Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ISSN 2568-9517 4/2025

KVH journal

ePAPER
Lesen Sie das
KVH-JOURNAL
DIGITAL!
Anmeldung
www.kvhh.net/
epaper.html

NEUE SSB-VEREINBARUNG

Warum Änderungen nötig waren, was die Verhandlung so kompliziert machte – und wie es weitergehen soll.

ONKOLOGIE
Streit um SSB-Regresse

PSYCHIATRIE
Versorgungs-Netzwerke in Hamburg

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.

Anmeldung
ePAPER
www.kvhh.net/epaper.html

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 4/2025 (April 2025)

www.blauer-engel.de/uz195
- ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
- emissionsarm gedruckt
- überwiegend aus Altpapier

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!

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!

In den politischen Diskussionen spielt die Gesundheitsversorgung derzeit eine untergeordnete Rolle. Das ist nachvollziehbar: Es scheint wichtigere Themen zu geben.

Doch wenn es um die Frage geht, wie sich unser Land auf schwierige Situationen oder Krisen vorbereiteten sollte, wird schnell klar: Wir brauchen ein verlässliches Gesundheitssystem.

Sollte sich Deutschland beispielsweise verstärkt um die Versorgung von verletzten Soldaten aus der Ukraine kümmern müssen, werden die Bundeswehr-Krankenhäuser eine zentrale Rolle spielen.

Doch ohne das Backup durch die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte wie auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird es nicht gehen.

Und nicht nur die Krankenhäuser, auch Teile der ambulanten Versorgungsstruktur müssen möglicherweise unter widrigen Bedingungen betriebsfähig sein, falls Internet oder Stromversorgung lahmgelegt werden sollten.

Es stimmt: Die großen Herausforderungen, denen unser Land gegenübersteht, müssen angegangen werden. Ein wichtiger Teil dieser Aufgabe wird die Stabilisierung und Stärkung der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung sein.

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_ Neue Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung: Erster Überblick zu den Änderungen

12_ "Deutliche Verbesserung" – Kommentar zur neuen SSB-Vereinbarung aus hausärztlicher Sicht

13_ "Praxisgerechte Lösungen" – Kommentar zur SSB-Vereinbarung aus Sicht der Anästhesie

14_ Kontrolle um jeden Preis: Erfahrungsbericht aus der Onkologie

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

18_ Fragen und Antworten

19_ Richtigstellung: Sektorregelung für Hamburger Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie

FORUM

29_ Leistungen und Kosten: KBV-Faktenblatt zur ambulanten Versorgung

30_ Psychiatrie: Versorgungs-Netzwerke in Hamburg

SELBSTVERWALTUNG

33_ Steckbrief: Dr. med. Sabine Sönksen

NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

20_ Streit um den PSA-Test – und Durcheinander rund um das Thema Früherkennung

RUBRIKEN

02_ Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

26_ "Topf und Deckel" – von Dr. Christine Löber

TERMINKALENDER

34_ Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 12: Petsscouts/Stock.Adobe.com; Michael Zapf; Seite 14: Turac Novruzova/iStock; Seite 15: Natrot/Stock.Adobe.com; Seite 17: Funke Foto Services/Michael Rauhe; Seite 24: Fotostudio Shooting Star, Halle Saale; Seite 34: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

Neue SSB-Vereinbarung ab 1. April 2025

Die neuen Regelungen bringen den Ärztinnen und Ärzten mehr Handlungsspielraum und Klarheit. Hier ein erster Überblick. Die KV rät dringend dazu, sich die Vereinbarung im Wortlaut anzusehen.

Nach jahrelangen Verhandlungen tritt am 1. April 2025 die neue Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) in Kraft. Das Dokument wurde neu strukturiert und umfassend überarbeitet.

Um sicherzustellen, dass die medizinisch-fachlichen und organisatorischen Bedarfe aller Berufs- und Fachgruppen erfasst werden, wurden die Berufsverbände bereits vor Eintritt in die Verhandlungen mit den Krankenkassen um ihre Expertise gebeten. Auch während des Verfahrens waren die ärztlichen Vertreterinnen und Vertreter eingebunden. Natürlich konnten wir die Kassen nicht in allen Punkten überzeugen. Doch die Neufassung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung enthält wesentliche Erweiterungen, erlaubt mehr medizinische Flexibilität und sorgt mit deutlich präziseren Formulierungen für mehr Transparenz und Regress-Sicherheit. Wir sind überzeugt, mit der nun vorliegenden Vereinbarung wesentliche Verbesserungen erreicht und ein tragfähiges Konzept für die SSB-Anforderung auch in der Zukunft vorgelegt zu haben.

Die Änderungen gelten für die Anforderung von Sprechstundenbedarf mit Verordnungsdatum ab 1. April 2025. Neu in die Vereinbarung aufgenommene Artikel können also ab diesem Stichtag angefordert werden. Artikel, die mit der Neufassung gestrichen wurden, können zwar noch verbraucht, ab dem 1. April 2025 aber nicht mehr als SSB verordnet werden.

Wir können im Folgenden nur Schlaglichter auf die Inhalte der neuen Vereinbarung werfen. Es ist wichtig, dass die Praxen sich mit der neuen Vereinbarung vollständig vertraut machen. Deshalb appellieren wir an Sie: Bitte lesen Sie die Vereinbarung und stellen Sie das Dokument auch Ihren Mitarbeiter:innen zur Verfügung.

Die Anforderung von Artikeln oder Medikamenten, die nicht explizit in der SSB-Vereinbarung genannt werden, führt unweigerlich zum Regress.

Was ist neu?

Anlage 1 definiert und konkretisiert den SSB

- Die vier Anlagen der vorherigen SSB-Vereinbarung wurden aufgelöst und in einer Anlage zusammengeführt. Verordnungsfähige Mittel und Materialien sind mit „ja“ kennzeichnet. Materialien und Mittel, die nicht über SSB bezogen werden können, sind beispielhaft mit „nein“ gekennzeichnet aufgeführt.
- Nach der neuen Vereinbarung sind nun auch Sets anforderbar, sofern alle darin enthaltenen Produkte über den SSB nach Anlage 1 verordnungsfähig sind.
- Einsatz- und Anwendungsgebiete werden konkretisiert – so sind bestimmte Mittel/Produkte für eine Notfallbehandlung oder die Sofort-/Akutbehandlung und/oder auch explizit im Rahmen therapeutischer oder diagnostischer (geplanter) Eingriffe anforderbar.
- In der vorherigen SSB-Vereinbarung gab es eine Anlage 4 als Ausstattungsliste für den KV-Notdienst bzw. Haus-und Heimbesuche. Diese Anlage entfällt. Ausnahmen, die nur für den KV-Notdienst oder für Haus- und Heimbesuche erlaubt sind, werden direkt bei den jeweiligen Wirkstoffen/Produkten aufgeführt und konkretisiert. Rezepte, die solche Ausnahmen für den KV-Notdienst bzw. Haus-und Heimbesuche enthalten, müssen auch künftig gesondert gekennzeichnet werden. Sollte dies aber einmal vergessen werden, kann dieses Versehen bei einem Berichtigungsantrag geheilt werden und führt nicht mehr automatisch zu einem Regress.

AUFBAU DER TABELLEN IN ANLAGE 1

Produkte / Produktgruppe	Verordnungsfähig als SSB?	Ergänzung / Erläuterung **Als SSB verordnungsfähige Arzneimittel sind abschließend genannt. Als SSB nicht verordnungsfähige Arzneimittel sind beispielhaft aufgeführt.**	Querverweis / s. auch
Antithrombotische Mittel/Direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren	ja	Zur Initialbehandlung von TVT und Lungenembolie entsprechend der jeweiligen Fachinformation	s. Fondaparinux s. Thrombozyten-aggregations-hemmer s. Vitamin-K-Antagonisten
	nein	Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig	
Antithrombotische Mittel/Heparine	ja	• zur Sofort/Akut- und Notfallbehandlung; • zur Anwendung (Thromboseprophylaxe) im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit dem ärztlichen Eingriff (nur als einmaliges Sofort-Therapeutikum am Tag der Verletzung bzw. Operation) • Parenteral: Heparine/Niedermolekulare Heparine	s. Fondaparinux s. Thrombozyten-aggregations-hemmer s. Vitamin-K-Antagonisten
	nein	Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig.	
Thrombozytenaggregationshemmer	ja	• Clopidogrel bei Myokardinfarkt • Clopidogrel als Loading Dose für Kardiologen im Zusammenhang mit den EBM-Leistungen 34292 und 34291 • zur Akut- und Notfallbehandlung: Acetylsalicylsäure parenteral	
	nein	andere Thrombozytenaggregationshemmer, z.B. Prasugrel, Ticagrelor	
Vitamin-K-Antagonisten	nein	Phenprocoumon, Warfarin	

Linke Spalte: Wirkstoffgruppe nach ATC

- "Direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren" umfasst u.a. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban
- "Heparine" umfasst u.a. Dalteparin, Enoxaparin, Certoparin
- "Thrombozytenaggregationshemmer" umfasst u.a. Clopidogrel, Ticlopidin, Acetylsalicylsäure, Prasugrel, Ticagrelor
- "Vitamin-K-Antagonisten" umfasst u.a. Warfarin, Phenprocoumon

Mittlere Spalten:

Verordnungsfähig als SSB: ja
Ergänzung / Erläuterung: Konkretisierung bezüglich Anwendungsfall, Anwendungsgebiet, Wirkstoffauswahl, Darreichungsform, ggfs. Patientengruppe und Arztfachgruppe

Verordnungsfähig als SSB: nein
Ergänzung / Erläuterung, Ausschlüsse werden beispielhaft genannt

Rechte Spalte:

Querverweise auf andere Stellen der Liste

Vereinheitlichung der definitorischen Basis

Die Arzneimittel werden so weit möglich entsprechend ihrer Klassifizierung nach ATC-Code zugeordnet. Mithilfe der ATC-Systematik teilt die WHO pharmazeutische Wirkstoffe in anatomische, therapeutische und chemische Gruppen ein. Entsprechend erlaubt der ATC-Code eines (Haupt-)Wirkstoffes die eindeutige Zuordnung eines Fertigarzneimittels zu einer definierten (Arzneimittel-)Gruppe. Das Ergebnis dieser Zuordnung ist eine differenzierte und genaue Auflistung der jeweiligen Mittel - mit allen relevanten Informationen (wie zum Beispiel Vorgaben hinsichtlich Darreichungsformen, Fachgruppen, Wirkstoffe, Anwendungsgebiete resp. Anwendungsbereiche) „auf einen Blick“.

→ Fortsetzung nächste Seite

→ Fortsetzung

Gemeinsame Arbeitsgruppe SSB

Aktuelle Probleme, neue Produkte oder Lieferengpässe werden in der Gemeinsamen Arbeitsgruppe Sprechstundenbedarf (AG SSB) besprochen. Diese Arbeitsgruppe gibt auch Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Umsetzung dieser Vereinbarung ab. Die AG setzt sich aus Vertretern der KV Hamburg, Vertretern der Krankenkassen, der SSB-abwickelnden Stelle sowie Vertretern der Prüfungsstelle zusammen.

Die Erörterungsergebnisse aus der Arbeitsgruppe SSB/Quartalskonferenz erhalten mehr Verbindlichkeit - so sollen Empfehlungen der AG SSB (unverzüglich) in der Vereinbarung umgesetzt werden, ohne dass die Vereinbarung gekündigt werden muss.

Die Vereinbarung kann flexibel angepasst und weiterentwickelt werden. Es herrscht Einvernehmen, dass Informationen und Beratungen der Vertragsärzte weiteren Maßnahmen in der Regel vorangehen sollen (Beratung vor Regress). So sollen neu identifizierte Prüffelder oder „Lesarten“ der SSB-Vereinbarung – zwecks Kommunikation der abgestimmten Sichtweise – in die Quartalskonferenz getragen werden.

Die KV Hamburg kann so präventiv die Vertragsärzte informieren, die wiederum Gelegenheit haben, ihr Verordnungsverhalten umzustellen.

