilung. Die Verteilung muss anhand objektiver Kriterien und für alle Beteiligten nachvollziehbar erfolgen.

## WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Eine bessere Repräsentanz der Mitglieder! Über 2.000 angestellte Ärzt:innen sind in Hamburg in der ambulanten Medizin tätig. In der Vertreterversammlung sind sie bisher jedoch kaum vertreten, ebenso wenig wie Frauen und junge Eltern. Dabei haben wir alle das gleiche Ziel: die bestmögliche medizinische Versorgung in Hamburg und dabei eine faire Vergütung für uns Ärzt:innen.

## WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE?

Mehr Gehör für die angestellt tätigen Ärzt:innen! Ihre Interessen sollen in der KV angemessen repräsentiert werden. Deshalb treten wir mit 11 Kandidat:innen an. Dabei geht es uns ganz klar um Kooperation auf Augenhöhe und nicht ein Gegenüber einander zwischen niedergelassenen und angestellten Kolleg:innen – kooperativ, zeitgemäß und unabhängig.

# EINZELVORSCHLAG 9 (ÄRZTE)

SEVINE TOKDEMIR



KANDIDATIN: SEVINE TOKDEMIR

## WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Meine wichtigste Forderung: Die Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft müssen verbessert werden. Zeitdruck, Bürokratieaufwand, zunehmende Kommerzialisierung im Zusammenspiel mit einem korsettähnlichen Vergütungssystem und einem Mangel an medizinischem Fachpersonal schaffen Unzufriedenheit und Resignation bei den praktizierenden Ärzten. Hier muss sich etwas ändern! Der Patient muss wieder mehr in den Mittelpunkt gerückt und der Arztberuf wieder freier werden. Dem Arzt sollte wieder mehr Eigenverantwortung eingeräumt werden. Die Freiheit des Arztberufes soll nicht mehr nur eine Beschreibung sein, sondern gelebt werden können! Weg von der Ohnmacht hin zu einer erfolgreichen ärztlichen Tätigkeit von morgen!

## WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE, WOHNORTNAHE VERSORGUNG IN HAMBURG SICHERZUSTELLEN?

Mehr Ausdifferenzierung und Vielfalt in der medizinischen Landschaft durch ein ausgewogenes Nebeneinander von Kleinpraxen und Versorgungszentren, ausgerichtet an den

Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, aber auch an den Bedürfnissen der jeweiligen Fachrichtungen. Ein zentraler Punkt ist auch die Nachwuchsgewinnung und die Nachwuchsförderung. Unser Beruf muss wieder attraktiver werden.

## WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

Die Umsetzung der Digitalisierung muss mit Augenmaß erfolgen. Das bedeutet, es muss dem Umstand Rechnung getragen werden, dass jeder Arzt und jede Ärztin eine Umsetzung zusätzlich zum Arbeitsalltag vornehmen muss. Es muss auch dem Umstand Rechnung tragen, dass dies meist nicht unerhebliche Investitionen bedeutet.

## WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?

Wir brauchen ein ausgewogenes und kalkulierbares Vergütungssystem, das nachvollziehbar und verständlich ist.

## WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, aber ich erlebe die KV im Kern als Organisation, die die Auszahlung, aber auch die Streichung und

Kürzung der ärztlichen Vergütung vornimmt und die Einhaltung von Reglementierung überwacht. Das sollte so nicht sein. Die Ärzteschaft braucht mehr Transparenz in der KV-Arbeit, aber auch mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Ich möchte mich dafür einsetzen, dass die Position und Stimme der Ärzteschaft in der KV gestärkt wird. Dazu gehört es auch, die neuen Kommunikationswege auf intelligente Art zu nutzen. Damit wird ein weiteres erklärtes Ziel erreicht, nämlich die KV-Arbeit transparenter zu machen. Die KV sollte sich zudem noch stärker am Dienstleistungsgedanken orientieren. Konkret bedeutet dies, dass man die Beratungs- und Unterstützungsangebote für ihre Mitglieder ausweiten sollte. Dies ist auch deshalb wichtig, weil die ärztliche Tätigkeit in den letzten Jahrzehnten zunehmend komplexer und aufwendiger geworden ist, was letztlich zu Lasten der Arbeit am Patienten geht.

## WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE?

Nach Jahren der Unzufriedenheit habe ich mich dazu entschlossen, selbst als Vertreterin für die KV-Vertreterversammlung zu kandidieren. Ich hoffe, in die Vertreterversammlung einzuziehen und etwas bewegen zu können.

# LISTE 1 (PSYCHOTHERAPEUTEN)

ALLIANZ PSYCHOTHERAPEUTISCHER BERUFS- UND FACHVERBÄNDE



**LISTENFÜHRER: DR. PHIL. JOHANNES FREY**

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Dipl.-Psych. Hanna Guskowski; Marie Schwartz; Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Christiane Jüngling; Dipl.-Psych. Maike Struve; Dipl.-Psych. Bettina Jehn; Dipl.-Psych. Heike Peper; Dipl.-Psych. Kerstin Sude; Dipl.-Psych. Hannes von Mauschwitz; Dr. rer. hum. biol. Eva Kleinemeier-Thundiyil; Prof. Dr. sc. mus. Till Florschütz; Dipl.-Psych. Dr. phil. habil. Sebastian Bodenburg; Dipl.-Psych. Nicole Lentz; Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Bonnekamp; Dr. phil. Karin Wallenczus; Dr. rer. nat. Michael Reiningner

## WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Zentrale Forderung ist der Erhalt der festen Stundenkontingente – denn nur mit vorab bewilligtem festem Stundenkontingent entsteht ein geschützter, sicherer therapeutischer Raum, in dem therapeutische Arbeit und Heilung überhaupt möglich sind. Dies wird durch das aktuell geplante Qualitätssicherungsverfahren (QS) ausgehebelt, das zeitgleich mit der Abschaffung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens zum 31. Dezember 2022 in Kraft treten soll. Unsere dringendste Forderung ist daher, dies zu verhindern und die festen Stundenkontingente zu sichern.

Unsere Forderung an gesetzlich vorgeschriebene QS-Maßnahmen ist, dass diese bereits bestehende Qualität nicht unterlaufen, dass sie bürokratiearm sind, nicht störend in den therapeutischen Prozess eingreifen, vor der Einführung wissenschaftlich überprüft werden und dabei einen realen Nutzen für die Qualitätssicherung des therapeutischen Prozesses nachweisen. Zusätzlicher Aufwand muss vergütet werden.

## WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHENDECKENDE,

## WOHNORTNAHE VERSOR- GUNG IN HAMBURG SICHER- ZUSTELLEN?

Die Bedarfsplanung auf Bundesebene muss dringend dem tatsächlichen Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung angepasst werden – und das ist nicht erst seit der Corona-Pandemie bekannt. Insbesondere gilt es hier, auch die Kinder und Jugendlichen sowie vulnerable Gruppen mit in den Blick zu nehmen.

## WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

Digitalisierung muss technisch ausgereift, vorab getestet, einen Nutzen für die Versorgung und ausreichend evaluiert sein. Wir Psychotherapeut\*innen profitieren von der bisherigen Telematik-Infrastruktur in keiner Weise. Wir leiden jedoch unter dem zeitlichen und finanziellen Aufwand und der bislang nicht ausgereiften Technik. Außerdem dürfen enorm teure „Gesundheits-APPs“ nicht aufgrund von Herstellerangaben ohne weitere Prüfung zugelassen werden und durch Krankenkassen verordnet werden, sondern durch die Psychotherapeut\*innen.

## WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?

Wir fordern, dass der Vorstand der

KVH sich auf KBV-Ebene grundsätzlich für eine angemessene Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen einsetzt. Bisher werden wir nur knapp an der gesetzlichen Untergrenze vergütet. Das ist für uns nicht akzeptabel, vor allem nicht, weil sich durch die Vergütungssystemen der letzten Jahre die Honorarschere zwischen Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen immer weiter geöffnet hat. Außerdem fordern wir, dass die KV sich für die extra-budgetäre Vergütung aller unserer Leistungen einsetzt, damit wir keine Abschlüsse bei Leistungen der Grundversorgung hinnehmen müssen.

## WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBST- VERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Partnerschaftliche Kommunikation und mehr kooperative Einbeziehung der KV-Gremien in die Entwicklung politischer Zielsetzungen sowie Strategien durch den KV-Vorstand sind aus unserer Sicht für die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung dringend notwendig. Die Gründung der Frauenkommission zur Stärkung von Frauen in allen Gremien ist aus unserer Sicht ein wichtiger, nachhaltiger Schritt zur Stärkung der Selbstverwaltung.

## WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE? 3 von 4 Sitzen!



# LISTE 2 (PSYCHOTHERAPEUTEN)

## INTEGRATIVE LISTE

### LISTENFÜHRERIN: DIPL.-SOZ.PÄD. GITTA TORMIN

Weitere Kandidatinnen und Kandidaten: Dipl.-Psych. Marko Stukenborg; Dipl.-Psych. Torsten Michels; Dipl.-Psych. Tita Heyn; Dipl.-Soz.päd. Isabella Badwal; Dip.-Psych. Anna Ziebell; Dipl.-Psych. Felicia Kuhn

#### WAS SIND IHRE WICHTIGSTEN GESUNDHEITSPOLITISCHEN FORDERUNGEN?

Wir setzen uns dafür ein, dass auch in der Zukunft eine qualitativ hochwertige ambulante psychotherapeutische Versorgung für alle Patient:innen erhalten bleibt.

