

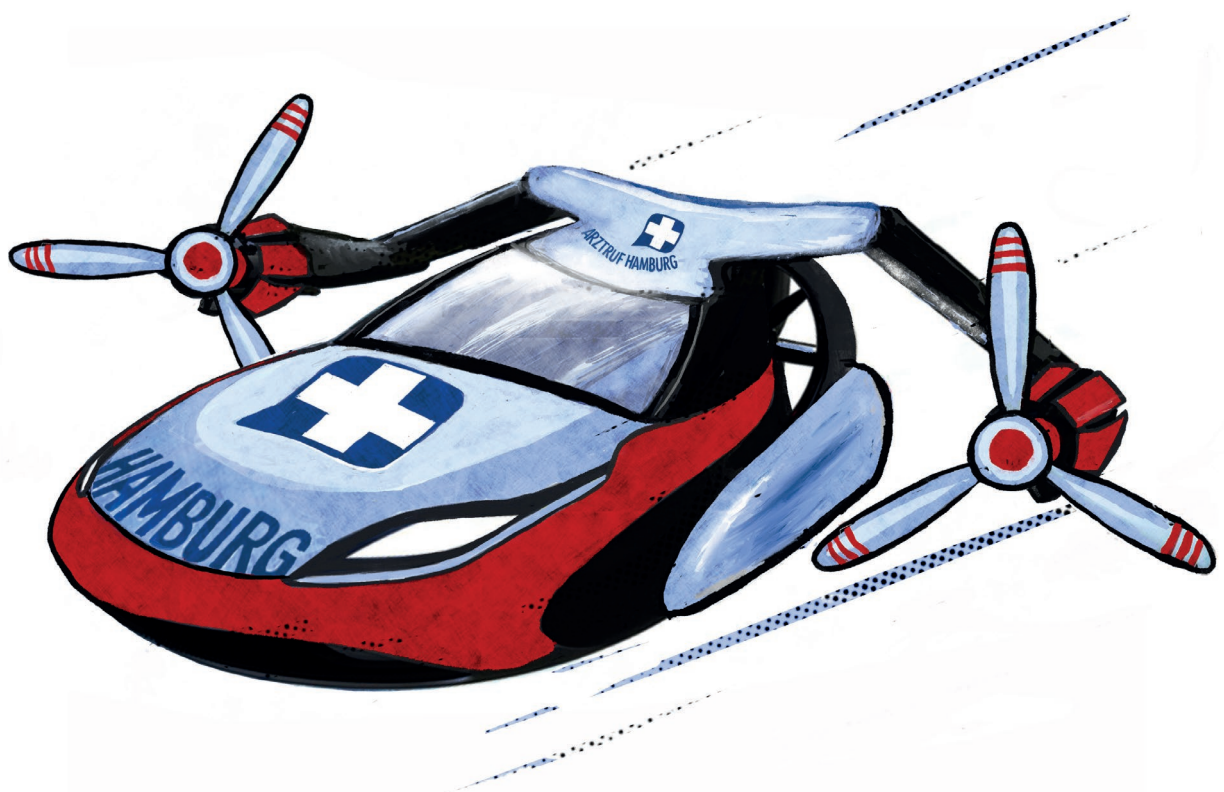
KVH *journal*



ePAPER

Lesen Sie das
**KVH-JOURNAL
DIGITAL!**

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



ZUKUNFTS- KONZEPT

*Wie die Notfallreform
doch noch gelingen könnte*

NOTDIENST-APP

Eigenentwicklung als Erfolgsmodell

RANKING

TOP 10 der nutzerfreundlichsten PVS

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 Mitarbeitende
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
Titelillustration: Eléonore Roedel
Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de
Ausgabe 3/2026 (März 2026)



PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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





Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Diskussionen um Mittelkürzungen in der ambulanten Versorgung haben schon jetzt einen verheerenden Effekt. Ärztinnen und Ärzte, die erwägen, sich niederzulassen, sagen mir unisono: „Dieses Hin und Her schreckt mich ab. In einem solch unwägbaren Umfeld möchte ich keine Praxis übernehmen oder gründen.“

Und die bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind in Sorge, weil sie feststellen, dass sich die Forderungen zunehmend von jeder Logik und Rationalität ablösen: Weniger Honorar für mehr Termine? Ist das ernst gemeint? Wie soll das gehen?

Es wird schrill und dissonant über eine Abschaffung der TSVG-Regeln diskutiert, über eine Rücknahme der Budgetierung für haus- und kinderärztliche Leistungen, über eine Abwertung der Psychotherapie. Und was macht die Bundesgesundheitsministerin? Sie schweigt.

Ihr scheint nicht bewusst zu sein, dass die finanziellen Risiken einer Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung einigermaßen kalkulierbar sollten. Dass Klarheit darüber herrschen muss, womit die Niedergelassenen in den kommenden Jahren zu rechnen haben.

Aufgabe von Nina Warken wäre es jetzt, die Kakophonie zu beenden, Ruhe in die Diskussion zu bringen und für verlässliche Rahmenbedingungen in der ambulanten Medizin zu sorgen.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06_** Notdienst: "Ohne Steuerung läuft die Reform ins Leere" – Interview mit Dr. Björn Parey und Caroline Roos
- 10_** KV-App: Eigenentwicklung als Erfolgsmodell
- 11_** Nachgefragt: Erleichtert die KV-App den Notdienst?

FORUM

- 14_** Das leidige Thema Telefon-AU

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten
- 18_** Praxisinfo: So erhalten Psychotherapeuten eine QS-Genehmigung
- 19_** Ranking: TOP 10 der nutzerfreundlichsten Praxisverwaltungssysteme
- 20_** TI-Services: Kollegialer Austausch mit KIM

ARZNEIMITTEL

- 21_** Arzneimittelmisbrauch Verdachtsfälle

SELBSTVERWALTUNG

- 33_** Steckbrief: Prof. Dr. Eckart Laack



NETZWERK

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 22_** Evidenz als Eintrittskarte: Gezahlt wird, was wirklich nützt?

RUBRIKEN

- 02_** Impressum

- 03_** Editorial

KOLUMNE

- 30_** "Keine Kostenexplosion, sondern eine Implosion der Einnahmen" von Dr. Matthias Soyka

FORUM

- 32_** Leserbrief zur Kolumne "Die Demogorgons vom MDK"

TERMINKALENDER

- 34_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7: Kirsten Haarmann; Seite 10: TropicalNinjaStudio/Stock.Adobe.com; Seite 28: Maria Rapela; Seite 34: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

INTERVIEW

»Ohne Steuerung läuft die Reform ins Leere«

Was bringt das geplante Notfallgesetz?
DR. BJÖRN PAREY und **CAROLINE ROOS** kritisieren die Pläne der Bundesregierung und fordern harte Vorgaben: Wer Hilfe braucht, muss zuerst durch die medizinische Ersteinschätzung.

Vor acht Jahren hat die KV Hamburg eine Notdienstreform durchgeführt. Das Angebot für die Patientinnen und Patienten wurde deutlich ausgeweitet – auch, um die Notaufnahmen in den Krankenhäusern zu entlasten. Hat sich das Konzept bewährt?

ROOS: Ja. Wir haben das gerade für den Zeitraum 2017 bis 2024 evaluiert: In der KV Hamburg ist bis zum jüngsten Auswertungsjahr ein Minus bei den ambulanten Notfällen in den Zentralen Notaufnahmen (ZNA) zu verzeichnen, welches durch ein Plus bei den ambulanten Notfällen im Arztruf Hamburg begleitet wird. Damit unterscheidet sich Hamburg deutlich von

der gegenläufigen bundesweiten Entwicklung (siehe Grafik Seite 9).

PAREY: Wir haben es geschafft, die Versorgung zielgerichteter und wirtschaftlicher zu machen. Viele ambulante Notfälle sind im vertragsärztlichen Versorgungsbereich besser aufgehoben als im Krankenhaus. Hausarztpraxen können langfristige Therapiekonzepte aufstellen, Patienten krankschreiben, zu Fachärzten überweisen, Physiotherapie, Ergotherapie, häusliche Krankenpflege und vieles mehr verordnen. Das ist in der Notaufnahme nicht möglich. Und es gibt noch einen wirtschaftlichen Aspekt: Häufig wird vergessen, dass auch ambulante Notfälle,

die im Krankenhaus versorgt werden, aus dem vertragsärztlichen Honorartopf bezahlt werden. Fehlallokationen sind teuer: Wenn Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen landen, obwohl sie dort eigentlich nicht hingehören, verursacht das unnötige Kosten.

Was wird sich durch die Notfallreform der Bundesregierung ändern? Der Entwurf plant ja zusätzliche Versorgungsangebote, die in Hamburg längst umgesetzt sind ...

ROOS: Ja. Besuchsdienst und Telemedizin rund um die Uhr haben wir in Hamburg bereits. Würde der Entwurf so umgesetzt, gäbe es in dieser Hinsicht kaum Änderungen.

Fotos: Kirsten Haarmann



Caroline Roos ist stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KV Hamburg.



Dr. Björn Parey ist Facharzt für Allgemeinmedizin, stv. Vorsitzender der KV-Vertreterversammlung, Vorsitzender des Notdienst-Ausschusses und fährt im Arztruf Hamburg.

Änderungen gäbe es in einem anderen Bereich: Im Rahmen der Reform sollen Integrierte Notfallzentren (INZ) geschaffen werden, die aus einer Krankenhaus-Notaufnahme, einer KV-Notfallpraxis und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen. Ist das eine gute Idee?

PAREY: Das hängt davon ab, wie viele INZ installiert werden – und ob andere Krankenhäuser weiterhin ambulante Notfälle versorgen dürfen. Wir haben bei unserem Pilotprojekt am Marienkrankenhaus ja festgestellt, dass das INZ nicht zur

Entlastung der anderen Notaufnahmen beigetragen hat und bei zum Teil nur einem Patienten pro Stunde völlig unausgelastet blieb. Hier führen zusätzliche Angebote nicht automatisch zu einer zielgerichteten Versorgung.

ROOS: Derzeit gibt es in Hamburg 20 Krankenhäuser, die ambulante Notfälle mit uns abrechnen. Das ist weder wirtschaftlich noch zielführend. Laut Referentenentwurf soll der erweiterte Landesausschuss über die INZ-Standorte entscheiden. In diesem Gremium sitzen Vertreter

der KV, der Krankenkassen und der Krankenhäuser – deren Interessen höchst unterschiedlich sind. Die gesetzlichen Leitplanken sind für Metropolregionen mit einer so großen Anzahl an Krankenhäusern nicht ausreichend. Deshalb brauchen wir konkretere Vorgaben. Für Metropolen könnte man beispielsweise festlegen: ein INZ pro 400.000 Einwohner. Dann kämen wir in Hamburg auf vier bis fünf Standorte. Zudem ist entscheidend, dass dann nur diese INZ-Standorte noch ambulante Notfälle versorgen dürfen.

→ Fortsetzung nächste Seite

→ Fortsetzung

PAREY: Ja. Es wäre nichts gewonnen, wenn die Patientinnen und Patienten weiterhin jedes beliebige Krankenhaus aufsuchen könnten. Die Versorgung der ambulanten Notfälle am Krankenhaus muss an den INZ-Standorten konzentriert werden.

ROOS: Bei uns in Hamburg gehen etwa die Hälfte der ambulanten Notfälle auf eigene Faust in Notaufnahmen oder Notfallpraxen – ohne sich zunächst an die 112 oder die 116117 zu wenden. Das sind etwa 300.000 Personen pro Jahr. Um mal die Dimension deutlich zu machen: Die Rettungsleitstelle 112 und die Akutleitstelle 116117 sollen laut Gesetzesentwurf stärker miteinander verzahnt werden. Ziel ist ein gemeinsames Gesundheitsleitsystem. Derzeit gibt die Feuerwehr pro Jahr etwa 15.000 Fälle an uns ab. Im Idealfall könnten wir vielleicht weitere 10.000 oder 15.000 Fälle übernehmen. Das sind ziemlich wenige im Vergleich zu den 300.000 Patientinnen und Patienten, die derzeit ungesteuert in die Notaufnahmen und Notfallpraxen gehen. Daran sieht man, dass eine Notdienst-Reform, die keine verbindlichen Regelungen zur Patientensteuerung vorgibt, ins Leere läuft.

Im INZ findet doch am Tresen eine Steuerung statt. Reicht das nicht?

ROOS: Nein, das reicht nicht. Denn die Patientin oder der Patient soll ja nur innerhalb des INZ gesteuert werden. Alle anderen Optionen wie die Telemedizin, der Besuchsdienst oder die Terminvermittlung in eine normale Praxis sind dann schon nicht mehr im Spiel.

PAREY: Konkretes Beispiel: Wenn ein Patient mit einem Erkältungsinfekt ins INZ kommt, bleibt nur die Wahl zwischen Notfallpraxis oder Krankenhaus. Doch der Patient gehört gar nicht ins INZ. Der für ihn passende Versorgungsbereich ist ganz woanders. Deshalb muss die Steuerung früher einsetzen – nicht erst in den Endstufen, sondern ganz am Anfang.

