

KVH journal



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

ZEIT FÜR FAIRE HONORARE

Warum die hausärztliche Entbudgetierung gerade für Hamburg so wichtig ist



PREISVERFALL

Die Schwäche des Orientierungspunktwerts

PSEUDOWISSENSCHAFT

Der Heiler weiß alles – immer

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.

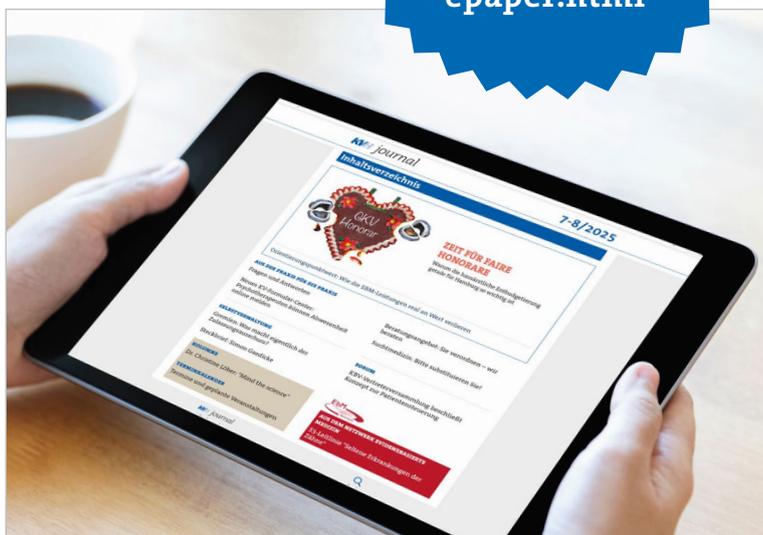
VISDP: John Afful

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 7-8/2025 (Juli / August 2025)



**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.



www.blauer-engel.de/uz195

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die elektronische Patientenakte (ePA) kommt. Wir möchten Ihnen dabei helfen, sich vorzubereiten. Deshalb bieten wir im Juli zehn Online-Seminare an – gemeinsam mit den in Hamburg am häufigsten vertretenen PVS-Herstellern (siehe Seite 33).

Ob die ePA im Praxisalltag problemlos genutzt werden kann, hängt ganz entscheidend vom jeweiligen PVS ab. Die PVS-Hersteller haben sich dazu bereit erklärt, in unseren Seminaren zu zeigen, wie sie die Vorgaben in ihren Systemen umgesetzt haben. Ergänzend berichten Ärztinnen oder Ärzte, die in der Testphase bereits mit den jeweiligen Programmen gearbeitet haben, von ihren Erfahrungen – und geben praktische Tipps.

Für die Hersteller ist das auch eine Gelegenheit, Rückmeldungen zur Nutzerfreundlichkeit ihrer ePA-Lösungen zu bekommen.

Ab Oktober 2025 sind die Praxen verpflichtet, die ePA im Praxisalltag einzusetzen. Wir wissen aus der Testphase in Hamburg: Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Thema lohnt sich. Welche Regeln gibt es? Wie funktioniert die Technik? Wie organisieren wir uns im Praxisteam? Unsere Online-Seminare bieten eine gute Möglichkeit, sich niedrigschwellig mit der ePA auseinanderzusetzen, bevor die Nutzung verpflichtend wird.

www.kvhh.de → Praxis → Veranstaltungen

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende 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** – "Licht am Ende des Tunnels" – John Afful und Dr. Björn Parey erklären, warum die hausärztlichen Auszahlungsquoten in Hamburg so niedrig sind – und was die Entbudgetierung für Hausärztinnen und Hausärzte konkret bedeutet
- 12** – Schwäche des Orientierungspunktwerts: Während die Gesundheitsausgaben insgesamt rasant steigen, erleben die EBM-Leistungen inflationsbereinigt einen Preisverfall

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

- 14**_ Fragen und Antworten
- 16**_ Neues KV-Formular-Center:
Psychotherapeuten können
Abwesenheit online melden

SELBSTVERWALTUNG

- 18**_ Was macht eigentlich der
Zulassungsausschuss? Interview
mit Dr. Bernward Heidland
- 22**_ Steckbrief: Simon Gaedicke

FORUM

- 32**_ KBV-Vertreterversammlung beschließt
Konzept zur Patientensteuerung

NETZWERK**EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 26**_ S3-Leitlinie "Seltene
Erkrankungen der Zähne":
Erfahrungen und Konse-
quenzen aus der Arbeit
mit Fallberichten

RUBRIKEN

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

KOLUMNE

- 23**_ "Mind the science"
von Dr. Christina Löber

TERMINKALENDER

- 34**_ Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.
com; Seite 3, 7, 20: Matthias Friel; Seite 7, 8: Felix
Faller/Alinea Design; Seite 14: amenic181/Stock.
Adobe.com; Seite 19: Kirsten Haarmann; Seite
34: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Foto-
lia; Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmler,
Icons: iStockphoto, VectorStock

INTERVIEW

»Licht am Ende des Tunnels«

JOHN AFFUL und **DR. BJÖRN PAREY** erklären, warum die hausärztlichen Auszahlungsquoten in Hamburg so niedrig sind – und was die Entbudgetierung für Hausärztinnen und Hausärzte konkret bedeutet.



Die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen rückt näher. Doch einstweilen verharrt die hausärztliche Auszahlungsquote bei unter 70 Prozent. Wie kommen solche Quoten zustande?

AFFUL: Das von den Kassen zur Verfügung gestellte Geld reicht nicht aus, um die von den Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen voll zu vergüten. Grund dafür ist

nicht ein schlecht verhandelter Vertrag, sondern eine gesetzliche Regelung. Das ist die Ausgangslage. Nun zum Mechanismus der Quote: Die Hausärztinnen und Hausärzte in Hamburg haben sich für das Garantiequoten-System entschieden, um das begrenzte Geld zu verteilen. Vor Beginn des Quartals wird festgelegt, zu welchem Prozentsatz die erbrachten Leistungen mindestens vergütet werden.

Der Prozentsatz ist für alle Hausärztinnen und Hausärzte in Hamburg gleich?

AFFUL: Ja. Jede Hausärztin und jeder Hausarzt kann sich darauf einstellen, dass die von ihr oder ihm erbrachten Leistungen mindestens zu der vorab bekannt gegebenen Quote bezahlt werden. Das ist die „Garantiequote“. Wenn nach der Gesamtabrechnung des Quartals



John Afful, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg (links),
und **Dr. Björn Parey**, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg

bekannt ist, wie groß die Leistungsmenge tatsächlich war, wird die endgültige Quote berechnet. Das ist die „Auszahlungsquote“. Im Quartal 3/2024 beispielsweise gab es eine Garantiequote von 62 Prozent, die Auszahlungsquote betrug 67 Prozent (vgl. Grafik nächste Seite).

PAREY: Man muss dazusagen: Wir sprechen hier über den budgetierten Teil des Honorars – also über die sogenannte Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (MGV). Daneben gibt es noch die die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) – also Honorar für Leistungen, die voll vergütet werden. Bei den Hausärztinnen und Hausärzten werden beispielsweise Präventionsleistungen, Impfungen sowie Haus- und Heimbesuche voll vergütet. Der EGV-Anteil ist

bei den Hausärztinnen und Hausärzten aber geringer als bei vielen spezialärztlichen Gruppen.

Die Hausärztinnen und Hausärzte sind also von der Budgetierung besonders stark betroffen?

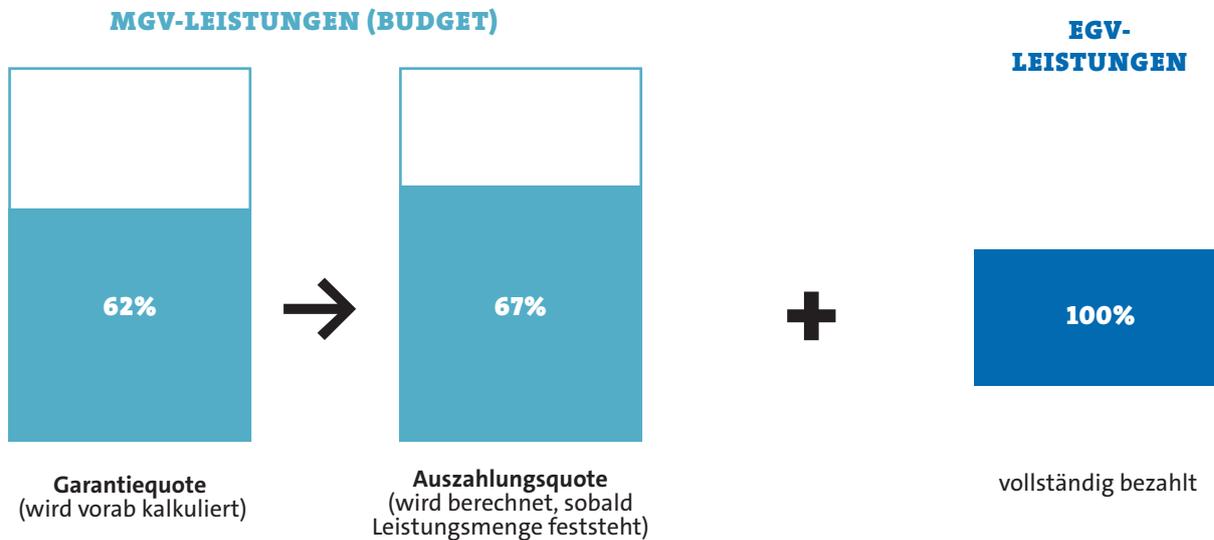
AFFUL: Ja. Bei den Gynäkologen besteht etwa die Hälfte des Umsatzes aus MGV-Honoraren, die andere Hälfte aus EGV-Honoraren. Davon sind wir bei den Hausärzten weit entfernt. Im hausärztlichen Bereich macht der Umsatz aus EGV-Honoraren etwa 35 Prozent aus. Hausärztinnen und Hausärzte haben wenig Möglichkeiten, strategisch in den EGV-Bereich auszuweichen. Offene Sprechstunden beispielsweise werden für Fachärzte extrabudgetär bezahlt – für Hausärzte nicht. Man

kann sagen: Die Honorarabzüge durch Budgetierung sind bei den Hausärzten auf einem Niveau, das keine andere Fachgruppe in Hamburg kennt. Auch im Vergleich zu Hausärzten in anderen KV-Regionen stehen die Hamburger Hausärzte schlecht da.