Wir treten ein

- für das Erstzugangsrecht und die Indikationshoheit,
- für den Erhalt von inhabergeführten Praxen und den Erhalt der Freiberuflichkeit. Voraussetzung dafür sind gute wirtschaftliche und organisatorische Rahmenbedingungen für die niedergelassenen Psychotherapeut:innen.
- für eine gute Zusammenarbeit mit anderen Ärzt:innengruppen im Rahmen von Koordination, Kooperation und Vernetzung,
- für eine praktikable Umsetzung der Komplexrichtlinie mit Unterstützung der KV und für eine Behandlungskoordination auch durch anteilige Versorgungsaufträge. Nur mit Nachbesserung und guter Unterstützung wird die Richtlinie eine Chance haben, flächendeckend umgesetzt zu werden,
- für eine Reduktion von Bürokratie und Dokumentationsaufwand, wie z.B. Zweiteilung der KZT: Die wertvolle Zeit muss für die Behandlung der Patient:innen genutzt werden, alles andere verschwendet Ressourcen.

#### WELCHE MASSNAHMEN SIND NOTWENDIG, UM AUCH ZUKÜNFTIG DIE FLÄCHEN-DECKENDE, WOHNORTNAHE VERSORGUNG IN HAMBURG SICHERZUSTELLEN?

Wir sind für eine transparente und sinnvolle Regelung für die Weitergabe einer Psychotherapiepraxis. Dabei fordern wir eine regional differenzierte Bedarfsplanung.

#### WIE KÖNNTE EINE SINNVOLLE DIGITALISIERUNGSSTRATEGIE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN AUSSEHEN?

- DiGAs gehören in ein qualitätsgesichertes Gesamtkonzept. Aktuelle DiGAs erfüllen nicht die notwendigen Qualitätskriterien der psychotherapeutischen Behandlung.
- Wir sind gegen Einmischung der Kassen in psychotherapeutische Behandlungen: Diese müssen geschützt bleiben, damit Therapie wirken kann.
- Videotherapie kann nur eine Ergänzung des Behandlungsangebotes sein. Keine PT-Call-Center/Video-Center. Es bedarf einfacher und flexibler Regeln der Nutzung in den Praxen.

#### WELCHE HONORARPOLITISCHEN FORDERUNGEN HABEN SIE AN DIE KV HAMBURG?

Wir setzen uns ein

- für eine angemessene Vergütung aller psychotherapeutischen Leistungen,

- für den Erhalt der sicheren Kontingente und der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung, auch um die hohe Qualität der Psychotherapie zu erhalten,
- für eine angemessene Vergütung der Koordinationsaufgaben von KJP,
- für eine Aufwandspauschale für nicht wahrgenommene TSS Termine.

#### WELCHE MASSNAHMEN SIND NÖTIG, UM DIE SELBSTVERWALTUNG ZU STÄRKEN?

Wenn das KV-System auch in Zukunft stark bleiben soll, ist eine hohe Identifikation der KV-Mitglieder mit ihrer Körperschaft notwendig. Dazu müssen die KVen endlich die schwierige Aufgabe lösen, die Honorargerechtigkeit unter den verschiedenen Fachgruppen herzustellen, die dazu nötige Umverteilung umzusetzen und in einem Höchstmaß transparent zu machen. Dafür brauchen wir eine politisch starke und von privatwirtschaftlichen Interessen unabhängige KV als unsere Interessenvertretung.

#### WIE LAUTET DAS WAHLZIEL IHRER LISTE?

Wir wünschen uns eine hohe Wahlbeteiligung der Psychotherapeut:innen. Es soll deutlich machen, dass auch unsere Berufsgruppe mitgestalten will und in den Gremien der KV berufspolitische Forderungen eine Stimme haben.

wir  
schärfen  
ihren

[ v i • s u s ]

/pharmakotherapieberatung

die gesundheit des patienten voranzustellen und dabei die regularien der wirkstoffvereinbarung und des wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten, gestaltet sich im praxisalltag oftmals als herausforderung. erfahrene ärzte beraten sie ganz individuell in der pharmakotherapieberatung der kvh. fragen sie uns einfach!



## Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.

**Infocenter Tel: 22802-900**

### DEFINITION „KRANKHEITSFALL“

**Im Zuge der Quartalsabrechnung habe ich gelesen, dass einige Gebührenordnungspositionen einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden können. Was ist ein Krankheitsfall?**

Ein Krankheitsfall umfasst die gesamte Behandlung eines Versicherten von derselben Arztpraxis innerhalb des aktuellen sowie der nachfolgenden drei Quartale zu Lasten derselben Krankenkasse. (BMV § 21 (1))

### WIEDEREINGLIEDERUNG

**Besteht in der Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung die Arbeitsunfähigkeit fort?**

Ja. Während der Zeit der stufenweisen Wiedereingliederung besteht gemäß § 2 Absatz 2 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie die Arbeitsunfähigkeit fort. Die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist demnach auch während der Zeit der Wiedereingliederung zwingend notwendig, damit der Patient seinen Anspruch auf Krankengeld nicht verliert.

### BESTÄTIGUNG VON TSS-TERMINEN

**Ich bin psychologischer Psychotherapeut und habe einen Patienten über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt bekommen. Der Termin wurde bisher nicht durch den Patienten bestätigt. Darf ich den Termin selbstständig absagen?**

Nein, der Patient hat nach Anlage 28 BMV-Ä einen gesetzlichen Anspruch auf den vermittelten Termin. Die telefonische Bestätigung durch den Patienten wurde in der gesetzlichen Bestimmung nicht als Verpflichtung formuliert. Um diese Unstimmigkeiten zu vermeiden, empfiehlt es sich, einen Terminprofilhinweis für Patienten in Ihrem eTerminservice einzurichten. Dort können Sie beispielsweise den Text einstellen: „Bitte melden Sie sich (per E-Mail oder Telefon) spätestens drei Tage vor dem Termin in unserer Praxis, um den Termin zu bestätigen.“

**Die passende Anleitung finden Sie auf unserer Homepage: [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → Informationen für Praxen → Bitte wählen Sie Ihren Fachbereich**

ABRECHNUNG

**Ich habe gehört, dass die Kostenpauschale für Briefe an höhere Portokosten angepasst wurde. Ist das korrekt?**

Ja, der Versand von Arztbriefen und anderen Unterlagen wird rückwirkend zum 1. Januar 2022 mit 86 statt mit 81 Cent vergütet. Der Grund für die Anhebung der Kostenpauschale ist die Portoerhöhung der Deutschen Post zu Jahresbeginn. Infolge der höheren Kostenpauschalen wurde auch der gemeinsame Höchstwert angepasst, den Ärzte und Psychotherapeuten maximal für den Versand von Briefen per Post (GOP 40110) und per Fax (GOP 40111) im Quartal erstattet bekommen. Diese Regelung wurde im Sommer 2020 eingeführt, da der elektronische Versand von Arztbriefen so gefördert werden soll. Der Höchstwert ist je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch. Die entsprechenden Kostenpauschalen wurden bereits im EBM angepasst.

HILFSMITTEL

**Dürfen Pflegefachkräfte ihren Pflegebedürftigen neuerdings bestimmte Hilfs- und Pflegemittel verordnen?**

Nein, aber Pflegefachkräfte dürfen ihren Pflegebedürftigen neuerdings bestimmte Hilfs- und Pflegehilfsmittel empfehlen, welche dann bei ihrer Krankenkasse beantragt werden müssen. Dazu gehören zum Beispiel Duschhilfen, Toilettenstühle, Pflegebetten oder Lagerungsrollen. Die Voraussetzung für eine solche Empfehlung ist, dass die Pflegefachkräfte die Betroffenen selbst betreuen und die Hilfsmittel im häuslichen Umfeld benötigt werden. Eine ärztliche Verordnung ist in diesen Fällen nicht mehr erforderlich. Für die Empfehlung der Leistung

nutzen die Pflegefachkräfte ein eigenes dafür vorgesehenes Formular. Dieses leitet der Versicherte an einen Hilfsmittel-Leistungserbringer weiter, der auf dieser Basis einen Leistungsantrag bei der Kranken- beziehungsweise Pflegekasse stellt.

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

**Ich bin seit April neu zugelassen. Zu wann kann ich mit den regelmäßigen Auszahlungen der Pauschalen für die Telematikinfrastruktur (TI) rechnen?**

Nach Quartalsabschluss wird auf Basis der Abrechnungsdaten automatisch geprüft, ob das Versichertenstammdatenmanagement in der TI durchgeführt wurde. Daraufhin werden die geltenden Erstattungs- und Betriebskostenpauschalen auf Grundlage der TI-Finanzierungsvereinbarung berechnet. Rechnungen Ihrerseits werden dafür nicht benötigt. Die Auszahlung erfolgt spätestens zwei Monate nach Quartalsabschluss über das Honorarkonto. Diese Termine sind wie folgt:

- am 15.06. des Jahres für das erste Quartal,
- am 15.09. des Jahres für das zweite Quartal,
- am 15.12. des Jahres für das dritte Quartal,
- am 15.03. des Jahres für das vierte Quartal.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartner im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Damla Eymur, Natalie Wawrzeniez



# Zugang zur Reha soll vereinfacht werden

Ab 1. Juli müssen die Praxen ein neues Verordnungsformular verwenden

**V**ersicherte ab 70 Jahren sollen eine geriatrische Reha künftig auch ohne Prüfung durch die Krankenkassen erhalten können. Dazu müssen bestimmte medizinische Voraussetzungen erfüllt sein, die der verordnende Arzt vorab abklären und dokumentieren muss. Diese und weitere Neuerungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Ab 1. Juli müssen die Praxen ein angepasstes Reha-Verordnungsformular (Muster 61) verwenden. Ziel ist es, den Zugang insbesondere zur geriatrischen Reha für Versicherte zu vereinfachen. So sollen neben der geriatrischen Rehabilitation auch Anschlussrehabilitationen nach einem Krankenhausaufenthalt ohne vorherige Überprüfung der Kasse durchgeführt werden können.