AUSZUG TESTSUBSTANZEN

Produkte / Produktgruppe	Verordnungsfähig als SSB?	Ergänzung / Erläuterung	Querverweis
Testsubstanzen	ja	zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen • Substanzen die bei Funktionsprüfungen/ Stimulationstests/ Suppressionstests appliziert werden, (zum Beispiel Hyphophysenfunktionstest, Pankreasfunktionstests wie z.B. Sekretin, Pancreolauryltest, Schilddrüsenfunktionstests wie z.B. TRH); auch Arzneimittel, die sonst therapeutisch eingesetzt werden (zum Beispiel Dexamethason-Suppressionstest, Captopril/Aldosteronsuppressionstest, Clonidin-Suppressionstest) • Substanzen für Provokationstests nach den GOP 30120 bis 30123 • Substanzen für bronchiale Provokationstests (Methacholin, Carbachol, Histamin) • Glukose (wasserfrei, auch als Monohydrat) für den oralen Glukosetoleranz-Test (75 g, auch 50 g für den Vortest beim Screening auf Gestationsdiabetes), von der Apotheke in Einzelportionen (Tütchen) abgefasst. • OGT Fertiglösung nur als NRF-Rezeptur, wenn keine Fertigprodukte im Handel sind und nur in Verbindung mit der EBM-Nr. 01777 (Screening auf Gestations-diabetes) • OGT Fertiglösung nur als NRF-Rezeptur, wenn keine Fertigprodukte im Handel sind zur gewichtsadaptierten Gabe bei Kindern und Jugendlichen • Lactose in Verbindung mit der EBM Ziffer 32 192 • D-Xylose in Verbindung mit der EBM Ziffer 32 193 • Fructose in Verbindung mit der EBM Ziffer 32 195 • Galactose in Verbindung mit der EBM Ziffer 32 195	
	nein	• Es gilt der Grundsatz „keine Verordnung von Lebensmitteln“: Glukose-Fertigpräparate mit Geschmack (Lebensmittel) • Glukose/ Lactose/ Fructose/ D-Xylose/ Mannit/ Sorbit nicht i. V. m. EBM-Nr. 02401 (H2-Atemtest) (mit der GOP abgegolten) • Test-Substanzen im Rahmen der Basisdiagnostik nach EBM 30110, 30111, 13250, 13258 (mit der GOP abgegolten)	

WICHTIGE FACHLICHE ÄNDERUNGEN (AUSZÜGE)

Arzneimittel

Das Kapitel Arzneimittel wurde insgesamt neu konzipiert. Haben Sie früher notwendige Arzneimittel an unterschiedlichen Stellen in der Vereinbarung gefunden (so gab es z.B. eine Rubrik „Arzneimittel für Notfälle“, eine Rubrik „Mittel zur Anästhesie“, eine Rubrik „Diagnostische und therapeutische Mittel zur Anwendung in der Praxis“ usw.), finden Sie jetzt alle Arzneimittel, die Sie im Rahmen Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit als SSB anfordern können, in einer einheitlichen Liste – sei es für die Akut-/Sofortbehandlung, für die Notfallbehandlung oder im Rahmen therapeutischer und diagnostischer Eingriffe. Dabei wurde dieser Bereich auch inhaltlich vollständig überprüft und an die derzeitigen Notwendigkeiten angepasst.

Neu hinzugekommene Wirkstoffgruppen

- Antithrombotische Mittel / Direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren
- Antitussiva
- Mittel bei funktionellen gastrointestinalen Störungen (Silikone)
- Mittel gegen Obstipation
- Muskelrelaxanzien
- Spüllösungen

Erweiterungen hinsichtlich Wirkstoffauswahl, Darreichungsform, Anwendungsbereich

- Antibiotika
- Antiemetika

AUSZUG UROLOGISCHER BEDARF

Produkte / Produktgruppe	Verordnungs-fähig als SSB?	Ergänzung / Erläuterung	Querverweis / s. auch
Blasenspritze	nein	Allgemeine Praxiskosten	
Dauer- / Ballonkatheter (inkl. Katheter-Stopfen, Katheter-Ventil)	ja	zur Akut- und Notfallbehandlung	s.a. suprapubische Fistelkatheter
Einmalharnblasen-katheter	ja	Bei akutem Harnverhalt	s. Dauerkatheter
Führungsdrähte für urologische Katheter	ja	Im Notfall	
Harnröhren-Gleitmittel			s. Arzneimittel => Gleitmittel/Gleitgele
Katheterset	nein		
Katheterblock-Lösung	ja	zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen • Glycerin, Kochsalz und Wasser und Mischungen • Auch als Fertigspritzen	
Kochsalzlösung, physiologisch			s. Arzneimittel=> Spüllösungen
Nephrostomiekatheter (Führungsdrähte, Punktions-und Wechselset)	nein		Abrechnung als Sachkosten patientenbezogen
suprapubische Blasenkatheter (Führungsdrähte, Punktions-und Wechselset)	nein		Abrechnung als Sachkosten patientenbezogen
Ureter- verweilschienen (auch Führungsdrähte)	ja	zur Notfallbehandlung	
Urinauffangbeutel	ja	zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung, auch bei geplanten Interventionen für Kinder	

- Antithrombotische Mittel/ Heparine
- Corticosteroide zur systemischen Anwendung
- Dermatika
- Diuretika
- Fondaparinux
- Glaukommittel
- Infusionslösungen
- Mineralstoffe (Magnesium, Calcium)
- Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
- Ophthalmika
- Rhinologika
- Thrombozytenaggregations-hemmer

Achtung: Nach der neuen Vereinbarung entfallen

- Kryotherapeutische Mittel zur Warzenentfernungmittel als Fertigprodukt
- Heparinhaltige Salben

Verband-, Kompressions- und OP-Material

Da es aus rechtlichen Gründen nicht möglich ist, produktbezogene „Positiv-Listen“ zu vereinbaren, wurden alle Verbandstoffgruppen vollständig durchgesehen und Einschlüsse bzw. Ausschlüsse möglichst präzise beschrieben. Dadurch wird die Transparenz und Verordnungssicherheit deutlich verbessert. Moderne Wundversorgung war bisher nicht Bestandteil des SSB. Mit der Neufassung der SSB-Vereinbarung können neben Hydrokolloiden auch weitere Produkte der modernen Wundversorgung angefordert werden.

Neu hinzugekommene Produktgruppen

- Schaumstoffverbände
- semipermeable Wundfolien
- Wundauflagen mit Polyacrylatsuperabsorbern
- Fixierpflaster f. Kanülen- und Venenkatheter
- Hydrogele (polihexanidhaltig)

Details zu den anforderbaren Produktgruppen sowie ergänzende Hinweise und etwaige Einschränkungen finden Sie in Anlage 1.

Achtung: Nach der neuen Vereinbarung entfallen Salbenkompressen in Kombination mit Hydrokolloiden, aber auch Hydrokolloide in Kombination mit Vaseline (z.B. Lohmatuell Pro®, Urgotül®)

Diagnostika, Diagnosebedarf, Laborbedarf

Auch hier wurde das komplette Kapitel vollständig überarbeitet und Ein-und Ausschlüsse in einer Tabelle zusammengefasst dargestellt. (siehe oben links: Auszug „Testsubstanzen“)

Urologischer Bedarf

Komplett neu ist das Kapitel „Urologischer Bedarf“. Bisher waren Katheter nur über die alte Anlage 4 für den Notdienst bzw. Haus- und Heimbesuche anforderbar, Zubehör war an verschiedenen Stelle oder gar nicht als SSB aufgeführt. Mit der Neufassung finden Sie nun alle anforderbaren Produkte zusammengefasst in einem eigenen Kapitel. (siehe oben: Auszug "Urologischer Bedarf")

→ Fortsetzung nächste Seite

AUSZUG INFUSIONSBESTECKE

Produkte / Produktgruppe	Verordnungs-fähig als SSB?	Ergänzung / Erläuterung	Querverweis / s. auch
Infusionsbestecke	ja	zur Sofort-/Akutbehandlung - und Notfallbehandlung sowie zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken; für die totale, intravenöse Anästhesie (TIVA) auch als fertig konfiguriertes Infusionssystem Auch Zubehör: 1. Rückschlagventile 2. Dreiwegehähne 3. Zuspritzventil 4. Tropfkammern 5. Präzisionsregler 6. Mandrins 7. Stopfen 8. Heidelberger Verlängerungen 9. Patientenschläuche	
	nein	• Infusionsbestecke/Überleitungssysteme für die Kontrastmittelapplikation, Bestecke zur Herstellung/Mischung von Zytostatika, zur Verwendung bei der Dialyse und der parenteralen Ernährung • Infusionsbestecke in der Ophthalmochirurgie • Überleitungssysteme • Pumpenschläuche	

→ Fortsetzung

Einmalbedarf zur Infusion, Injektion, Drainage, Entnahme

Wesentliches Ziel bei der Überarbeitung des Kapitels „Einmalbedarf zur Infusion, Injektion, Drainage, Entnahme“ war die Klarstellung, welche Infusionsbestecke und welches Infusionszubehör für welchen Anwendungsbereich angefordert werden können (siehe oben: Auszug "Infusionsbestecke").

Weitere neu hinzugekommene Produktgruppen:

- Infusionsfilter
- Butterfly-Kanülen, nur in der Onkologie auch zur Blutentnahme

Weitere Kapitel

Darüber hinaus enthält die neue SSB-Vereinbarung weitere Kapitel, die aber keine wesentlichen inhaltlichen Veränderungen mit sich bringen:

- Desinfektions-, Reinigungs- und Pflegemittel (enthält Regelungen z.B. zu Antiseptika/Desinfektionsmittel am Patienten)
- Gefäße (enthält Regelungen z.B. zu Nierenschalen, Salbenspender)
- Sonstiges (enthält Regelungen z.B. zu Cerclage-Pessare, Dreiecktuch / Armtragetuch / Armtragegurt, Führungsdrähte bei Angiographien) ■

Sie finden die SSB-Vereinbarung im Volltext auf unserer Homepage unter: www.kvhh.de → Praxis→ Verordnungen → Sprechstundenbedarf

Beachten Sie unbedingt den genauen Wortlaut der SSB-Vereinbarung. Die Anforderung von Artikeln oder Medikamenten, die nicht explizit in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung genannt werden, führt unweigerlich zum Regress.

Die Aufzählungen im vorangegangenen Text erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

DIE NEUE VEREINBARUNG ZUR VERORDNUNG VON SPRECHSTUNDENBEDARF (SSB) WIRFT FRAGEN AUF?

Die KV Hamburg lädt Sie zu Seminaren und Webinaren ein, in denen die neue SSB-Vereinbarung vorgestellt und erläutert wird. Bitte schauen Sie in unseren Veranstaltungskalender:

www.kvhh.de → Praxis → Veranstaltungen

Ansprechpartner:
Abteilung Verordnung und Beratung
Tel: 040 / 22802 -571, -572
verordnung@kvhh.de

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

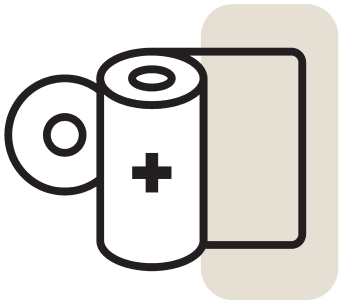
Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung“. In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer Arzneimitteldaten zu Ihrem persönlichen Verordnungsverhalten, sondern zu allen Grundsatzfragen des Verordnungsmanagements. Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoffvereinbarung“, „Wirtschaftlichkeitsgebot“ und „gute Versorgung“ in Einklang.

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

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

VON DR. MIKE MÜLLER-GLAMANN

Allgemeinmedizin: Deutliche Verbesserung



Die Änderung im Sprechstundenbedarf (SSB) sind über Jahre neu verhandelt worden, und es haben sich sehr viele Änderungen auf 59 Seiten ergeben.

Ein großes Thema war die moderne Wundversorgung – bislang nicht Bestandteil des Sprechstundenbedarfs. Mit der neuen Vereinbarung können zum Beispiel Hydrokolloide, Schaumstoffverbände, semipermeable Wundfolien, Wundauflagen mit Polyacrylatsuperabsorbern angefordert werden. Dies gilt auch für polihexanidhaltige Hydrogele. Weiterhin nicht über den SSB zu beziehen sind Aktivkohle- und Silberverbände sowie Abdecktücher und Folien.

> Ein großes Thema war die moderne Wundversorgung. Künftig können mehr Produkte über SSB angefordert werden als früher.

Im Bereich der Arzneimittel sind neue Medikamentengruppen hinzugekommen: Antithrombotische Mittel, Antitussiva, Mittel bei funktioneller gastrointestinale Störung (Silikone), Mittel gegen Obstipation, Muskelrelaxantien und Spüllösungen. Auch bei vielen anderen Bereichen gibt es sinnvolle Ergänzungen (u.a. können Mundspatel wieder über den SSB bezogen werden). Komplett neu ist ein Kapitel „urologischer Bedarf“. Jetzt sind Katheter auch außerhalb der Haus-/Heim-/Notfallversorgung anforderbar.