Wie kommt das?

AFFUL: Ein Grund dafür ist, dass wir in Hamburg keine freien Hausarztsitze haben. Die zur Verfügung stehende Geldmenge ist unabhängig von der Zahl der Ärztinnen und Ärzte. In KV-Regionen, in denen viele Sitze nicht besetzt werden können, ist das Verhältnis zwischen der zur Verfügung stehenden Geldmenge und den abgerechneten

Wie setzt sich das hausärztliche Honorar zusammen?



Für den budgetierten Honorarbereich (MGV) wird vor Beginn des Quartals eine Garantiequote festgelegt, zu der die Leistungen mindestens bezahlt werden. Nach der Gesamtabrechnung des Quartals wird die „Auszahlungsquote“ berechnet, zu der die Leistungen dann tatsächlich bezahlt werden – im 3. Quartal 2024 waren das 67 Prozent. Hinzu kommt noch Honorar aus der extrabudgetären Vergütung (EGV) für vollständig bezahlte Leistungen. Das Verhältnis zwischen MGV-Umsatz und EGV-Umsatz liegt im hausärztlichen Bereich bei 65 zu 35 Prozent.

Leistungen günstiger. In Baden-Württemberg beispielsweise sind etwa 1.000 von 8.000 Hausarztsitzen nicht besetzt. Entsprechend länger reicht das Budget. Hätten wir in Hamburg 25 Prozent weniger Hausärztinnen und Hausärzte, könnten deren Leistungen vollständig bezahlt werden. Doch Hamburg ist sehr gut versorgt.

Alle Hausarztsitze sind besetzt, die Wege für die Patientinnen und Patienten zu den Praxen sind kurz.

PAREY: Die gute Erreichbarkeit der Hausarztpraxen in Hamburg führt sicherlich dazu, dass die Inanspruchnahme von Leistungen höher ist als in ländlichen Regionen.

Vielleicht tragen auch die sozialen Probleme in einem Ballungsgebiet dazu bei, dass die Menschen öfter zum Arzt gehen.

Ist auch die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) mitverantwortlich für die schlechte Auszahlungsquote?

PAREY: Nein. Zwar wandert ein Teil des Honorars in den HZV-Bereich. Dadurch wird das für die Regelversorgung zur Verfügung stehende Budget geringer. Doch es wird ja auch ein entsprechend größerer Anteil der Leistungen im HZV-Bereich erbracht. Deshalb hat die HZV unterm Strich keinen nennenswerten Effekt auf die Auszahlungsquote in der Regelversorgung.

»Auf die heutige Zeit umgerechnet, ist dem hausärztlichen Bereich in Hamburg durch die Honorartrennung eine halbe Milliarde Euro verloren gegangen.«

Dr. Björn Parey



Hätte es in der Rückschau Entscheidungsspielräume der KV gegeben, um die niedrigen Auszahlungsquoten für Hausärztinnen und Hausärzte zu verhindern?

PAREY: Ja. Es gibt auch einen wichtigen historischen Grund dafür, warum die Hausärztinnen und Hausärzte in Hamburg eine besonders schlechte Auszahlungsquote haben. Ab dem Jahr 2000 wurde in Hamburg die Trennung der hausärztlichen und der fachärztlichen Vergütung umgesetzt. Die Internisten mussten sich entscheiden, ob sie künftig dem hausärztlichen oder fachärztlichen Bereich zugeordnet werden wollen. Eine sehr große Anzahl der Internisten entschied sich für den fachärztlichen Bereich – und

Auszahlungsquote

Honorarbudget (MGV)

(geteilt durch)

erbrachte Leistungsmenge

konnte ihren Budgetanteil dorthin mitnehmen. Dieser Honorartransfer ist nicht in allen KV-Regionen so vollzogen worden – in Hamburg aber schon. Und das in einer relevanten Größenordnung. Etwa zehn Prozent des hausärztlichen Budgets waren plötzlich weg. Gleichzeitig wurden die hausärztlichen Sitze, die von den Internisten verlassen worden waren, neu besetzt. Damit musste

die gleiche Anzahl an Hausärztinnen und Hausärzten mit 90 Prozent des Budgets zurechtkommen.

Wäre es nicht möglich gewesen, das Honorar später zwischen dem hausärztlichen und fachärztlichen Bereich neu aufzuteilen?

PAREY: Nein. Sobald die Trennung vollzogen war, hatten diese beiden Honorarbereiche nichts mehr miteinander zu tun. Es ist aus juristischen Gründen nicht möglich, Honorar aus dem einen in den anderen Bereich zu verschieben. Leistungssteigerungen im fachärztlichen Bereich haben keine Auswirkungen auf den hausärztlichen Bereich und umgekehrt. Es gibt eine strikte Trennung.

AFFUL: Die Folgen der Honorartrennung sind noch heute wirksam, denn wir haben im budgetierten Bereich einen Vergangenheitsbezug. Das Budget wird zwar entsprechend der Anzahl, dem Alter und der Morbidität der Bevölkerung jährlich angepasst. Doch die Steigerung bezieht sich auf das Vorjahr. Bis heute fehlen den Hausärzten zehn Prozent des Budgets.

PAREY: Das heißt: Die Spezialisten profitieren noch heute und in Zukunft von der Art und Weise, wie die Honorartrennung vor 25 Jahren in Hamburg durchgeführt wurde. Auf die heutige Zeit umgerechnet, ist dem hausärztlichen Bereich insgesamt eine halbe Milliarde Euro verloren gegangen: Zehn Prozent des hausärztlichen Budgets – das entspricht etwa 5 Millionen pro Quartal, also 20 Millionen im Jahr. Von 2000 bis heute, das sind 25

Gründe für schlechte Auszahlungsquote

Hohe Inanspruchnahme hausärztlicher Praxen

Alle Hausarztsitze sind besetzt

Übertragung von ca. 10 % des Hausarzt-Budgets in den fachärztlichen Versorgungsbereich vor 25 Jahren

Jahre. 25 Jahre jeweils 20 Millionen ergeben insgesamt 500 Millionen. Dieses Geld fehlte und fehlt aktuell dem hausärztlichen Versorgungsbereich. Doch zumindest die Fortschreibung dieses strukturellen Defizits in die Zukunft wird durch die Entbudgetierung beendet.

AFFUL: Die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen hat für Hamburg eine sehr viel größere Bedeutung als für die meisten anderen KV-Regionen. Es wird einen sehr

»Bei den hausärztlichen Gesprächsleistungen haben wir zwei hintereinander geschaltete Honorarkürzungs-Mechanismen.«

John Afful



deutlich spürbaren Effekt geben: Wir rechnen mit einem Plus von 16 bis 20 Prozent – bezogen auf das Gesamthonorar, also MGV und EGV zusammengenommen.

Könnte das ein vorübergehender Effekt sein? Ist es möglich, dass das hausärztliche Honorar danach wieder abstürzt auf den alten Stand?

PAREY: Nein. Die massive Steigerung wird zwar einmalig sein. Doch wir werden das erhöhte Niveau halten. Einen Absturz auf den alten Stand wird es nicht geben. Selbst wenn die Politik auf die Idee kommen sollte, die hausärztlichen Leistungen wieder zu budgetieren, würde die Budgetierung auf dem erhöhten Niveau aufsetzen. Der Bezug zur unseligen Honorartrennung von 2000 wäre gekappt.

Werden alle von Hausärztinnen und Hausärzten erbrachten Leistungen künftig vollständig vergütet?

PAREY: Vollständig vergütet wird das EBM-Kapitel 3 für den hausärztlichen Versorgungsbereich, also die Abrechnungsziffern, die mit 03 beginnen. Außerdem werden die hausärztlichen Hausbesuche ohne Budgetierung bezahlt – das ist in

Hamburg allerdings schon heute so. Alle anderen Leistungen, die von Hausärztinnen und Hausärzten abgerechnet werden, beispielsweise die Bereiche Psychosomatik, Ultraschall oder kleine Chirurgie, bleiben im Budget.

AFFUL: Es gibt noch eine Einschränkung: Die Gesprächsleistung im Kapitel der Hausärzte (EBM 03230) ist in ihrer Zahl limitiert. Fast alle Hausarztpraxen erbringen deutlich mehr Gesprächsleistungen, als sie abrechnen können. In diesem Bereich haben wir zwei hintereinander geschaltete Honorarkürzungsmechanismen: Kontingentierung plus Budgetierung. Nehmen wir an, eine Praxis erbringt Gesprächsleistungen für 10.000 Euro. Davon wird nur die Hälfte berücksichtigt. Und von diesen 5.000 Euro bekommt man aktuell wegen der Budgetierung nur 67 Prozent ausgezahlt.

Und wenn die Budgetierung aufgehoben wird?