## Geriatrische Reha: Abklärung anhand fester Kriterien

Damit eine medizinische Überprüfung durch die Krankenkassen entfallen kann, ist es für die Verordnung einer geriatrischen Reha künftig erforderlich, dass die Ärztinnen und Ärzte durch den G-BA-Beschluss vorgegebene Voraussetzungen abklären und diese auf dem Verordnungsformular 61 dokumentieren. Der Patient reicht dann die Verordnung wie gehabt zur Kostenübernahme bei seiner Krankenkasse ein, die bei entsprechender Dokumentation nur noch leistungsrechtliche Voraussetzungen prüfen darf. Aus der ärztlichen Verordnung soll hervorgehen, dass der Patient älter als 70 Jahre ist, eine Multimorbidität vorliegt und er beispielsweise an altersbedingten Erkrankungen wie Demenz, Muskelschwund oder Muskelatrophie leidet und sturzgefährdet ist. Dabei sind auch Funktionstests durchzuführen und zu dokumentieren (siehe Kasten rechte Seite).



Reha-Verordnung: Ab Juli müssen die Praxen das neue Muster 61 verwenden.

schluss vorgegebene Voraussetzungen abklären und diese auf dem Verordnungsformular 61 dokumentieren. Der Patient reicht dann die Verordnung wie gehabt zur Kostenübernahme bei seiner Krankenkasse ein, die bei entsprechender Dokumentation nur noch leistungsrechtliche Voraussetzungen prüfen darf. Aus der ärztlichen Verordnung soll hervorgehen, dass der Patient älter als 70 Jahre ist, eine Multimorbidität vorliegt und er beispielsweise an altersbedingten Erkrankungen wie Demenz, Muskelschwund oder Muskelatrophie leidet und sturzgefährdet ist. Dabei sind auch Funktionstests durchzuführen und zu dokumentieren (siehe Kasten rechte Seite).

## Bei allen Reha-Verordnungen: Keine Ablehnung mehr ohne Gutachten

Auch bei allen anderen Indikationen der medizinischen Reha können die Krankenkassen die Verordnung nicht mehr ohne Weiteres ablehnen. Von der medizinischen Einschätzung der verordnenden Ärzte und Psychotherapeuten darf die Krankenkasse nur abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) vorliegt.

**Bei allen Reha-Verordnungen: Einwilligung für die Übermittlung von Daten**

Eine weitere Neuerung betrifft ebenfalls alle Reha-Verordnungen: Künftig müssen Ärzte und Psychotherapeuten die Versicherten vor der Reha-Verordnung fragen, ob sie einer Übersendung der gutachterlichen Stellungnahme des MD an die verordnende Praxis zustimmen. Außerdem müssen sie Versicherte über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an Angehörige, Vertrauenspersonen und/oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen informieren.

Die verordnenden Ärzte/ Psychotherapeuten informieren die Krankenkasse über die Einwilligung auf dem Verordnungsformular (Muster 61). Dazu wird dort ein neuer Teil E angefügt. Sofern der Patient einer Übermittlung an Dritte zustimmt, benennt er diese selbst auf dem Reha-Formular Teil E. ■

**Vordruckerläuterungen zu Muster 61**

**Ansprechpartner:  
Abteilung Praxisberatung  
Tel. 22802-571 / -572**

## Geriatrische Reha

### Ärztliche Aufgaben

Eine geriatrische Reha darf weiterhin nur von Ärztinnen und Ärzten verordnet werden. Diese stellen die medizinische Notwendigkeit einer geriatrischen Reha anhand bestimmter Kriterien fest, dokumentieren diese auf dem Verordnungsformular 61. Die Krankenkassen sind an diese ärztliche Feststellung gebunden.

### Kriterien

- Es liegt ein erhöhtes Lebensalter von 70 Jahren oder älter vor.
- Der Patient weist eine geriatritypische Multimorbidität auf. Dazu gibt der Arzt mindestens eine rehabegründende Funktionsdiagnose und zwei geriatritypische Diagnosen auf dem Verordnungsformular an.

Zur Hilfestellung weisen die "tragenden Gründe" zum G-BA-Beschluss geriatritypische Diagnosen aus, zum Beispiel Demenz und leichte kognitive Störungen, Muskelschwund und Muskelatrophie (Sarkopenie), Dekubitalgeschwüre und Sturzneigung.

### Funktionstests

- Die Schädigungen, die aus den vorliegenden Diagnosen hervorgehen, sind durch zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen – zum Beispiel einem Timed „Up & Go“ in Verbindung mit einem Chair Stand-Up Test bei eingeschränkter Mobilität und einem Uhrentest bei kognitiven Störungen.
- Mindestens ein Funktionstest erfolgt für die rehabegründende Funktionsdiagnose.

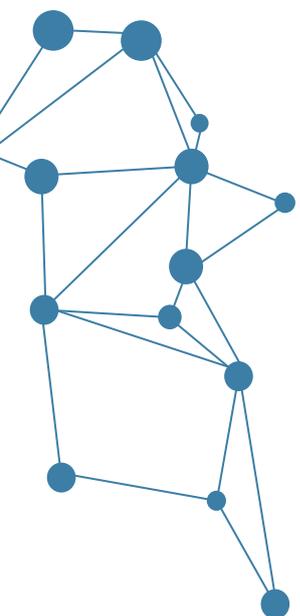
### FUNKTIONSTESTS NACH SCHÄDIGUNGSBEREICHEN

Mobilität	Kognition	Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Timed „Up &amp; Go“ (TUG) in Verbindung mit Chair Stand-Up Test (Chair-Rise)</li> <li>• de Morton Mobilitäts Index (DEMMI)</li> <li>• Motilitätstest nach Tinetti</li> <li>• Handkraft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mini Mental Status Test (MMST)</li> <li>• Geriatrische Depressions-Skala (GDS 15)</li> <li>• Uhrentest nach Watson</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visuelle oder Numerische Schmerzskala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergometrie</li> <li>• Spirometrie</li> <li>• NYHA-Skala</li> </ul>



# TI-Erstattungsbeträge werden angehoben

Praxen erhalten höhere Kostenerstattungen für die Telematikinfrastruktur. Das hat das Bundesschiedsamt entschieden. So werden die Pauschalen für Kartenterminals, für KIM-Dienste und weitere Anwendungen angehoben sowie neue Pauschalen eingeführt.



Die KBV hatte in den vergangenen Monaten mehrfach darauf gedrängt, die Finanzierungsvereinbarung zur Telematikinfrastruktur (TI) anzupassen, um marktgerechte Kostenerstattungen zu erreichen. Der GKV-Spitzenverband hatte dies abgelehnt, weshalb die KBV das Bundesschiedsamt eingeschaltet hat.

Die nun durch das Bundesschiedsamt festgelegten Eckpunkte sehen unter anderem einen höheren Erstattungsbetrag für stationäre Kartenterminals vor; statt 595 Euro erhalten Praxen nunmehr 677,50 Euro. Auch die Erstausstattungs pauschalen, in denen auch die Erstattungen für die Terminals beinhaltet sind, werden angehoben.

## ZUSÄTZLICHES KARTENTERMINAL FÜR KOMFORTSIGNATUR

Das Schiedsamt hat weiterhin festgelegt, dass Praxen die Kosten für mindestens ein weiteres stationäres Kartenterminal erstattet bekommen, um die Komfortsignatur nutzen zu können. Auch das hatten die Krankenkassen in den Verhandlungen mit der KBV abgelehnt.

Bei der Komfortsignatur schaltet der Arzt mit der Eingabe seiner PIN bis zu 250 elektronische Signaturen für verschiedene Arbeitsplätze der Praxis frei (Remote-Zugriff). Dafür wird ein Kartenterminal benötigt, in dem der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) den ganzen Tag steckt, und das – um Missbrauch zu vermeiden – an einem gesicherten Platz steht. Die Menge der Kartenterminals, die für die Komfortsignatur finanziert werden, ist dabei abhängig von der Praxisgröße, da ein Gerät über zwei Steckplätze für eHBAs verfügt.

## ERHÖHUNG WEITERER PAUSCHALEN

Erhöhungen wird es zudem bei verschiedenen Pauschalen für Anwendungen der Telematikinfrastruktur geben. So erhalten Praxen für die Einrichtung von KIM nun 200 Euro statt bislang 100 Euro. Der Dienst wird unter anderem für die elektronische Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Arztbriefen benötigt. Auch bei den Erstattungen der Betriebskosten konnte die KBV Anpassungen für den Notfalldatensatz, den elektronischen Medikationsplan und die elektronische Patientenakte erreichen.