Bislang war ein häufiger Regressgrund, dass wir bei Haus- und Heimbesuchen sowie dem Notdienst die entsprechende Kennzeichnung für diese Medikamente vergessen haben. Besonders erfreulich ist, dass ein Vergessen der Kennzeichnung nicht mehr automatisch zu einem Regress führt und über einen Berichtigungsantrag geheilt werden kann. Eine Ausstattungsliste für den Notdienst gibt es jetzt nicht mehr – die entsprechenden Medikamente sind direkt in der SSB gekennzeichnet. Die Kassenärztliche Vereinigung wird in zahlreichen Online-Veranstaltung die neue SSB vorstellen und hiezu schulen.

Aus meiner Sicht ist die neue SSB-Vereinbarung eine deutliche Verbesserung und wird zu weniger Regressen führen. Leider konnte bei den Verbandstoffen aus rechtlichen Gründen keine Positivliste erstellt werden – sodass es in einzelnen Fällen auch weiterhin einen Graubereich geben wird. Eine sinnvolle Frage zur Klärung, ob etwas als SSB bestellt werden kann, ist, ob das verordnete Produkt zur ungeplanten Sofortanwendung an nicht nur einem Patienten benötigt wird. Wenn dies verneint wird, ist es bis auf wenige Ausnahmen bei geplanten Operationen auch kein SSB. ■

DR. MIKE MÜLLER-GLAMANN,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Sprecher Beratender Fachausschuss Hausärzte der KV Hamburg

VON DR. DÖNDÜ YAKISAN

Anästhesie: Praxisgerechte Lösungen

Welche Produkte als Sprechstundenbedarf (SSB) bezogen werden können, ist für die niedergelassenen Anästhesistinnen und Anästhesisten eine wichtige Frage. Die Krankenkassen wünschen sich natürlich, dass möglichst viel auf den Namen der Patientinnen und Patienten rezeptiert wird. Doch Patientinnen und Patienten vor einer ambulanten Operation noch in die Apotheke zu schicken, damit sie notwendige Produkte und Medikamente abholen, ist oft nicht praktikabel.

Narkosemedikamente, also Propofol und Opiate, oder Antidote und Muskelrelaxantien sind als SSB anerkannt. Das heißt: Wir dürfen sie in der Praxis vorrätig halten.

Problematisch war aber bisher beispielsweise der Umgang mit parenteral zu verabreichenden Antiemetika. Diese mussten auf den Namen der Patientinnen und Patienten verordnet werden. Unsere Praxis ist auf Bauchspiegelung bei Frauen spezialisiert. Durch den Eingriff wird das Bauchfell gedehnt, was oft zu Übelkeit führt. Die Patientinnen mussten sich das Medikament gegen Übelkeit vorab selbst aus der Apotheke holen. Das kleinste dort erhältliche Gebinde besteht (bis auf wenige Ausnahmen, die dann im Verhältnis auch über die Maßen teuer sind) aus fünf Ampullen. Davon verwendeten wir eine. Die anderen konnte die Patientin nicht mitnehmen, weil das Medikament intravenös verabreicht wird. Und die Überführung der restlichen Ampullen in den Sprechstundenbedarf ist unpraktikabel und führt zu einer ungleichmäßigen und völlig zufälligen Verteilung der Kosten auf einzelne Krankenkassen. Ich habe versucht, das Problem in den Verhandlungen deutlich zu machen: Wenn wir das Mittel nicht als SSB bestellen dürfen, steigen die Kosten entweder massiv, werden ungleichmäßig verteilt oder – im schlimmsten Fall – es bleiben vier der fünf Ampullen ungenutzt. Das leuchtete den Verhandlungspartnern ein: Künftig ist der Bezug von Antiemetika in parenteraler Darreichungsform als SSB gestattet.

Auch in anderen Bereichen gibt es Erleichterungen. Bislang wurden teilweise Verbrauchsmaterialien für geringe Cent-Beträge über Sachkosten abgerechnet. Das war unangemessen aufwändig: Ich musste die verwendeten Produkte für jede Patientin aufschreiben: Infusionssysteme, Dreiwegehähne, Rückschlagventile für jeweils ein paar Cent. Das ergab unter dem Strich dann beispielsweise einen Betrag von 2,50 Euro. Doch bei 10.000 bis 12.000 Narkosen pro Jahr konnte man auf die kleinteilige Sachkostenabrechnung nicht verzichten. Ab April wird das Verfahren einfacher: Dann können wir diese Materialien über den SSB beziehen.

Ein Erfolg ist zum Beispiel auch, dass die Thrombose-Prophylaxe künftig als SSB gilt.

Schwierig hingegen war die Diskussion über die Larynxmasken. Wir wollten erreichen, dass Einmal-Larynxmasken für unsere Berufsgruppe abgerechnet werden können – als SSB oder auch über Sachkosten. Doch mit diesem Punkt sind wir gescheitert. Uns wurde gesagt, dass Larynxmasken im EBM-Abrechnungskomplex für die Narkosen enthalten sind. Wir versuchen weiter zu verdeutlichen, dass der EBM in einigen Bereichen nicht mehr zeitgemäß ist und angepasst werden müsste.

Dass sich Ärztinnen und Ärzte bei den Verhandlungen über den Sprechstundenbedarf beteiligen, ist wichtig. Wer täglich mit den fraglichen Produkten arbeitet, kann die Abläufe erklären und nachvollziehbar machen. Die Kassenvertreter sind durchaus bereit, sich mit unseren Erfahrungen und Anliegen auseinanderzusetzen.

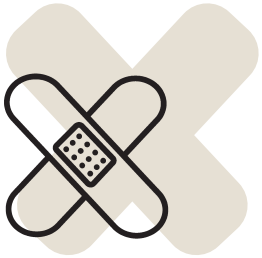
Allerdings hat der Einigungsprozess für die neue Sprechstundenbedarfsvereinbarung meines Erachtens viel zu lang gedauert. So lange, dass man jetzt beinahe von Vorne anfangen und gleich wieder in neue Verhandlungen treten könnte. ■

DR. MED. DÖNDÜ YAKISAN ist niedergelassene Anästhesistin in Hamburg-Mitte

VON DR. ERIK ENGEL

Kontrolle um jeden Preis

Hamburger onkologische Praxen sollen Regresse bezahlen – ausgerechnet für Quartale während der Corona-Pandemie. Und für einen Bezugsweg von Materialien, der nach der neuen Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung nicht mehr beanstandet werden kann. Weshalb bringt man direkt die Versorgung unter Druck, um den Sprechstundenbedarf einzuhegen?



Sie erinnern sich an die Bilder aus dem ersten Quartal des Jahres 2020, als Militärfahrzeuge die toten Körper der an einer SARS-CoV-2-Infektion verstorbenen Patienten aufgrund der Überlastung der Systeme aus Bergamo in andere norditalienische Städte transportieren mussten. Diese Bilder wiederholten sich im April 2020 in New York, als provisorische Kühlcontainer und Kühllastwagen vor den Krankenhäusern aufgestellt und als provisorische Leichenhallen genutzt wurden, um die in der Spitze mehr als 800 täglich versterbenden Menschen unterbringen zu können.

Es war im Januar 2020, als das COVID-19 verursachende Virus SARS-CoV-2 identifiziert wurde, und am 11. März 2020 erklärte die WHO COVID-19 offiziell zur Pandemie.

Damit begann die Zeit, die auch die onkologischen Schwerpunktpraxen in Hamburg jahrelang vor schwerste Herausforderungen stellte: Es fehlten Schutzausrüstungen, insbesondere Atemmasken und Desinfektionsmittel, und es gab keine zeitnah erkennbare Impfmöglichkeit; diese war erst gut ein Jahr später im Januar 2021 verfügbar – zunächst nur für bestimmte Personengruppen.

Uns belastete die ständige Sorge, dass wir selbst unsere Patienten einem letalen Verlauf näherbringen könnten, indem wir ihnen aus vitaler Indikation wegen ihrer Krebserkrankung eine immunsuppressive oder zytostatische Behandlung zumuten mussten. Und wir fürchteten, durch eigenes, unbewusstes Zutun zu einer solchen Infektion beizutragen, denn die exakten Über-

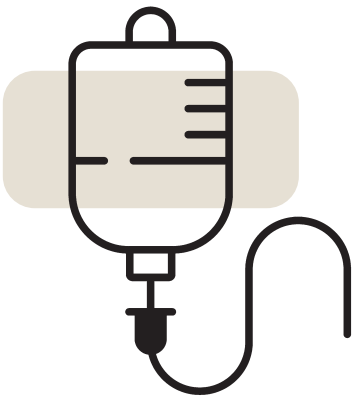
tragungswege waren noch nicht hinlänglich bekannt.

Später dann ergriffen wir aufwändigste Maßnahmen, um die weitere Versorgung der Krebspatienten trotz andauernder Pandemie und mehrfacher Lockdowns sicherzustellen. Wir haben eine vollständige räumliche und personelle Trennung in unabhängige Teams umgesetzt, um im Falle des Viruseintrags in eines der Teams weiterhin versorgungsfähig zu bleiben, auch weil die Krankenhäuser anfangs durch die Patientenversorgung selbst, später zudem durch erkranktes Personal hoch belastet waren.

Das alles bedeutete höchste Belastungen für unser ganzes Team. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen mittlerweile, dass es im vertragsärztlichen Bereich gelungen ist, die Versorgung der Tumorpatienten auf demselben Niveau sicherzustellen wie vor der Pandemie.

Auch wenn der im Folgenden geschilderte Vorgang zum Sprechstundenbedarf (SSB) ursächlich wohl nichts mit der Pandemie zu tun hat, so haben sich diese Ereignisse dennoch zeitlich genau so abgespielt und eröffnen einen Blick auf die uns als Versorger treffenden Belastungen, denen künftig nicht noch weitere menschgemachte, hier am Beispiel des Vorgehens der Krankenkassen, hinzugefügt werden sollten.

Im Juni 2022 erhielten mehrere Hamburger onkologische Schwerpunktpraxen – und zwar ohne jede Vorwarnung – Kenntnis davon, dass auf Betreiben des VdEK die Rezepturprüfstelle Duderstadt Einzelfall-Prüfverfahren wegen der Unwirtschaftlichkeit im Sprechstundenbedarf eingeleitet hatten



– und zwar gerade für die Coronaquartale.

Dabei bestand offenkundig gar kein begründeter Verdacht, dass sich die onkologischen Praxen unwirtschaftlich verhalten hätten, sondern die Kassen beklagten einen „Basismangel“, weil „den Krankenkassen keine Behandlungsfallzahlen zur Verfügung gestellt" würden. Offenbar sollten die Prüfanträge also eigentlich einem ganz anderen Zweck dienen, nämlich ein aus Sicht der Kassen bestehendes Informationsdefizit zu beheben, um größere Transparenz im Verfahren des von mehreren Kassen zu finanzierenden SSB zu erhalten.

Denn während die Kosten für individuelle Verordnungen der jeweiligen Kasse zugeordnet werden können, wird der Sprechstundenbedarf von allen Krankenkassen gemeinsam finanziert und „im Paket“ zur Verfügung gestellt. Das führt zu einer gewissen lntransparenz –- bei der Frage, ob die Anwendung des Produkts im Einzelfall überhaupt angemessen ist. Aber auch hinsichtlich der Verteilung der Kosten: Zahlt die eine Kasse vielleicht zu viel? Und die andere Kasse zu wenig?

Die Idee der Kassen war: die erforderlichen Materialien (u. a. Butterflykanülen, Infusionslösungen für Supportiva, Verbandsmaterialien für zentrale Venenzugänge und Fixiermaterialien für Langzeit-Zytostatikapumpen) nicht als Sprechstundenbedarf zu beziehen, sondern jeweils individuell zu verordnen.

Dabei war übrigens zu keinem Zeitpunkt strittig, wer denn für die Materialkosten der Patientenversorgung aufzukommen hat, nämlich selbstredend die Krankenkassen, bei denen sich der Patient aus genau diesem Grunde versichert und seine Beitragszahlungen zur Verfügung gestellt hat. Es ging aber offenbar allein um die Frage, ob die Verordnungen im Rahmen der (veralteten) SSB-Vereinbarung zulässig gewesen seien und ob es auf diesem Wege nicht gelingen kann, Rückforderungen zu realisieren oder ärztliches Handeln für die Zukunft zu beeinflussen.

> Es geht auch um die Verteilung der Kosten: Zahlt die eine Kasse vielleicht zu viel? Und die andere Kasse zu wenig?