AFFUL: Dann wird eine der beiden Einschränkungen aufgehoben: Die Auszahlungsquote steigt auf 100 Prozent. Doch die Kontingentierung der Gesprächsleistungen bleibt bestehen.

PAREY: Das ist natürlich eine krasse Diskrepanz zu den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, die sich mehr Gespräche wünschen. Gesprächsleistungen sind im EBM ganz grundsätzlich unterdurchschnittlich abgebildet. Wenn seitens der Gesellschaft gefordert wird, dass Ärztinnen und Ärzte mehr mit den Patienten sprechen, wäre es natürlich einerseits eine sehr gute Idee, dieses Kontingent aufzuheben und andererseits auch die Psychosomatische Grundversorgung im Hausärztlichen Versorgungsbereich von der Budgetierung zu befreien.

Wie geht es jetzt weiter? Wann werden die Hausärztinnen und Hausärzte etwas von der Entbudgetierung spüren?

AFFUL: Ab dem vierten Quartal 2025 werden die hausärztlichen Leistungen vollständig vergütet. Deshalb wird es möglich sein, die Vorauszahlungen an die Praxen ab Oktober entsprechend zu erhöhen. Wie das konkret umgesetzt wird, teilen wir noch mit.

PAREY: Wir wissen, dass die Hausarztpraxen in Hamburg noch eine paar schwere Monate vor sich haben. Aber jetzt sehen wir Licht am Ende des Tunnels. Es lohnt sich, durchzuhalten.

Das Interview bezieht sich auf den hausärztlichen Bereich. Die Verteilung des Honorarbudgets im fachärztlichen Bereich erfolgt nach einem anderen Mechanismus. Siehe dazu: www.kvhh.de → Praxis → Abrechnung & Honorar → Praxisbezogene Leistungsbudgets (PLB)

Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf

Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel

Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung
Wirtschaftlichkeitsgebot
Digitale Gesundheitsanwendungen

Überweisung **Arzneimittelvereinbarung** *Krankenpflege*

Verordnung und Beratung

Hilfsmittel **Arbeitsunfähigkeit** **Rezepte**

Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung
Rehabilitation
Heilmittel *Krebsvorsorge*
Entlassmanagement
Einweisung

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!

VON DR. BJÖRN PAREY

Schwäche des Orientierungspunktwerts

Während die Gesundheitsausgaben insgesamt rasant steigen, erleben die EBM-Leistungen inflationsbereinigt einen Preisverfall.

Die Entbudgetierung ist ein zentrales Anliegen, wenn es darum geht, die Erosion der vertragsärztlichen Versorgung zu bremsen oder zu stoppen. Doch es gibt ein weiteres, oft übersehenes Problem: die chronische Schwäche des Orientierungspunktwerts.

Gemessen am Orientierungspunktwert sind die Honorare für Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeuten in den vergangenen zehn Jahren inflationsbereinigt um 11,3 Prozent gesunken.

Der Orientierungspunktwert legt fest, wie viel ein Punkt im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) in Euro wert ist. Über die Steigerung wird jährlich zwischen Krankenkassen und KBV verhandelt. Damit bestimmt der Orientierungspunktwert die Preise ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen.

Ein Blick auf die Zahlen zeigt das Problem: Nominell ist der Orientierungspunktwert in zehn Jahren um 15,6 Prozent gestiegen. Die Inflation im selben Zeitraum lag jedoch bei 26,9 Prozent. Das bedeutet einen realen Honorarverlust von 11,3 Prozent.

Für Hausarztpraxen, die etwa 50 Prozent ihrer Einnahmen für Praxiskosten aufwenden, ergibt sich daraus ein Rückgang der Arztgewinne um rund 22,6 Prozent. Die positiven Effekte der hausärzt-

lichen Entbudgetierung werden durch den mangelnden Inflationsausgleich also zum großen Teil wieder einkassiert. Die Facharzt-Praxen sind von der Inflation nicht weniger betroffen – ohne dass eine

AOK-Vorstandsvorsitzende Carola Reimann beispielsweise bemängelt eine fehlende Anbindung der Gesundheitsausgaben an die Entwicklung der Grundlohnsumme (<https://www.aend.de/article/234087>).

Ist das politisch gewollt? Will unsere Gesellschaft tatsächlich ein krankenhaus-zentriertes Gesundheitssystem mit all seinen offensichtlichen Nachteilen?

Entbudgetierung ihrer Leistungen auch nur absehbar wäre.

Ist dieser Rückgang für alle Ärztinnen und Ärzte gleich spürbar? Nein. Im kommunalen Klinikbereich etwa stiegen die Tarifgehälter in den letzten zehn Jahren um 28,6 Prozent – also leicht über der Inflation.

Zahlen zu angestellten Ärztinnen und Ärzten bei Krankenkassen sind schwer zu finden. Für die Kassen-Chefs dagegen liegen sie vor: Der Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse etwa hat in diesem Zeitraum mit seinem Gehaltsplus von 34,4 Prozent die Inflationsrate sehr deutlich überschritten.

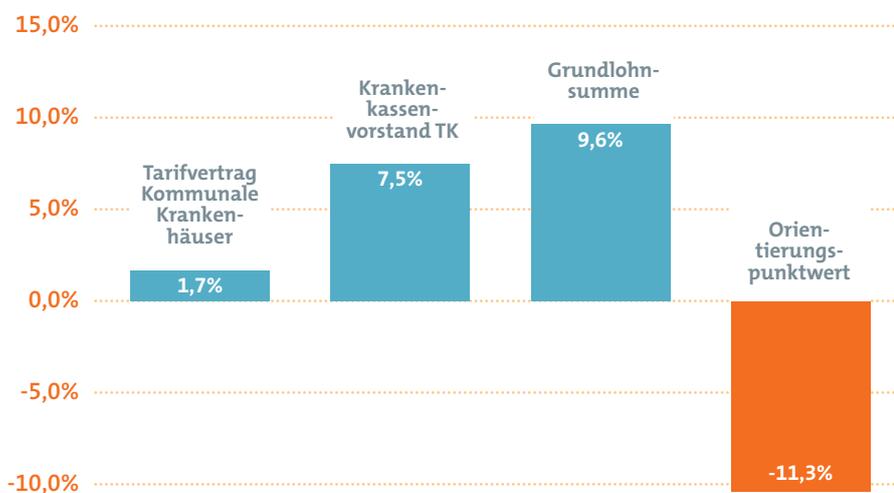
Gleichzeitig fordern die Krankenkassen größere Anstrengungen bei der Ausgabenbegrenzung. Die

Die Grundlohnsumme wuchs in den letzten zehn Jahren um 36,5 Prozent, die Gesamtausgaben der GKV stiegen um fast 60 Prozent. Die Honorare der Vertragsärztinnen und -psychotherapeuten sind nicht die Kostentreiber im System.

Im Gegenteil: Wir würden uns wünschen, unsere Honorare hielten mit der Grundlohnsumme auch nur im entferntesten Schritt. Die großen Ausgabensteigerungen finden sich bei Klinikkosten und Arzneimitteln.

Wir alle wissen: Ein krankenhaus-zentriertes Gesundheitswesen ist teuer. Deutlich günstiger, effizienter und patientenfreundlicher sind Systeme, die auf Basis einer wohnortnahen Grundversorgung

LOHN- UND HONORAR-VERÄNDERUNGEN IM VERHÄLTNIS ZUR INFLATION ÜBER 10 JAHRE



Der Orientierungspunktwert sackt ab

Die Löhne für Krankenhausärzte und Krankenkassenvorstände sind während der vergangenen zehn Jahre inflationsbereinigt gestiegen. Die Grundlohnsumme verzeichnete einen deutlichen Zuwachs. Nur der Orientierungspunktwert ist real um 11,3 Prozent gesunken.

arbeiten und einen möglichst großen Anteil der Leistungen ambulant erledigen.

Dennoch gerät die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland zunehmend ins Hintertreffen. Die Entwicklung läuft in die falsche Richtung. Ist das politisch gewollt? Will unsere Gesellschaft tatsächlich ein krankenhauszentriertes Gesundheitssystem mit all seinen offensichtlichen Nachteilen? Die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warke scheint bereit zu sein, den Ärztinnen und Ärzten

zuzuhören. Wir sollten die Chance nutzen, mit ihr ins Gespräch zu kommen.

Der Vorstand der KV Hamburg hat das Thema „Orientierungspunktwert“ aufgenommen und dazu bereits erste Gespräche mit der KBV geführt. Es wäre wünschenswert, wenn sich auch die Berufsverbände in die Diskussion einbringen würden. Gemeinsam können wir Lösungen finden, um realistische Steigerungsraten durchzusetzen.

Hier geht es nicht um einen Verteilungskampf zwischen den

Fachgruppen, sondern um ein Problem, das uns alle betrifft. Es betrifft uns als Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die gemeinsame berufspolitische Interessen haben. Doch es betrifft uns auch als Bürgerinnen und Bürger, die sich dafür einsetzen sollten, eine leistungsfähige, hochqualifizierte und wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu erhalten. ■

Weiterführende Links

Inflationsrate: <https://www.smart-rechner.de/inflation/ratgeber/inflationsraten-deutschland.php>

Tarifvertrag Kommunale Krankenhäuser: <https://www.marburgerbund.de/bundesverband/tarifvertraege>

Grundlohnsumme: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/39039/umfrage/volumen-der-bruttolohnen-in-deutschland-seit-2000/?utm_source=chatgpt.com

Gesamtkostenanstieg GKV: https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2024-05/rueckkehr-einnahmeorientierte-ausgabenpolitik.html?utm_source=chatgpt.com

DR. BJÖRN PAREY ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Hamburg-Volksdorf und stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg



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**

PSYCHOTHERAPIE

Ab welchem Zeitpunkt lässt sich die Kurzzeittherapie I beantragen?