## AUFSÄTZE FÜR STÖRANFÄLLIGE INGENICO-KARTENTERMINALS

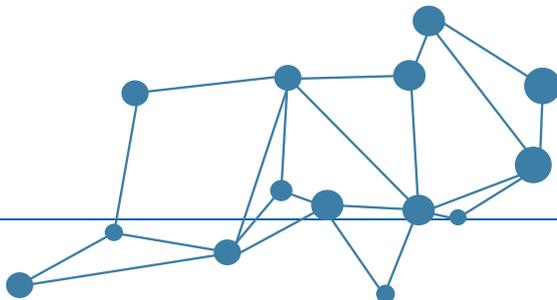
Praxen, die mit den störanfälligen Kartenterminals des Herstellers Ingenico arbeiten, erhalten einen Zuschlag. Beim Einlesen der neuen Gesundheitskarten, welche die sogenannte Near-Field-Communication (NFC) unterstützen, ist es mit diesen Kartenterminals immer wieder zu technischen Abstürzen gekommen. Die neue Pauschale enthält die Kosten für den Kauf und die Zusendung eines Aufsatzes, der die Abstürze verhindern soll. Die Auszahlung der Pauschale erfolgt durch die KV. Details hierzu werden noch bekanntgegeben.

## FINANZIERUNGSVEREINBARUNG WIRD ANGEPASST

Nach dem Beschluss des Bundesschiedsamtes müssen KBV und GKV-Spitzenverband die Finanzierungsvereinbarung anpassen. Wir werden Sie über die Umsetzung informieren. ■

## ANPASSUNGEN IN DER FINANZIERUNGSVEREINBARUNG ZUR TELEMATIKINFRASTRUKTUR (TI)

Pauschale	bisherige Erstattung	neue Erstattung
<b>PAUSCHALEN FÜR KARTENTERMINALS UND KONNEKTOREN</b>		
<b>Erstausstattungs pauschale (für Konnektor und stationäres Kartenterminal)</b>		
bis zu 3 Ärzte in der Praxis	1549 €	1661,50 €
4 bis zu 6 Ärzte in der Praxis	2084 €	2309 €
mehr als 6 Ärzte in der Praxis	2619 €	2956,50 €
Stationäre Kartenterminals für Notfalldatenmanagement / eMedikationsplan	595 € pro Gerät	677,50 € pro Gerät
Zusätzliches Kartenterminal für Komfortsignatur (Anzahl der Terminals abhängig von der Praxisgröße)	keine	677,50 € pro Gerät
<b>Aufsatz für störanfällige Kartenterminals des Herstellers Ingenico</b>		
bis zu 3 Ärzte/Psychotherapeuten in der Praxis	keine	35,46 €
4 bis zu 6 Ärzte/Psychotherapeuten in der Praxis	keine	66,28 €
mehr als 6 Ärzte/Psychotherapeuten in der Praxis	keine	97,10 €
<b>PAUSCHALEN FÜR ANWENDUNGEN DER TI</b>		
Notfalldatenmanagement / eMedikationsplan: Pauschale für Konnektor-Update	380 €	530 €
Notfalldatenmanagement / eMedikationsplan: Integrationspauschale für PVS-Update	150 €	400 €
KIM / eArztbrief: Einrichtungspauschale	100 €	200 €
ePatientenakte: Integrationspauschale für PVS-Update	150 €	350 €
<b>NEUE BETRIEBSKOSTENPAUSCHALEN FÜR:</b>		
Notfalldatenmanagement	keine	5,25 € je Quartal
eMedikationsplan	keine	7,50 € je Quartal
ePatientenakte	keine	23,25 € je Quartal



**Ansprechpartner:**  
KV Hamburg Online-Services,  
E-Mail: [online-services@kvhh.de](mailto:online-services@kvhh.de)  
Tel: 22802 – 539 / -554 / -588



# Mehr Sicherheit bei der Medikation von Kindern

Arzneimittel-Datenbank [kinderformularium.de](http://kinderformularium.de) gibt evidenzbasierte Empfehlungen

Das Universitätsklinikum Erlangen hat eine Datenbank für die Medikation von Kindern und Jugendlichen erstellt. Kern der Datenbank [www.kinderformularium.de](http://www.kinderformularium.de) sind Wirkstoffmonografien mit Dosierungsempfehlungen für den On- und Offlabel-Bereich sowie Hinweise zur Anwendung. Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzten mehr Sicherheit bei der Arzneimittel-Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu geben.

Die Dosierungsempfehlungen basieren vorwiegend auf systematischen Recherchen der Literatur (Nutzen-Risiko-Analysen) und werden durch unabhängige Expertinnen und Experten überprüft. Dosisangaben können von zugelassenen Dosierungen in den Fachinformationen abweichen, sind aber durch entsprechende wissenschaftliche Literatur belegt und entsprechen somit dem Stand der Wissenschaft (evidenzbasierte Off-label-Anwendung). Der Inhalt wird kontinuierlich aktualisiert und erweitert.

Die Datenbank wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Sie ist webbasiert, kostenfrei und ohne Login für Heilberufler zugänglich. ■

## WEITERE WICHTIGE DATENBANKEN ZUR VERORDNUNG

### Arzneimittelinformationen

[www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)

Informationen zur Verträglichkeit von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit (erstellt von der Charité Berlin, gefördert vom Bundesgesundheitsministerium)

<https://dosing.de>

Informationen zur Anpassung der Medikamentendosierung bei niereninsuffizienten Patienten (erstellt von der Abt. Klinische Pharmakologie & Pharmakoepidemiologie der Universitätsklinik Heidelberg)

### Online-Hilfsmittelverzeichnisse

<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home>

Online-Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes

[www.rehadat-gkv.de](http://www.rehadat-gkv.de)

Online-Hilfsmittelverzeichnis von REHADAT, einem Informationssystem zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung (Projekt des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln e.V., gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales /BMAS)

## KODIER-RÄTSEL DES MONATS

Stellen Sie Ihre Kodier-Kenntnisse spielerisch auf die Probe! In jeder Ausgabe veröffentlichen wir ein Kodier-Rätsel. Die Lösung finden Sie direkt unter der Frage in dem auf dem Kopf stehenden Text. Hätten Sie's gewusst?

**DIE ICD-CODES E10.- BIS E14.- BEZEICHNEN VERSCHIEDENE FORMEN DES DIABETES MELLITUS. WELCHER DER FOLGENDEN DIABETES-TYPEN WIRD NICHT MIT EINEM E-KODE KODIERT, SONDERN MIT O24.-?**

**DIABETES MELLITUS NICHT NÄHER BEZEICHNET**

**GESTATIONS DIABETES (AUCH BEREITS VOR SCHWANGERSCHAFT BESTEHENDEM DIABETES)**

**DIABETES MELLITUS TYP 1**

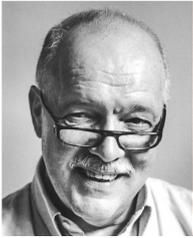
**DIABETES MELLITUS IN VERBINDUNG MIT MANGEL- ODER FEHLERNÄHRUNG**

**DIABETES MELLITUS TYP 2**

**DIABETES MELLITUS SONSTIGER NÄHER BEZEICHNETER (ZUM BEISPIEL PANKREOPRIVER DIABETES)**

## LÖSUNG

Quelle: [www.icd-code.de/icd/code/E11.html](http://www.icd-code.de/icd/code/E11.html)  
O24.- kodiert.  
Gestationsdiabetes wird mit



# Qualität kann man nicht messen

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

**M**an stelle sich vor, Gesundheitsminister Karl Lauterbach träte ans Rednerpult des Bundestages und bäte für den Tod von mehr als 200 Babys um Entschuldigung. Das würde er deswegen tun müssen, weil zwischen 2000 und 2019 mehr als 200 Babys wegen schwerer Mängel und Fehler der Geburtshilfe während oder kurz nach ihrer Geburt gestorben sind.

In Großbritannien ist ein Politiker diesen Schritt kürzlich gegangen: der britische Gesundheitsminister Sajid Javid. Er musste im Unterhaus zu einem 250 Seiten langen Untersuchungsbericht Stellung nehmen, in dem schwerwiegende Missstände in Krankenhäusern des nationalen Gesundheitsdienstes NHS für mehr als 200 Todesfälle sowie Hirnschäden, Knochenbrüche und Schädelverletzungen bei Neugeborenen verantwortlich gemacht wurden. Auch kamen wahrscheinlich aus den gleichen Gründen neun Frauen während und nach der Geburt ums Leben. Was war geschehen?

Krankenhäuser des NHS in Großbritannien werden schon länger einem erheblichen Druck ausgesetzt, „gute Qualität“ abzuliefern und das auch nachzuweisen. Gelingt ihnen das nicht, drohen ernsthafte finanzielle und personelle Konsequenzen. Was also könnte in der Geburtshilfe ein In-

dikator für gute Qualität sein? Die Rate der Kaiserschnittentbindungen! Je mehr natürliche Geburten ein Krankenhaus vorweisen kann, desto besser ist seine Geburtshilfe, oder umgekehrt: zu viele Kaiserschnitte deuten auf eine schlechte geburtshilfliche Versorgung der Schwangeren hin.

Bei ihrer Untersuchung kam die leitende Hebamme Donna Ockenden zu schockierenden Ergebnissen: Eine tödliche Zurückhaltung bei der Durchführung von Kaiserschnitten; eine Tendenz, Mütter für Probleme im Geburtsablauf verantwortlich zu machen; ein Versäumnis, komplexe Fälle angemessen zu behandeln; ein Mangel an Beratung und Aufsicht; und ein „zutiefst besorgniserregender Mangel an Freundlichkeit und Mitgefühl“. Ob Kaiserschnitt oder nicht war schon längst keine medizinische Entscheidung mehr, sondern eine ökonomische unter dem Zwang zu guten Zahlen.