Der von den Kassen geäußerte Wunsch, aus Gründen der Transparenz Einzelverordnungen (neuerdings auf e-Rezept) auszustellen, ist in der Onkologie meist unmöglich, weil der schwerkranke, liegend in die Praxis transportierte Patient (und noch dazu während der Pandemie) nicht in der Lage ist, seine Infusionslösungen mit Antiemetika

oder Cortikoiden selbst zu beschaffen und zur Behandlung mitzubringen. Dieser Ansatz mag dem Kassenwunsch nach Transparenz entgegenkommen, ist aber grob unwirtschaftlich, birgt neuen organisatorischen Aufwand für Praxen und Kassen, belastet die Versorgung und ist in der Onkologie schlicht unmöglich. Dazu teilte das UKE auf eine schriftliche Kleine Senatsanfrage am 28. Februar 2025 mit, dass eine solche Vorgehensweise medizinisch nicht empfehlenswert sei, weil die Verlässlichkeit der Versorgung beeinträchtigt würde und der bürokratische Mehraufwand erheblich sei.

Um dennoch eine solche Transparenz und Nachprüfbarkeit herzustellen, war man sich offenbar nicht zu schade, direkt die onkologischen Versorger, zudem unangekündigt, unter Druck zu bringen und deren Kräfte zusätzlich mit solchen Prüfanträgen zu belasten, während – deshalb die Einleitung – maximale Beanspruchung der Praxen bereits durch die Patientenversorgung unter Pandemiebedingungen bestand.

> Der von den Kassen geäußerte Wunsch, auch in diesen Fällen Einzelverordnungen auszustellen, ist gar nicht praktikabel.

Um den Vorgang an dieser Stelle abzukürzen: Nach umfänglicher, zeitaufwändiger Widerspruchs-Korrespondenz kam es für mehrere Schwerpunktpraxen dennoch, allerdings erst weitere zwei Jahre später, im September 2024 zu einem Beschluss des Beschwerdeausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hamburg in Form einer – zwar deutlich abgespeckten, aber dennoch – sachlich-rechnerischen Berichtigung, teils fünfstellig. Zwei der onkologischen Schwerpunktpraxen haben dann unverzüglich Klage vor dem Sozialgericht Hamburg eingereicht, auch weil die Prüfinstrumente des Beschwerdeausschusses völlig ungeeignet sind, eine Unwirtschaftlichkeit zu attestieren und daher auch zunehmend Zweifel an der Objektivität dieser Einrichtung aufzukommen droht.

Ein weiterer grundlegender Missstand ist, dass die Sprechstundenbedarfsvereinbarung (ursprünglich von 2006 mit Nachträgen von 2015) keine erforderlichen regelmäßigen Anpassungen an die Fortschritte in der medizinischen Versorgung erlebt hat und folglich die Ärzte zunehmend zerrieben werden zwischen der berufsrechtlichen Verpflichtung zu einer fachgerechten, gewissenhaften und dem aktuellen medizinischen Standard entsprechenden Versorgung einerseits und den diesbezüglich veralteten sozialrechtlichen Bestimmungen zur Kostenerstattung durch die GKV andererseits.

Und offenbar wird die Kluft zwischen diesen Anforderungen unter dem Kostendruck der Krankenkassen immer größer. Diese Kluft kann jedoch prinzipiell nicht durch Honorarrückforderungen von den Versorgern selbst aufgelöst werden, die ja den eben beschriebenen berufsrechtlichen Verpflichtungen unterliegen, sondern lässt grundsätzlich andere Vorgehensweisen fordern.

Nach einer Latenz zu den beklagten Quartalen von inzwischen fünf Jahren und zu den ersten Prüfanträgen von zweieinhalb Jahren scheint es nun allerdings endlich gelungen, zu einer SSB-Vereinbarung zu gelangen, die die berufsrechtlich geforderte Versorgung – zumindest der onkologischen Patienten – jetzt auch weiterhin sicherstellt.

Allerdings umfasst die aktuelle SSB-Vereinbarung jetzt knapp 60 Seiten. Ob wir uns in Deutschland angesichts globaler Herausforderungen weiterhin derart kleinteilige Verordnungen leisten können, deren Erstellung Ressourcen über mehrere Jahre gebunden hat und die jetzt in nur einer von 17 KVen gültig sind, muss man vor dem Hintergrund von Ressourcenknappheit allerdings grundsätzlich hinterfragen.

Dennoch ist es in den Gesprächen mit den Kassen anerkennenswerterweise gelungen, die Besonderheiten unserer Versorgung offenbar verständlich zu machen und umzusetzen. Wir haben erkennen müssen, dass wir Ärzte als unmittelbare Versorger viel zu spät in solche Sitzungen eingebunden werden und dringliche Anpassungen schlicht aus Unkenntnis nicht erfolgen. Hier ist eine praktische, weniger weltanschauliche Herangehensweise mit regelmäßigen Überprüfungen auf Aktualität für zukünftige Entwicklungen einzufordern.

Dass uns indes als Versorger über solch lange Zeiträume zugemutet wird, unter dem Damoklesschwert des unwirtschaftlichen Tuns leben

zu müssen, ist unerträglich. Die Bearbeitungszeiten solcher Systemanpassungen in den Gremien sind völlig absurd und stehen in scharfem Kontrast zu der unablässig und wiederkehrend geforderten sofortigen Verfügbarkeit von Behandlungsterminen für alle Versicherten zu jeder Zeit.

> Die Prüfanträge bezogen sich auf Pandemie-Quartale, in denen wir um das Überleben der Versichterten kämpften.

Es ist zudem kein akzeptabler Weg, dass ein von den Kassen erkanntes strukturelles Defizit, hier am Beispiel der SSB, gelöst werden soll, indem zunächst die Versorger selbst mit Prüfanträgen unter Druck gesetzt werden. Ob sich hier bereits eine grundsätzliche Kultur gegenseitigen Misstrauens und Argwohns fest etabliert hat, vermag ich nicht zu sagen, nur: Wir stehen vor großen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung. Demographische Effekte führen zu einem erhöhten Versorgungsbedarf, weil immer mehr Menschen erkranken werden, die immer länger und besser behandelt werden können, denen aber eine rückläufige Anzahl an ärztlichen und nichtärztlichen Versorgern gegenübersteht. Zudem sind weitere Anpassungen in der Finanzierung der sozialen Versicherungssysteme aufgrund von künftigen Einnahmeausfällen erforderlich.

Dieses kann nicht dadurch geschehen, dass sich die an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten professionellen Systeme feindlich gegeneinander positionieren und jedes sich darauf beschränkt, das eigene Gärtchen zu bewachen oder taktierend gegeneinander zu arbeiten.

Es ist kontraproduktiv, die trotz aller Belastungen noch motivierten Vertragsärzte in der hier beispielhaft beschriebenen Weise unter Druck zu bringen. Hilfreich für nachhaltige Lösungen ist übrigens auch nicht, dass politische Meinungsführer weiterhin suggerieren, dass alles aus Sicht des Patienten Wünschenswerte jederzeit, für jeden und unmittelbar zur Verfügung stehen kann.

Um den Herausforderungen der Zukunft angemessen begegnen zu können, ist künftig Ehrlichkeit und deutlich mehr gegenseitiger Respekt nötig.

Onkologen sind es beruflich gewohnt, sich außerordentlichen Herausforderungen gegenüber zu sehen. Längst verantworten wir immer hochpreisiger einzusetzende Arzneimittel-Volumina, für die wir mit unserem Honorar schon längst nicht mehr gradestehen könnten. Die Respektlosigkeit, mit der wir jetzt ohne vorheriges Gespräch in Pandemiezeiten mit den Einzelprüfanträgen von den Kassen überzogen wurden, während wir um das Überleben derer Versicherten kämpften, ist bedrückend, und ich hoffe, dass wir so eine Vorgehensweise, die uns massiv verärgert hat, nicht mehr erleben müssen.

Die jetzt vorgelegte SSB-Vereinbarung ist zumindest für die onkologische Versorgung sinnstiftend.

Mit den Partnern ist auch vereinbart, diese fortlaufend zu aktualisieren. Wir wünschen uns künftig eine unmittelbare Beteiligung an diesen Verfahren und hoffen, dass die hier geschilderten Vorgänge für alle Beteiligten lehrreich gewesen sind und künftige Probleme zwischen den Partnern besprochen werden, bevor die Versorgung unmittelbar mit individuellen Wirtschaftlichkeitsprüfungen einseitig unter Druck gesetzt wird.

Die Sozialgerichtsverfahren werden uns indes wohl noch eine Weile beschäftigen und wichtige Ressourcen binden. Der Anstand geböte es, dass der VdEK sich Gedanken darüber macht, wie die von ihm letztlich zu verantworteten Verfahren zum Ende kommen sollen. ■

DR. MED. ERIK ENGEL ist Vorsitzender des Berufsverbands der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO) Regionalverband Hamburg und Gesellschafter des Oncologicum HOPA.

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

VIDEOSPRECHSTUNDE

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

Ja, für die Authentifizierung von unbekannten Patienten erhalten Sie weiterhin einen Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Hierfür bringen Sie die GOP 01444 in Ansatz. Diese ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die Authentifizierung soll perspektivisch auf Basis von digitalen Versichertenidentitäten erfolgen. Da diese noch nicht zur Verfügung stehen, müssen Sie die Daten der elektronischen Gesundheitskarte weiterhin händisch erfassen. In der Videosprechstunde gilt ein Patient als „unbekannt", wenn er im laufenden Quartal oder im Vorquartal noch nicht persönlich bei Ihnen war. Die Regelung wurde vom Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2025 verlängert.
Hinweis: Die Abrechnung ist mit der Pseudo-GOP 88220 zu kennzeichnen, wenn der Patient in einem Quartal ausschließlich „digital" in der Videosprechstunde behandelt wird.

PSYCHOTHERAPIE

Sind die Empfehlungen auf der Individuellen Patienteninformation PTV 11 für den Patienten und den (weiterbehandelnden) Psychotherapeuten bindend?

Nein, die Empfehlungen sind nicht bindend. Verpflichtend ist, dass vor einer Richtlinienpsychotherapie mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde durchgeführt werden. Nicht verpflichtend ist, was hierbei empfohlen wird. Die Empfehlungen können vom Weiterbehandelnden revidiert, modifiziert oder sogar verworfen werden. Ebenso können sich Patienten auch eine weitere Meinung durch einen anderen Psychotherapeuten einholen.

ePA I

Sind Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet, routinemäßig in die elektronische Patientenakte (ePA) zu schauen?

Nein, der Arzt oder Psychotherapeut muss nicht routinemäßig in die ePA schauen. Eine „anlasslose Nachforschungspflicht" gibt es nicht. Grundlage der ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlung bleibt das anamnestische Gespräch. Hieraus können sich Umstände ergeben, die eine Einsichtnahme erforderlich machen – beispielsweise wenn eine Patientin mit Oberbauchschmerzen auf den aktuellen Befund einer kürzlich durchgeführten Magen-

spiegelung hinweist. Der Arzt kommt so seiner ärztlichen Sorgfalt nach. (Dazu ausführlich: „Keine völlig neuen Haftungsrisiken" – Interview mit dem KBV-Juristen Dr. Christoph Weinrich, *KVH-Journal* 10/2024, Seite 7)

ePA II

Wie lange gilt das Einverständnis des Patienten zum Einsehen von ePA-Inhalten? Wie oft muss nachgefragt werden, ob alle Daten eingesehen werden dürfen?

Mit dem Stecken der elektronischen Gesundheitskarte in das Kartenterminal erhält die Praxis automatisch für einen Zeitraum von 90 Tagen Zugriff auf die Inhalte der ePA. Wenn der Patient nicht möchte, dass die Praxis seine Daten in der ePA sehen kann, muss er den Zugriff per ePA-App oder bei einer Ombudsstelle seiner Krankenkasse sperren. Es muss also nicht nachgefragt werden.

TSS-TERMINFALL

Macht es bei der Abrechnung eines TSS-Terminfalls einen Unterschied, durch wen mein Termin gebucht wurde?

Nein. Beim TSS-Terminfall macht es keinen Unterschied, wer gebucht hat. Ausschlaggebend ist lediglich der Zeitraum ab Kontaktaufnahme des Patienten bis zum Behandlungstag (Zuschlag B, C oder D). Dies gilt für jeden Termin unabhängig davon, ob er durch Mitarbeitende der TSS oder direkt durch den Patienten über die Selbstbuchung oder von einem Hausarzt über den elektronischen Terminservice (eTS) als Hausarztvermittlungsfall gebucht wurde.