Der Antrag auf eine Kurzzeittherapie I (KZT I) lässt sich bereits während der Probatorik stellen und zwar, sobald der Termin für die zweite probatorische Sitzung feststeht.

Der Patient füllt das Formular PTV 1 aus. Den Antrag leiten Sie daraufhin zusammen mit Ihren Angaben (PTV 2) weiter an die entsprechende Krankenkasse.

Diese prüft den Antrag und schickt dem Patienten eine Mitteilung über die Bewilligung. Bleibt eine Mitteilung der Krankenkasse aus, gilt die Psychotherapie drei Wochen nach Eingang des Antrags bei der Krankenkasse als bewilligt.

VIDEOSPRECHSTUNDE

Wie viel Prozent meiner Patienten kann ich ausschließlich in der Videosprechstunde versorgen?

Seit Januar 2025 ist die Anzahl der Untersuchungen und Behandlungen, die Sie per Video durchführen können, nicht mehr begrenzt. Für Behandlungsfälle, die ausschließlich über die Videosprechstunde erfolgen, gelten seit April 2025 neue prozentuale Obergrenzen. Hierbei wird zwischen bekannten und unbekanntem Patienten unterschieden:



Bekannte Patienten: Die Obergrenze für bekannte Patienten, die ausschließlich per Video behandelt werden dürfen, liegt bei 50 Prozent aller Behandlungsfälle einer Praxis. Das heißt: Die Zahl aller Behandlungsfälle einer Praxis wird halbiert. So erhält man die maximale Anzahl der bekannten Patienten, die ausschließlich per Video behandelt werden dürfen. Als „bekannt“ gilt ein Patient, wenn im aktuellen Quartal oder in mindestens einem der drei Vorquartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Unbekannte Patienten: Bei unbekanntem Patienten gibt es eine Obergrenze von 30 Prozent. Das heißt: 30 Prozent der unbekanntem Patienten einer Praxis dürfen ausschließlich per Video behandelt werden. Der Prozentsatz bezieht sich hier nicht auf alle Behandlungsfälle, sondern auf die Behandlungsfälle mit unbekanntem Patienten. Als „unbekannt“ gilt ein Patient, wenn weder im aktuellen Quartal noch in den drei

Vorquartalen ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat oder die Person noch nie zuvor in der Praxis war.

Beispiel: Eine Praxis hat 1.000 Behandlungsfälle, davon 800 bekannte und 200 unbekannte Patienten. Sie kann in dem Quartal bis zu 500 bekannte Patienten (50 Prozent der 1.000 Gesamt-Behandlungsfälle der Praxis) und bis zu 60 unbekannte Patienten (30 Prozent der 200 unbekannt Patienten) ausschließlich in der Videosprechstunde versorgen.

Beide Obergrenzen werden je Betriebsstättennummer angewendet. Somit können einzelne Leistungserbringer die Obergrenzen überschreiten. Entscheidend ist, dass die gesamte Praxis nicht darüber liegt.

Die Obergrenzen gelten nur, wenn Patienten in einem Quartal ausschließlich in der Videosprechstunde versorgt werden. Fälle, bei denen der Kontakt sowohl per Video als auch in der Praxis erfolgt, werden hierbei nicht mitgezählt.

KRANKENTRANSPORT

Wann darf ein Krankentransportwagen (KTW) verordnet werden – und wann ist er medizinisch zwingend erforderlich?

Damit ein Krankentransport mit einem Krankentransportwagen (KTW) verordnet werden darf, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die geplante Behandlung ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
- Es besteht eine medizinische Indikation, die den Einsatz eines KTW rechtfertigt.
- Der Patient kann nicht sicher mit einem anderen Beförderungsmittel (z. B. Taxi, Mietwagen, ÖPNV) zur Behandlung gelangen.
- Die medizinische Notwendigkeit wird vom Arzt schriftlich auf Formular 4 begründet.

Hinweis zum Formular 4:

Abschnitt „Genehmigungspflichtige Fahrten zur ambulanten Behandlung“

→ Ankreuzen: „f) anderer Grund für Fahrt mit KTW“

→ Zusätzlich: Begründung im Feld „4. Begründung/Sonstiges“

In der Regel ist eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse erforderlich.

Ein Krankentransport mit KTW ist insbesondere dann medizinisch zwingend erforderlich, wenn der Patient

- während der Fahrt überwacht oder betreut werden muss (z. B. durch medizinisches Fachpersonal),
- eine besondere Lagerung benötigt (z. B. Flachlagerung bei Dekubitus, Infektionserkrankung, orthopädischer Einschränkung),
- nicht sitzen kann oder liegend oder tragend transportiert werden muss,
- aus hygienischen oder infektiologischen Gründen abgeschirmt transportiert werden muss.

In all diesen Fällen ist ein KTW erforderlich, da ein Transport mit herkömmlichen Mitteln (z. B. Taxi) medizinisch unzumutbar oder gefährlich wäre.

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

HEILMITTEL

Können weitere Heilmittelverordnungen ausgestellt werden, wenn das Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht wurde?

Ja, eine Fortführung der Heilmittelbehandlung ist möglich. Anders als bei der damaligen Regelfall-Systematik wird für weitere Verordnungen nur gefordert, die medizinische Begründung für die weiterführende Verordnung in der Patientenakte zu dokumentieren. Ein Therapiebericht sollte angefordert werden.

AUSLANDSABKOMMEN I

In unserer Praxis stellte sich ein Patient aus Spanien mit einer gültigen europäischen Versichertenkarte (European Health Insurance Card - EHIC) vor. Über welche Stelle kann ich das dafür notwendige Formular beziehen?

Das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ wird nach den Vorgaben der KBV von Ihrem Praxisverwaltungssystem bereitgestellt und kann in verschiedenen Sprachversionen aufgerufen und gedruckt werden. Der Patient füllt die Patientenerklärung aus und unterschreibt sie. Hier wird zudem die von ihm oder Ihnen gewählte deutsche Krankenkasse angegeben. Die vollständig ausgefüllte Patientenerklärung wird im Original mit einer Kopie der EHIC unverzüglich (nicht erst bei der Quartalsabrechnung) an die jeweilige Krankenkasse geschickt.

Die Kopie der Patientenerklärung sowie der EHIC ist für zwei Jahre in der Praxis aufzubewahren.

AUSLANDSABKOMMEN II

Was ist beim Anlegen des Abrechnungsscheins für einen im Ausland versicherten Patienten zu beachten?

Der im Ausland versicherte Patient wird im Praxisverwaltungssystem über das Ersatzverfahren angelegt. Hierbei reicht es aus, den Vor- und Nachnamen, das Geburtsdatum sowie die Postleitzahl des aktuellen Aufenthaltsorts einzugeben. Weitere Stammdaten sind irrelevant. Im Feld „Status“ ist die Versichertenart „1“ und bei „besondere Personengruppe“ die „07“ einzutragen. Es werden die gleichen EBM-Abrechnungsziffern verwendet, die auch für einen „Normalversicherten“ gelten.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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

Neues KV-Formular-Center: Psychotherapeuten können ihre Abwesenheit online melden

Im KV-Portal steht seit **Anfang Juni** ein digitales Formular-Center bereit, mit dem Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Abwesenheitszeiten melden können.

Dieser Melde-Weg steht zunächst nur den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung. Später soll der Dienst auch für Ärztinnen und Ärzte freigeschaltet sowie auf weitere Vorgänge ausgeweitet werden.

Das neue System bringt deutliche Vorteile: Abwesenheitsmeldungen bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung oder aus anderen Gründen können nun schnell und bequem online übermittelt werden – ganz ohne Papierkram oder lange Wartezeiten.

Automatische Erfassung und schnelle Bearbeitung: Mit der Online-Meldung wird die Abwesenheitszeit (und gegebenenfalls die Vertretung) direkt in der Datenbank der KV erfasst. Müssen noch Informationen ergänzt werden, wird der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin nach der Bearbeitung kontaktiert.



Jederzeit den Status einsehen: Man kann jederzeit online einsehen, welche Meldungen man eingereicht hat und wie der Bearbeitungsstatus ist. Eine Meldung kann auch selbstständig wieder gelöscht werden.

So funktioniert es: Der Zugang zum neuen Formular-Center erfolgt über das Onlineportal der KV Hamburg. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden in der linken Navigationsleiste unter „Anwendungen“ den Reiter „Formular-Center“. Dort klicken sie auf „Neuen Vorgang starten“ und füllen ein Online-Formular aus. Wenn Atteste oder Bescheinigun-

gen nötig sind, können diese direkt hochgeladen werden.

Die intuitive Benutzung macht den Prozess besonders einfach – eine zusätzliche Software oder besondere Vorkenntnisse sind nicht erforderlich. ■

Online-Portal → (linke Navigationsleiste) Anwendungen → Formular-Center

Ansprechpartner:
Abteilung Arztregister
Sonja Schütt,
Tel: 040 / 22802 -626
Aleksandar Manoilov,
Tel: 040 / 22802 -897
Christian Kempf
Tel: 040 / 22802 -669



INTERVIEW

Was macht eigentlich der Zulassungsausschuss?

Wir stellen im KVH-Journal in unregelmäßiger Folge Gremien der Selbstverwaltung vor. Hier berichtet der ärztliche Vorsitzende des Zulassungsausschusses Ärzte, wie das Gremium arbeitet – und wie es zu seinen Entscheidungen kommt.