Der britische Gesundheitsminister hat versprochen, in Zukunft die Empfehlungen der Untersuchungskommission umzusetzen. Das Entsetzen in der britischen Öffentlichkeit war groß. Inzwischen ist es wieder still geworden darum. Aber das Schlimmste ist: Die eigentlichen Ursachen für diese medizinischen Katastrophen bestehen weiter, nicht nur

in Großbritannien, sondern auch bei uns. Die Katastrophe besteht nämlich darin, dass man Qualität nicht messen kann, dann wäre es nämlich Quantität – also ein Widerspruch in sich. Und wenn man sie schon nicht direkt messen könne, dann erkenne man die Qualität an Hilfsparametern, so wie eben an der Kaiserschnitttrate in der Geburtshilfe.

So meint man beispielsweise auch, die Qualität chirurgischer Kliniken daran erkennen zu können, wieviele Wundheilungsstörungen dort vorkommen. Vielleicht ist aber das Gegenteil der Fall: Eine hervorragende chirurgische Abteilung zieht mit ihrem guten Ruf schwere Fälle von nah und fern zu sich heran, wodurch sie die höchste Zahl schwerer Komplikationen hat.

Die Qualität von Medizin entfaltet sich immer wieder neu und individuell in Beziehungen. Kommunikation spielt eine Rolle, auch Vertrauen, natürlich auch Erfahrung und Können.

Aber das alles ist nicht messbar und es darf nicht mit Vergütungskonzepten verkoppelt werden. Man kann diese gute Medizin mit einem noch so ausgeklügelten Vergütungssystem nicht erkaufen. Stattdessen muss man gute Medizin ermöglichen. Das wäre die eigentliche Aufgabe von Gesundheitspolitik. ■

[chirurg@hontschik.de](mailto:chirurg@hontschik.de), [www.medizinHuman.de](http://www.medizinHuman.de)

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

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



---

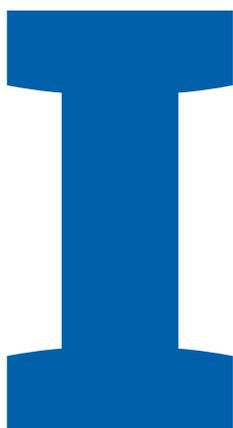
AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

---

# Digitale Gesundheitsanwendungen aus Sicht der evidenzbasierten Medizin

---

VON DR. MED. MICHAELA EIKERMANN IM AUFTRAG  
DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. ([WWW.EBM-NETZWERK.DE](http://WWW.EBM-NETZWERK.DE))



Im Dezember 2019 hatte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Einführung sogenannter digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung als „Weltneuheit“ angepriesen.

Mit den DiGA als Ergänzung der medizinischen Versorgung sollte ein wichtiger Baustein zur Digitalisierung des Gesundheitssystems eingeführt werden. Seit zwei Jahren ist es nun möglich, dass Hersteller Anträge stellen können, um in das Verzeichnis erstattungsfähiger DiGA aufgenommen zu werden, und seit gut 1,5 Jahren sind die ersten Produkte in dem Verzeichnis gelistet und können damit verordnet oder bei der Krankenkasse beantragt werden. Ein guter Zeitpunkt also zusammenzufassen, wie sich das Verfahren seither entwickelt hat, welche Problemfelder insbesondere aus Sicht der evidenzbasierten Medizin erkennbar sind, aber auch welche Erfolge gesehen werden können.

## ZUM HINTERGRUND: MIT DEM INKRAFTTRETEN DES GESETZES FÜR EINE BESSERE VERSORGUNG

durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz / DVG) im Dezember 2019 haben gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch auf eine Versorgung mit DiGA. So werden entsprechend §33a SGB V Medizinprodukte niedriger Risikoklasse bezeichnet, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringende die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Nicht umfasst werden Anwendungen, die im Rahmen der Primärprävention genutzt werden. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass die DiGA ein Prüfverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgreich durchlaufen hat und in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach §139e SGB V aufgenommen wurde.

Bei dem Prüfverfahren wird die DiGA auf Funktionstauglichkeit, Sicherheit, Qualität, Datenschutz, Datensicherheit und positive Versorgungseffekte geprüft. Unter dem Begriff der „positiven Versorgungseffekte“ wird entweder ein medizinischer Nutzen verstanden oder sogenannte „patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserungen“. Der medizinische Nutzen umfasst patientenrelevante Effekte hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Verkürzung der Krankheitsdauer, der Verlängerung des Überlebens oder einer Verbesserung der Lebensqualität.

Die patientenrelevanten Struktur- und Verfahrensverbesserungen umfassen zum Beispiel eine bessere Koordination von Behandlungsabläufen, einen erleichterten Zugang zur Versorgung, Verminderung therapiebedingter Aufwände und Belastungen, Förderung der Gesundheitskompetenz oder eine Erhöhung der Patientensicherheit.

Wenn ein Hersteller einen Antrag zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis stellt, muss er für sein Produkt einen (oder mehrere) positive Versorgungseffekte nachweisen. Er kann den positiven Versorgungseffekt sowohl aus dem Bereich des medizinischen Nutzens als auch aus dem Bereich der Struktur- und Verfahrensverbesserung wählen, beides soll patientenrelevant sein, sich also unmittelbar auf die Patientinnen und Patienten beziehen und nicht z. B. Endpunkte wie Arbeitslast von medizinischem Personal oder ökonomische Kennzahlen abbilden.

**DAS PRÜFVERFAHREN WURDE ALS FAST-TRACK-VERFAHREN KONZIPIERT, WAS BEDEUTET**, dass das BfArM drei Monate Zeit hat, festzustellen, ob aus seiner Sicht die Anforderungen erfüllt sind. Werden alle Anforderungen erfüllt, erfolgt eine dauerhafte Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis. Können noch keine ausreichenden Nachweise für positive Versorgungseffekte vorgelegt, die übrigen Anforderungen aber erfüllt werden, kann eine vorläufige Aufnahme für 12 Monate beantragt werden. Innerhalb dieser Erprobungsphase muss die erforderliche Evidenz dann generiert werden. Im Einzelfall kann der Erprobungszeitraum einmalig um bis zu zwölf Monate verlängert werden.

Details zum Prüfverfahren und dem DiGA-Verzeichnis wurden in einer ergänzenden Rechtsverordnung Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) beschrieben und sind im DiGA-Leitfaden des BfArM dargestellt. In der Rechtsverordnung ist u.a. auch festgelegt, welche Anforderungen an Studien zum Nachweis positiver Versorgungseffekte gestellt werden.

Natürgemäß schaut der „EbMler“ an dieser Stelle besonders kritisch hin, ob diese Anforderungen auch geeignet sind, einen kausalen Zusammenhang zwischen der Intervention und dem Ergebnis abzubilden. Zunächst freut man sich, dass festgelegt ist, dass eine vergleichende Studie gefordert ist, die zeigt, dass die Anwendung der DiGA besser ist als die Nichtanwendung. Allerdings werden hierunter retrospektive vergleichende Studien einschließlich retrospektiver Studien mit intraindividuellem Vergleich benannt und nur als Alternative das, was aus Sicht der evidenzbasierten Medizin eigentlich primär gefordert werden sollte, eine prospektive Vergleichsstudie.

**HIER ZEIGT SICH ALSO DOCH EINE RECHT GROSSE DISKREPANZ ZWISCHEN** der Idealvorstellung aus EbM-Sicht der randomisierten kontrollierten Studie (RCT) und dem grundsätzlich akzeptierten Design im DiGA-Verfahren, dem intraindividuellen Vergleichen, wobei es sich letztlich um einen vorher-nachher-Vergleich in einarmigen Studien ohne geeignete Kontrollgruppe handelt. Diese Anforderungen an die Evidenz sind erstmal als sehr niedrig einzustufen. Es ist jedoch auch festgelegt, dass der gewählte methodische Ansatz dem positiven Versorgungseffekt, der gezeigt werden soll, angemessen sein muss. Es scheint, als würde auch das BfArM durchaus für bestimmter Fragestellungen RCT fordern, wenngleich gerade für die Langzeitergebnisse häufig die Daten aus dem Interventionsarm allein auszureichen scheinen.

Aktuell sind 31 Produkte im DiGA-Verzeichnis gelistet. Davon sind 19 vorläufig und 12 dauerhaft aufgenommen. Drei der nun dauerhaft aufgenommenen DiGA waren vorher vorläufig aufgenommen und haben im Erprobungszeitraum den geforderten Nachweis des positiven Versorgungseffektes erbringen können.

Allerdings konnten das zwei der drei Produkte nicht für die gesamte vorgesehene Patientengruppe: Die



bewegungstherapeutische DiGA Vivira konnte den Nutznachweis nur für Patientinnen und Patienten der Indikationsgruppe Rückenschmerz erbringen, nicht für die Indikationsbereiche Knie- und Hüftschmerz. Die DiGA „Selfapys Online-Kurs bei Depression“ konnte keinen Nutzen bei Betroffenen mit leichter depressiver Episode zeigen. Die ursprünglich vorläufig aufgenommenen DiGAs Mika und M-sense Migräne wurden im März bzw. April auf Antrag des Herstellers aus dem Verzeichnis gestrichen. Insgesamt wurden seit dem Start des Verfahrens 130 Anträge beim BfArM gestellt (Stand 4.5.22), davon der weitaus größere Teil von knapp 75 Prozent (97 Anträge) zur vorläufigen Aufnahme zur Erprobung. 11 Anträge wurden negativ beschieden, 69 wurden zurückgezogen und 17 Anträge werden aktuell vom BfArM bearbeitet.