RICHTIGSTELLUNG

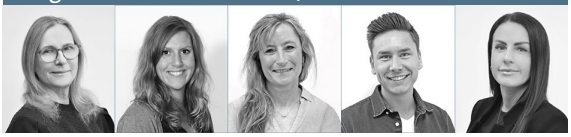
In der Fragen-und-Antworten-Rubrik der Ausgabe 3/2024 hieß es, ein Sektorenverzeichnis für Krankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen bestehe in Hamburg nicht mehr. Das ist falsch.

Im Rahmen der Sektorregelung haben sich die Hamburger Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenüber der Sozialbehörde verpflichtet, Patient:innen mit einer Einweisung nach § 12 HmbPsychKG (sofortige Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung wegen Eigen- oder Fremdgefährdung) oder mit einem Unterbringungsbeschluss nach § 1831 BGB (Eigengefährdung).aufzunehmen, die ihren Wohnsitz in der dem Krankenhaus zugeordneten Region haben.

Abgesehen von diesen Sonderfällen sind die Psychiatrien dazu angehalten, stadtteilübergreifend Patienten aufzunehmen.

Die zentrale Aussage unserer Veröffentlichung ist korrekt: Grundsätzlich sind die Patient:innen in der Wahl ihres Krankenhauses frei. Eine Klinik kann die Aufnahme einer psychiatrisch behandlungsbedürftigen und behandlungsbereiten Person nicht mit einem Verweis auf die Sektorenregelung ablehnen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Ulrike Hinz, Anna Spohn, Petra Timmann, Robin Schmidt und Adnana Cabric

AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Streit um den PSA-Test – und Durcheinander rund um das Thema Früherkennung

VON DR. IRIS HINNEBURG IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

Jedes Jahr sterben in Deutschland rund 18.000 Männer an Prostatakrebs (1). Zur Früherkennung des Prostatakarzinoms übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland bei Männern ab 45 Jahren jährlich die Kosten für eine Tastuntersuchung der Prostata. Der Nutzen dieser Untersuchung ist jedoch nicht belegt (2). Viele Arztpraxen bieten zur Früherkennung von Prostatakrebs allerdings auch eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) an: den Test auf das Prostata-spezifische Antigen (PSA).

Um das Für und Wider des PSA-Tests wird seit langem gestritten. Kürzlich ist die Debatte wieder neu entbrannt. Der Anlass: Im Dezember 2024 hat der Medizinische Dienst (Bund) den IGeL-Report 2024 veröffentlicht (3). Auf der Basis repräsentativer Befragungen von gesetzlich Versicherten untersucht der Report regelmäßig die Nutzung von IGeL, den Umgang mit den Leistungen in den Arztpraxen und die Einstellung von Versicherten. Ein Fazit der begleitenden Pressemitteilung (4): Gesetzlich Versicherte geben viel Geld für Leistungen aus, deren Nutzen oft nicht belegt ist und die manchmal sogar schaden können. Einer der IGeL-Bestseller bei Männern ist der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs.

Prompt reagierte die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) mit einer eigenen Pressemitteilung (5). Sie warf dem IGeL-Report vor, Patienten zu schaden, weil er IGeL pauschal verurteile. Konkret bezieht sich die Kritik auf die Bewertung des PSA-Tests durch den IGeL-Monitor. Dieses Angebot des Medizinischen Dienstes Bund bewertet evidenzbasiert Nutzen und Risiken einzelner Selbstzahlerleistungen. Für die Früherkennung des Prostatakarzinoms lautet das Urteil des IGeL-Monitors zum PSA-Test: „tendenziell negativ“ (6). Die DGU bezeichnet den PSA-Test in ihrer Pressemitteilung dagegen als das „wichtigste Instrument zur Früherkennung der häufigsten Tumorerkrankung des Mannes“.

Woher kommt diese auf den ersten Blick widersprüchliche Bewertung? Und wer hat Recht? Bei einem genauen Blick auf die Fakten wird deutlich: In der Argumentation der DGU gibt es einiges Durcheinander zum Thema Früherkennung.

IST DIE BEWERTUNG DES IGEL-MONITORS VERALTET?

Die DGU übt deutliche Kritik an der Bewertung des IGEL-Monitors. Der Vorwurf der DGU: Die Bewertung

sei bereits von 2017 und beruhe auf veralteten Daten. Heißt das, die Bewertung des IGeL-Monitors ist unbrauchbar? Um diese Frage zu beantworten, lohnt sich, einmal genauer hinzuschauen.

Der IGeL-Monitor fasste für die Bewertung Studien zusammen, die Nutzen und Schaden der Früherkennung mit dem PSA-Test untersuchten. Das Ergebnis: In den Studien gibt es Hinweise, dass durch den PSA-Test weniger Männer an Prostatakrebs sterben. Gleichzeitig ist der PSA-Test aber auch überempfindlich und schlägt manchmal falschen Alarm. Ob es ein falscher Alarm ist, klärt sich aber meist erst nach weiteren belastenden Untersuchungen. Oft ist dazu eine Biopsie nötig.

Noch gravierender: Aus Studien gibt es Hinweise darauf, dass Früherkennung mit dem PSA-Test zu Überdiagnosen und Übertherapien führen kann. Der Grund: Der PSA-Test und die nachfolgenden Untersuchungen finden manchmal Formen von Prostatakrebs, die den Betroffenen zu Lebzeiten nie Beschwerden gemacht hätten. In diesen Fällen wächst der Krebs so langsam, dass die Betroffenen an anderen Ursachen sterben. Ob das im Einzelfall zutrifft, lässt sich im Vorhinein aber schlecht abschätzen, so dass oft doch eine Therapie erfolgt. Eingriffe wie Operationen und Bestrahlung gehen für die Betroffenen allerdings nicht selten mit Inkontinenz und Impotenz einher. Diese Folgen bekommen auch Patienten zu spüren, deren Prostatakarzinom für sie nicht lebensbedrohlich gewesen wäre.

Diesen Schaden durch die Früherkennung bewertete der IGeL-Monitor als gut belegt. Weil die Daten für den Nutzen weniger aussagekräftig seien als der mögliche Schaden, resultierte die Bewertung „tendenziell negativ".

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam im Jahr 2020 übrigens auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das die Studienlage im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ausgewertet hatte (7). Die Zahlen in Kürze: Regelmäßige Früherkennung mit dem PSA-Test verhindert über einen Zeitraum von 16 Jahren bei 1.000 getesteten Männern bei etwa 3 von ihnen, dass sie an Prostatakrebs sterben. Bei etwa 250 schlägt der PSA-Test falschen Alarm. Gleichzeitig müssen bis zu 60 Männer mit einer Überdiagnose rechnen (8).

Der G-BA, der die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung festlegt, diskutierte zu diesem Zeitpunkt, ob der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs für gesetzlich versicherte Männer auf Kassenkosten möglich sein soll. Auf der Grundlage des IQWiG-Gutachtens entschied sich der G-BA allerdings dagegen.

WENIGER SCHADEN MÖGLICH?

In der damaligen Diskussion wurde auch thematisiert, ob sich der mögliche Schaden der PSA-Früherkennung nicht durch weitere Maßnahmen verringern ließe. Dazu gehört etwa, bei auffälligen PSA-Werten nicht gleich eine Biopsie zu veranlassen, sondern mit Hilfe von Risikokalkulatoren und/oder weiteren Untersuchungen mittels Magnetresonanztomografie (MRT) Männer mit erhöhtem Risiko zu identifizieren, also bei denen vermutlich eine aggressive Form von Prostatakrebs vorliegt. Nur in diesem Fall würde dann tatsächlich eine Gewebeentnahme erfolgen.

Tatsächlich gibt es Hinweise darauf, dass eine MRT-Abklärung unnötige Biopsien verhindern könnte (10). So empfiehlt es auch die europäische Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Prostatakrebs (11). Derzeit ist das in Deutschland allerdings noch kein Standard. Außerdem laufen derzeit erst noch große Studien in Finnland (12) und Schweden (13), die die langfristige Gesamtbilanz dieses Vorgehens untersuchen und so etwa feststellen können, ob bei Verzicht auf die Biopsie möglicherweise doch manche aggressiven Formen

von Prostatakrebs übersehen werden und in welchem Umfang dieses Vorgehen Überdiagnosen und Übertherapien senkt. Diese Frage soll auch eine große Studie im Vereinigten Königreich klären (14).

Eine weitere Möglichkeit zur Schadensreduktion: Wenn die Biopsie den Verdacht auf Prostatakrebs bestätigt, wäre es bei sehr langsam wachsenden Formen eine Option, auf die sofortige Behandlung zu verzichten und stattdessen die Betroffenen engmaschig zu überwachen („active surveillance"). Eine Behandlung würde nur erfolgen, wenn es Hinweise auf ein Fortschreiten der Erkrankung gibt.

Active surveillance hat Vorteile, aber auch Nachteile gegenüber einer sofortigen Behandlung (15). Ein Blick in die Dokumentation der Tumorzentren (16) zeigt: In der Praxis wählen Ärzt:innen und Patienten dieses Vorgehen jedoch nur in gut einem Drittel der Fälle, in denen es möglich wäre.

Fazit: Männer, die sich aktuell für einen PSA-Test als IGeL entscheiden, können nicht automatisch davon ausgehen, dass sie bei einem auffälligen Befund schadensreduzierende Maßnahmen angeboten bekommen. Ohne diese Maßnahmen ist die Bewertung des IGeL-Monitor aber nach wie vor aktuell.

Richtig ist, dass eine Ergänzung des PSA-Tests beispielsweise durch eine MRT-Untersuchung womöglich Schäden verringert. Das ist allerdings eine andere Untersuchungsmethode zur Früherkennung als der PSA-Test allein. Wie sich schadensreduzierende Maßnahmen auf die Gesamt-Bewertung der Früherkennung mittels PSA-Test auswirken, wird aktuell noch in Studien untersucht.

STEHT DIE BEWERTUNG DES IGEL-MONITORS IM WIDERSPRUCH ZUR LEITLINIEN-EMPFEHLUNG?

Die Pressemitteilung des Medizinischen Dienstes zum IGeL-Report verweist darauf, dass die Bewertungen des IGeL-Monitors im Einklang mit internationalen Leitlinien-Empfehlungen stehen. Diese Aussage bezieht sich auf eine Analyse, die der IGeL-Monitor 2023 veröffentlicht hatte (17).

Dagegen wirft die DGU dem IGeL-Monitor vor, die aktuelle deutsche Leitlinie (18) zu ignorieren. Nach DGU-Darstellung empfehle die Leitlinie, dass „Männern ab dem 45. Lebensjahr, die nach ergebnisoffener Aufklärung über die Vor- und Nachteile der Früherkennung von Prostatakrebs eine Früherkennungsuntersuchung wünschen, die Bestimmung des PSA-Wertes als Untersuchungsmethode angeboten werden soll".

Ein Blick in die Leitlinie zeigt: Die Empfehlung ist wesentlich differenzierter, als es die DGU-Pressemitteilung vermuten lässt. In der Leitlinie heißt es zunächst: „Besteht ein Anlass, über Früherkennung zum Prostatakarzinom zu informieren, sollen Männer ergebnisoffen über die Vor- und Nachteile beraten werden, insbesondere über die Aussagekraft von positiven und negativen Testergebnissen, Überdiagnosen sowie über gegebenenfalls erforderliche weitere Maßnahmen." Weiter heißt es dann, wie in der DGU-Pressemitteilung zitiert: „Männern, die nach der Aufklärung eine Früherkennungsuntersuchung wünschen, soll das Bestimmen des PSA-Wertes als Untersuchungsmethode angeboten werden."

Es gibt in der Leitlinie also keine unbedingte Empfehlung zur Früherkennung mittels PSA-Test. Sie empfiehlt lediglich, wenn nach umfassender Aufklärung der Wunsch nach Früherkennung besteht, primär den PSA-Test als Methode zu nutzen.

In der Analyse des IGeL-Monitors zur Leitlinien-Konformität der Bewertungen flossen außer der deutschen Leitlinie weitere internationale Leitlinien ein. Wie die deutsche Leitlinie empfehlen viele, dass über Nutzen

und Schaden der Untersuchung aufgeklärt werden soll, einige raten auch von einem generellen Screening mittels PSA-Test ab. Der IGeL-Monitor kam deshalb zu dem Schluss, dass seine Bewertung und die Leitlinien-Empfehlungen nahezu übereinstimmen.

Fazit: Dass die Bewertung des IGeL-Monitors die deutsche Leitlinien-Empfehlung ignoriert, trifft also nicht zu.