ROOS: Deshalb fordern wir für den Notfallbereich eine verbindliche medizinische Ersteinschätzung über die 116117. Nur wer dort eingeschätzt wird, sollte Zugang zur Notfallversorgung erhalten. Die Ersteinschätzung ist wichtig, um die Patienten in die richtige Versorgungsebene zu steuern, Fehlansprichnahme zu verhindern und Krankenhäuser sowie Rettungsdienste nachhaltig zu entlasten. Das ist wirtschaftlich und medizinisch sinnvoll.

PAREY: Es geht darum, sich genau anzusehen: Was brauchen diese Patientinnen und Patienten wirklich? Dass die Leute sich im Notfall an die falsche Stelle wenden, ist ja oft kein böser Wille, sondern Unkenntnis. Viele Menschen sind dankbar, wenn sie durch das für sie undurchsichtige System gelotst werden und eine bessere Orientierung bekommen.

Der Entwurf der Notfallreform sieht vor, dass die Krankenhäuser mit vertragsärztlichen Praxen oder MVZ kooperieren können. Wie bewerten Sie das?

ROOS: Das kann die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren verbessern. In Hamburg haben wir ja bereits heute

sie Sondersituation, dass ohnehin fast alle Krankenhäuser eigene haus- beziehungsweise kinderärztliche MVZ betreiben und damit ambulant in der Notfall- und Regelversorgung tätig sind. Da die meisten Patientinnen und Patienten morgens und mittags in die Notaufnahmen kommen und die hausärztlichen Krankenhaus-MVZ im Schnitt nur halb so viele Fälle abarbeiten wie normale Hausarzt-Praxen, bedeutet das zumindest theoretisch: Die Krankenhäuser könnten ihre Notaufnahmen entlasten, indem sie die Versorgungskapazitäten ihrer eigenen MVZ besser ausschöpfen. Der Gesetzesentwurf bietet KVen die Möglichkeit, mit Krankenhäusern vertraglich zu regeln, dass das Krankenhaus-MVZ die Aufgabe der Notfallpraxis übernimmt. Eine zusätzliche Vergütung von Abend- oder Wochenend-Sprechstunden in den Praxen und MVZ wurde noch nicht geregelt, würde jedoch sicherstellen, dass es in den Fällen, in denen eine Regelversorgung stattfinden könnte, ein entsprechendes Angebot gibt.

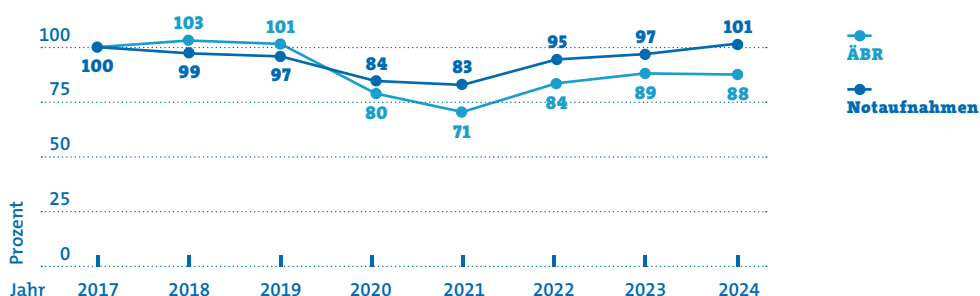
Sehen Sie die Gefahr, dass Parallelstrukturen zur ambulanten Regelversorgung aufgebaut werden?

PAREY: Es muss immer klar sein: Die Notfallversorgung kann die ambulante Regelversorgung nicht ersetzen, sondern nur ergänzen. Es geht um akute Situationen, um überbrückende Maßnahmen. Einige Patientinnen und Patienten haben sicherlich die Vorstellung: Ich gehe am liebsten ins UKE, da gibt es 20 Fachdisziplinen und eine hochtechnisierte Versorgung. Und das alles rund um die Uhr und ohne Wartezeit. Die Krankenhäuser selbst könnten vielleicht auf

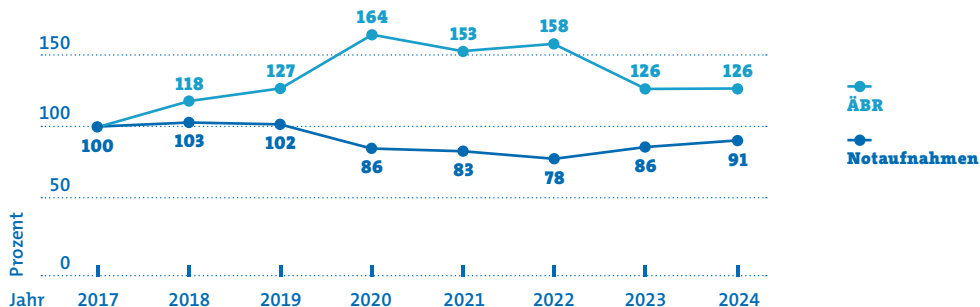
Vergleich zwischen Behandlungsaufkommen im ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBR) und in zentralen Notaufnahmen (ZNA)

NOTFÄLLE IN NOTAUFNAHMEN UND IM ÄBR BUNDESWEIT

Anteil Behandlungsfälle (2017 = 100%)



NOTFÄLLE IN NOTAUFNAHMEN UND IM ÄBR HAMBURG



Quelle: Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (Zi) auf Grundlage von Abrechnungsdaten

die Idee kommen, über die Notfallversorgung stationäre Patienten zu akquirieren. Deshalb sollte das Prinzip „ambulant vor stationär“ und die vorrangige Weiterleitung von Patienten in die reguläre vertragsärztliche Versorgung ganz unmissverständlich im Gesetz verankert werden. Sonst laufen die Kosten aus dem Ruder.

ROOS: Eine planlose Schaffung von Parallelstrukturen darf es aus kapazitären und wirtschaftlichen Gründen in einer immer älter werdenden Gesellschaft auf der einen Seite und bei Fachkräftemangel auf der anderen

Seite nicht geben. Wir haben ja das Problem: Die Politik verspricht und fordert eine unbegrenzte Versorgung, finanziert diese aber nicht.

PAREY: Wenn keine funktionierende Patientensteuerung implementiert wird, bringt die Notfallreform nichts weiter als eine Zusatzbelastung der Ärzte ohne Zusatznutzen für die Patienten. Und es ist doch eine Absurdität, zu sagen: Ich will keine Lenkungsinstrumente für die Patienten, aber immer mehr Leistungen. Und ich will immer weniger bezahlen.

Wie müsste denn eine sinnvolle Finanzierung der Notfallversorgung aussehen?

PAREY: Dazu haben wir eine ganz klare Position: Es kann nicht sein, dass die Notfallversorgung aus den Honoraren der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte finanziert werden soll. Es handelt sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb muss die Notfallversorgung zu hundert Prozent von den Krankenkassen oder dem Staat finanziert werden. ■

VON CAROLINE ROOS

KV-App: Digitale Eigenentwicklung als Erfolgsmodell

Die KV Hamburg hat eine Notdienst-App entwickelt, die von anderen KVen übernommen und mitfinanziert wird. Die stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg, Caroline Roos, beschreibt, wie das gelungen ist.

Die KV Hamburg hat sich bewusst für eine eigene Strategie bei der Digitalisierung des Notdienstes entschieden. Die von uns entwickelte App wurde bisher von zwei KVen übernommen.

Drei weitere KVen haben Interesse bekundet. Wir sind stolz darauf, dass dieses Projekt so viel Zuspruch findet. Finanzielle Gewinne dürfen wir als KV nicht erzielen, doch nun

beteiligen sich andere KVen an den Entwicklungskosten. Auf diese Weise haben wir Innovationen in unserem Notdienst-Bereich in Gang gesetzt, von denen nicht nur wir, sondern auch andere KVen profitieren – und die sich weitgehend selbst finanzieren.

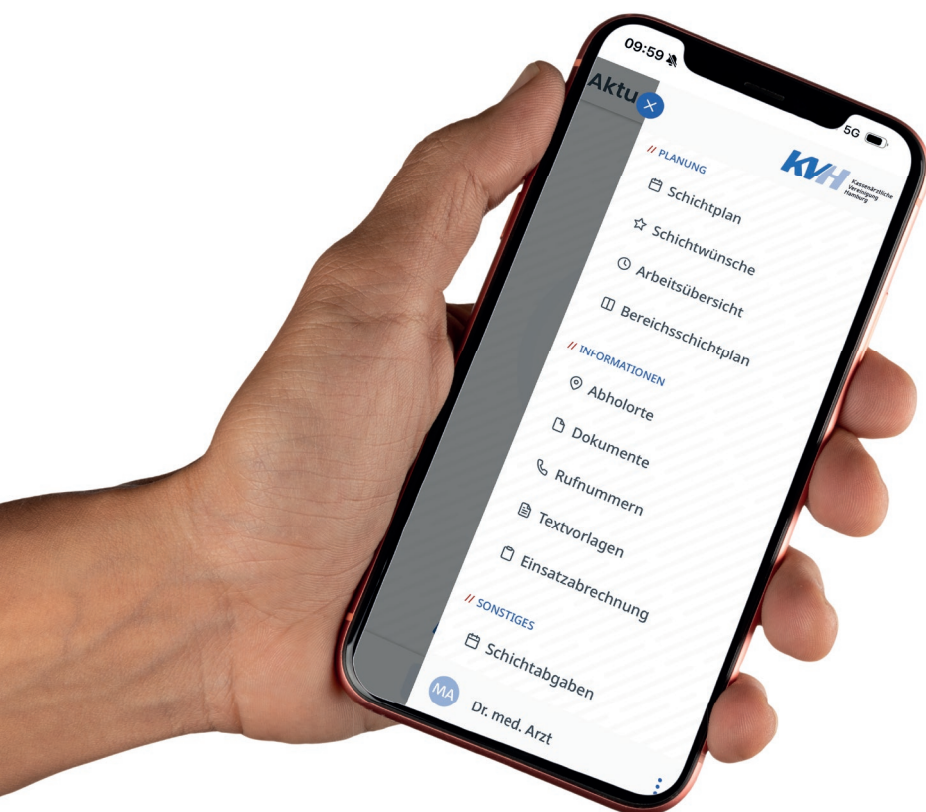
Im November 2022 standen wir vor einer schwierigen Entscheidung. Der fahrende Notdienst

wechselte den Dienstleister, der die Fahrzeuge und die digitale Ausstattung stellte. Eine Übernahme und Modernisierung der digitalen Struktur wäre sehr teuer geworden. Zusammen mit Marco Behns, der die KV Hamburg als externer Berater bei der Neuausrichtung des Arzttruf Hamburg unterstützt, entschieden wir uns deshalb für ein eigenes Digital-Konzept.

Unser Ziel war es, auf eine eigene technische Infrastruktur zu verzichten und stattdessen eine App zu entwickeln. Das Prinzip lautet: „Bring your own device“.

Den Ärzt:innen sollte ermöglicht werden, ihre eigenen Smartphones zu nutzen. Wir gründeten ein Projektteam, führten eine Befragung der Ärzt:innen im Notdienst durch, suchten einen Entwickler und starteten das Projekt.

Marco Behns und der damalige Leiter der Abteilung „Patientenservice 116117“, André Volk, führten die ersten Features im Notdienstausschuss vor. Die Ärzt:innen diskutierten lebhaft und machten Verbesserungsvorschläge. Noch



bei den Anwenderschulungen konnten die Ärzt:innen ihre Ideen einbringen. Zwei Wochen später waren die Vorschläge meist auch schon umgesetzt. So gelang es, eine App zu entwickeln, die sich eng an den Bedürfnissen der Ärzt:innen orientierte. Nach sieben Monaten war die erste Version einsatzbereit.

Die App ist modular aufgebaut. Sie ging im Juli 2023 mit einigen Basisfunktionen an den Start und wurde schrittweise erweitert. Ausgangspunkt war die Dienstorganisation und das Einsatzmanagement. Es zeigt sich, dass die Plattform einen Großteil der Probleme löst, die es zuvor in diesen Bereichen gab – weil die Ärzt:innen nun vieles direkt untereinander regeln können und die digitale Interaktion für große Transparenz sorgt.

Auf der Startseite sehen die Notdienst-Ärzt:innen alle Informationen zu ihrem nächsten Dienst. Sie können wählen, wo sie abgeholt werden möchten, können die Kontaktdaten des Fahrers einsehen, den Dienstbeginn starten



Dr. Sabine Roth,
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Niendorf

Riesige Erleichterung

Wir nutzen seit April 2025 die App im KV-ärztlichen Fahrdienst, seit Oktober 2025 auch für die telefonischen Beratungsdienste. Für uns Ärzte ist die App eine erhebliche Erleichterung in allen Belangen des KV-Dienstes. Sie stellt uns alle aktuellen Einsätze mit der entsprechenden Dringlichkeit zur Verfügung.