Wie unabhängig sind die Mitglieder des Zulassungsausschusses?

HEIDLAND: Wir sind nicht an Weisungen gebunden, so steht es im Gesetz. Immer wieder hört man, der Zulassungsausschuss sei ein Gremium der KV. Das ist falsch. Der Zulassungsausschuss ist paritätisch besetzt mit Vertretern der Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten auf der einen Seite und Vertretern der Krankenkassen auf der anderen Seite. Wir sind ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die KV gibt Empfehlungen ab – doch wir treffen unsere Entscheidungen unabhängig.

Wie wird die ärztliche Seite des Gremiums besetzt?

HEIDLAND: Ich wurde vom damaligen Vorstand der KV gefragt, ob ich die Aufgabe des ärztlichen Vorsitzenden des Zulassungsausschusses für Ärzte übernehmen möchte. Die KV-Vertreterversammlung hat den Vorschlag dann bestätigt. Auch die anderen Ärztevertreter des Gremiums werden auf Vorschlag des KV-Vorstandes von der Vertreterversammlung gewählt.

Handelt es sich bei den Ärztevertretern ausschließlich um Ärzte?

HEIDLAND: Außer mir ist derzeit noch ein weiterer Arzt regelmäßig im Zulassungsausschuss tätig. Bei der dritten Person auf Ärzteseite handelt es sich um einen KV-Angestellten oder eine KV-Angestellte – das sind Juristen. Sowohl der ärztliche als auch der juristische Sachverstand ist für die Arbeit im Zulassungsausschuss wichtig.

Wer leitet die Ausschuss-Sitzungen?

HEIDLAND: Immer abwechselnd: Mal leite ich als ärztlicher Vorsitzender die Sitzung, das nächste Mal ist die Kassenseite dran. Der Zulassungsausschuss Ärzte besteht aus sechs Personen, da muss man keine strenge Sitzungsleitung machen oder gar eine Rednerliste führen. Zwischen den Ärztevertretern und den Kassenvertretern herrscht ein gutes Einvernehmen. Sollten drei Mitglieder für und drei gegen einen Antrag stimmen, gilt der Antrag entsprechend der gesetzlichen Vorgabe bis auf wenige Ausnahmen als abgelehnt. Aber wie gesagt: In der Regel können wir uns gut einigen.

Aber es gibt doch sicherlich unterschiedliche Interessen zwischen den Kassenvertretern und den Ärztevertretern. Sind die Kassenvertreter eher darauf bedacht, möglichst wenig Geld auszugeben?

HEIDLAND: Nein, das entspricht nicht meinen Erfahrungen. Die Kassenvertreter sind ebenso wie wir an einer guten Versorgung für die Versicherten interessiert.

Wer ist sonst noch im Raum, wenn der Zulassungsausschuss tagt?

HEIDLAND: Außer den Ausschussmitgliedern nehmen normalerweise eine Patientenvertreterin oder ein Patientenvertreter sowie eine Vertreterin oder ein Vertreter der Sozialbehörde beratend an den Sitzungen teil. Die beiden haben kein Stimmrecht. Darüber hinaus sind Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses anwesend. Die Geschäftsstelle bereitet die Sitzungen vor und führt die Ordner, in denen der Schriftverkehr mit den Antragstellern und die Stellungnahmen der KV enthalten sind. Und wenn es zu einer mündlichen Verhandlung



Dr. med. Bernward Heidland, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Altona, ist seit 2019 ärztlicher Vorsitzender des Zulassungsausschusses Ärzte.

kommt, sind auch die abgebenden Praxisinhaber, die Bewerber oder deren Rechtsvertreter im Raum.

Das läuft dann ab wie bei einem Gerichtsverfahren?

HEIDLAND: Ja, tatsächlich. Es hat Ähnlichkeit mit einem Gerichtsverfahren.

In welchen Fällen kommt es zu mündlichen Verhandlungen?

HEIDLAND: Mündliche Verhandlungen finden beispielsweise statt, wenn neue Arztsitze zu besetzen sind – oder wenn ein Praxis-Inhaber ein reguläres Nachbesetzungsverfahren anstößt und ein Auswahlverfahren

unter mehreren Bewerbern stattfindet. Voraussetzung für ein Nachbesetzungsverfahren ist, dass genug Praxis-Substrat vorhanden ist und die Praxis versorgungsrelevant ist, sodass der Sitz ausgeschrieben werden kann. Bewerben sich mehrere Personen um die Nachbesetzung, entscheiden wir nach vorgegebenen Auswahlkriterien: beispielsweise anhand der Qualifikation, der Dauer der Facharztstätigkeit und dem Eintragungsdatum in die Warteliste beim Arztregister. Da haben wir wenig Spielraum.

Wie passen MVZ in dieses Schema? Das sind ja keine Personen, sondern Institutionen. Haben MVZ bei der Vergabe von Sitzen einen Vorteil oder einen Nachteil?

HEIDLAND: Weder noch. Grundsätzlich geht es immer um die Person, die am Ende auf der Arztstelle arbeiten soll. Ein MVZ bewirbt sich mit dem Arzt, der angestellt werden soll. Und für ihn gelten die gleichen Kriterien: beispielsweise Qualifikation, Dauer der Facharztstätigkeit oder Datum der Eintragung in die Warteliste beim Arztregister. Allerdings ist es oft so, dass ein Arzt, der seinen Sitz an ein MVZ weitergeben will, auf seine Zulassung verzichtet und sich anstellen lässt. Auf diese Weise wird der Sitz direkt an das MVZ übertragen. Allerdings muss der Arzt dann noch drei Jahre als Angestellter auf dem Sitz weiterarbeiten, bevor er sich zur Ruhe setzen kann. Das ist eine lange Zeit. Wenn man über



ZULASSUNGS-AUSSCHUSS ÄRZTE



PARITÄTISCH BESETZT:

drei Vertreter der Ärzte
und drei Vertreter der Krankenkassen

ZULASSUNGS-AUSSCHUSS PSYCHOTHERAPEUTEN



PARITÄTISCH BESETZT:

zwei Vertreter der Ärzte, zwei Vertreter der psychologischen Psychotherapeuten (darunter mindestens ein Vertreter der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) und vier Vertreter der Krankenkassen

Jahrzehnte hinweg selbstständig war und sich nun als Angestellter in seiner ehemaligen Praxis sagen lassen muss, wie man zu arbeiten hat, ist das nicht ganz einfach.

Wenn der Inhaber auf seine Zulassung verzichtet und sich anstellen lässt, gibt es kein Nachbesetzungsverfahren?

HEIDLAND: Es gibt die Möglichkeit, auf die Zulassung zu Gunsten einer Anstellung zu verzichten – wie gerade beschrieben. Dann findet keine Verhandlung statt. Es gibt allerdings auch die Möglichkeit, seine Praxis abzugeben und ein reguläres Nachbesetzungsverfahren anzustoßen mit dem Ziel, dann als Angestellter auf dem Sitz weiterzuarbeiten. In diesem Fall bewirbt sich ein MVZ oder ein Arzt und sagt: Ich würde den Sitz gerne übernehmen, aber die Arbeit führt der abgebende Arzt als mein Angestellter fort. Dann findet eine Verhandlung bei

mehreren Bewerbern statt. Es ist zwar wahrscheinlich, dass der Zulassungsausschuss den abgebenden Arzt auswählt – aber nicht sicher. Der Vorteil für den abgebenden Arzt ist, dass er nicht drei Jahre weiterarbeiten muss, bevor er sich zur Ruhe setzen kann.

Es gibt bestimmte Bewerber für eine Praxisnachfolge, die als „privilegiert“ gelten. Worum geht es da?

HEIDLAND: Privilegiert ist ein Bewerber beispielsweise, wenn es sich um den Ehepartner, ein Kind, einen Praxispartner oder einen Angestellten des bisherigen Vertragsarztes handelt. In den letzten beiden Fällen muss die gemeinsame Tätigkeit mindestens drei Jahre bestanden haben. Wenn eine solche Konstellation vorliegt, bekommt in der Regel der privilegierte Bewerber den Zuschlag.

Im vergangenen Jahr wurden bei der Besetzung von Arztsitzen

erstmalig Bewerber bevorzugt, die bereit waren, sich in bestimmten Gegenden niederzulassen. Wie kam das zustande?

HEIDLAND: Da ging es nicht um die Weitergabe von Sitzen, sondern um neue Arztsitze, die ausgeschrieben wurden, weil aufgrund zunehmender Patientenzahlen die Niederlassungssperre teilweise aufgehoben wurde. Es konnten 4,25 Kinderarztsitze neu besetzt werden. Und weil die pädiatrische Versorgung möglichst wohnortnah sein soll, empfahl die KV, im Sinne des Ausgleichs von Angebot und Nachfrage steuernd einzugreifen. Bewerber hatten besondere Aussicht auf Erfolg, wenn sie sich in Stadtteilen niederlassen wollten, die als unterdurchschnittlich versorgt definiert wurden. Außerdem förderte die KV die Niederlassung in diesen Stadtteilen mit jeweils 35.000 Euro aus dem Strukturfonds.

Das waren keine Sonderbedarfszulassungen, oder?