Richtig ist allerdings, dass derzeit viele Leitlinien und Bewertungen zur Früherkennung von Prostatakrebs überarbeitet werden, etwa in den USA, Kanada, Belgien oder Großbritannien. Auch soll 2025 eine neue Version der deutschen Leitlinie zu Prostatakrebs erscheinen. Wie die genauen Leitlinien-Empfehlungen aussehen werden, wie dort die neueren Erkenntnisse zur Schadensbegrenzung abgebildet werden und wie sich das in der Versorgungsrealität niederschlägt, bleibt noch abzuwarten.

EINE IGEL IST KEIN FRÜHERKENNUNGS-PROGRAMM

Der „tendenziell negativ"-Bewertung des IGeL-Monitors für die individuelle Gesundheitsleistung PSA-Test stellt die DGU die Forderung nach einem PSA-basierten organisierten Früherkennungsprogramm als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland gegenüber.

Dazu hatte die Fachgesellschaft bereits im Sommer 2024 das Positionspapier „Risikoadaptierte Prostatakarzinomfrüherkennung 2.0" (19) veröffentlicht. Danach solle ein solches Programm Maßnahmen zur Schadensbegrenzung wie etwa MRT-Abklärung vor einer Biopsie beinhalten. Die DGU beruft sich dabei auf eine Empfehlung der Europäischen Kommission (20).

Was die Pressemitteilung der DGU nicht erklärt: Ob der PSA-Test als IGeL oder als organisiertes Früherkennungsprogramm angeboten wird, kann für Nutzen und Risiken einen deutlichen Unterschied machen. Ein organisiertes Früherkennungsprogramm, wie es in Deutschland etwa für die Früherkennung auf Brustkrebs mit Mammografie besteht, wird nur eingeführt, wenn es nach einer Bewertung mit ausreichender Sicherheit feststeht, dass der Nutzen die Risiken übersteigt (21). Für die Früherkennung mit PSA-Test allein hatte der G-BA das verneint (siehe oben).

Außerdem gelten in einem organisierten Früherkennungsprogramm besondere Anforderungen an die Qualitätssicherung und Dokumentation: So dürfen je nach Screening nur Ärzt:innen mit besonderer Qualifikation die Untersuchungen durchführen. Zudem gelten bestimmte Regeln, wie verdächtige Befunde weiter abgeklärt werden sollen und die Ergebnisse des Programms werden regelmäßig evaluiert.

Den PSA-Test als IGeL dürfen dagegen grundsätzlich alle Arztpraxen anbieten, es gibt keine Vorgaben, wie und wann genau weitere Abklärung erfolgen soll. Ob das im Einklang mit Leitlinien-Empfehlungen erfolgt, etwa den PSA-Test zum Schutz vor Überdiagnosen nur bis zum Alter von 70 Jahren anzubieten, lässt sich mangels Dokumentation nicht kontrollieren. Ein solches Vorgehen wird auch als „graues" oder „opportunistisches" Screening bezeichnet.

Die DGU weist in ihrem Positionspapier selbst auf das Problem von Überdiagnosen und Übertherapien mit dem PSA-Test als opportunistisches Screening hin. Andere Urologen werden in einem Beitrag im Bundesgesundheitsblatt noch deutlicher: „Aber seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich der selbstinitiierte PSA-Test als „opportunistisches Screening" nicht nur in Deutschland verbreitet und für diese Art des Screenings trifft die ungünstige Schaden-Nutzen-Relation in noch höherem Maße zu." (22) Das bestätigt also die Einschätzung des IGeL-Monitors. Auch die wissenschaftliche Bewertung (23), auf

der die zitierte EU-Empfehlung beruht, spricht sich dafür aus, die PSA-Tests als individuelle Gesundheitsleistungen bzw. opportunistisches Screening zu stoppen.

Fazit: Dass die Pressemitteilung der DGU nicht ausreichend darauf hinweist, dass der PSA-Test als IGeL eine andere Beurteilung erfordert als in einem organisierten Früherkennungsprogramm, ist unseriös.

Richtig ist, dass es Vorschläge gibt, wie sich in einem organisierten Früherkennungsprogramm mögliche Schäden reduzieren lassen könnten. Eine umfassende evidenzbasierte Bewertung von Nutzen und Risiken steht jedoch noch aus.

BESSERE AUFKLÄRUNG ZU IGEL

Derzeit sind zur Früherkennung von Prostatakrebs mit dem PSA-Test noch etliche Fragen offen, besonders wenn es um die weitere Abklärung von auffälligen Testergebnissen geht. Vermutlich werden sich in den nächsten Jahren Datenlage und Empfehlungen dazu ändern.

Unter den an der deutschen Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften und Gruppen gibt es unterschiedliche Ansichten dazu, ob Ärztinnen und Ärzten Patienten proaktiv über den PSA-Test informieren sollten oder nur auf Nachfrage. In jedem Fall müssen Arztpraxen, die den PSA-Test als IGeL anbieten, Patienten ausreichend zu Nutzen und Schaden aufklären. Die Ergebnisse des IGeL-Reports deuten darauf hin, dass das zu oft nicht der Fall ist.

Der Medizinische Dienst Bund und die Verbraucherzentrale fordern deshalb eine Pflicht für Arztpraxen, Patienten neutrale schriftliche Informationen zu IGeL-Angeboten anzubieten (24). Verlässliche Gesundheitsinformationen zum PSA-Test für Patienten finden sich außer beim IGeL-Monitor auch beim IQWiG (8) oder beim Krebsinformationsdienst (25). Für Ärztinnen und Ärzte bietet die Software arriba (26) Unterstützung bei der Beratung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung. ■

DR. IRIS HINNEBURG
ist Medizinjournalistin (u. a. für "Medizin Transparent", ein Gesundheitsportal von Cochrane Österreich), Autorin des Buches „Klinische Studien kritisch lesen“ und Sprecherin des Fachbereichs evidenzbasierte Pharmazie des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin

Referenzen
Alle angegebenen Websites wurden zuletzt am 10.02.2025 abgerufen.

(1) RKI (2023) Krebs in Deutschland. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2023/kid_2023_c61_prostata.pdf
(2) IQWiG (2022) Örtlich begrenzter Prostatakrebs https://www.gesundheitsinformation.de/oertlich-begrenzter-prostatakrebs.html
(3) Medizinischer Dienst (Bund) IgeL-Monitor 2024
https://www.igel-monitor.de/fileadmin/Downloads/Presse/2024_12_03_PK_IGeL_Report_2024/IGeL-Report_2024.pdf
(4) Medizinischer Dienst (Bund) Pressemitteilung vom 3. Dezember 2024.
https://www.igel-monitor.de/presse/pressemitteilungen/2024-12-03-igel-report-2024-24-milliarden-euro-setzen-arztpraxen-pro-jahr-mit-fragwuerdigen-igel-um.html
(5) Deutsche Gesellschaft für Urologie. Pressemitteilung vom 5. Dezember 2024 https://idw-online.de/de/news844338
(6) IGeL-Monitor (2017) PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs
https://www.igel-monitor.de/igel-a-z/igel/show/psa-test-zur-frueherkennung-von-prostatakrebs.html
(7) IQWiG (2020) [S19-01] Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Test. https://www.iqwig.de/projekte/s19-01.html
(8) IQWiG (2022) Der PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs.
https://www.gesundheitsinformation.de/der-psa-test-zur-frueherkennung-von-prostatakrebs.html
(9) G-BA (2021) Methodenbewertung Prostatakrebs-Screening mittels Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA).
https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/methodenbewertung/210/
(10) Fazekas T et al. Magnetic Resonance Imaging in Prostate Cancer Screening. A Systematic Review and Meta-Analysis.
JAMA Oncol 2024, 10:745–754. doi:10.1001/jamaoncol.2024.0734
(11) European Urology Association (2024) Guideline Prostate Cancer. https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer
(12) A Randomized Trial of Early Detection of Clinically Significant Prostate Cancer (ProScreen) (ProScreen). NCT03423303
https://clinicaltrials.gov/study/NCT03423303
(13) The GÖTEBORG prostate cancer screening 2 trial. ISRCTN94604465 https://www.isrctn.com/ISRCTN94604465
(14) Prostate Cancer UK (2024) TRANSFORM trial. https://prostatecanceruk.org/research/transform-trial
(15) IQWiG (2022) Niedrig-Risiko-Prostatakrebs: Aktiv überwachen oder behandeln?
https://www.gesundheitsinformation.de/niedrig-risiko-prostatakrebs-aktiv-ueberwachen-oder-behandeln.html
(16) Deutsche Krebsgesellschaft. Jahresbericht der Prostatakrebszentren 2024
(17) Becker M et al. Stehen die Bewertungen von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) des IGeL-Monitors im Einklang mit Leitlinien?
Gesundheitswesen 2023, 85: 1192–1199
(18) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 7.0, 2024,
AWMF-Registernummer: 043-022OL https://www.leitlinienprogrammonkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/
(19) Michel M et al. Risikoadaptierte Prostatakarzinomfrüherkennung 2.0 – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2024.
Die Urologie 2024, 63, 893–898.
(20) European Commission (2022). Annex to the Proposal for a Council Recommendation on strengthening prevention through early detection:
A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC.
https://health.ec.europa.eu/document/download/196f0be6-e518-410c-9fa6-a79925ee820c_en?filename=com_2022-474_annex_en.pdf
(21) WHO (2020) Vorsorgeuntersuchung und Screening: ein kurzer Leitfaden. https://www.who.int/europe/de/publications/i/item/9789289054782
(22) Albers P et al. Prostatakarzinom-Screening? Nur evidenzbasiert, risikoadaptiert und organisiert! Bundesgesundheitsbl 2024, 67: 1047–1053
(23) SAPEA, Science Advice for Policy by European Academies. (2022). Improving cancer screening in the European Union. Berlin: SAPEA.
https://doi.org/10.26356/cancerscreening
(24) Verbraucherzentrale Bundesverband. Pressemitteilung vom 03.12.2024
https://www.vzbv.de/pressemitteilungen/individuelle-gesundheitsleistungen-fragwuerdiges-geschaeftsmodell
(25) Krebsinformationsdienst (2025) Prostatakrebs: Vorsorge und Früherkennung https://www.krebsinformationsdienst.de/prostatakrebs/frueherkennung
(26) arriba (2020) PSA-Screening https://arriba-hausarzt.de/module/psa-screening

EbM Netzwerk

Topf und Deckel

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

„Der Arzt war überhaupt nicht empathisch!“ „Ist immer so, meine Hausärztin erklärt dann immer noch ganz lange, obwohl ich ja eigentlich in die Werkstatt muss, null Empathie.“

„Das wird denen wohl nie beigebracht im Studium.“

Wenn Kontakte zwischen Patient und Arzt nicht zufriedenstellend ablaufen, kommt sehr schnell das Schlagwort Empathie ins Spiel, von den Social Media-Experten auch häufig „Emphathie“ genannt. Meist geschieht das in hochemotionalen Diskussionen.

> "Ich komme gerade vom Hausarzt, der sah ganz blass aus und hat mich auch gleich angepampt. Da hab ich gesagt: Na komm, min Jung, das wird schon wieder."

Das mag daran liegen, dass Empathie mittlerweile parallel als Serviceleistung, als Charaktereigenschaft, als Klagegrund und als etwas vollkommen individuell Zugeschnittenes, Gefühliges, immer Passendes gesehen wird – allerdings nicht so, wie es ursprünglich gedacht war.

Empathie ist ein Begriff, der Philosophie, Psychologie, Verhaltensforschung und viele weitere Fachrichtungen schon intensiv beschäftigt hat. War es für den Vater im Altertum akzeptabel, sein Kind zu töten, besitzen Kinder heute einen gesetzlichen Anspruch auf gewaltfreie Erziehung. Auch die Brutalität, mit der die Frau im Mittelalter behandelt werden durfte, ist heute nicht mehr vorstellbar. Es ist nicht in Gänze erforscht, warum die Menschen, die ja schon immer mit Spiegelneuronen ausgestattet waren, mit zunehmender Zeit (und zunehmender Änderung der Lebensbedingungen) einen emotionalen Paradigmenwechsel erlebten.

Erfreulicherweise ist es ja aber so, und mit der Zeit hat das Thema Empathie auch die Medizin erreicht.

Das einfach in jede Arztunzufriedenheit geworfene Wort Empathie ist gar nicht so einfach. Zunächst einmal hat es vier Säulen, nämlich Wahrnehmung, Verständnis, Resonanz und Antizipation. Das bedeutet, dass wir beim empathischen Handeln in Sekunden klären, wie es jemandem geht, warum es ihm so geht, wie ich darauf reagiere, und wie der andere auf meine Reaktion reagieren wird. Probleme sind da natürlich vorprogrammiert.