Wir können diese vor, während und nach der Behandlung bearbeiten, Daten hinterlegen, Befunde und Anamnesen einpflegen und Fotos zur Dokumentation hinterlegen und den Einsatz am Ende mit Diagnosen und Ziffern abbilden. Die Nutzung ist wirklich sehr bedienungsfreundlich. Am Ende des Quartals ist die Zurverfügungstellung aller Daten an die KV sehr einfach mit einem Klick möglich. Für uns Ärzte im Alltag ist das im Vergleich zur Zettelwirtschaft davor wirklich eine riesige Erleichterung.

und den Dienst beenden. Über die Menüleiste stehen weitere Funktionen zur Verfügung: So ist es möglich, den Dienstplan einzusehen, Dienste zu übernehmen oder über eine Börsenfunktion zu tauschen sowie Schichtwünsche und Abwesenheiten bekannt zu geben.

Während des Dienstes enthalten die Notdienst-Ärzt:innen eine Push-Nachricht, sobald ein Einsatz disponiert wird. Alle von der Leitstelle erfassten Patientendaten sind einsehbar. Die Dokumentation kann direkt in der App erfolgen, auch Fotos lassen sich hochladen.

Die App wurde kontinuierlich weiterentwickelt: Zunächst kamen die telefonische Beratung und als Pilot die Videotelefonie hinzu, später auch die Unterstützung bei der Abrechnung.

Es handelt sich um ein lernendes System: Treten Probleme auf, reagieren wir möglichst schnell mit Anpassungen.

In der Notfallpraxis am Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift wird die App auch von unseren medizinischen Fachangestellten



Dr. Thomas von Feder,
Facharzt für Allgemeinmedizin in
Lohbrügge

Aufwand ist gleich- geblieben

Wird die Arbeit im Notdienst durch die App erleichtert? Ich kann das gar nicht eindeutig mit ja oder nein beantworten. Wenn man versucht, während der Fahrt im schaukelnden Wagen die App zu bedienen, ist das schon manchmal beschwerlich. Es gibt standardisierte Arbeitsschritte, bei denen viele Informationen abgefragt werden.

Vor Ort beim Patienten war es früher deutlich einfacher: Man druckte einen Aufkleber aus und klebte ihn auf den Behandlungszettel. Daran schlossen sich aber noch weitere Prozesse an: Die Scheine mussten später sortiert und verschickt werden. Diese nachgelagerte Arbeit entfällt jetzt. Und man kann davon ausgehen, dass die über die App erstellten Daten bei der KV verlässlich ankommen und dokumentiert werden. Das gibt zusätzliche Sicherheit.

Die App hat die Arbeit verändert – unter dem Strich ist der Aufwand meines Erachtens etwa gleichgeblieben.

genutzt. Über die App werden die Fälle erfasst, verwaltet und dokumentiert und für die Abrechnung vorbereitet. All das ist eine große Arbeitserleichterung. In den anderen Notfallpraxen wird die App ab April zum Einsatz kommen.

Auf Notdienst-Symposien, bei denen sich KV-Mitarbeiter:innen aus ganz Deutschland austauschen, haben wir die App in verschiedenen Entwicklungsstufen vorgestellt. Dabei präsentierten wir Funktionen und diskutierten Einsatzmöglichkeiten.

So wurden andere KVen auf das Projekt aufmerksam. Immer wieder bekamen wir die Rückmeldung: „Ihr seid weit vorne im Vergleich zu anderen Programmen und Apps, die auf dem Markt verfügbar sind.“ Und immer wieder hieß es anerkennend: „Das ist bis in die Details hinein sehr anwenderfreundlich und gut durchdacht. Exakt zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Notdienst-ärztinnen.“

Während andere KVen über ein „tragbares Mini-Arztbüro“ nachdachten – einen Koffer mit Laptop, Drucker und Kartenleser, den die Ärzt:innen mit in die Wohnung der Patienten nehmen können –, sagten wir: Unsere Ärzt:innen be-



Dr. Nina Steiding, Fachärztin für
Allgemeinmedizin in Farmsen-
Berne (rechts) – mit Rettungs-
sanitäterin **Andrea Peters**

Stabil und zuverlässig

Nach anfänglichen Startschwierigkeiten läuft die App inzwischen stabil und zuverlässig und erleichtert die Datenübertragung an die KV (zur Ermittlung des Honoraranspruchs) ohne die Verwendung eines eigenen PVS erheblich.

Viele Anregungen der Nutzer konnten nachträglich umgesetzt werden, was die App weiter verbessert hat.



Dr. Petra Kapaun,
Fachärztin für Kinderheilkunde
in Hoheluft-West

Vorteile überwiegen

Ich arbeite in der Notfallpraxis am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift. Zu Dienstbeginn melde ich mich per QR-Code an, worauf sich auf meinem Tablet die Benutzeroberfläche der App öffnet.

Dort kann ich Anamnese, Befunde und Therapieempfehlungen erfassen und dabei auf Textbausteine für häufige Konstellationen zurückgreifen. Anschließend drucke ich den Behandlungsbeleg für die Patientin oder den Patienten aus. Das ist alles sehr gut durchdacht. Zum Quartalsende kann ich meine Daten mit der App an die KV übermitteln.

Ich arbeite auch in der Kinder-Notfallpraxis am Krankenhaus Heidberg. Dort nutzen wir noch Papierformulare mit Durchschlägen und Stempeln. Das ist im Vergleich zum Arbeiten mit der App deutlich aufwendiger.

Ich bin froh, am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift die App nutzen zu können. Manches empfinde ich noch immer als gewöhnungsbedürftig, doch es überwiegen ganz klar die Vorteile.

Immer wieder hören wir: "Das ist alles bis in die Details hinein sehr gut durchdacht – exakt zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Notdienstärzt:innen."

nötigen nur ihr Smartphone. Unser Ziel war von Anfang an papierloses Arbeiten. Die Entwicklung der TI mit Einführung von eRezept und die anderen elektronischen Anwendungen gingen ja ohnehin in diese Richtung.

Die nächste Ausbaustufe unserer App wird das Einlesen der Gesundheitskarte des Patienten per NFC mit dem Handy sein (neben der bereits heute genutzten Fotoerkennung der Gesundheitskarte). Die Karte wird an die NFC-Schnittstelle des Handys gehalten, es baut sich nach Eingabe der CAN (Card Access Number) eine sichere Verbindung auf. Die Daten des Patienten werden ausgelesen, ohne dass die Notdienst-Ärzt:in einen Kartenleser benötigt.

Sobald durch die Gematik Endgeräte zur Verfügung gestellt werden, die zum Beispiel virtuelle SMC-B-Karten verarbeiten können, werden wir die TI-Anwendungen in die App integrieren. Dann können auch das eRezept und die elektronische Patientenakte genutzt werden. Das sind die nächsten großen Entwicklungsschritte, welche im zweiten Halbjahr 2026 geplant sind.

Die KV Berlin hat die App im vergangenen Jahr eingeführt. Die

KV Brandenburg hat mit der Implementierung begonnen und plant den Start im vierten Quartal 2026. In einer weiteren KV haben die zuständigen Ausschüsse dem Einsatz der App zugestimmt, es fehlt noch die formelle Freigabe der Vertreterversammlung. Zwei weitere KVen haben Interesse bekundet, die App zu übernehmen, und befinden sich im Entscheidungsprozess.

Die von anderen KVen gezahlten Nutzungsentgelte fließen in die Weiterentwicklung der App. Wir sind bei diesem Projekt nicht nur im Budget geblieben. Sondern wir konnten unsere Aufwendungen minimieren, das Projekt refinanzieren und nehmen jetzt sogar Geld ein, mit dem wir die Digitalisierung des Notdienstes weiter vorantreiben können, ohne auf die Beitragsgelder der Mitglieder zurückgreifen zu müssen.

Mein Dank gilt allen Mitarbeiter:innen der KV Hamburg, die dieses Projekt mit Tatkraft und Teamgeist möglich gemacht haben. Sie haben mit angepackt, Probleme gelöst und die Ärzt:innen bei der Einführung unterstützt. ■

CAROLINE ROOS ist stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg



VON GREGOR BRINCKMANN

Das leidige Thema Telefon-AU

Die Debatte um hohe Krankenstände in den Betrieben greift zu kurz. Wer die Telefon-AU ins Zentrum rückt, ignoriert die Statistik – und riskiert unnötige Zusatzbelastungen der hausärztlichen Versorgung.

Zurzeit werden offensichtlich wieder Säue durch das gesundheitspolitische Dorf getrieben: Die Arbeitgeber beklagen hohe Fehlzeiten, und der Kanzler springt ihnen bei und verortet gleichsam die Schwäche der deutschen Wirtschaft in diesem Umstand.

Das könnte man noch verstehen – man scheint auf der Suche nach Sündenböcken zu sein, die an der schlechten Wirtschaftslage zumindest eine Mitschuld tragen. Allein: Eine Diskussion über die Telefon-AU ist hierfür in keinsten Weise geeignet.

Gerade einmal zwei Prozent der AUs werden telefonisch ausgelöst, schon allein diese Zahl führt den Sturm im Wasserglas ad absurdum.

Nicht ohne Grund kämpft der Hausarztverband seit langem für die Einführung und Beibehaltung der Telefon-AU: Sie entlastet unsere Praxen und die Patienten von überflüssigen Arztbesuchen. Und eine Entlastung der Praxen ist dringend nötig – hier droht (auch) auf wirtschaftlicher Ebene demnächst der Kollaps. Ein Befund, der, wenn über Gesundheitspolitik gesprochen wird, inzwischen von fast allen Seiten anerkannt wird. Dann wird nach Lösungen händeringend gesucht... und durch ein eventuelles Streichen der Telefon-AU konterkariert.

Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass die Zahl der AUs nicht durch die telefonischen AUs gestiegen ist. Das dürfte andere Gründe haben.

Arbeitgeber können von der Krankenkasse über eine Pflichtversicherung den Arbeitslohn anteilig für nachgewiesene Fehltage zurückerstattet bekommen. Viele Arbeitsverträge beinhalten inzwischen die Pflicht, ab dem ersten Fehltag eine AU vorzulegen.

Ganz unter geht auch der Aspekt, dass wir inzwischen die elektronische AU haben: Jede ausgestellte AU erreicht die Statistik der Krankenkasse. Ob zuvor wirklich alle Patienten bei kurzlaufenden Arbeitsunfähigkeiten ihre ausgedruckte AU an die Kassen geschickt haben – man mag es bezweifeln. Die AU ist eben gläsern geworden. Das hierdurch die Zahl der erfassten AUs durch eine Krankenkasse steigt, sollte nicht überraschen (und ist eben auch in der Verantwortung der Arbeitgeber).

Die Frage ist, ob die Fehltage dadurch wirklich steigen, oder nur das AU-Aufkommen. Ein reines Schielen auf erhöhte AU-Ausstellungen ist definitiv nicht zielführend. Wie soll überhaupt ein Arzt mit wissenschaftlicher Genauigkeit feststellen, ob der Patient gestern

wirklich einen Brechdurchfall hatte? Wir müssen unseren Patienten vertrauen – einer Misstrauenskultur durch die Hintertür sollten wir nicht die Hand reichen.

Gründe für eine AU gibt es viele, unter anderem steigt die Zahl der psychischen Belastungen auch und gerade durch die Belastungen am Arbeitsplatz. Vielleicht ein besserer Ort, um anzusetzen, wenn man die Fehltage in Deutschland reduzieren will.

Nicht unerwähnt bleiben darf auch das sehr, ich nenne es mal, unglückliche Handeln unseres KBV-Vorsitzenden Herrn Dr. Gassen, der willfährig dem Kanzler beispringt, ohne auf die Fakten zu schauen, und unter völliger Missachtung seines Amtes als Interessenvertreter der Ärzteschaft (ja – auch Hausärzteschaft) zu viele Telefon-AUs beklagt. Das war kein Ruhmesblatt und in keiner Weise hilfreich, um die Debatte zu versachlichen.

Eine telefonische AU hat viele nachgewiesene Vorteile und ist ein wichtiger Baustein in den hausärztlichen Praxen geworden. Ich votiere klar für eine Beibehaltung dieser sinnvollen Regelung. ■

GREGOR BRINCKMANN ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Bergedorf

Fortbildungsveranstaltung 2026
Wir lotsen Sie durchs KV-System!

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Mittwoch, 15.04.2026 von 13.30 bis 18.00 Uhr

Information und Austausch in der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Anmeldung unter:
www.kvhh.de



Wir freuen uns auf Sie!
5 Fortbildungspunkte



KVH
für mich da! 



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Mitgliederservice-Team gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. **Mitgliederservice, Tel: 040 / 22802-802**

TSVG

Was ist der Unterschied zwischen dem Hausarztvermittlungsfall und dem TSS-Terminfall?

Der wesentliche Unterschied liegt im Vermittlungsweg: Beim Hausarztvermittlungsfall vereinbart die Hausarzt- oder Kinderarztpraxis für ihren Patienten einen Facharzttermin. Beim TSS-Terminfall wendet sich der Patient mit einem Vermittlungscode an die Terminservice-stelle (116117) und bucht einen Termin.