14 Produkte und damit mit Abstand die meisten gelisteten DiGA (42 Prozent) werden der Kategorie „Psyche“ zugeordnet. Fünf DiGA adressieren die Kategorie „Hormone und Stoffwechsel“, vier die Kategorie „Muskeln, Knochen und Gelenke“. Die anderen Kategorien des DiGA-Verzeichnisses umfassen nur jeweils 1 bis 2 Anwendungen. Viele DiGA enthalten verhaltenstherapeutische Elemente. Schaut man sich an, welche positiven Versorgungseffekte die Hersteller gezeigt haben oder zeigen möchten und mit welchen Studiendesigns sie das machen, zeigt sich, dass der ganz überwiegende Teil den medizinischen Nutzen adressiert, zum Teil ergänzend einzelne Endpunkte aus dem Bereich der patientenrelevanten Struktur- und Verfahrensverbesserungen. Diese allein werden nur von einer einzigen aktuell gelisteten DiGA betrachtet.

**SCHAUT MAN EIN WENIG TIEFER AUF DIE QUALITÄT DER EVIDENZ DER SCHON VORLIEGENDEN STUDIEN** der dauerhaft gelisteten DiGA, stellt man fest, dass in den meisten Fällen nur eine einzelne Studie vorliegt. Häufig muss ein hohes Verzerrungspotential festgestellt werden, wodurch die Qualität der

Evidenz abgewertet wird. Dies liegt insbesondere daran, dass es sich um unverblindete Studien handelt und ausschließlich oder überwiegend Endpunkte erfasst werden, die die Patienten selbst berichten. Dies ist in den allermeisten Fällen auch durchaus sinnvoll, ändert aber nichts daran, dass wir weniger sicher den Ergebnissen vertrauen können.

Weiterhin sehen wir in vielen Studien hohe Drop-out-Raten, aus denen sich gleich zwei Probleme ergeben. Zum einen kann man dies als einen Indikator dafür sehen, dass die Adhärenz bei digital umgesetzten medizinischen Maßnahmen geringer ist als bei einer persönlichen Leistungserbringung. Wenn dies schon unter Studienbedingungen zu beobachten ist, dürfte es im Versorgungsalltag noch herausfordernder sein, die Menschen zu motivieren, die verordnete DiGA regelmäßig zu nutzen.

**METHODISCH IST ALS PROBLEMATISCH ANZUSEHEN, DASS NICHT IN ALLEN STUDIENPUBLIKATIONEN** ein angemessener Umgang mit fehlenden Werten zu erkennen ist. Auch das BfArM scheint hier Mängel zu sehen und fordert zusätzliche Analysen, auf die u.a. in den jeweiligen Bewertungsentscheidungen im DiGA-Verzeichnis hingewiesen wird. Leider sind diese zusätzlichen Analysen nicht öffentlich zugänglich, so dass es in manchen Fällen schwierig ist, sich ein eigenes Bild zu machen, zumal häufig keine Daten öffentlich zugänglich sind, aus denen man eigene Berechnungen anstellen kann.

Die Preise der DiGA können im ersten Jahr von den Herstellern frei festgelegt werden. Erst danach wird der Vergütungsbetrag zwischen Hersteller und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) verhandelt. Erfolgt keine Einigung, erfolgt die Festlegung des Vergütungsbetrags durch die DiGA-Schiedsstelle. Der Herstellerpreis im ersten Jahr kann auch insofern frei festgelegt werden, als dass es keine unterschiedlichen Vorgaben in Bezug darauf gibt, ob die DiGA dauerhaft aufgenommen ist

und damit bereits den Nachweis eines positiven Versorgungseffektes erbracht hat oder ob diese erst vorläufig aufgenommen ist und noch keine ausreichende Evidenz vorliegt.

Die Preise der aktuell gelisteten DiGA liegen bei den dauerhaft aufgenommenen DiGA zwischen 204 € und 599 €, im Mittel bei 397 €. Vier dieser Preise wurden durch die Schiedsstelle festgesetzt und liegen zwischen 210 € und 243 €, wobei es dabei teilweise zu deutlichen Abschlägen gegenüber den freien Herstellerpreisen im ersten Jahr kam. Bei den vorläufig aufgenommenen DiGA liegen die Herstellerpreise zwischen 119 € und 718 €, im Mittel bei 467 €. Insgesamt fehlt es an Transparenz zu den Preisen und den dahinter liegenden Kostenkalkulationen.

**DIE FREIEN HERSTELLERPREISE BEWEGEN SICH DABEI AUF EINEM PREISNIVEAU**, das in dieser Höhe sicher kaum jemand erwartet hätte und das trotz aller Aufwände, die die Hersteller in der Entwicklung und Betreuung der DiGas haben, so nicht gerechtfertigt erscheint und den Eindruck einer gewissen Goldgräberstimmung aufkommen lässt. Irritiert darf man aus Sicht der evidenzbasierten Medizin v. a. auch über das Preisniveau der vorläufigen DiGA sein, die bisher keinen positiven Versorgungseffekt zeigen konnten, zumal es ja bereits Beispiele gibt, dass dieser zumindest für einzelne Indikationen innerhalb des Erprobungszeitraums auch nicht erbracht werden konnte.

Umfassende Zahlen zur Verordnungs- oder Nutzungshäufigkeit sind nicht bekannt. Die Techniker Krankenkasse (TK) beschreibt in ihrem DiGA-Report 2022 die Zahlen, die die TK für ihre Versicherten zwischen Oktober 2020 und Dezember 2021 erhoben hat. Demnach wurden insgesamt 19.025 Codes generiert, mit denen die Versicherten die jeweilige DiGA freischalten können. Der überwiegende Anteil der Codes (92 Prozent) wurde von den TK-Versicherten auch eingelöst. Die meisten DiGA wurden durch

Ärzt\*innen oder Psychotherapeut\*innen verordnet, nur wenige Versicherte hatten sich direkt an ihre Krankenkasse gewandt.

### **ES GIBT STARKE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN DIGAS IN BEZUG AUF** die Häufigkeit der Verordnung.

Etwa 77 Prozent der Freischaltcodes beziehen sich auf die fünf DiGA mit den höchsten Nutzungszahlen. Dies waren in dem berichteten Zeitraum die DiGas Vivira, Kalmeda, M-sense, zanadio und somnio. Nur die Schlafstörungs-DiGA wurde direkt dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Bei den anderen vier Produkten handelt es sich ursprünglich um Erprobungs-DiGA.

Wie bereits beschrieben, wurde M-sense mittlerweile aus dem DiGA-Verzeichnis gestrichen und bei Vivira konnte der Nutznachweis nur für die Indikation Rückenschmerz erbracht werden, nicht für die anderen Indikationsbereiche. Dass damit ausgerechnet DiGA in der Versorgung angekommen zu sein scheinen, die eben noch keine ausreichende Evidenz gezeigt haben oder bei denen dieser Nachweis nicht wie geplant gelungen ist, hinterlässt ein ungutes Gefühl und Zweifel, ob das Verfahren in dieser Form wirklich sinnvoll angelegt ist.

Es wird spannend sein zu sehen, wie sich die Evidenzgenerierung in dem jeweiligen Erprobungszeitraum entwickeln wird. Welche positiven Versorgungseffekte können wirklich nachgewiesen werden, wie häufig müssen die Erprobungszeiträume verlängert werden, wie viele DiGA oder wie viele Teilindikationen einzelner DiGA werden nach dem Erprobungszeitraum aus dem Verzeichnis gestrichen. Daran knüpft sich auch ganz praktisch die Frage an, wie dies kommuniziert wird um sicherzustellen, dass die Information bei den verordnenden Leitungserbringenden ankommt.

Wird die DiGA komplett gestrichen, ist das sicher weniger kritisch, dann erhalten die Versicherten die Information spätestens, wenn sie die Verordnung bei ihrer Krankenkasse einreichen. Fallen aber nur einzelne In-



dikationen einer DiGA weg, fällt das nicht in jedem Fall auf und ist durchaus kritischer zu sehen, da es passieren könnte, dass eine DiGA weiterhin für eine Indikation verordnet wird, für die kein positiver Versorgungseffekt erbracht wurde oder für die schlimmstenfalls negative Effekte gezeigt wurden.

### **EIN WESENTLICHER KRITIKPUNKT, DER EINFLUSS AUF DIE AKZEPTANZ DER PRODUKTE**

bei den Leistungserbringenden haben dürfte, ist die mangelnde Transparenz in Bezug auf die Inhalte der DiGA. Die DiGA sind den Leistungserbringenden nicht im Detail bekannt, ebenso wenig wie den Krankenkassen und in den meisten Fällen auch für die Versicherten selbst. Dies erschwert sicherlich die Einschätzung, ob die DiGA für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten geeignet ist und ob sie die bisherige Versorgung sinnvoll ergänzen könnte. Laut dem DiGA-Report 2022 der TK wurden im Berichtszeitraum 10.000 befristete Testaccounts an Leistungserbringende vergeben, was in Anbetracht der über 180.000 Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, eher gering ist. Gleichwohl ist es gerade vor dem Hintergrund der wachsenden Anzahl an DiGA auch perspektivisch kaum möglich, sich mit allen DiGA im Detail inhaltlich auseinanderzusetzen, selbst wenn man den Zugang dazu erhalten könnte. Das erscheint höchstens für Indikationsbereiche machbar, bei denen es nur ein oder wenige Produkte gibt.