HEIDLAND: Nein, Sonderbedarfszulassungen sind etwas anderes. Sonderbedarfszulassungen werden nicht ausgeschrieben. Die Ärztinnen und Ärzte müssen in Eigeninitiative einen Antrag auf eine Sonderbedarfszulassung stellen. Einem solchen Antrag wird stattgegeben, wenn ein Versorgungsengpass festgestellt wird. Der Arztsitz ist an diesen Standort gebunden und kann nicht in andere Gegenden verlegt werden. Bei der Prüfung von Anträgen auf eine Sonderbedarfszulassung werden die Kriterien des so genannten „Maßnahmenpapiers“ zugrunde gelegt, das 2014 dem Hamburger Bedarfsplan als Anlage hinzugefügt wurde. Bei der hausärztlichen Versorgung betrachten wir dabei einen Radius von drei Kilometern, bei der kinderärztlichen Versorgung einen Radius von vier Kilometern und bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung einen Radius von zwölf Kilometern. Die KV analysiert für diesen Radius das Einwohner-Arzt-Verhältnis und befragt dort praktizierende Ärztinnen und Ärzte – beispielsweise, ob sie zusätzliche Aufnahmekapazitäten haben. Auch die Berufsverbände werden gebeten, eine Einschätzung abzugeben.

Ergibt die Analyse, dass im betreffenden Gebiet oder bei bestimmten Leistungen ein Versorgungsengpass vorliegt, befürwortet die KV eine

Sonderbedarfszulassung. Ähnliche Analysen werden auch durchgeführt, wenn es um die Verlegung von Arztsitzen geht. Der Zulassungsausschuss untersagt eine Verlegung von Arztsitzen in besser versorgte Gegenden, wenn dadurch die Versorgung am derzeitigen Standort spürbar ausgedünnt würde. In solchen Fällen entscheiden wir ganz klar im Sinne der Sicherstellung.

Werden diese Entscheidungen in mündlichen Verhandlungen gefällt?

HEIDLAND: Die Beteiligten haben immer das Recht, persönlich vorzusprechen. Aber die Geschäftsstelle hält die Antragsteller über die Ergebnisse der Analysen auf dem Laufenden. Und wenn die Sache nicht sehr aussichtsreich ist, verzichten die Antragsteller meist auf eine Teilnahme an der mündlichen Verhandlung. Doch es kommt vor, dass ein Antragsteller von der Geschäftsstelle erfährt, dass die KV seinen Antrag nicht befürwortet – und dennoch sagt: Ich will persönlich in die Sitzung kommen und das erklären.

Kann es sein, dass die Mitglieder des Zulassungsausschusses dann anders entscheiden, als sie sich vorgenommen haben?

HEIDLAND: Es kann sein, dass es einem Antragsteller gelingt, die Mitglieder des Ausschusses durch gute

Argumente doch noch zu überzeugen. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass die objektiven Kriterien erfüllt sind.

Was passiert, wenn die Beteiligten mit einer Entscheidung nicht einverstanden sind?

HEIDLAND: Alle Beteiligten können Widerspruch einlegen. Dann entscheidet der Berufungsausschuss. Wer auch mit dessen Entscheidung nicht einverstanden ist, hat dann die Möglichkeit, vor dem Sozialgericht zu klagen.

Welche Tipps würden Sie Kolleginnen und Kollegen geben, die mit dem Zulassungsausschuss zu tun bekommen?

HEIDLAND: Die wichtigste Empfehlung ist: Informieren Sie sich rechtzeitig! Die meisten Informationen finden sich auf der Internetseite der KV. Das Arztregister der KV Hamburg berät zu Praxisabgaben und -übernahmen sowie zu den verschiedenen Kooperationsformen. Für Fragen zu einem konkreten Antrag ist die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses zuständig. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind sehr freundlich und immer hilfsbereit. Viele Anträge werden schnell innerhalb von zwei bis drei Monaten entschieden. Nachbesetzungsverfahren können auch schon mal ein Jahr dauern. ■

www.kvhh.de → Praxis → Zulassung



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Simon Gaedicke**
Mitglied des Beratenden Fachausschusses
Hausärztliche Versorgung

Name: **Simon Gaedicke**
Geburtsdatum: **23.06.1986**
Familienstand: **verheiratet, zwei Töchter**
Fachrichtung: **Facharzt für Allgemeinmedizin**
Weitere Ämter: **Mitglied im Hamburger Hausärzteverband**
Hobbys: **Musik, Technik, Sport**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Absolut! Ich könnte mir keinen besseren Job vorstellen. Jeder Tag in der Praxis bietet neue Herausforderungen, das macht meine Arbeit so abwechslungsreich.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ich möchte die Belange meiner hausärztlichen Kolleg:innen mit einbringen. Außerdem interessiere ich mich für die allgemeinen berufspolitischen Abläufe und möchte gerne verstehen, wie hier gearbeitet wird.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Insgesamt eine Stärkung der sprechenden Medizin mit entsprechender Honorierung. Für nicht ärztliche Berufe, wie z. B. den Physician Assistant, sollte es angemessene Honorarzuschläge geben, so dass es für Praxen attraktiver wird, sich breiter aufzustellen. Last but not least: Voranbringen der Idee des Primärarztsystems.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Vor allem in der komplexen Abrechnung. Ziffern, Ziffern, Ziffern! Hier wäre eine Vereinfachung wie in der HZV absolut wünschenswert.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen?
Privat: Eine Reise nach Japan. Beruflich habe ich mir Anfang letzten Jahres mit der Niederlassung in einer wundervollen Gemeinschaftspraxis den größten Wunsch erfüllt.



Mind the science

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

Jonathan N. Stea ist klinisch tätiger Psychologe, hat eine Lehrtätigkeit an der psychologischen Fakultät der Universität Calgary inne, publiziert viel und macht überhaupt viel – besonders in Form eines „Science Communicators“.

Was soll man sich darunter jetzt wieder vorstellen?

Die Menschheit müht sich seit tausenden von Jahren mit wissenschaftlichen Umwegen, Sackgassen und schließlich Erkenntnissen ab. Von den Sumerern über die Renais-

dieses Faszinosums immer noch nicht entschlüsselt.

Die Medizin ist sich dessen in einer grundsätzlich sehr bescheidenen Art bewusst. Und warum ist das so?

Weil die Forschung nach wissenschaftlichen Kriterien abläuft. Weil Wissenschaft ein weitestgehend emotionsloses Unterfangen ist, weil Wissenschaft Fehler zulässt und gleichermaßen korrekturfähig macht, weil Scheitern in der Wissenschaft normal ist. Weil Wissenschaft uns auch immer

ganz Anderes: Nämlich die kontinuierlichen Des- und Misinformationen über medizinische Zusammenhänge, die er nach Lust und Laune in den Raum wirft. Kennedy wärmt längst widerlegte Verschwörungstheorien zu Impfen und Autismus wieder auf und initiiert Untersuchungen dazu, die Andrew Wakefield selbst nicht so schnell auf die Beine hätte stellen können. Implantierte Chips, Bill Gates, die Auslagerung von psychisch Kranken in Wellness-Farmen, Abtreibungsverbote, generelles Impfgegnertum, you name it. RFK jr. nimmt alles mit, rudert dann mal zurück und wieder nach vorn in einen anderen Irrweg.

Wissenschaft kann emotionslos mit der völlig normalen Unsicherheit umgehen, in der wir immer leben müssen.

sance in die Moderne: Der Mensch hat die angenehme Eigenschaft, unklare Sachverhalte beleuchten zu wollen, und entdeckt dabei auch immer was Neues. So verhält es sich auch in unserem medizinischen Milieu.

Uns Ärzt:innen ist in jeder Behandlung bewusst, dass wir zwar sehr viel, aber eben auch gar nichts wissen. Wir haben im Vergleich zu vor hundert Jahren reichlich neues Wissen über den menschlichen Körper und seine Krankheiten angehäuft, haben aber den Großteil

zeigt, was wir alles nicht wissen.

Und: Wissenschaft beinhaltet vor allem Wissen, das unterscheidet sie von den sogenannten Pseudowissenschaften.

Robert F. Kennedy junior, von Haus aus Jurist und gläubiger Katholik, hat diesen Pseudowissenschaften – oder zumindest ihrer Denkweise – zuletzt ein lautes, schillerndes Antlitz verliehen.

RFK jr. mag ein republikanischer Unsympath sein, vorzuwerfen ist ihm jedoch etwas

Das Problem ist natürlich zu einem Teil RFK jr. als Person, aber noch viel problematischer ist seine Rolle als amerikanischer Gesundheitsminister.

Denn wenn DER das sagt, wird das wohl stimmen, und wenn DER in verunreinigten Teichen seine Rohmilch trinkt, wird das wohl gut sein.

Glauben zumindest seine Anhänger, und das sind nicht wenige. Und es geht hier auch nur um Glauben, nicht um Wissen.

In Deutschland glauben 20 bis 30 Prozent der Bevölkerung an Verschwörungstheorien, in den USA sind es in der Gruppe der Republikaner sogar 40 bis 50 Prozent.

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

An dieser Stelle kommen Menschen wie Jonathan Stea ins Spiel, und hier wird auch deutlich, warum wir Science Communicators wohl gut brauchen können.

Stea hat in seinem kürzlich erschienenen Buch „Mind the Science“ einen gut verständlichen, humorvollen, aber eben auch sehr ernstgemeinten Leitfaden erstellt, wie man

uns wahrscheinlich nicht, für die Patient:Innen sieht es anders aus.

Moncrieff verurteilt zunächst die SSRI aufs Schärfste, erweitert dann bewusst oder unbewusst auf alle Antidepressiva und kommt in begleitenden Interviews zu dem Schluss, dass psychische Krankheiten überhaupt nicht mit

DIE das sagt, muss das ja stimmen. Es ist absolut nicht alles falsch, was sie kritisiert, und die psychischen Krankheiten sind eben doch nicht der frakturierte Humerus, zumindest nicht in Diagnostik und Therapie.

Joanna Moncrieff nimmt aber ähnlich rückwärtsgewandte Wege wie Kennedy.