Hausarztvermittlungsfall:

- **Vermittlung:** Die Haus- oder Kinderarztpraxis nimmt direkt Kontakt mit der Facharztpraxis auf und vereinbart für den Patienten einen Termin. Alternativ kann auch die Buchungsfunktion über den 116117-Terminservice genutzt werden.
- **Voraussetzung:** Es besteht eine medizinische Dringlichkeit oder es wäre aus medizinischer Sicht unzumutbar, dass der Patient den Termin selbst organisiert.
- **Abrechnung Hausarzt/Kinderarzt:** Zuschlag von 16,69 Euro für die Vermittlung: GOP 03008 EBM (Hausarzt) bzw. GOP 04008 EBM (Kinderarzt). Bitte geben Sie im PVS die BSNR der Praxis an, bei der der Termin vereinbart wurde. Plausibilitätsgrenze: Bis zu 15 Prozent der Arztgruppenfälle können normalerweise als Hausarztvermittlungsfälle abgerechnet werden.

- **Abrechnung Facharzt:** Extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Quartal bei diesem Patienten + Zuschlag auf die Grund- bzw. Konsiliarpauschale gestaffelt nach Wartezeit: 1-4 Tage: 100% (B), 5-14 Tage: 80% (C), 15-35 Tage: 40% (D).

Vermittlungsart/Kontaktart im PVS auf „HA-Vermittlungsfall“ setzen.

Fachgruppenspezifische Zuschlags-GOP mit Suffix (B/C/D) abrechnen.

TSS-Terminfall:

- **Vermittlung:** Patient bucht den Termin über die 116117 (Telefon, App, Web).
- **Voraussetzung:** Überweisungsschein mit Vermittlungscode (Ausnahmen: Für Termine bei Haus-/Kinderärzten, Augenärzten, Gynäkologen und für die psychotherapeutische Sprechstunde ist kein Vermittlungscode nötig.)
- **Abrechnung:** Extrabudgetäre Vergütung + Zuschlag auf die Grund- bzw. Konsiliarpauschale gestaffelt nach Wartezeit: 1-4 Tage: 100% (B), 5-14 Tage: 80% (C), 15-35 Tage: 40% (D). Vermittlungsart/Kontaktart im PVS auf „TSS-Terminfall“ setzen. Fachgruppenspezifische Zuschlags-GOP mit Suffix (B/C/D) abrechnen.

Es ist unzulässig, den Patienten von der Facharztpraxis zurück zur Hausarztpraxis zu schicken, damit er eine Überweisung im Rahmen des Hausarztvermittlungsfalls oder des TSS-Terminfalls besorgt. Zu entscheiden, ob es nötig ist, einen Hausarztvermittlungsfall oder ein TSS-Terminfall auszulösen, obliegt dem überweisenden Arzt.

ONLINE-PORTAL

Ich habe mein Passwort für das Onlineportal vergessen. Wie kann ich ein neues Passwort beantragen, und auf welchem Wege wird mir dieses zugeschickt?

Damit Ihr Passwort zurückgesetzt werden kann, müssen Sie online ein neues Passwort anfordern. Rufen Sie hierfür die Adresse des Onlineportals auf und klicken Sie auf das Feld „Passwort vergessen“. Sie werden im Anschluss nach Ihrem Vor- und Nachnamen sowie Ihrer lebenslangen Arztnummer (LANR) und Ihrem Nutzernamen zur Identifizierung gefragt.

Nachdem Sie Ihre Daten in der vorgesehenen Maske eingegeben haben, können Sie Ihr neues Passwort mit dem Feld „Anfordern“ beantragen. Das Passwort wird Ihnen per Post an die Praxisanschrift zugeschickt.

Hierbei ist zu beachten, dass Sie das neu zugestellte Passwort der KV Hamburg bestätigen müssen. Dazu senden Sie das beiliegende Anschreiben unterschrieben an uns zurück. Bitte scannen Sie das unterschriebene Anschreiben ein und mailen Sie es an die Mailadresse online-services@kvhh.de. Sie können uns das Anschreiben auch per Fax oder per Post zukommen lassen.

Bitte beachten Sie auch, dass Ihr altes Passwort bei Anforderung eines neuen Passwortes automatisch gesperrt wird.

PSYCHOTHERAPIE

Ich habe bei einem Patienten eine Rezidivprophylaxe nach Therapieende durchgeführt. Da noch weiterer Behandlungsbedarf besteht, möchte ich eine Akutbehandlung durchführen. Wann darf ich diese beginnen?

Maßgeblich für den Beginn einer Akutbehandlung ist das Therapieende der vorangegangenen Richtlinien-therapie. Eine im Anschluss

durchgeführte Rezidivprophylaxe wird hierbei nicht berücksichtigt.

Die Akutbehandlung kann daher sechs Monate nach dem Therapieende begonnen werden, sofern weiterhin Behandlungsbedarf besteht, unabhängig davon, wann die Rezidivprophylaxe beendet wurde.

VIDEOSPRECHSTUNDE

Unter welchen Voraussetzungen darf eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) in der Videosprechstunde ausgestellt werden?

Das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ist in der Videosprechstunde sowohl bei bekannten als auch bei zuvor unbekannten Patientinnen und Patienten möglich, sofern die Symptomatik eine Abklärung per Videosprechstunde zulässt. Ein Anspruch der Patientin oder des Patienten auf eine AU besteht nicht.

Der zeitliche Umfang ist begrenzt:

- bei zuvor unbekannten Patienten: bis zu 3 Kalendertage
- bei bekannten Patienten: bis zu 7 Kalendertage
- Eine Folgekrankschreibung per Videosprechstunde ist nur zulässig, wenn der Patient für die vorhergehende AU persönlich in der Praxis untersucht wurde.

Für das Zusenden der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung können Praxen eine Portopauschale abrechnen (AU-Bescheinigung: GOP 40128 EBM oder Muster 21: GOP 40129 EBM).

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung Fragen & Antworten

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.

DMP

In welchem Turnus sollten DMP-Dokumentationen an die Datenstelle versandt werden?

Formal müssen DMP-Dokumentationen spätestens 52 Tage nach Ablauf des Dokumentationsquartals an die Datenstelle übermittelt werden. Es empfiehlt sich aber, die DMP-Dokumentationen regelmäßig in Intervallen von 1 - 4 Wochen an die DMP-Datenstelle zu übermitteln. Auf diese Weise erhält der Arzt schneller eine Rückmeldung, ob Korrekturen vorzunehmen sind, und kann noch innerhalb der Übermittlungsfrist für das Dokumentationsquartal reagieren. Damit könnte ein Fehlen einer Dokumentation und die damit eventuell verbundene Ausschreibung des Patienten aus dem DMP verhindert werden.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: **Ulrike Hinz, Anna Spohn, Petra Timmann, Robin Schmidt, Leonidas Binas, Nicole Klee, Adnana Cabric**

So erhalten Psychotherapeut:innen eine QS-Genehmigung



Alles Wichtige zum Genehmigungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie fasst eine PraxisInfoSpezial der KBV zusammen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten Hinweise zu fachlichen Anforderungen, Nachweisen, Qualifikationen sowie zu Zweitverfahren. Dabei werden die jüngsten Anpassungen des Weiterbildungsrechts sowie des Psychotherapeutengesetzes berücksichtigt. ■

Die Praxisinfo zum Herunterladen:
www.kbv.de/psychotherapie → (ganz unten) Genehmigungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie

TOP 10 der nutzerfreundlichsten PVS

Zi veröffentlicht Ranking auf Grundlage einer bundesweiten Umfrage

Mehr als 3.100 Praxisinhaber und Leiter von MVZ haben sich im vergangenen Jahr an der bundesweiten Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) beteiligt und ihre Praxissoftware bewertet.

Gefragt wurde unter anderem nach der Benutzerfreundlichkeit. In die Studie flossen die Antworten zu 32 Systemen ein, die zusammen über einen Marktanteil von 77,4 Prozent verfügen.

Die Benutzerfreundlichkeit der PVS wird mithilfe der System Usability Scale (SUS) erhoben. Die SUS ist ein standardisiertes Verfahren zur Bewertung der Bedienbarkeit von Software und reicht von 0 bis 100 Punkten. Die durchschnittliche Benutzerfreundlichkeit liegt in dieser Umfrage bei 63,1.

Der Hauptgrund, der Praxisinhaber daran hindert, das PVS zu wechseln, ist laut der Studie die Sorge, dass es Schwierigkeiten bei der Datenmigration geben könnte. Tatsächlich berichteten aber mehr als 72 Prozent der Befragten, die den Wechsel gewagt haben, dass die Migration am Ende reibungslos verlief. Vier von fünf berichteten zudem, dass die Trainings- und Umschulungsmaßnahmen inhaltlich gut aufbereitet und hilfreich waren.

Wer für seine Praxis eine leistungsfähige Software sucht oder IT-Prozesse in der Praxis optimieren möchte, kann laut Zi sein fortlaufen-

TOP 10: DIE NUTZERFREUNDLICHSTEN PVS 2025 (GEMESSEN AN DER SUS)

Ranking-Platz	PVS	SUS-Wert
1.	T2med (T2med)	80,5
2.	InterARZT (InterData Praxiscomputer)	80,2
3.	Praxis-Programm (MediSoftware Computersysteme für Ärzte)	80,0
4.	DURIA (Duria)	79,7
5.	PegaMed (PEGA Elektronik)	79,7
6.	tomedo (Zollsoft)	79,3
7.	SMARTY (New Media Company)	77,5
8.	Arztpraxis Wiegand (APW-Wiegand - Med. Software Entwicklung und Vertrieb)	75,7
9.	PsychoDat (ergosoft)	74,9
10.	MEDYS (MEDYS)	74,8

des Monitoring der PVS als wichtige Entscheidungshilfe zurate ziehen.

Auf seiner Internetseite stellt das Institut die in die Analyse einbezogenen Systeme mit ihren Bewertungen vor.

Interessierte können in dem interaktiven Vergleichsportal sehen, wie welches PVS abgeschnitten hat und welche Produkte von Ärzten und Psychotherapeuten zum Beispiel aufgrund ihrer hohen Nutzerfreundlichkeit und einer geringen Fehlerrate empfohlen werden. ■

<https://www.zi.de/service/pvs-monitoring>



Kollegialer Austausch mit KIM

Der E-Mail-Dienst KIM wird in Praxen bislang vor allem für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verwendet. Sein Potenzial für die Versorgung entfaltet er aber erst, wenn er für die innerärztlichen Kommunikation genutzt wird.

Praxen nutzen KIM momentan vor allem, um Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen digital an die Krankenkassen zu übermitteln. Doch Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen können auf diesem Weg auch mit Kollegen kommunizieren und eArztbriefe versenden. KIM ist ein besonders geschützter E-Mail-Dienst für das Medizinwesen und wesentlich sicherer als ein Fax oder eine herkömmliche E-Mail.

Adresssuche im Verzeichnisdienst und in Kollegensuche

Im Verzeichnisdienst der Gematik stehen aktuell rund 300.000 KIM-Adressen. Es sind die Adressen von Praxen, Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, aber auch von Krankenhäusern, Apotheken, Pflegeheimen, Krankenkassen und KVen. Nutzer können dort nach Postleitzahl, Straße, dem Namen der Praxis oder des Arztes suchen. Wie gut das funktioniert, hängt entscheidend vom jeweiligen Praxisverwaltungssystem ab.

Die KIM-Adressen von Praxen sind außerdem in der Kollegensuche enthalten. Die Kollegensuche ist eine Arzt- und Psychotherapeuten-suche ausschließlich für Praxen im Sicheren Netz der KVen, das über die TI erreichbar ist. Der Arzt gibt hier zunächst den Namen der gesuchten Kollegin in die Suchmaske ein. Danach gelangt er auf die Seite der Ärzt:in mit allen Kontaktdaten. Mit Klick auf den Button „KIM-Adresse ermitteln“ kann er sich diese dann anzeigen lassen, kopieren und in seinem KIM-Mailprogramm einfügen.

Eigenes Adressbuch im PVS anlegen

Um nicht bei jeder Mail die Adresse im Verzeichnisdienst suchen zu müssen, empfiehlt es sich, ein eigenes Adressbuch mit häufig benötigten KIM-Adressen anzulegen, am besten im Praxisverwaltungssystem. So können Praxen schnell darauf zugreifen, wenn sie beispielsweise einen Arztbrief versenden wollen. Allerdings bieten diese Funktion nicht alle PVS-Anbieter an.

KIM-Adresse bei Kollegen bekannt machen

Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sollten alle Möglichkeiten nutzen, die KIM-Adresse

ihrer Praxis bei Kollegen bekannt zu machen. So wie die herkömmliche E-Mail-Adresse fast auf jedem Briefkopf, jeder Visitenkarte oder auf der Praxis-Webseite zu finden ist, sollte die KIM-Adresse dort ebenfalls aufgeführt sein. Auch auf Arztbriefen oder auf Befunden kann sie erscheinen.