Trotz grundsätzlicher Diskussion um die Angemessenheit des Verfahrens an den etablierten Strukturen der Gesundheitsselbstverwaltung vorbei und um die niederschweligen Mindestanforderungen an die Studien zum Nachweis positiver Versorgungseffekte, handelt es sich bei dem eingeführten Fast-Track-Verfahren um ein strukturiertes Verfahren zur Bewertung digitaler Gesundheitsanwendungen, bei dem die Schaffung von Evidenz ein zentraler Baustein ist. Der so geschaffene Zugang zur Regelversorgung könnte durchaus eine Mo-

tivation für Hersteller sein, keine ungeprüften Gesundheits-Apps anzubieten, sondern diese als zugelassene Medizinprodukte in Studien zu überprüfen und höhere Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit zu erfüllen. Darüber hinaus hat das Verfahren durch die vielen erfolgreich durchgeführten und laufenden RCT gezeigt, dass dieses Studiendesign auch für digitale Anwendungen gut machbar und angemessen ist.

Es wäre wünschenswert, wenn die Hersteller auch weiterhin den Blick auf den medizinischen Nutzen richten würden und weiterhin prospektiv vergleichende Studien, idealerweise RCT durchführen würden. Ebenfalls wünschenswert wäre mehr Transparenz in Bezug auf die Bewertungsentscheidung des BfARM. So ist aus den öffentlich zugänglichen Unterlagen z. B. unklar, inwieweit das Verzerrungspotential bewertet wird oder die Validität von Skalen, mit denen die Endpunkte erfasst werden, und ob dies bei der Bewertungsentscheidung eine Rolle spielt. Und auch von den Herstellern nachgeforderte zusätzliche Analysen sind nicht öffentlich zugänglich, selbst dann nicht, wenn sie ausschlaggebend für die Bewertungsentscheidung sind.

### **DER EINSATZ DIGITALER ANWENDUNGEN IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG**

ist kein gänzlich neuer Gedanke. So wurden bereits seit Beginn der 1990er Jahre softwarebasierte psychotherapeutische Ansätze für psychische Erkrankungen entwickelt, insbesondere für Depression und Angststörungen. Allerdings standen digitale Anwendungen vor Einführung der DiGA v. a. im Rahmen selektivvertraglicher Vereinbarungen oder als Selbstzahlerleistung zur Verfügung. Geht man davon aus, dass digitale Anwendungen grundsätzlich einen Nutzen haben können und damit das Potential haben Versorgungslücken zu schließen bzw. bestehende Versorgung sinnvoll zu ergänzen, kann man es auch als Erfolg betrachten, dass ein Leistungsanspruch für alle Versicherten unabhängig von der jeweiligen Krankenkasse geschaffen wurde.

## ES WIRD SEIT LANGEM KRITISIERT, DASS DEUTSCHLAND IN DER DIGITALISIERUNG WEIT

hinter anderen Ländern zurücksteht. Durch die COVID-19-Pandemie waren und sind viele Menschen gezwungen, weite Teile ihres Lebens digitaler zu gestalten. Es hat sich auch gezeigt, dass neue – digitalere – Wege gefunden werden müssen, eine gute medizinische Versorgung anbieten zu können, und dass solche Wege auch möglich sind. Es darf bei den durchaus berechtigten Digitalisierungsbestrebungen jedoch nicht vergessen werden, dass die Digitalisierung kein Selbstzweck ist, sondern dass die Versorgung wirklich verbessert werden muss. Man darf an dieser Stelle aber durchaus skeptisch sein, dass es in absehbarer Zeit Daten dazu geben wird, ob dies tatsächlich der Fall ist.

Es gilt auch, sich weiteren Herausforderungen zu stellen. Längst nicht alle Versicherten haben den gleichen Zugang zu digitalen Gesundheitsangeboten bzw. die gleichen technischen Möglichkeiten diese nutzen zu können. Insbesondere ältere Personen oder Menschen mit niedrigerem Einkommen oder geringerer Bildung könnten benachteiligt sein. Da 23 der aktuell 31 gelisteten DiGA nur auf Deutsch vorliegen, können

Sprachbarrieren hinzukommen. Dies widerspricht letztlich dem Anspruch an eine gerechte Versorgung.

Auch wird man sich damit befassen müssen, wie digitale Kompetenzen von Versicherten und ggf. auch der Leistungserbringenden weiter gefördert werden können. Die sich in den Studien abzeichnende, oft nicht zufriedenstellende Adhärenz zu den DiGA wird im Versorgungsalltag ein sicher noch größeres Problem sein. Daher wäre es wichtig zu erfassen, was die Adhärenz beeinflusst, und Ideen zu entwickeln, wie die Adhärenz gefördert werden kann.

Perspektivisch sinnvoll wäre es auch, statt der wie bisher eher ungerichteten Entwicklung und Aufnahme immer neuer DiGA, die Anwendungsbereiche zu identifizieren, in denen von Versicherten, Leistungserbringenden und ggf. Kostenträgern ein besonderer Bedarf oder ein besonderes Potential digitaler Anwendungen gesehen wird. ■

**DR. MED. MICHAELA EIKERMANN**  
 Bereichsleiterin Evidenzbasierte Medizin,  
 Medizinischer Dienst Bund  
 Theodor-Althoff-Str. 47  
 45133 Essen

### Literatur:

1. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. DiGA-Verzeichnis. letzter Zugriff: 09.05..2022 <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>
2. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung Stand: Zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 12.5.2021 | 1087, § 33a SGB V Digitale Gesundheitsanwendungen. 2021. letzter Zugriff: 09.05..2022 <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/33a.html>
3. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung Stand: Zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 12.5.2021 | 1087, § 139e SGB V Digitale Gesundheitsanwendungen. 2021. letzter Zugriff: 09.05.2022. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/139e.html>
4. Verordnung über das Verfahren und die Anforderungen zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit digitaler Gesundheitsanwendungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung - DiGAV). Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 18. 2020. letzter Zugriff: 09.05..2022. [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl120s0768.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl120s0768.pdf)
5. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V. Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender. Version 3.1 vom 18.03.2022. letzter Zugriff: 09.05.2022 [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga\\_leitfaden.pdf;jsessionid=63C7E904006DD5AAABA0A720D2A9A8CC.intranet662?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga_leitfaden.pdf;jsessionid=63C7E904006DD5AAABA0A720D2A9A8CC.intranet662?__blob=publicationFile)
6. Techniker Krankenkasse. DiGA-Report 2022. letzter Zugriff: 09.05.2022 <https://www.tk.de/resource/blob/2125136/dd3d3dbafcaef0984dcf8576b1d7713/tk-diga-report-2022-data.pdf>





# Mehr Frauen für die Selbstverwaltung

Auftaktveranstaltung der Frauenkommission der KV Hamburg im Ärztehaus

**U**m mehr Frauen für ein berufspolitisches Engagement in der KV Hamburg zu gewinnen, hat die neu gegründete Frauenkommission der KV Hamburg die Veranstaltungsreihe „Selbstverwaltung braucht uns Frauen“ ins Leben gerufen. Die hybride Auftaktveranstaltung fand am 7. April 2022 im Ärztehaus Hamburg statt und wurde von der stellvertretenden KV-Hamburg-Vorsitzenden Caroline Roos eröffnet: „Die Frauenkommission will erreichen, dass Frauen künftig eine größere Rolle spielen – in den Gremien, in der Vertreterversammlung, in der KV insgesamt. Ich unterstütze dieses Anliegen sehr und freue mich auf alles, was da kommen wird.“ Als Ehrengast wurde die Gesundheitssektorin Dr. Melanie Leonhard online zugeschaltet, die in ihrer Ansprache die Teilnehmerinnen ermutigte, erste Schritte zu wagen und sich berufspolitisch zu engagieren: „Seien Sie mutig und furchtlos, wenn es darum geht, Aufgaben zum Wohle aller zu übernehmen. Mehr Frauen in der Selbstverwaltung sind gut für



Digitaler Dialog: Dr. Simone Müller mit der live zugeschalteten Gesundheitssektorin Dr. Melanie Leonhard

Hamburg und für die Versorgung der Stadt.“

Im Anschluss gab KV-Hamburg-Geschäftsführerin Eva Heining in einem Vortrag grundlegende Informationen zu Aufbau, Funktion und Aufgaben der Selbstverwaltung. Diese theoretische Einführung wurde ergänzt durch Erfahrungsberichte von drei berufspolitisch aktiven Frauen: Dr. Maria Hummes, Bettina



Unterstützt die Anliegen der Frauenkommission: KV-Hamburg-Vizechefin Caroline Roos

Jehn und Dr. Sigrid Renz sprachen über ihre Aufgaben und Erfahrungen im Berufungsausschuss der KV, in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer, im Berufsverband und in der KV-Vertreterversammlung. Mit diesen Eindrücken verabschiedeten die Sprecherinnen der Frauenkommission die Teilnehmerinnen in den Abend: „Wir hoffen, dass wir Sie bei der nächsten Veranstaltung wiedersehen und freuen uns, wenn wir Sie nachhaltig und längerfristig für ein Engagement in der Selbstverwaltung begeistern können.“

**Sie wollen Kontakt zur Frauenkommission aufnehmen? E-Mail: [frauenkommission@kvvh.de](mailto:frauenkommission@kvvh.de)**

Die nächste hybride Veranstaltung der Reihe findet am 8. September 2022 im Ärztehaus Hamburg und online über Zoom statt.