In der groben Struktur war die Empathie schon immer ein überlebenswichtiges Instrument. Versetzen wir uns von der Sprechstunde in die Steinzeithöhle.

Der Mann geht seiner Jagerei mit der Keule nach, da kommt irgendein Steinzeitbär um die Ecke.

Um zu wissen, ob er den Bären mit der Keule überwältigen soll oder lieber wieder in die Höhle läuft, braucht er viele Teile des empathischen Konstrukts. Sekundenschnell laufen diese Überlegungen bei uns allen auch immer noch ab.

Anders als die aufgebrachten Patienten denken, fehlt es kaum jemandem von uns wirklich an Empathie.

Der wichtigste Faktor, der bei Reibereien zwischen Patient und Arzt selten berücksichtigt wird, ist die ganz simple Tatsache, dass sich da zwei Menschen treffen.

Menschen sind vielschichtige, eigensinnige, genetisch determinierte, vom Leben geprägte, unvorhersehbare Kreaturen. Das gilt auch in unserem Metier, und auch für beide Gesprächsteilnehmer.

Der Patient ist da, weil er krank ist, der Arzt ist da, weil er das beheben soll.

Em | pa | thie, die

Krankheitserscheinungen können die Stimmung beeinflussen, aber die pubertierende Tochter von Herrn Mustermann auch. Er hat hier auch schon viel zu lange gewartet, alles Mist. Und dann ist der Arzt irgendwie auch nicht so nett wie immer und redet viel schneller.

Der Arzt hingegen denkt an die Beerdigung seiner Mutter am Dienstag, schläft seit ein paar Tagen schlecht, den Regressbescheid hat er noch nicht aufgemacht und jetzt ist dieser Patient wieder da, der war doch letzte Woche schon hier.

Das ist die Ausgangsposition einer Behandlung nur aufgrund irgendwelcher zufälligen äußeren Faktoren.

Dies Gespräch kann ohne Weiteres trotzdem gut ausgehen. Wir Ärzte sind immer der Teil der Besetzung, der die tragende Nebenrolle hat. Wenn der Hauptdarsteller nicht zurechtkommt, müssen wir das auffangen.

Klassische Nebenrollen-Vorgehensweise: Umschalten auf eine fröhliche Mimik, aber nicht zu doll, trotz des inneren Chaos leicht zurücklehnen im Stuhl, Stimme runter und langsam, und auch mal nickend vorbeugen.

Der Patient erzählt was. Nach den ersten zwei Sätzen ist klar, worum es hier geht, das Gehirn hört parallel zu und denkt an den Bestattungsunternehmer, und dass die Mutter einfach so sehr fehlen wird.

Auftragserledigung wie oben beschrieben, automatisierte freundliche Worte und Auf Wiedersehen.

Empathie: fast null. Patientenzufriedenheit: fast hundert Prozent, der ist so ein lieber Arzt, kümmert sich immer so.

Diese Situation wird vielen von uns gut bekannt sein. In diesem Zusammenhang fand ich die Begriffe „kalte Empathie“, die die Fähigkeit beschreibt, die Emotionslage des anderen sehr wohl zu verstehen, aber keine Gefühle dazu zu entwickeln. In der Folge finden sich unendliche Abhandlungen über Narzissmus, auch wieder eine sehr einseitige Betrachtungsweise.

Es ist aber sehr spannend, wie ein Schauspiel von Empathie genauso, wenn nicht sogar besser als ein echtes Empathieempfinden, zu einem sehr guten Patientenkontakt führen kann. In Situationen, in denen ich ehrliche, ausgeprägte Empathie empfinde, bin ich zum Beispiel recht still und eher unbeholfen.

Wenn ich in der Rolle sein kann, bin ich sicher und versiert. Ist es dann schlimm, aus der Sprechstunde eine Bühne zu machen? Meines Erachtens nicht, da neben dem guten Gefühl des Patienten meine eigene Abgrenzung gegenüber mehr als 1200 Patienten im Quartal deutlich besser funktioniert. Und wenn man weiß, wie man Empathie spielt, kennt man sie eben auch gut.

Zentral bleibt aber weiterhin das Problem, dass Menschen individuell anders wahrnehmen, anders emotional berührt sind, sich anders ausdrücken und anders reagieren. Im Idealfall passt das in der Praxis, aber mitunter eben auch nicht.

Der, der einmal im Jahr zum Ohrensäubern muss, will – meist - gar nicht reden und rennt gleich wieder raus. Die 40-jährige Mutter, die ihre Mammakarzinom-

Diagnose bekommt, braucht – meist – einen vollkommen anderen Kontakt.

Wenn der Gynäkologe jetzt unbeholfen und fast abweisend wirkt, ist das möglicherweise gerade kein Empathieproblem, sondern sein Umgang mit schwierigen Situationen. Wenn ein Patient mit einem wortkargen Kollegen sehr gut zurechtkommt, bedeutet das nicht, dass er sich mit meinem Gerede wohlfühlt. Mit Empathie hat das nichts zu tun.

Empathie bedeutet nicht, in jeder Situation für jeden Menschen sofort erraten zu können, was genau dieser jetzt gerade für empathisch halten könnte. Das ist nicht blöd oder böse, sondern menschlich.

Es geht also auch um viele Schichten anderer Merkmale, damit sich Patient und Arzt verstehen. Topf und Deckel.

Die Hauptaufgabe im Gespräch bezüglich Empathie hat der Behandler, aber das bedeutet nicht, dass das eine Einbahnstraße ist. Auch Patienten dürfen empathisch sein.

Neulich hatte ich eine ältere Dame in der Sprechstunde.„Ich komme gerade vom Hausarzt, der arme Kerl, der sah ganz blass aus und hat mich auch gleich so angepampt, da habe ich gesagt, na komm min Jung, das wird schon wieder. Muss man ja auch mal sagen, oder was meinen Sie.“

Insofern muss man sich vielleicht manchmal auch fragen, wenn jemand anders schon wieder keine Empathie hatte, ob das vielleicht ein gegenseitiges Problem war.

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

---

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

KVH

Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf
Verbandmittel
Früherkennung
Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung
Verbandmittel
Wirtschaftlichkeitsgebot
Digitale Gesundheitsanwendungen
Überweisung
Arzneimittelvereinbarung
Krankenpflege
Verordnung und Beratung
Hilfsmittel
Arbeitsunfähigkeit
Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung
Rehabilitation
Heilmittel
Krebsvorsorge
Medizinprodukte
Impfvereinbarung
Heilmittelvereinbarung
Wiedereingliederung
DMP
Substitution
Wirkstoffvereinbarung
Nutzenbewertung
Krankengeld
Antibiotika-Therapie
Arzneimittelmissbrauch

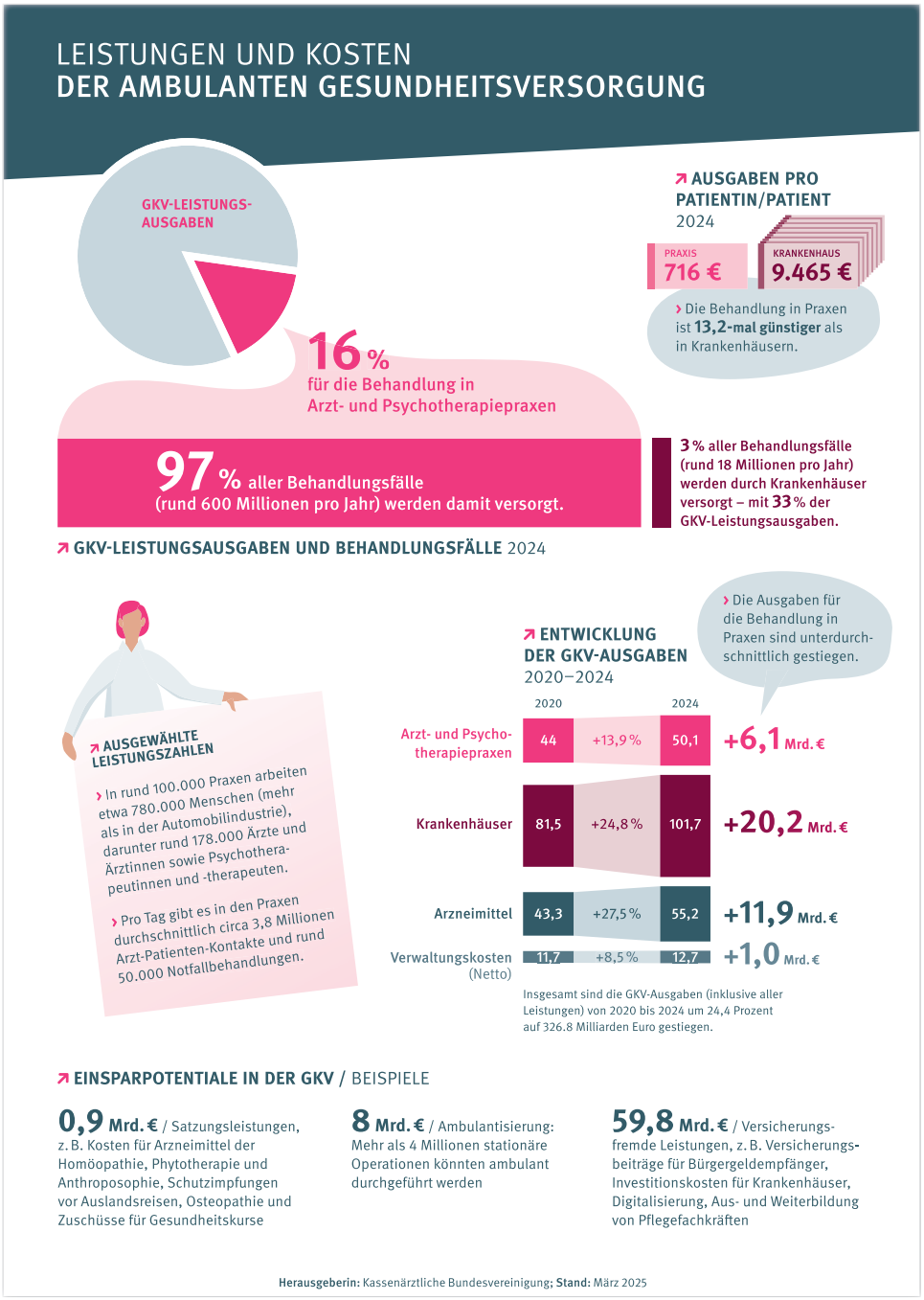
Sie verordnen – wir beraten!

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

KBV-Faktenblatt zur Versorgung

Die Praxen gehören nicht zu den Kostentreibern im Gesundheitswesen. Eine weitere Ambulantisierung könnte Kosten einsparen. Insgesamt braucht die GKV eine Entlastung von versicherungsfremden Leistungen. Zu diesen und weiteren Aspekten hat die KBV die wichtigsten Zahlen zusammengestellt.



Zum Herunterladen: www.kbv.de/media/sp/kbv_faktenblatt_ambulante_versorgung.pdf

VON DR. GUNTRAM HINZ

Netzwerke für psychiatrische Versorgung

Im Januar 2025 stellte Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer den Hamburger Landespsychiatrieplan vor: Zur Versorgung von schwer psychisch erkrankten Personen sollen unter anderem Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) geschaffen werden. Unabhängig davon startete ein Jahr zuvor in Hamburg der „Netzverbund Hamburg zur Komplexversorgung psychisch schwer Kranker".

Der Veröffentlichung des Hamburger Psychiatrieplans ging eine fast dreijährige Vorbereitung im Amt für Gesundheit voraus. Zahlreiche Vertreter aus der psychiatrischen Versorgung in Hamburg wurden dabei beteiligt wie auch Experten überregionaler Modelle. Auf einem Fachkongress im November 2023 stellten zudem Entwickler aus europäischen Nachbarstaaten dortige Einrichtungen vor, die in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen Relevanz haben.

Welches sind die wichtigsten Eckpunkte des Psychiatrieplans für Hamburg?

Ziel ist eine bessere Betreuung schwer psychisch kranker Menschen aller Altersgruppen mit komplexem Hilfebedarf. Zu deren bedarfsorientierter und wohnortnaher Versorgung sollen die unterschiedlichen Angebote zur Früherkennung, Behandlung, Rehabilitation, Eingliederung und Prophylaxe besser miteinander verzahnt werden. Dies wird die Aufgabe der neu zu schaffenden bezirklichen Gemeindepsychiatrischen Verbünde (GPV) sein.