Weitere KIM-Adressen einrichten

Pro Praxis ist eine KIM-Adresse verpflichtend, um die eAU durchführen zu können. Die meisten Praxen haben eine KIM-Adresse, die mit dem Praxisausweis (SMC-B) verknüpft ist. Bei großen Gemeinschaftspraxen und MVZ kann es sinnvoll sein, für die Praxis weitere Adressen einrichten und registrieren zu lassen – zu jeder praxisbezogenen KIM-Adresse sind theoretisch bis zu 999 weitere möglich. Die eingehende Post wird dann automatisch dem jeweiligen eingerichteten Postfach zugeordnet, zum Beispiel dem der Gynäkologin und dem des Hausarztes. Auf diese Postfächer haben alle Mitarbeitenden der Praxis Zugriff. Eingehende

Post kann so bei Bedarf von allen gesichtet werden.

Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen haben außerdem die Möglichkeit, sich eine individuelle KIM-Adresse einzurichten. Dann erhalten sie ihre Post direkt, und nur sie können auf das Postfach zugreifen. Nachteil: Die individuelle Verschlüsselung erfolgt über den Heilberufsausweis. Die Mails können nur geöffnet werden, wenn der eHBA im Kartenterminal steckt. Ist die Ärzt:in nicht da, weil sie zum Beispiel Urlaub hat, kann kein anderer aus der Praxis die Posteingänge sichten.

Kosten und Finanzierung

Die Einrichtung des KIM-Dienstes kostet je nach Anbieter 80 bis 100 Euro. Die monatlichen Kosten belaufen sich auf etwa 6 bis 8 Euro pro Adresse. Die Einrichtung und der laufende Betrieb werden nicht separat vergütet, alle Kosten sind von der TI-Pauschale abgedeckt. Somit gibt es für die Kosten zusätzlicher KIM-Adressen keine Erstattung.

Für jeden Brief, den Ärzte und Psychotherapeuten elektronisch versenden, erhalten sie 28 Cent (GOP 86900). Für den Empfang (GOP 86901) gibt es 27 Cent. ■

Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

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

35-jährige Patientin, Mobil Krankenkasse, PLZ 22085; die Patientin wünscht Oxycodon wegen BSV, habe das Rezept verloren, brauche eine Reserve für Urlaub.

36-jähriger Patient, AOK Rheinland/Hamburg, PLZ 22769; der Patient wünscht Diazepam wegen einer Epilepsie, sei 2 Jahre im Koma gewesen. Er sei gerade von Lüneburg nach Hamburg umgezogen.

44-jähriger Patient, AOK Niedersachsen, PLZ 22589; der Patient wünscht Lisdexamfetamin und legt ein gefälschtes Attest vor.

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

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

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

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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Evidenz als Eintrittskarte in die GKV: Gezahlt wird, was wirklich nutzt?

Wie evidenzbasiert sind Entscheidungen über GKV-Leistungen?

**VON DR. MADLEN SIXTENSSON UND MARIA MISEVIC IM AUFTRAG DES NETZWERKS
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)**

D

Die älteste Sozialversicherung Deutschlands ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), welche seit mehr als 140 Jahren besteht. Einen wirklichen "Katalog" im Sinne einer Liste an Leistungen, die die Krankenkasse zahlt, gibt es nicht. Vielmehr gibt es einen Leistungsanspruch der gesetzlich Versicherten, der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips geregelt wird. Dieser Ausschuss bestehend aus Vertretungen der GKV, Leistungserbringenden, maßgeblicher Patientenorganisationen und unparteiischen Mitgliedern regelt über Richtlinien Leistungen, die zulasten der GKV erbracht werden können (1). Mehr Einblicke in die Aufgaben und Arbeitsweise des G-BA gibt der Vorsitzende Prof. Hecken im Interview „Evidenz statt Rationierung“ im KVH-Journal 1/2026 (2).

Der G-BA unterliegt den Regelungen des Sozialgesetzbuchs (SGB) V, welches die Leitplanken für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung definiert. So besagt § 2 SGB V, dass Kassenleistungen in Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Klar herauszulesen ist der Anspruch an Evidenz zur Wirksamkeit einer Kassenleistung. Gleichzeitig besagt das Wirtschaftlichkeitsgebot im § 12, dass die Leistung der GKV ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müsse und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfe.

Im Folgenden konzentrieren wir uns auf Leistungen der GKV-Regelversorgung für erwachsene Versicherte. Leistungen, die grundsätzlich nicht zum Leistungsumfang gehören, wie ästhetische Eingriffe, Reiseimpfungen, reisemedizinische Beratung oder bestimmte Sporttauglichkeitsuntersuchungen, bleiben unberücksichtigt. Darüber hinaus können Krankenkassen beispielsweise Homöopathie als Satzungsleistungen anbieten, und viele Leistungen sind mit Zuzahlungen verbunden; beide Bereiche lassen wir in dieser Kolumne bewusst außen vor.

Unser Fokus liegt auf der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der ambulanten Regelversorgung. Die Regelungen im stationären Bereich werden in diesem Beitrag nicht beleuchtet. Vor diesem Hintergrund gehen wir der Frage nach, welche Rolle Evidenz dabei spielt, ob eine ambulante Leistung zulasten der GKV erbracht werden kann.

WEGE ÜBER DEN G-BA

Ein zentraler Weg in die GKV-Regelversorgung führt über den G-BA. Für neue Arzneimittel entscheidet er im Rahmen des Verfahrens nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) über den Zusatznutzen gegenüber dem bisherigen Versorgungsstandard, für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden über Nutzen oder Potenzial einer Methode. In beiden Fällen steht Evidenz im Mittelpunkt, allerdings mit unterschiedlichen Fragen und Anforderungen. Im Folgenden beleuchten wir zunächst die Rolle der Evidenz im AMNOG-Verfahren und danach bei Methodenbewertung und Erprobung.

AMNOG

Der Nutzen von Arzneimitteln in Deutschland muss aus zwei Perspektiven betrachtet werden. Die eine Perspektive ist die Nutzen-Schaden-Abwägung, welche in der Zulassung vorgenommen wird. Die andere ist die Nutzenbewertung im Rahmen des SGB V, u. a. zur Bestimmung des Zusatznutzens eines Arzneimittels im Vergleich zum derzeitigen Versorgungsstandard. Beide Perspektiven haben Einfluss auf die Erstattung im Rahmen der GKV: zum einen auf die Erstattungsfähigkeit und zum anderen auf die Höhe des Erstattungsbetrags.

Die Erstattungsfähigkeit für neue in Deutschland in den Markt gebrachte Arzneimittel ist eine europäische Frage. Sie wird zumeist mit der Zulassungsentscheidung der Europäischen Kommission basierend auf der wissenschaftlichen Bewertung der EMA (European Medicines Agency) beantwortet (3). Die Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels ist damit lange vor der Festlegung des konkreten Erstattungspreises gesetzt. Anders gesagt: Alle gesetzlich Versicherten in Deutschland haben unmittelbar nach Zulassung und Markteintritt eines neuen Arzneimittels Anspruch auf dessen Erstat-

tung durch die Krankenkasse. Für die Zulassung eines neuen Arzneimittels ist eine Abwägung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses basierend auf umfangreicher empirischer Evidenz maßgeblich. Der Zulassungsprozess ist streng reguliert, und es ist jegliche verfügbare Evidenz zum neuen Arzneimittel, unabhängig ob vom Hersteller oder durch andere Akteure generiert, bei der EMA vorzulegen (4). Damit wird sichergestellt, dass die Zulassungsempfehlung der EMA an die Europäische Kommission evidenzbasiert erfolgt.

In einem zweiten, nachgelagerten Schritt werden Pflöcke zur Höhe des Vergütungsbetrags ab Monat 7 nach Markteintritt des neuen Arzneimittels eingeschlagen. Das geschieht in dem 2011 eingeführten Verfahren nach dem AMNOG (5). Die Grundlage dieser Erstattungsbetragsverhandlungen ist das Nutzenbewertungsverfahren im G-BA (6,7). Das neue Arzneimittel wird auf seinen Zusatznutzen gegenüber der derzeitigen zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT), dem Versorgungsstandard, bewertet. Der Zusatznutzen des neuen Arzneimittels wird als Ausmaß der Verbesserung gegenüber dem Versorgungsstandard bestimmt und kann folgende Ausprägungen annehmen: erheblich, beträchtlich, gering, nicht quantifizierbar oder kein Zusatznutzen. Das Bewertungsergebnis kann zudem auch ein geringerer Nutzen sein.

Die Beurteilung basiert auf Ergebnissen patientenrelevanter Endpunkte. Die Einschätzung zum Zusatznutzen wird transparent anhand der verfügbaren Evidenz vorgenommen und hat unmittelbare Auswirkungen auf die Höhe des Erstattungsbetrags.

Wie sich das Bewertungsergebnis in der Vergütung niederschlägt, lässt sich anhand der folgenden Grundlogiken skizzieren (vgl. § 130b Abs. 3 SGB V; (8)): Kann das neue Arzneimittel nicht nur geringfügig mehr als der Versorgungsstandard, liegt also ein Zusatznutzen vor,



so fällt auch der Erstattungsbetrag mindestens genauso hoch, manchmal sogar höher als für den Versorgungsstandard aus. Ein Zuschlag gegenüber dem Erstattungsbetrag des Versorgungsstandards wird dann gewährt, wenn für diese kein Unterlagen- und Patentschutz mehr besteht oder wenn das neue Arzneimittel einen beträchtlichen oder erheblichen Zusatznutzen gegenüber dem Versorgungsstandard mit Unterlagen- und Patentschutz zeigt.

Ist der Zusatznutzen des neuen Arzneimittels gegenüber dem Versorgungsstandard jedoch nicht belegt, so ist die Vergütung genauso hoch, wenn nicht sogar geringer als die des bestehenden Versorgungsstandards anzulegen. Der Spielraum ergibt sich auch hier aus dem Bestand oder Wegfall des Unterlagen- und Patentschutzes des Versorgungsstandards. Insgesamt wird deutlich, dass die Höhe des Erstattungsbetrags unmittelbar an Evidenz zum Zusatznutzen des neuen Arzneimittels gekoppelt ist.

Beide Bewertungen, Zulassung und Nutzenbewertung, beantworten unterschiedliche Fragen und bedürfen daher unterschiedlicher Evidenz, die jedoch im besten Fall Schnittmengen aufweist. Für die Zulassung ist umfangreiche präklinische und klinische Evidenz zur Charakterisierung des neuen Arzneimittels bzgl. Wirksamkeit, Sicherheit und dessen Qualität vorzulegen. Eine vergleichende Untersuchung gegenüber dem Versorgungsstandard ist jedoch, sofern ethisch vertretbar, nicht erforderlich.

Jedoch setzt genau an dieser Stelle das Zusatznutzenverfahren im G-BA an, weshalb deutlich wird, dass beide Verfahren zwar auf Evidenz, aber nicht notwendigerweise auf der gleichen Evidenzbasis fußen. Ist die Evidenz zwar ausreichend zur Beantwortung der Zulassungsfrage, aber nicht zur Beantwortung der Frage des Zusatznutzens des neuen Arzneimittels, weil kein Ver-

gleich gegenüber dem Versorgungsstandard erfolgte, so wird dieses zwar dennoch erstattet, aber höchstens zum Preis des bisherigen therapeutischen Standards. In Einzelfällen wählen Herstellende den Marktaustritt, wenn ihnen die gemäß AMNOG-Verfahren vereinbarten Vergütungsbeträge zu gering erscheinen. Dies ist eine einseitige Hintertür, die den Krankenkassen auf der anderen Seite nicht offensteht, da diese mit Zulassung und Markteintritt des Arzneimittels zu dessen Vergütung verpflichtet sind. So nahm beispielsweise Boehringer Ingelheim den Wirkstoff Spesolimab zur Behandlung von Menschen mit akuten Krankheitsschüben bei der generalisierten pustulösen Psoriasis 2023 vom Markt, nachdem die Bewertung des G-BA keinen Zusatznutzen ergab (9).

Aber zurück zur Evidenz. Was bedeutet es, wenn die umfangreiche und aufwendig generierte Evidenz aus dem Zulassungsprozess den Anforderungen der Nutzenbewertung nicht genügt? Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Einerseits können dynamische Therapiegebiete und sich ändernde Therapiestandards dazu führen, dass die Evidenz der Zulassung für die sich anschließende Zusatznutzenbewertung im Vergleich zum Versorgungsstandard nicht passt. Andererseits sind es aber auch bewusste methodische Entscheidungen der Hersteller, die dazu führen, dass der Zusatznutzen nicht belegt oder nicht quantifizierbar ist. Studien zu Arzneimitteln zur Behandlung eines seltenen Leidens (Orphan Drugs) werden häufig ohne Vergleichsgruppe durchgeführt, was die Bewertung des Nutzens und des Schadens gegenüber der bisher bestehenden Therapieoption nahezu unmöglich macht (10). Therapieoptionen sind zwar für seltene Erkrankungen häufig limitiert, ein Vergleich gegenüber dem Versorgungsstandard (und sei es Best Supportive Care oder beobachtendes Abwarten) ist im Grundsatz immer möglich.