Podiumsdiskussion: Berufspolitisch aktive Frauen berichten über ihre Tätigkeiten und Erfahrungen in der Selbstverwaltung

## Liebe Kolleginnen: Nutzen Sie Ihr Wahlrecht!

**B**ei den anstehenden KV-Wahlen wird die Wahlbeteiligung zum ersten Mal differenziert nach Geschlecht erfasst. Wenn wir Frauen also in großer Zahl unser Stimmrecht ausüben, werden wir auch sichtbar dokumentiert zu einem politischen Gewicht in der Selbstverwaltung – und zwar über die verschiedenen Fachgruppen hinweg. Frauen haben dann eine bessere Ausgangssituation, um einen angemessenen Anteil an der Besetzung aller Gremien in der KV einzufordern und so Arbeitsstrukturen und Inhalte in der Selbstverwaltung wie auch in ihrem Praxisalltag aktiv mitzugestalten. Denn es ist das Recht von Frauen - und sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein -, ihre Interessen selbst zu vertreten und die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit selbst mitzugestalten.

Bisher ist es immer noch so, dass in der KV-Vertreterversammlung nur 33 Prozent der Mitglieder Frauen sind, bei einem Frauenanteil von gut 55 Prozent in der KV-Mitgliedschaft insgesamt. Und im Beirat, der aus sechs Mitgliedern besteht, ist zurzeit nur eine einzige Frau vertreten. Je höher die Machtebene, desto geringer der Frauenanteil. Das entspricht der typischen Pyramide, die wir bereits aus allen Bereichen des Alltags kennen. Diese Unwucht gilt es zu verändern (s. auch KVH-Journal 3/2022, Seite 30).

Die Vertreterversammlung entscheidet über die Besetzung vieler weiterer Gremien. Und sie wählt den Vorstand der KV Hamburg. Aus den Vorständen der 17 Regional-KVen setzt sich die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammen. Auch in der KBV-Vertreterversammlung ist der Frauenanteil mit etwa 18 Prozent deutlich niedriger als der Anteil von Frauen in der deutschen Vertragsärzteschaft und -psychotherapeutenchaft insgesamt. Da aber fast alle relevanten Beschlüsse für das Gesundheitswesen auf Bundesebene gefasst werden, sollten Frauen auch in den Selbstverwaltungsgremien der Bundesebene angemessen vertreten sein. Auch hier muss also eine angemessene weibliche Repräsentanz in allen Gremien eingefordert werden.

Der erste Schritt aktiver politischer Beteiligung ist es, von seinem Wahlrecht gut informiert und reflektiert Gebrauch zu machen. Liebe Kolleginnen, nutzen Sie also Ihr Wahlrecht, um auf die KV-Politik in Hamburg und auf Bundesebene Einfluss zu nehmen. Informieren Sie sich und wählen Sie! Je höher die Wahlbeteiligung der weiblichen KV-Mitglieder in Hamburg, desto mehr steigt das Gewicht von Frauenstimmen in der KV Hamburg! Davon profitieren letztlich alle. Denn es ist durch viele Untersuchungen empirisch ohne Zweifel nachgewiesen, dass Gruppen, in denen Männer und Frauen ausgewogen vertreten sind, kreativer und effektiver arbeiten.

Wir freuen uns über Ihre Stimme für mehr Gewicht in der KV Hamburg!



Sprecherinnen der Frauenkommission (v.l.n.r.):  
Dr. Simone Müller, Dr. Claudia Haupt und Hanna Guskowski



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Martina Pott**  
Stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses  
Psychotherapeuten

Name: **Martina Pott**  
 Familienstand: **ledig**  
 Fachrichtung: **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (TP/AP)**  
 Weitere Ämter: **Stellvertreterin im Zulassungsausschuss**  
 Hobbys: **In der Bibliothek meines Herzensbuchladen (Stories!) in Neuerscheinungen schmökern – dazu ein wunderbarer Espresso, Garteln, Segeln**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Unbedingt. Damit habe ich mir den größten Gefallen getan. Ein wunderbarer Beruf.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Eine Kollegin hat mich gefragt und ich habe „ja“ gesagt. Es ist spannend, hinter die Kulissen zu blicken!

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?** Eine durchdachte und überlegte Digitalisierung des Gesundheitswesens und kluge Nutzung der künstlichen Intelligenz, die einen Mehrwert für Patienten und Behandler bringen wird. Keinen blinden Aktionismus, wie es im Augenblick den Anschein hat.

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg?** In Berlin. Die KV in Hamburg ist wie alle KVen bundesweit an die Gesetzgebung aus Berlin gebunden. Natürlich gibt es Spielraum, den die KV immer wieder auch in unserem Sinne nutzt. Insgesamt wünsche ich mir, Gesetze wären häufiger für die Menschen da, statt Menschen für die Gesetze.

**Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Gerne würde ich ein niederschwelliges Angebot für Jugendliche initiieren, das Psychotherapie und Sport (wie Segeln/Rudern/Boxen) miteinander verbindet. Affekte sind oftmals schwer in Worte zu fassen - das Selbsterleben im Sport, das Bewältigen von Herausforderungen allein oder in der Gruppe, das Erleben seiner Selbstwirksamkeit erleichtert den Zugang zu sich und seiner Sprache. ■

# ePaper: KVH-Journal auf dem Smartphone



## Das KVH-Journal gibt es jetzt 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.

Sobald eine neue Ausgabe erscheint, bekommen Sie eine E-Mail mit dem Link zum ePaper zugeschickt. ■

Bitte melden Sie sich auf unserer Website an, wenn Sie das ePaper erhalten wollen:  
[www.kvhh.net/epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

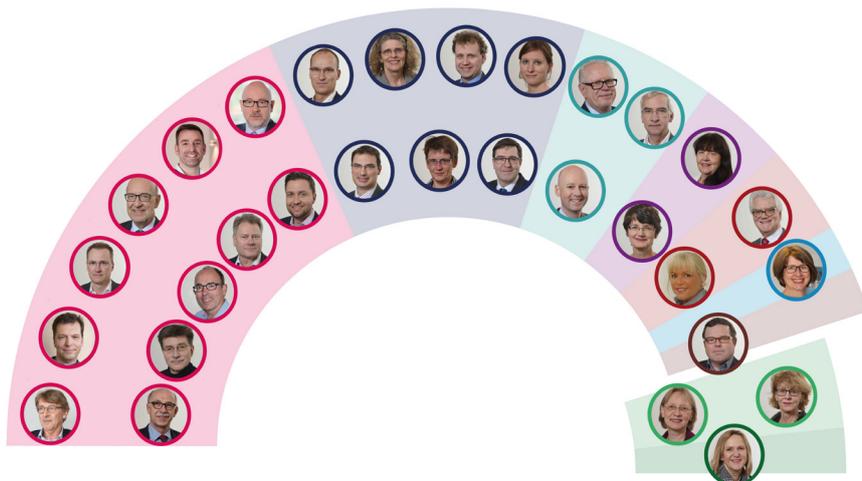
**Ansprechpartner:**  
**Abteilung Öffentlichkeitsarbeit**  
**Tel: 22802-655**  
**E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)**



**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

**Do. 23. Juni 2022 (19.30 Uhr)**

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



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**

**QEP aktuell (Online)**

Mi. 22.6.2022 (15 - 18 Uhr)

**Arbeitskreis für Praxismanager:in (Präsenz)**

Zweitägig:

Do. 23.6.2022 (9.30 - 17 Uhr) und

Fr. 24.6.2022 (9.30 - 17 Uhr)

**Terminsystem (Online)**

Mi. 29.6.2022 (15 - 18 Uhr)

**Hygiene in der Arztpraxis (Präsenz)**

Mi. 24.8.2022 (9.30 - 17 Uhr)

**Ausbildung Praxismanager:in (Präsenz)**

Mo. 29.8.2022 bis Fr. 2.9.2022

Mo. (11 - 17 Uhr)

Di. Mi. Do. (9 - 17 Uhr)

Fr. (9 - 14 Uhr)

**Ausbilden aber richtig! (Online)**

Mi. 31.8.2022 (15 - 18 Uhr)

Weitere Informationen finden Sie im Internet: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)

Oder über den QR-Code:



**Ansprechpartner:**

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

Michael Bauer, Tel: 22802-388

Laura Goldmann, Tel: 22802-574

[qualitaetsmanagement@kvhh.de](mailto:qualitaetsmanagement@kvhh.de)

### QUALITÄTSZIRKEL

#### Winterhuder Qualitätszirkel

Warum es mit manchen Patienten so schwierig ist (Teil 2): Persönlichkeitsstörungen im medizinischen Alltag verstehen und den Umgang mit schwierigen Patienten erleichtern

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Mi. 22.6.2022 (18 Uhr)**

(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

**Ort: Ärztehaus (Saal 1)  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**

**Ansprechpartnerin:** Dr. Rita Trettin  
E-Mail: [praxis@neurologiewinterhude.de](mailto:praxis@neurologiewinterhude.de)

### DATENSCHUTZ- JAHRESSCHULUNG

#### Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Fr. 4.11.2022 (14.30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

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

(unter Einhaltung der Hygieneregeln)

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

**Ansprechpartnerin:** Dr. Rita Trettin,  
E-Mail: [praxis@neurologiewinterhude.de](mailto: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 (E-Mail-Adresse siehe oben).

### FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

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

oder über den QR-Code:



**Ansprechpartnerin:**  
Bettina Rawald, Fortbildungsakademie,  
Tel: 202299-306  
E-Mail: [akademie@aekhh.de](mailto:akademie@aekhh.de)

### FORTBILDUNGEN FÜR MFA

Kurse und Vortragsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

**Aktuelle Infos:**

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

wir  
verbinden  
ihre

[ n e u • r o • n e n ]

/infocenter

das infocenter gibt auskunft zu allem, was die kvh für sie tun kann, und schafft bei komplexen anliegen zügig verbindungen zu beratenden ärzten, apothekern und fachabteilungen. fragen sie uns einfach!