Ein Psychiatriekoordinator wird die fallbezogene Arbeit im GPV koordinieren und die Verbindung zur Fachamts- und Senatsebene sicherstellen. Dort wird er zusammen mit den Koordinatoren der anderen Bezirke einem Expertenrat Psychiatrie angehören. Neben Vertretern von Angehörigen- und Betroffenenorganisationen sollen dabei auch Verantwortliche aus Polizei und Rechtsprechung beteiligt werden.

In den Stadtteilen wird eine Ausbreitung des oder der Dienste zur Behandlung schwer psychisch Erkrankter in ihrem Lebensumfeld angestrebt („Home Treatment"). Diese werden von multiprofessionellen und klinisch erfahrenen Teams erbracht. Die psychiatrische Klinik im UKE betreibt ein solches Modell schon seit vielen Jahren in Kooperation mit Vertragsärzten in mehreren Stadtteilen.

Neu wird eine Präventionsstelle zur besseren Betreuung und Begleitung von so genannten Risikofällen sein. Damit sind Menschen mit schweren psychischen Störungen gemeint, bei denen das Risiko strafrechtlicher Handlungen aufgrund ihrer Erkrankung und Vorgeschichte erhöht ist. Die Stelle soll zentral in der Sozialbehörde verortet werden. Ein Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen, einer Pflegefachkraft sowie Mitarbeitern in der Geschäftsstelle sollen ca. 100 bis 200 Risikopersonen betreuen.

Dadurch sollen „forensische Krankheitsverläufe" und damit Straffälligkeiten durch die psychische Erkrankung verhindert werden, was auch „prä-forensische Prävention" genannt wird.

Darüber hinaus soll die forensische Institutsambulanz, die zur Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll gehört, ausgebaut und dezentralisiert werden. Hier werden bereits straffällig gewordene, aber schuldunfähige Menschen langfristig behandelt und reintegriert.

Die Landesregierung wird für die erwähnten Bestandteile des neuen Psychiatrieplans Mittel in Höhe von 6,3 Mio. Euro ausgeben. Eingeplant werden weitere 5,8 Mio. Euro für die laufenden Kosten pro Jahr für Personal und Fortbildungen.

Weitere Informationen zum Hamburger Psychiatrieplan: Senatsdrucksache 22/17437 (7.1.2025) www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/89707

Was ist der „Netzverbund Hamburg zur Komplexversorgung"?

Parallel zu den Planungsarbeiten im Amt für Gesundheit wurde in der KV Hamburg ein neuer Behandlungsver-

bund aufgebaut. Diesem „Netzverbund Hamburg zur Komplexversorgung psychisch schwer Erkrankter“ gehören Psychiater und Psychotherapeuten als Mitglieder an. Die Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll und Soziotherapeuten, Ergotherapeuten und psychiatrischen Fachpflegekräfte nehmen als Kooperationspartner im Verbund teil. Das Managementportal IVP aus Hamburg koordiniert den Verbund und hat eine Internet-Plattform für ihn erstellt.

Der Netzverbund ist Teil der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Er wird durch eine Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses ermöglicht und definiert. Ziel ist eine Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Versicherter.

Entsprechende Verbünde für Kinder und Jugendliche sind inzwischen ebenfalls vorgesehen.

Für die teilnehmenden Ärzte und Therapeuten bietet der Verbund u.a. durch die Plattform eine leichtere Kommunikation untereinander und mit den übrigen Leistungsanbietern, nämlich den Sozio- und Ergotherapeuten und Fachkrankenpflege. Die Vergütung wurde durch neue Leistungspositionen im EBM-Kapitel 35 verbessert. Neu ist ebenfalls, dass ein Teil der Vergütung fall- und leistungsbezogen von den ärztlichen Praxen an die Kooperationspartner weiterzureichen sind. Dank des Portals IVP hat sich das inzwischen gut eingespielt.

Weitere Informationen:
www.kvhh.de → Praxis → Formulare → Formulare → Psychiatrische und Psychotherapeutische Komplexbehandlung
Hier können sich interessierte Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen melden, auch um weitere Informationen einzuholen: Koordinationsstelle des Netzverbunds: IVPNetworks, hamburg@ksvpsych.de
Tel: 040 / 607 722 277 (Mo. bis Fr. 9 bis 17 Uhr)

Was haben „Netzverbund Hamburg zur Komplexversorgung“ der KV und „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ gemeinsam und wie lässt sich eine Kooperation gestalten?

Die beiden Verbünde gehören zu unterschiedlichen Rechtsbereichen, nämlich der KV-Verbund zum SGB V und der GPV zum SGB IX. In beiden Verbünden geht es aber um die Behandlung und Betreuung von Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf. Damit ist gemeint, dass die Patienten einen komplexen Behandlungsplan benötigen. Darin werden neben der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung weitere Therapiemaßnahmen vorgesehen.

Bei den prä- und postforensischen Patienten (s.o.) sind Behandlung und Führung besonders schwierig und personalintensiv. Gleichzeitig ist deren weitere Betreuung nach der Haftentlassung oder dem Ende einer Maßregel besonders dringlich. Das haben uns Tötungsdelikte in den den letzten Monaten schmerzhaft gezeigt, die von fanatischen oder unbehandelten psychisch kranken Tätern ausgeübt wurden.

Ob und welche Rolle Vertragsärzte und -psychotherapeuten dabei spielen können, wird sich zeigen müssen. In dieser Patientengruppe sind besondere Kenntnisse und Erfahrungen notwendig.

Für die Kooperation von Vertragsärzten mit Leistungserbringern im gemeindepsychiatrischen Verbund spricht vieles. Allerdings wird vorher die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht eingeholt werden müssen. Bei akuten Risikofällen muss u.U. eine rechtliche Abwägung erfolgen. Es könnte sinnvoll sein, vorher die Expertise eines Ethikrats einzufordern.

Die Kooperation mit dem GPV wird in der Praxis sicher auf einzelne Fälle bezogen bleiben. In der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zur Komplexversorgung wurde eine solche Zusammenarbeit allerdings bereits mit eingeschlossen. ■

DR. MED. GUNTRAM HINZ ist Neurologe und Psychiater sowie Hamburger Landesvorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN)

Einladung zur Eröffnung

der Wanderausstellung

Systemerkrankung

Arzt und Patient im Nationalsozialismus

Neuer Termin! 10.04.25

10. April 2025, 18-21 Uhr, KV Hamburg

Bildnachweis: Illustrirte Zeitung – Die Wochenschrift des Gebildeten, Bd. 180, Nr. 4589, 23. Februar 1933, Sondernummer „Arzt und Volk“/ Sammlung Ulrich Prehn

Programm:

- **Begrüßung John Afful**
  Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg
- **Vortrag Dr. Michael Reusch**
  Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg
- **Vortrag Dr. Anna von Villiez**
  Historikerin / Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, UKE
- **Vortrag Dr. Ulrich Prehn**
  Kurator / TU Berlin, Zentrum für Antisemitismus-forschung

Anmeldung zur Eröffnungsveranstaltung:

kvhh.de

Atkinson Hyperlegible; Copyright 2020 Braille Institute of America, Inc. SIL OPEN FONT LICENSE

Die Ausstellung ist eine Wanderausstellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und wird vom 07.04. bis zum 26.05.2025 im Foyer der KV Hamburg zu sehen sein.

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVH Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Sabine Sönksen**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. med. Sabine Sönksen**
Geburtsdatum: **11.9.1964**
Familienstand: **ledig**
Fachrichtung: **Radiologie**
Weitere Ämter: **Ärztliche Stelle der KV Hamburg**
Hobbys: **Geige spielen im Orchester**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Größtenteils. Mit der Wahl meiner Fachrichtung war ich immer glücklich. Die äußeren Umstände hätte ich mir manches Mal anders gewünscht, daher habe ich oft gewechselt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Mehr Einblick erhalten und wenn möglich auch eigene Vorstellungen äußern können. Mehr Informationsaustausch mit anderen Fachkollegen, Zusammenhalt der Ärzteschaft.

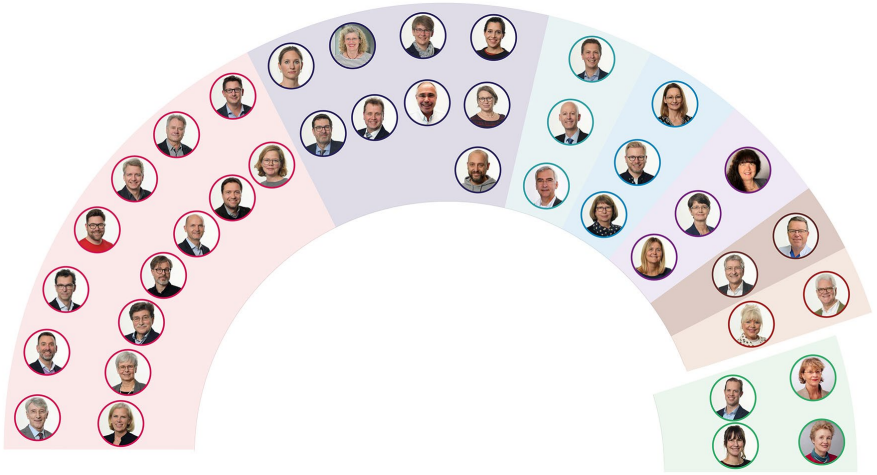
Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Fachübergreifende Entbudgetierung der kassenärztlichen Leistung, eine angemessene und planbare Vergütung für die Behandlung der ambulanten GKV-Patienten. (Und eine PKV, die nicht nur kerngesunde Patienten oberhalb einer bestimmten Einkommensgrenze aufnimmt.)

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? In immer kürzerer Zeit immer mehr Bilddaten von immer mehr Patienten in guter Qualität erstellen und gewissenhaft auswerten.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? So leben und arbeiten, wie ich gerne möchte.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 25. Juni 2025 (19 Uhr)
Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



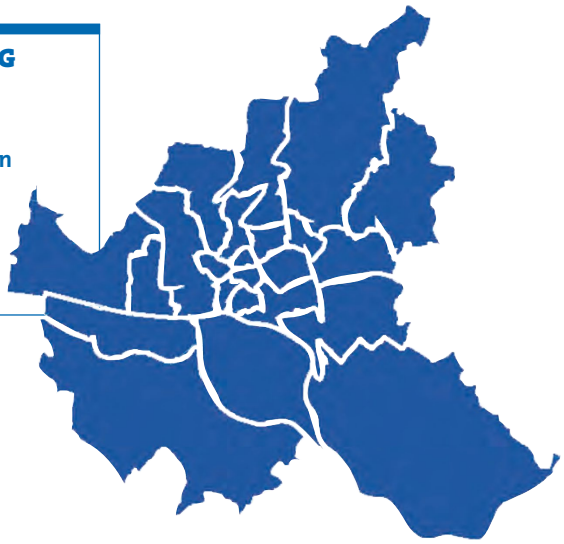
ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEILS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 2
(Winterhude)
Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi, 8.10.2025 (18 - 21 Uhr)
Ort: Ärztehaus, Saal 5 + 6
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Schutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen (online)

Mi. 16.4.2025 (15 - 18.30 Uhr)
Teilnahmegebühr 119 €
6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz Basisseminar (online)

Do. 17.4.2025 (9 - 14 Uhr)
Teilnahmegebühr 139 €
8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Hygiene für Fortgeschrittene (online)

Do. 8.5.2025 (14 - 18 Uhr)
Teilnahmegebühr 139 €
6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz für Fortgeschrittene (online)

Di. 13.5.2025 (9 - 14 Uhr)
Teilnahmegebühr 139 €
8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

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

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

Oder über den QR-Code

DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNG

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

Fr. 4.7.2025 (14.30 - 17 Uhr)

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

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin:
Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder: www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

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

WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

Angst- und Zwangsstörungen

Ursachen - Diagnostik - Therapieoptionen

Mi. 18.6.2025 (18 -22 Uhr)

Bewegung – der perfekte Stressabbau

Couch vs. Sport – der große Unterschied

Mi. 17.9.2025 (18 -22 Uhr)

Alkoholabhängigkeit und Epilepse

Zusammenhänge – therapeutisches Vorgehen – differentialdiagnostische Besonderheiten

Mi. 19.11.2025 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
Saal 5 + 6
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin:
Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

FORTBILDUNGSAKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

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

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

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2025!

Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2025 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

Fortbildungsveranstaltung
Wir lotsen Sie durchs KV-System!

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Information und Austausch in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Mi. 18.6.2025 (14 - 18 Uhr)
Mi. 10.9.2025 (14 - 18 Uhr)

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Oder über den QR-Code

Wir freuen uns auf Sie!

Kurze Info gefällig?

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

Mitgliederservice (ehemals Infocenter) - Wir begleiten Sie durch das KV-System.

040 22 802 802

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