Diese Evidenzlücken zum Zusatznutzen durch fehlende vergleichende Untersuchungen des neuen Arzneimittels gegenüber dem Versorgungsstandard können nach Zulassung nur schwer geschlossen werden. Das Interesse der pharmazeutischen Unternehmer an der Durchführung randomisierter kontrollierter Studien nach Zulassung ist begrenzt, da das wesentliche unternehmerische Ziel in Deutschland, nämlich die Möglichkeit der Vermarktung und der Erstattungsfähigkeit, längst durch die Zulassung erreicht ist. Eine zufällige Zuordnung zur neuen oder bereits bestehenden Therapie birgt zudem kaum Mehrwert für die unmittelbar Betroffenen, wenn diese zum gleichen Zeitpunkt die Therapie auch frei wählen können. Alleiniger Erkenntnisgewinn für zukünftig Betroffene, also altruistisches Denken, ist ein schwacher Motivator, sodass die Frage zum Zusatznutzen erstattungsfähiger, neuer Arzneimittel und damit zu deren Mehrwert für die Versorgung häufig unbeantwortet bleibt.

Seit 2020 gibt es ein neues Instrument, um diese Evidenzlücke zu schließen, die anwendungsbegleitende Datenerhebung (AbD) (11,12). Dabei werden nach der Zulassung strukturierte Versorgungsdaten unter Alltagsbedingungen erhoben, um offene Fragen zum Zusatznutzen eines Arzneimittels zu beantworten. Bislang fehlt jedoch die Erfahrung, wie erfolgreich und mit welchem Erkenntnisgewinn die Zusatznutzenbewertung von Arzneimitteln mit dieser Auflage gelingt. Zwar wurde bereits 2020 das erste Arzneimittel mit der AbD beauftragt, jedoch ist die erneute Nutzenbewertung des betreffenden Arzneimittels Zolgensma aufgrund des ressourcen- und zeitaufwendigen Prozesses erst 2027 zu erwarten (13). In der Zwischenzeit ist das Arzneimittel, wie viele andere, verfügbar, mit zwar positiver Nutzen-Schaden-Abwägung durch die Zulassung, aber unklarem Zusatznutzen aufgrund fehlender

wissenschaftlicher Nachweise gegenüber dem Versorgungsstandard. Im Sinne der evidenzbasierten Versorgung zulasten der GKV sowie aus Sicht der Betroffenen und Leistungserbringenden ist der Verzicht auf eine Vergleichsgruppe also eine verschenkte Chance.

Es wird deutlich, dass Evidenz einen hohen Stellenwert in der Erstattungsfähigkeit und der Erstattungshöhe von Arzneimitteln besitzt. Im besten Fall bietet der Evidenzkörper Antworten auf beide Fragen, zum Nutzen und Zusatznutzen. Dann zahlt es die Kasse nicht nur, sondern zahlt im Falle eines Zusatznutzens mindestens genauso viel, wenn nicht sogar noch mehr als für den bestehenden Versorgungsstandard. Ist die Evidenz zur Zusatznutzenbestimmung eines Arzneimittels (noch) nicht ausreichend, dann ist der Nutzen über die Zulassung zwar gesetzt, aber echte Innovation als Zusatznutzen kann nicht antizipiert werden. Die Kasse zahlt es zwar trotzdem, aber nicht mehr als für bestehende Therapien.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Im § 135 des SGB V ist die Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den vertragsärztlichen Bereich zu Lasten der Krankenkassen geregelt. Dazu muss der G-BA Empfehlungen u. a. über die Anerkennung des Nutzens der neuen Methoden nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse abgeben.

Nichts anderes als die Frage nach Evidenz zum Nutzen verbirgt sich hinter dieser Anforderung, welche innerhalb von zwei Jahren (seit 2019) in einem Methodenbewertungsverfahren zu beantworten ist. In einem solchen Verfahren besteht auch die Möglichkeit, das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative festzustellen, sofern der Nutzen noch nicht ausreichend belegt ist. In dem Fall wird das Bewertungsverfahren ausgesetzt und eine Erprobung der Methode nach § 137e gestartet,



welche zur Generierung der erforderlichen Evidenz dient. Zudem haben Hersteller von Medizinprodukten ein Antragsrecht zur Erprobung (14).

Doch wie sieht ein solcher nachgewiesener Nutzen neuer Methoden konkret aus und wann spricht man stattdessen von einem Potenzial? Dies soll im Folgenden am Beispiel der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems erläutert werden.

Das Lipödem ist eine chronische Fettverteilungsstörung, die fast ausschließlich Frauen betrifft und sich durch schmerzhafte, symmetrische Fettansammlungen an Armen und Beinen äußert. Der Verlauf variiert stark: Während sich bei einigen Betroffenen die Beschwerden stabilisieren, kommt es bei anderen zu einer fortschreitenden Verschlechterung. Je nach Ausprägung werden drei Stadien unterschieden, die eine zunehmend stärkere morphologische Ausprägung der Erkrankung kennzeichnen. Als konservative Therapie haben sich unter anderem die Kompressions- und Bewegungstherapie etabliert (15).

Die Beratungen zur Liposuktion wurden im G-BA 2014 auf Antrag der Patientenvertretung aufgenommen. Anträge auf Bewertung neuer Methoden können grundsätzlich von den unparteiischen Mitgliedern, der Patientenvertretung, dem GKV-Spitzenverband sowie von den Organisationen der Leistungserbringenden wie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gestellt werden (16,17).

Das Methodenbewertungsverfahren zur Liposuktion wurde 2017 ausgesetzt, da zu diesem Zeitpunkt der Nutzen der Methode nicht ausreichend belegt war. Grundlage dieser Feststellung war ein Evidenzbericht, der zwei Primärstudien berücksichtigte. Dabei handelte es sich um unkontrollierte Vorher-Nachher-Vergleiche mit einem hohen Anteil fehlender Daten zum Nachbeobachtungszeitpunkt. Darauf basierend konstatierte der G-BA:

“Die Voraussetzungen für einen hinreichenden Nutzenbeleg der Liposuktion bei Lipödem gemäß G-BA-Verfahrensordnung sind nicht erfüllt. [...] Für die Bewertung des Nutzens werden vielmehr Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie als erforderlich und die Durchführung einer solchen Studie als möglich angesehen. Auf Basis der gefundenen Studien kann jedoch das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative angenommen werden. Bei allen bestehenden methodischen Limitationen [...] geben die berichteten Ergebnisse Anhaltspunkte dafür, dass mindestens ein Teil der behandelten Patientinnen jedenfalls kurzfristig von der Liposuktion profitiert, indem die konservativen Maßnahmen reduziert werden können.” (9, S. 5)

Daher wurden 2017 Beratungen zum Start einer Erprobungsstudie begonnen. Die Liposuktion eignet sich besonders als Beispiel zur Verdeutlichung der Relevanz von Evidenz bei Gesundheitssystementscheidungen aufgrund der nächsten Geschehnisse, die unverhoffte Spannung(en) erzeugten: So hatte 2019 Jens Spahn als damaliger Gesundheitsminister versucht, den regulären Prozess der Methodenbewertung bei der Liposuktion und damit auch der evidenzbasierten Entscheidungsfindung zu umgehen (vgl. Pressemitteilung des BMG vom 28. Januar 2019 (19)). Fernab von jeglicher (evidenzbasierten) Bewertung sollte per Gesetzesbeschluss die Liposuktion erstattungsfähig durch die GKV werden. Der G-BA erklärte in diesem Zuge die Liposuktion bei Lipödem im Stadium III befristet auch außerhalb der Erprobungsstudie zur Kassenleistung (20). Dieses Vorgehen hat das Bundessozialgericht im Juni 2025 für nichtig erklärt, da der Nutzen der Liposuktion nicht ausreichend belegt war (vgl. Az.: B 1 KR 10/23 R).

Die erforderlichen Nachweise liegen dem G-BA nun vor, denn mit seinem Beschluss vom 17. Juli 2025 nahm der G-BA die Liposuktion für alle Stadien des Lipödems

in den Leistungskatalog der GKV auf (21). Grundlage für den aktuellen Beschluss ist eine Zwischenauswertung der LIPLEG-Studie, der randomisiert-kontrollierten Erprobungsstudie mit 410 Patientinnen in allen Stadien des Lipödems (22). Verglichen wurden die Liposuktion mit einer komplexen physikalischen Entstauungstherapie. Der primäre Endpunkt war das Leitsymptom des Lipödems, die Schmerzreduktion in den Beinen, die 68 Prozent der Patientinnen in einem relevanten Ausmaß im Interventionsarm und 8 Prozent im Kontrollarm erreichten. Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbesserte sich sowohl in der physischen als auch mentalen Dimension weitestgehend konsistent über alle Stadien hinweg zugunsten der Liposuktion. Schwerwiegende unerwünschte Ereignisse wurden bei 21 Personen im Liposuktionsarm (8 %) und bei 6 Personen im Kontrollarm (5 %) dokumentiert.

In der Gesamtschau bewertete der G-BA den Nutzen positiv und nahm die Methode in den GKV-Leistungskatalog auf, vorbehaltlich einer Überprüfung nach Vorliegen des Abschlussberichts (23).

Der Fall der Liposuktion verdeutlicht exemplarisch die abgestufte Logik evidenzbasierter Entscheidungsprozesse neuer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden: Für die Anerkennung des Nutzens ist in der Regel der Nachweis durch mindestens eine gut geplante und durchgeführte randomisiert-kontrollierte Studie erforderlich. Liegt ein solcher Nachweis (noch) nicht vor, kann der G-BA dennoch ein Potenzial feststellen, etwa wenn erste Hinweise aus Studien mit niedrigerem Evidenzniveau auf einen möglichen Nutzen hindeuten. In diesem Fall wird das Bewertungsverfahren ausgesetzt und eine Erprobungsstudie beauftragt, um die für eine Nutzenbewertung notwendige Evidenz gezielt zu generieren. Diese Systematik macht deutlich: Entscheidungen über neue Methoden in der GKV beruhen – zu-

mindest regelhaft – nicht auf Plausibilität, Einzelfällen oder politischem Druck, sondern auf einer abgestuften Bewertung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Evidenz ist hier nicht optional, sondern zentrale Voraussetzung für eine geregelte und faire Leistungsaufnahme.

ANDERE WEGE IN DIE VERSORGUNG

Das SGB V kennt auch Zugangswege zur Erstattungsfähigkeit, die nicht über den G-BA führen. Ein Beispiel sind Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die gemäß §§ 33a und 139e SGB V erstattungsfähig sind, sobald das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sie dauerhaft oder zur Erprobung in das DiGA-Verzeichnis aufnimmt. Vergleichbar mit Entscheidungen der europäischen Kommission auf Empfehlung der EMA bei Arzneimitteln trifft hier das BfArM auf Grundlage der Herstellerstudien eine Entscheidung zum Nutzen. Anders als bei Arzneimitteln kann eine DiGA jedoch bereits während einer laufenden Erprobungsstudie, also auch ohne belastbaren Nutznachweis, vorläufig erstattet werden. Eine vertiefte evidenzbasierte Einordnung bietet die Kolumne im KVH-Journal 03/2025 „App und weg? Digitale Gesundheitsanwendungen im Spiegel der evidenzbasierten Medizin“ (24).

Auch für Hilfsmittel, die nicht als untrennbarer Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode gelten und damit unter den Methodenbewertungsvorbehalt fallen, führt ein anderer Weg in die ambulante, vertragsärztliche Versorgung. Nicht der G-BA entscheidet über ihre Aufnahme in die Versorgung, stattdessen werden sie über das vom GKV-Spitzenverband geführte Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V in die GKV-Erstattung aufgenommen. Für Hilfsmittel, die den Erfolg einer ärztlichen Behandlung sichern sollen, ist ein medizinischer Nutzen nachzuweisen (25). Je innovativer ein Hilfsmittel ist, desto höher sind die Anforderungen an die Evidenz. Für neuartige Produkte, die keiner bestehen-



den Produktart zugeordnet werden können, werden in der Regel randomisierte kontrollierte Studien oder systematische Übersichtsarbeiten von randomisierten Studien verlangt. Bei Weiterentwicklungen etablierter Produkte genügen häufig vergleichende Studien geringerer Evidenzstufe – vorausgesetzt, das Wirkprinzip bleibt gleich (26). Die Kolumne im KVH-Journal 04/2024 „Hilfsmittel gegen Dekubitus“ (27) bietet hierzu tiefergehende Einblicke.

FAZIT

Wie steht es nun um die Frage: Wenn's die Kasse zahlt, dann nutzt es auch was? Aus Sicht der evidenzbasierten Medizin ist diese Faustregel im Grundsatz zutreffend. In vielen Bereichen der GKV, etwa bei neuen Arzneimitteln im AMNOG-Verfahren oder bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden über Methodenbewertung und Erprobung, ist die Aufnahme in die Regelversorgung klar an Evidenz geknüpft. Ausgehend von diesen Entscheidungswegen lässt sich die Schlussfolgerung ziehen: Was die Kasse zahlt, ist in der Regel gut begründet.