Wenn uns die vorhandenen Therapien nicht gut genug erscheinen, erweitern wir den Blick lieber nicht oder gehen sogar nach vorn, sondern treten den Rückzug an.

Zu Spaziergängen, zur Natur, zu Dingen, die wir gar nicht beweisen, sondern nur noch behaupten müssen. Die aber natürlich vermarktet und in Preiskategorien bezahlt werden wollen, die mit unserer Flatrate-Medizin nichts zu tun haben.

Jonathan Stea beschreibt die Pseudowissenschaft so: „It’s sexy. It’s alluring. And it’s a sham.“

In den Pseudowissenschaften ist der Jargon immer aufnehmend, wahrnehmend, vermeintlich wissenschaftlich und bunt.

Wenn Ärzt:innen jemanden behandeln, wird eine Diagnose gestellt und dann behandelt. Oder es wird keine Diagnose gestellt, dann werden Behandlungsversuche besprochen oder mehr Diagnostik veranlasst.

Schwenk zur tropischen Schönheit der Pseudomedizin, hier weiß der Behandler alles. Immer. Pseudowissenschaft besitzt eine dämmliche Sicherheit.

Wissenschaft von Pseudowissenschaft auf dem Gebiet der psychischen Krankheiten unterscheiden kann.

Ist das denn wirklich notwendig? Meines Erachtens ja.

Professor Joanna Moncrieff ist eine britische Psychiaterin, die ebenfalls kürzlich ein Buch veröffentlicht hat, „Chemically Imbalanced: The Making and Unmaking of the Serotonin Myth“.

Besonders viel Neues enthält das Buch für die Psychiater:innen unter

Medikamenten behandelt werden sollten, weil sie möglicherweise gar nicht existieren.

Deshalb wäre zum Beispiel ein Spaziergang eine empfehlenswerte Therapie für die suizidalen Depressiven.

Sie füttert hier die aktuell wieder boomende Anti-Psych-Szene, in der Trolle oder tatsächlich Erkrankte die psychiatrische Diagnostik und Therapie als Tor zur Hölle beschrei(b)en.

Joanna Moncrieff ist, anders als Kennedy, vom Fach. Und wenn

Oft ist das zu kurz. Der Patient versteht etwas nicht, der Arzt hat keine Zeit, es gibt keine Erklärung, warum etwas nicht geklappt hat.

Kaltes, weißes, unpersönliches Sprechzimmer.

Schwenk zur tropischen Schönheit der Pseudomedizin, hier weiß der Behandler alles. Immer. Und wenn er es nicht weiß – was regelhaft so ist, denn die sogenannten Behandler oder Heiler haben von Medizin keine nennenswerte Ahnung –, muss es was mit Aluminium sein. Das können wir ausleiten, kostet nur ganzheitliche 200 Euro.

Pseudowissenschaft besitzt eine dümmliche Sicherheit, die aus rein emotionalen Komponenten besteht.

Wissenschaft kann emotionslos mit der völlig normalen Unsicherheit umgehen, in der wir immer leben müssen. Genau wie wir auch, genau wie viele Patient:innen allerdings nicht.

Insbesondere dann nicht, wenn es Industrien gibt, die suggerieren, dass der „Mainstream“ das Böse ist, dass wir nur von „Big Pharma“ krankgemacht werden sollen, dass es einzelne Heilsbringer gibt, die uns retten können.

Das können sie nicht deshalb, weil sie irgendetwas Brauchbares

können, sondern weil sie uns den Feind erklären. Und der Feind deines Feindes ist dein Freund und zieht immer an der Halswirbelsäule.

Menschen glauben immer gerne Dinge, wenn etwas nicht auf den ersten Blick erklärbar ist.

Manche würden eventuell einen Unterschied sehen zwischen Religion, Homöopathie, Astrologie und Anti-Vaxxern, ich persönlich sehe den nicht.

Ich bin der Meinung, dass wir aufgrund unseres Berufes eine besondere Verantwortung in Hinblick auf die Aufklärung über pseudomedizinische Instrumente und Methoden haben.

Natürlich ist jeder frei in seinen Glaubenssätzen, dennoch besitzen wir einen Wissensschatz, den nicht jeder einfach so mitbringt. Das Wissen über das Wissen und die Wissenschaft in verständlicher Form zu transportieren, gehört meines Erachtens zu unserer Tätigkeit dazu.

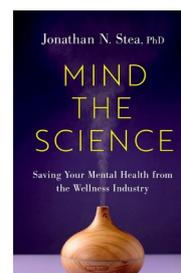
Wir müssen alle Science Communicators sein.

Je besser wir das umsetzen, desto einfacher ist es für den Laien zu erkennen, welche anmaßenden und oft gefährlichen Mogelpackungen sich hinter den Fassaden der Pseudomedizin verbergen.

Nachtrag: Natürlich habe ich Jonathan Stea nach seinem Sternzeichen gefragt, er ist Wassermann. Ich bin Waage und mein Aszendent ist Wassermann, ich habe freudig gequitscht.

Es ist eben nie so einfach, wie es scheint. ■

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



Buchtipps:
Jonathan N. Stea, PhD: „Mind the Science - Saving Your Mental Health From The Wellness Industry“, Oxford University Press



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

S3-Leitlinie „Seltene Erkrankungen der Zähne“

Erfahrungen und Konsequenzen aus der Arbeit mit Fallberichten und -serien

VON DR. MED. DENT. HELENA DUJIC, PROF. DR. MED. DENT. ROSWITHA HEINRICH-WELTZIEN
UND PROF. DR. MED. DENT. JAN KÜHNISCH IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE
MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

S

Seltene Erkrankungen der Zähne betreffen über 400 Krankheitsbilder, deren kausale Gene zumeist bekannt sind [1]. Die Erkrankungen können dabei isoliert an den Zähnen auftreten oder Teil eines Syndroms sein.

Die zahnärztliche Versorgung von Betroffenen mit seltenen Erkrankungen der Zähne stellt die Betroffenen, deren Eltern bzw. Sorgeberechtigte sowie alle an der Betreuung dieser Patientengruppe beteiligten (Fach)Zahnärzte und Ärzte vor große Herausforderungen.

Dies ist sowohl in der generalisierten Ausprägung als auch dem Umfang der funktionellen und ästhetischen Einschränkungen begründet. Das Spektrum klinischer Befunde reicht dabei vom Fehlen des

schützenden Zahnschmelzes, z.B. bei Amelogenesis imperfecta (AI), über eine rasche Abnutzung der Zahnkronen bei einer Dentinogenesis imperfecta, dem vorzeitigen Verlust von Zähnen, z.B. bei der hereditären hypophosphatämischen Rachitis (Synonyme: Phosphatdiabetes, X-chromosomale Hypophosphatämie, X-linked hypophosphatemia) oder der Hypophosphatasie, von rasch fortschreitenden Parodontitiden, z. B. bei primären Immundefizienzen oder dem Papillon-Lefèvre-Syndrom, bis hin zu multiplen Nichtanlagen von Zähnen im Formenkreis der ektodermalen Dysplasie.

Mit Blick auf das Fehlen von systematisch entwickelten Handlungsempfehlungen für die Versorgung von seltenen Erkrankungen der Zähne schien die Erstellung einer multidisziplinären S3-Leitlinie „Seltene Erkrankungen der Zähne“ von hoher klinischer Relevanz. Diese wurde 2024 fertiggestellt und beinhaltet insgesamt 41 Handlungsempfehlungen zur Diagnostik und Therapie der zuvor genannten Erkrankungskomplexe.

Damit stehen Zahnärztinnen und Zahnärzten, Betroffenen sowie allen weiteren Interessierten Empfehlungen für eine individualisierte zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die S3-Leitlinie kann – wie üblich – über die Webseite der AWMF unter der Registernummer 083-048 abgerufen werden (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-048>) [2].

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es weniger, auf die erarbeiteten Empfehlungen einzugehen, als vielmehr die multiplen, methodischen Herausforderungen und Grenzen bei der Realisierung des Leitlinienvorhabens zu skizzieren. Die folgenden Punkte erscheinen dabei von besonderer Bedeutung:

1. VIELFALT DER SELTENEN ERKRANKUNGEN DER ZÄHNE

In der Zahnmedizin sind eine Vielzahl an seltenen Erkrankungen unter Mitbeteiligung der Zahnhartsubstanz (Schmelz, Dentin) bzw. des Zahnhalteapparates (Parodont, Alveolarknochen) beschrieben [1].

De La Dure-Molla et al. [1] bezifferten die Zahl bekannter Erkrankungen auf mehr als 400. Unter Berücksichtigung dieser Größenordnung wird deutlich, dass eine vollständige Bearbeitung seltener Erkrankungen der Zähne in einer einzelnen Leitlinie nicht möglich ist.

Auch erscheint es unmöglich, Leitlinien für jede einzelne seltene Erkrankungen zu erarbeiten. Daher waren Priorisierungen unumgänglich, und es wurde zu Beginn der Leitlinienarbeit eine empirische Umfrage unter den federführenden Autoren initiiert, um die Häufigkeit selbst beobachteter Fälle unter Berücksichtigung der Leitsymptome „Zahnhartsubstanz-Störung an allen Zähnen beider Dentitionen“, „Zahnunterzahl/Oligodontie“ und „Atypischer Zahnverlust von Milch-/bleibenden Zähnen“ abzuschätzen.