Gleichzeitig bedeutet das: Wenn es die Kasse nicht zahlt und der G-BA die Leistung bereits geprüft hat, dann ist der Nutzen nicht belegt. Andere Gründe für eine fehlende Erstattung können sein, dass sie vom Gesetzgeber grundsätzlich aus dem Leistungskatalog

ausgenommen sind, dass noch kein Bewertungsverfahren angestoßen wurde oder dass sie zunächst in neuen Versorgungsformen wie Innovationsfondsprojekten erprobt werden. Hinweise zur Evidenzlage können sich zum Beispiel im IGeL-Monitor, in Berichten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), in evidenzbasierten Leitlinien oder in Evaluationen des Innovationsfonds finden. Solche Erkenntnisse auf einen möglichen Nutzen führen regelhaft zu einer Antragstellung beim G-BA von den antragsberechtigten Seiten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Wenn es die Kasse zahlt, dann zeigt es einen evidenzbasierten Nutzen. Dahinter steht das GKV-Grundprinzip: Versicherte haben Anspruch auf notwendige Krankenbehandlung und Leistungen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen müssen.

Umgekehrt gilt meist auch: Wäre der Nutzen für die Regelversorgung ausreichend belegt, wäre eine Maßnahme keine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), sondern Kassenleistung. Wenn etwas (noch) nicht erstattet wird, liegt das deshalb häufig an fehlender oder (noch) nicht ausreichender Evidenz oder daran, dass die Leistung (noch) nicht den Weg in ein Verfahren gefunden hat oder zunächst in besonderen Versorgungsformen erprobt wird. ■

Foto: © Maria Rapela



MARIA MISEVIC

Bereich Evidenzbasierte Medizin
Medizinischer Dienst Bund
E-Mail: office@md-bund.de



DR. MADLEN SIXTENSSON

Bereich Evidenzbasierte Medizin
Medizinischer Dienst Bund

Literatur

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Plenum - Gemeinsamer Bundesausschuss [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/plenum/>
2. Niggeschmidt M.: Interview mit Josef Hecken »Evidenz statt Rationierung« [Internet]. 2026 [cited 2026 Jan 29]. Available from: <https://journal.kvhh.net/1-2026/evidenz-statt-rationierung>
3. European Medicines Agency (EMA). From lab to patient - Timeline [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/from-lab-to-patient-timeline#read-more>
4. European Medicines Agency (EMA). How EMA evaluates medicines for human use [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en/about-us/what-we-do/authorisation-medicines/how-ema-evaluates-medicines-human-use#information-to-be-submitted>
5. Bundesministerium für Gesundheit. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) [Internet]. 2010 [cited 2025 Dec 15]. Available from: www.bundesgesundheitsministerium.de
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). AMNOG – Nutzenbewertung von Arzneimitteln gemäß § 35a SGB V - Gemeinsamer Bundesausschuss [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/nutzenbewertung-35a/>
7. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Arzneimittel-Richtlinie [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.g-ba.de/richtlinien/3/>
8. GKV-Spitzenverband. AMNOG-Verhandlungen (§ 130b SGB V) [Internet]. 2026 [cited 2026 Jan 15]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/rabatt_verhandlungen_nach_amnog.jsp
9. Deutsche Apotheker Zeitung. Spevigo ist in Deutschland nicht mehr im Handel [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/08/31/spevigo-spesolimab-in-deutschland-nicht-mehr-im-handel>
10. Kranz P, McGauran N, Ünal C, Kaiser T. Results of health technology assessments of orphan drugs in Germany—lack of added benefit, evidence gaps, and persisting unmet medical needs. *Int J Technol Assess Health Care*. 2024 Dec 3;40(1):e68.
11. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Anwendungsbegleitende Datenerhebung bei neuen Arzneimitteln [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/anwendungsbegleitende-datenerhebung/>
12. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 18. Dezember 2008 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 84a (Beilage) vom 10. Juni 2009 in Kraft getreten am 1. April 2009 zuletzt geändert durch den Beschluss vom 17. Juli 2025 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 17.11.2025 B4 in Kraft getreten am 18. November 2025. 2025.
13. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Anwendungsbegleitende Datenerhebung und Beschränkung der Versorgungsbefugnis: Onasemnogen-Apoparvovec – Spinale Muskelatrophie [Internet]. [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://www.g-ba.de/anwendungsbegleitende-datenerhebung-verfahren/1/>
14. Gemeinsamer Bundesausschuss. Antrag auf Erprobung [Internet]. 2026 [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/bewertung-erprobung/erprobungsregelung/antragsgesteuert/>
15. Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e. V. Leitlinie Lipödem. S2k, 5.0. AWMF Registernummer 037-12 [Internet]. 2024. [cited 2025 Dec 15]. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-012>
16. Gemeinsamer Bundesausschuss. Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die ambulante und/oder stationäre Versorgung [Internet]. 2026 [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/bewertung-erprobung/ambulant-stationaer/>
17. Stabsstelle Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Patientenvertretung im G-BA und ihre Rechte [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://patientenvertretung.g-ba.de/hintergrund/die-patientenvertretung-im-g-ba-und-ihre-rechte/>
18. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Liposuktion bei Lipödem [Internet]. 2017 [cited 2025 Dec 12]. Available from: [http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-19_Bundesministerium_für_Gesundheit_\(BMG\)_Spahn_setzt_Hilfe_für_kranke_Frauen_durch](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-19_Bundesministerium_für_Gesundheit_(BMG)_Spahn_setzt_Hilfe_für_kranke_Frauen_durch)
19. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Spahn setzt Hilfe für kranke Frauen durch [Internet]. 2019 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2019/liposuktion.html>
20. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Liposuktion wird befristet Kassenleistung bei Lipödem im Stadium III [Internet]. 2019 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/811/>
21. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Operative Behandlung des Lipödems: G-BA nimmt Liposuktion nach positiver Nutzenbewertung in den regulären Leistungskatalog auf [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12]. Available from: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1274/>
22. GKV-Spitzenverband. LIPLEG-Studie des G-BA [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 12]. Available from: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/forschung_modellvorhaben/liposuktion_1/lipleg_studie.jsp
23. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Liposuktion bei Lipödem. 2025.
24. Balzer K. App und weg? Digitale Gesundheitsanwendungen im Spiegel der evidenzbasierten Medizin [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 29]. Available from: <https://journal.kvhh.net/3-2025/app-und-weg-digitale-gesundheitsanwendungen-im-spiegel-der-evidenzbasierten-medizin>
25. GKV-Spitzenverband. Verfahrensordnung zur Erstellung und Fortschreibung des HMV nach § 139 Absatz 7 SGB V. 2019.
26. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU-Drucksache 20/7765-Verfahren zur Aufnahme von Innovationen in das Hilfsmittelverzeichnis. 2023.
27. Balzer K. Hilfsmittel gegen Dekubitus [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 29]. Available from: <https://journal.kvhh.net/4-2024/hilfsmittel-gegen-dekubitus-patientenrelevante-evidenz-verfuegbar-machen>



Keine Kostenexplosion, sondern eine Implosion der Einnahmen

Kolumne von **Dr. Matthias Soyka**, Orthopäde in Hamburg-Bergedorf

Die Krankenkassen wollen im Gesundheitswesen sparen. Natürlich nicht bei sich selbst, sondern bei denjenigen, die die Leistung im Gesundheitswesen bringen. Exemplarisch der Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes Oliver Blatt: „Von den Kliniken über die Pharmaindustrie bis zu der niedergelassenen Ärzteschaft müssen nun alle einen fairen Beitrag leisten, damit die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler nicht länger unter immer weiter steigenden Krankenkassenbeiträgen leiden müssen“ (Tagesschau 3.12.2025)

Passend dazu präsentiert der DAK-Vorsitzende Andreas Storm Berechnungen des IGES-Instituts, die ein Defizit von 11,8 Milliarden Euro für die gesetzliche Krankenversicherung ab 2027 prognostizieren. Die Sozialbeiträge könnten auf 50 Prozent, die GKV-Beiträge auf über 20 Prozent steigen. 11,8 Milliarden ist eine ganz schöne Summe. Sie entspricht aber ziemlich genau dem Betrag, den man sparen könnte, wenn man den ganzen Krankenkassen-Moloch auf das Nötigste zusammenstreichen und mit KI auf Vordermann bringen würde. (Weitere zehn Milliarden brächte es, wenn der Bund die GKV-Kosten für Bürgergeld Empfänger komplett bezahlen würde).

Auch sonst sehen die realen Probleme anders aus, als die Kassen es suggerieren. Die Kosten der

Medizin steigen zwar. Der Rückgang der Krebssterblichkeit ist eben nicht umsonst zu haben. Trotzdem haben wir weniger eine Kostenexplosion, sondern vor allem eine Implosion der Einnahmen.

Der Gesundheitsökonom und Leiter des Kieler Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Prof. Thomas Drabinski, hat den wichtigsten Grund kürzlich in einer Studie benannt: „Jährlich wechseln inzwischen deutlich über eine Million Menschen direkt aus der Erwerbstätigkeit in

Gesundheitspauschale, die auch die Rentner stärker an den Kosten beteiligen würde. Das hört sich auf jeden Fall vernünftiger an als alles, was man von den Kassen zu hören bekommt.

Vermutlich gehen die Probleme auf der Einnahmeseite sogar noch tiefer. Denn uns steht ja nicht nur der reguläre Renteneintritt der Boomer-Generation bevor. Viele Boomer sind schon vorzeitig in Rente gegangen – mit dem Segen und der Patenschaft der Politik. Dabei

Nur in der Krankenversicherung bekommt man auch bei minimalen Beiträgen den vollen Leistungsanspruch – für die ganze Familie.

den Rentenstatus.“ Drabinski spricht von einem systematischen „Schock für die jährlichen GKV-Bilanzen“. Für ihn besteht das Grundproblem der GKV darin, dass die einkommensabhängige Beitragsbasis einbricht, weil immer mehr Menschen in Rente gehen. Sie zahlen weniger ein, während ihr Behandlungsbedarf immer weiter steigt. Er prophezeit ein dauerhaftes strukturelles Defizit, das durch keine Form von Steuerung oder Kostendämpfung aufgefangen werden könne.

Drabinski empfiehlt unter anderem eine einkommensunabhängige

profitieren von vorzeitigem Ruhestand und Altersteilzeit weniger die oft zitierten Malocher, für die eine frühzeitige Altersrente angemessen wäre. Der Vorruhestand ist vor allem ein Privileg der eher Besserverdienenden in White-Collar-Jobs, die ihre Arbeit durchaus länger machen könnten. Sehr häufig wurden in den vergangenen Jahren Vorruhestandsregelungen von Firmen und Behörden benutzt, um Arbeitskräfte „sozialverträglich“ freizusetzen. Doch sozialverträglich ist daran nichts. Denn erstens bekommen die Freigesetzten niedrigere Renten.

Und zweitens gibt es nicht erwartete Nebenwirkungen der Beschäftigungslosigkeit, in manchen Fällen sogar ein höheres Mortalitätsrisiko. Eine weitere Seite der Frühverrentung ist die Belastung der Sozialkassen. Denn der Frühverrentete zahlt weniger in die Sozialkassen ein.

Aber auch ein später Berufseinstieg mindert die Einnahmen der Sozialkassen. Obwohl es keinen Wehr- und Ersatzdienst mehr gibt (dafür aber ein „Turbo-Abitur“), beginnen viele ihren Beruf verzögert. Jeder kennt Jugendliche, die sich über Jahre nicht entscheiden können (und auch nicht müssen), welchen Beruf sie ergreifen wollen. Aber auch die Strebsamen beginnen oft spät mit ihren Beitragszahlungen, weil ehemalige Ausbildungsberufe jetzt ein Studium benötigen. Ein späterer Berufsbeginn mindert die im Laufe des Lebens gezahlte Beitragssumme genauso wie ein früher Ausstieg aus dem Beruf. Das gilt erst recht für diejenigen, die sich mit Mühe und KI durch einen der „Verlegenheitsstudiengänge“ quälen, und oft noch später im Berufsleben ankommen.

Insgesamt wird so weniger Erwerbstätigkeit erbracht, als es möglich und nötig wäre und geringere Krankenkassenbeiträge eingezahlt, die aber trotzdem den Anspruch auf das volle Leistungsspektrum gewähren.

In den letzten Monaten gab es eine lebhafte Debatte um die Teilzeit-Arbeit, in die ich mich mit dieser Kolumne explizit nicht einmischen will.

Aber auch zu dieser Debatte sollte eine ehrliche Bestandsaufnahme

gehören. Und die sieht so aus, dass sehr viele Teilzeitarbeiter - wie die Rentner - wenig in die Sozialkassen einzahlen und trotzdem volle Ansprüche bekommen. Das ist in der Rentenversicherung übrigens anders. Die Rentenansprüche sind an die Höhe der individuellen Einzahlungen gekoppelt. Nur in der Krankenversicherung bekommt man auch bei minimalen Beiträgen den vollen Leistungsanspruch, und zwar nicht nur für sich, sondern für die ganze Familie.

Ausgenommen ist von dieser Rechnung die Teilzeitarbeit von (verheirateten) Müttern oder Vätern. Diese bewirkt sogar einen gegenteiligen Effekt, also ein Plus für die Sozialkassen. Denn ohne Teilzeitarbeit würde ja nur der Beitrag des berufstätigen Partners bei der GKV verbucht. Mit Teilzeit kommt ein Teilbeitrag hinzu. Das Minus für die Sozialkassen bringen die anderen Modelle der Teilzeitarbeit, die fast jedem Arzt bekannt sind.

Ich habe diverse Patienten, die mir ihre Lebensmodelle freimütig offenbaren. Die junge Frau, die an einer Karriere als Influencerin bastelt, verdingt sich „zur Sicherheit“ (und vermutlich zur Beruhigung ihrer Eltern) noch auf einem regulären Elf-Stunden-Job, um zumindest krankenversichert zu sein. Ein junger Mann, den ich behandelte, wollte sich als freiberuflicher Fitnesstrainer und Coach profilieren, auf eine volle Krankenversicherung für sich und seine Familie aber nicht verzichten. Eine Viertel-Stelle in seinem alten Beruf machte es möglich.

Hier geht es nicht um das Pro und Contra dieser Lebensmodelle oder von Teilzeit überhaupt. Ich kann die Motive oft verstehen. Die Kosten und Folgen dieser neuen Arbeitswelt sollten aber ehrlich benannt und nicht den Leistungserbringern angekreidet werden. Ehrlich wäre es, zuzugeben, dass der Anstieg der Beitragssätze vor allem daran liegt, dass eine wachsende Zahl von Versicherten wenig in die Sozialkassen einbringt, aber trotzdem alle Leistungen des Gesundheitswesens genießt. Und das liegt nicht an den Leistungserbringern!

Wenn der Beitragssatz für die Krankenversicherung wirklich irgendwann auf 25 Prozent steigen würde, müsste natürlich auch der junge Mann mit seiner Viertel-Stelle diese 25 Prozent zahlen. Aber absolut und inflationsbereinigt wäre seine Beitragssumme immer noch niedriger als das, was ein Familienvater in den 90er-Jahren beigesteuert hätte.

Es ist klar, dass dieses Modell den medizinischen Fortschritt nicht finanzieren kann. Die Idee, zumindest für den Arbeitnehmeranteil einen festen Grundbeitrag zu nehmen, der sich an den realen Kosten orientiert, ist daher vielleicht gar nicht so schlecht. Wir sollten zumindest eine vorurteilsfreie Debatte darüber beginnen. ■

DR. MATTHIAS SOYKA ist Orthopäde und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Dein Rückenretter bist du selbst“, Ellert&Richter, Hamburg. www.dr-soyka.de; Youtube Kanal „Hilfe zur Selbsthilfe“



Leserbrief

zur Kolumne "Die Demogorgons vom MDK" von Dr. Christine Löber, KVH Journal 02/2026, Seite 24

Überbordender Kontrollapparat

Ihre Kolumne zum wertschätzen- den Umgang mit den Leistungen des Medizinischen Dienstes (MD) ist lobenswert, sie geht aber am Kernproblem vorbei.

Die Mitarbeiter des MD mögen mit den ihnen übertragenen Aufga- ben gute Arbeit machen. Aber das ständige Kontrollieren, Prüfen und Hinterfragen selbst geringfügiger therapeutischer Maßnahmen und Entscheidungen läuft dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Zweck- mäßigkeit zunehmend zuwider.

Durch den Anspruch, selbst kleine Fehler und Missstände unter allen Umständen aufspüren und beseitigen zu wollen, wird ein nicht mehr zu verantwortendes Maß an Arbeitskraft, Zeit und Geld ver-

schwendet. Wir können uns einen solch überbordenden Kontrollappa- rat mit einem solchen Absolutheits- anspruch nicht mehr leisten.

Weder hat der MD ausreichend Personal, um dieses Ideal eines opti- mal funktionierenden und bezahl- baren Gesundheitswesens durchzu- setzen, noch haben wir genug Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte, um diesen Ansprüchen zu genügen.

Das Leitprinzip, dass die Akteure im Gesundheitswesen nach bes- tem Wissen und Gewissen han- deln sollen, wird mit immer mehr Misstrauen belegt und einzig dem Primat der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit untergeordnet. Bei den Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften führt das zu wach-

sender Frustration und Resignation, was die Qualität der Versorgung im Gesundheitswesen zunehmend beeinträchtigt.

Verantwortungsvolles Han- deln im Gesundheitswesen sollte angesichts knapper Ressourcen in erster Linie bedeuten die gesetzli- che Überregulierung abzubauen, Kontrollen des MD auf ein ange- messenes Maß zurückzufahren und wieder mehr Vertrauen in ärztli- ches, therapeutisches und pflege- risches Handeln zu setzen. Derzeit findet das Gegenteil statt.

Dr. Mathias Dworschak
ist Facharzt für Neurologie und Facharzt
für Psychiatrie und Psychotherapie
in Winterhude



Palliativpflege

Wirkstoffvereinbarung

Krankentransport

Sprechstundenbedarf

Überweisung

Arzneimittelvereinbarung

Krankenpflege

Verordnung und Beratung

Hilfsmittel Arbeitsunfähigkeit Rezepte

Arzneimittelverordnung

Schutzimpfung

Rehabilitation

Heilmittel Krebsvorsorge

Entlassmanagement

Einweisung

Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel

Richtlinien

Off-Label-Verordnung

Trendmeldung Verbandmittel

Wirtschaftlichkeitsgebot

Digitale Gesundheitsanwendungen

Medizinprodukte
Impfvereinbarung

Prüfungsvereinbarung

Heilmittelvereinbarung

Wiedereingliederung DMP

Substitution Wirkstoffvereinbarung

Nutzenbewertung Krankengeld

Antibiotika-Therapie

Arzneimittelmissbrauch

Sie verordnen – wir beraten!

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

Verordnungsmanagements.

Fragen Sie uns einfach!

040 22 802 571/572
verordnung@kvhh.de



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Prof. Dr. med. Eckart Laack**
Stellvertretendes Mitglied des Beschwerdeausschusses

Name: **Prof. Dr. med. Eckart Laack**

Geburtsdatum: **06.01.1967**

Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder**

Fachrichtung: **Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie, Pneumologie, Palliativmedizin**

Weitere Ämter: **Initiator und ehemaliger Leiter des Schüler-Projektes "Nichtrauchen ist cool", Beiratsmitglied "Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung e.V.", Beiratsmitglied "Förderverein der Erlöserkirche am Kiekeberg", Mitglied im Sachverständigenrat der Deutschen Kinderhilfe**

Hobbys: **Familie, Sport, Musik, Lesen, Garten, Reisen, HSV**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Hämatologe und Onkologe zu sein, ist mein Traumberuf. Während sich jedoch die therapeutischen Möglichkeiten in den letzten drei Jahrzehnten deutlich verbessert haben, so haben sich leider die Arbeits- und Rahmenbedingungen stetig verschlechtert.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Stärkung der Interessen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Auseinandersetzung mit den Krankenkassen und der Politik, insbesondere bei hämatologischen und onkologischen Fragestellungen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Bürokratieabbau, Verbesserung der Versorgungsstruktur in der Süderelbregion, als Arzt und Reserveoffizier natürlich auch die Organisation der zivil-militärischen Zusammenarbeit und der Patientenversorgung im Bündnis- oder Verteidigungsfall

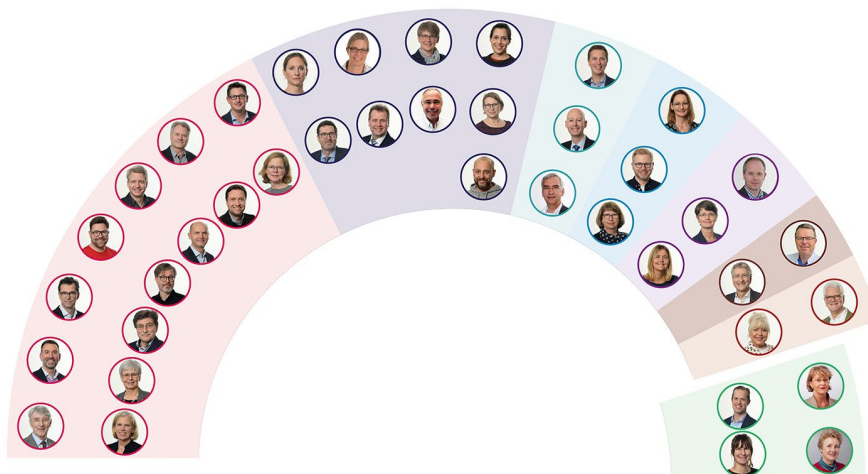
Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Personalmangel und hoher Krankenstand des Personals sowie überbordende und zeitaufwendige Bürokratie sowie suboptimale Praxisverwaltungssysteme und Telematikstrukturen reduzieren erheblich den Zeitumfang für die ärztliche Kernaufgabe – die Patientenversorgung

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Die Krebspatientinnen und -patienten lehren uns täglich Demut und, dass das Glück in den kleinen Dingen des Lebens zu finden ist. Ich wünsche mir Gesundheit und Frieden und träume von mehr Zeit für Familie und Hobbys.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 18. März 2026 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 22

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

Kreisobmann: PD Dr. Till Eichenauer

Stellvertreter: Dr. Lutz Krüger

Programm:

- Vorstellung neuer Kolleg:innen
- Bericht des KV-Vorstandsvorsitzenden John Afful: aktuelles aus der KV
- Wie wird in Zukunft mit dem Verkauf von Praxen an Investoren verfahren?
- Zuständigkeit Krea/TSH vor radiologischen Untersuchungen
- Wahl/Ernennung eines neuen Stellvertreters, ggf. Kreisvertreter

Weitere Themenvorschläge bitte an:
teichenauer@urologikum-hamburg.de

CME-Punkte sind beantragt.

Do, 16.4.2026 (19 Uhr)

**Ort: Restaurant La Madera
Saseler Chaussee 101
22393 Hamburg**



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINAR

Hygiene in der Praxis (online)

Do. 19.3.2026 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

9 CME

Praxismanagement für komplexe Praxisstrukturen (Online)

Do. 26.3.2026 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

9 CME

Datenschutz in der Praxis (online)

Mi. 23.4.2026 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

9 CME

Hygiene für Fortgeschrittene (online)

Mi. 20.5.2026 (14 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

6 CME

Datenschutz Refresherkurs (online)

Do 21.5.2026 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

6 CME

QEP Aktuell (online)

Mo. 15.6.2026 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

6 CME

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de →

(oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2 -858

Natalia Szczech-Renn,

Tel: 040 / 22802 -633

qualitaetsmanagement@kvhh.de

DIE NEUE SPRECHSTUNDEN-BEDARFSVEREINBARUNG

Workshops für Praxisteams

- Welche Änderungen bringt die neue Vereinbarung mit sich?
- Wie verordnen Sie Sprechstundenbedarf korrekt und regresssicher?
- Welche Fehler sollten vermieden werden, um Nachforderungen zu verhindern?

Di. 21.4.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz

Di. 7.7.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz

Di. 6.10.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz

**Ort: Ärztehaus (Saal 5 + 6)
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg**

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

Weitere Informationen und
Anmeldung: www.kvhh.de →
(oben rechts) Menü → Praxis →
Veranstaltungen



Oder
über den
QR-Code

WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

Demenz! Was nun?

Ursachen – Differentialdiagnostik –
Therapieoptionen kognitiver
Störungen

Mi. 10.6.2026 (18 - 22 Uhr)

Neuropathische Schmerzen und Depression

Ursachen – Differentialdiagnostik –
Therapieoptionen

Mi. 23.9.2026 (18 - 22 Uhr)

Differentialdiagnose der sensiblen Störungen

Könnte es Multiple Sklerose sein?

Mi. 4.11.2026 (18 - 22 Uhr)

4 - 6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos: <https://aerztekammer-hamburg.org/fortbildung/>

Ansprechpartnerin:

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

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2026!



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

Es beinhaltet viele spannende Kurse
und Vortragsveranstaltungen, die
in der ersten Jahreshälfte 2026
stattfinden. Sie finden es auf
der Homepage
der Ärztekammer Hamburg.

aerztekammer-hamburg.org/mfa-fortbildung



Kurze Info gefällig?

Was auch immer Sie vorhaben und welche Frage Sie auch haben mögen – unser Team vom Mitgliederservice ist für Sie da! Von A wie Abrechnung über T wie Terminservicestelle bis Z wie Zulassung – bei all Ihren Fragen stehen wir gern zur Seite.

Mitgliederservice – Wir begleiten Sie durch das KV-System.

 **040 22 802 802**

Oder nutzen Sie unser Kontaktformular auf www.kvhh.de. Wir rufen Sie gern zurück!