Im Ergebnis der arbeitsgruppen-internen Umfrage erfolgte die Festlegung auf die o.g. Erkrankungen. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die gewählten Erkrankungskomplexe etliche Geno-/Phänotypen aufweisen und demzufolge mit heterogenen klinischen Ausprägungen und letztlich Therapiebedarfen einhergehen. Für die AI sind beispielsweise >40 Genotypen beschrieben, welche auch mit eigenen Phänotypen einhergehen. Gleichfalls sind die primären Immundefizienzen als heterogene Gruppe mit einer Vielzahl an einzelnen Erkrankungen bekannt.

Strenggenommen, müsste jeder Geno-/Phänotyp als eigene Entität betrachtet werden, was mit Blick auf begrenzte Ressourcen bei der Leitlinien-Erstellung als unmöglich zu beurteilen ist.

Daher ist die gewählte Leitlinienstruktur als Kompromiss aus Machbarkeit und möglichst umfassender Darstellung der Thematik zu verstehen.

2. NOTWENDIGKEIT DER BETRACHTUNG VON UNTERSCHIEDLICHEN PHASEN DER GEBISSENTWICKLUNG

Da Kinder, Jugendliche und Erwachsene von seltenen Zahnerkrankungen gleichermaßen betroffen sind, bedarf es aufgrund der anatomischen und wachstumsbedingten Besonderheiten der Berücksichtigung von alters- und wachstumsspezifischen Aspek-

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

ten in der zahnärztlichen Versorgung. Daher wurde entschieden, sich an den typischen Wachstumsphasen zu orientieren und – sofern sinnvoll – Empfehlungen auch für diese Alters- bzw. Entwicklungsphasen zu erarbeiten:

- im Kindesalter (Milchgebiss),
- im Schulalter (Wechselgebiss),
- im jungen Erwachsenenalter (jugendlich bleibendes Gebiss) und
- im Erwachsenenalter (bleibendes Gebiss)

Unter Verweis auf die Rechercheergebnisse ist auszuführen, dass in der Literatur grundsätzlich eine Ungleichverteilung zugunsten jüngerer Altersgruppen vorliegt und Berichte zu Erwachsenen und Älteren deutlich seltener publiziert wurden. Mit Blick auf die langfristige Bedeutung der bleibenden Dentition fehlen daher aussagekräftige Überlebensdaten und Langfristprognosen, was wiederum die Aussagesicherheit gerade für die bleibenden Zähne negativ beeinflusst.

3. DOMINANZ VON FALLBERICHTEN BZW. SERIEN

Die Erstellung der S3-Leitlinie wurde gemäß dem AWMF-Regelwerk [3] realisiert. Für die systematische Literaturrecherche wurden PICOS-basierte Suchstrategien auf Grundlage der konsentierten Schlüsselfragen erstellt und anschließend relevante Literaturdatenbanken (Pubmed/ Medline und Embase) systematisch durchsucht. Dabei wurden sowohl systematisch erstellte Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen, Empfehlungen von Fachgesellschaften, klinische Studien, als auch Fallberichte bzw. -serien auch ohne Verlaufskontrolle eingeschlossen.

Die Rechercheergebnisse verweisen auf eine unzureichende wissenschaftliche Literatur- und Datenbasis bei seltenen Erkrankungen der Zähne. Klinische Studien wurden ausschließlich im Fall der AI dokumentiert.

Demgegenüber lagen für alle anderen Erkrankungen nur Fallberichte bzw. -serien vor. Dies dürfte die regelmäßige Situation widerspiegeln, dass in den weltweit unterschiedlichen Betreuungs-Settings allenfalls nur sehr wenige Betroffene von seltenen Zahnerkrankungen diagnostiziert und therapiert werden.

Darüber hinaus kann vermutet werden, dass die Publikation sich wahrscheinlich auf Fälle beschränkt, in welchen die zahnärztliche Versorgung erstens vollständig umgesetzt werden konnte und zweitens mit einem gelungenen Therapieergebnis abgeschlossen wurde. D.h., nur ein Bruchteil der Fälle wird auch publiziert.

Daher ist es nicht überraschend, dass notwendige Fallzahlen für klinische Studien kaum bzw. gar nicht erreichbar sind und der Fallbericht das nahezu einzige Publikationsformat für die zahnärztliche Versorgung von seltenen Erkrankungen darstellt.

Die verfügbaren Fallberichte und -serien wiesen zudem unterschiedliche Beobachtungszeiten sowie eine sehr heterogene Qualität auf [4].

4. NIEDRIGE EVIDENZ

Mit Blick auf das Fehlen von klinischen Studien – mit Ausnahme von AI – sind gleichermaßen keine Meta-Analysen verfügbar. In der Gesamtheit muss daher geschlussfolgert werden, dass die Mehrzahl der klinischen Handlungsempfehlungen nur auf Grundlage einer Evidenz von niedriger Qualität formuliert werden konnte.

An dieser Evidenzgrundlage dürfte sich auch zukünftig nicht viel ändern, da das seltene Vorkommen der Erkrankungen unabänderlich ist und damit klinische Studien an Patientengruppen als kaum umsetzbar gelten. Darüber hinaus variierte die Anzahl der verfügbaren Literaturstellen bei den ausgewählten Erkrankungen. Am häufigsten wurden Publikationen für die AI aufgefunden, am seltensten für die hereditäre hypophosphatämische Rachitis und Hypophosphatasie. Die

Häufigkeitsunterschiede dürften als ein indirektes Indiz für das Vorkommen der Erkrankungen in der Bevölkerung gewertet werden.

5. FEHLENDE ENDPUNKTE

Die verfügbaren Fallberichte bzw. -serien sind mehrheitlich durch die Beschreibung eines Symptomenkomplexes sowie der Beschreibung einer Therapie in einer bestimmten Altersphase gekennzeichnet. In etlichen Fällen fehlen zudem aussagekräftige Nachbeobachtungen, um anhand von etablierten Endpunkten den (Miss)Erfolg der umgesetzten Therapie aufzuzeigen.

Als relevante Endpunkte sind beispielsweise zu nennen: Restaurationsüberleben bzw. -versagen [5], parodontale Gesundheit [6], die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität [7] oder das Zahnüberleben. Der letztgenannte Endpunkt ist insofern von besonderer Bedeutung, da aufgrund der anatomisch bedingten Normabweichungen die Funktionsfähigkeit von Zähnen mit seltenen Erkrankungen im Vergleich zum gesunden Zahn reduziert sein kann. In der Konsequenz sind vorzeitige Zahnverluste bei Betroffenen mit seltenen Zahnerkrankungen sowohl im Milchgebiss als auch in der bleibenden Dentition dokumentiert.

Weiterhin sollten mögliche unerwünschte Ereignisse während und nach der durchgeführten Behandlung berichtet werden. Auch diese Informationen wurden in den Fallberichten und -serien mehrheitlich nicht dokumentiert. In der Konsequenz der getätigten Beobachtung bleibt zu schlussfolgern, dass die Qualität in der Fallberichterstattung deutlich angehoben werden sollte.

6. SELTENE NUTZUNG NEUER TECHNOLOGIEN

Die Literatursichtung berücksichtigte gleichfalls die Nutzung von neuen, digitalen Fertigungstechnologien für Zahnersatz und schloss dabei die Her-

stellung von digitalen Modellen, Simulationen und die CAD/CAM-basierte Fertigung mit ein. Während diese Themen in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur ein hohes Interesse erfahren haben, wurden demgegenüber nur wenige Fallberichte mit einem Bezug zu seltenen Erkrankungen der Zähne publiziert.

Dies ist bemerkenswert, da neue Technologien gerade in komplexen Situationen die zahnärztliche Versorgung optimieren können. Daher kann hier die empirische Beobachtung getätigt werden, dass Betroffene von seltenen Erkrankungen offensichtlich nicht im primären Anwendungsfokus der digitalen Technologien stehen.

Mit Blick auf die genannten methodischen Herausforderungen bei der Erstellung der S3-Leitlinie „Seltene Erkrankungen der Zähne“ kann geschlussfolgert werden, dass Fallberichte und -serien die weitgehend einzige Evidenzquelle waren und auch zukünftig sein werden. Die Realisierung von klinischen Studien – als Grundlage für ein höheres Evidenzniveau – erscheint im Einzelfall mit einem extrem hohen Aufwand möglicherweise umsetzbar. Dies wird allerdings auch zukünftig eine Ausnahme bleiben, da adäquate Fallzahlen mit vergleichbaren Behandlungsbedarfen kaum in einer überschaubaren Zeit rekrutiert werden können.

Daher ist die Bedeutung von Fallberichten und -serien als Evidenzquelle pragmatisch anzuerkennen. Allerdings ist auch auszuführen, dass die Qualität in der Berichterstattung seitens der Zahnärztinnen/Zahnärzte bzw. Autorinnen/Autoren verbessert werden muss, um ein Maximum an Informationen aus den oftmals sehr aufwendigen zahnärztlichen Versorgungen herausziehen zu können. Dies erfordert aber auch, Fallberichte und -serien als ein wichtiges und evidenz-generierendes Publikationsformat wertzuschätzen.

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

DANKSAGUNGEN

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Leitlinienprojekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF22015 gefördert. Die Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie „Seltene Erkrankungen der Zähne“ setzte sich aus den federführenden Autoren, den mandatierten und abstimmungsberechtigten Ko-Autoren, Patientenvertretern und der Moderatorin,

Frau Dr. Nothacker (AWMF), zusammen. Die gesamte Arbeitsgruppe wurde organisatorisch durch Frau Dr. Anke Weber und Frau Dr. Birgit Marré, Leitlinienbeauftragte der DGZMK, methodisch unterstützt. ■

Alle Dokumente der S3-Leitlinie „Seltene Erkrankungen der Zähne“ (AMWF Registernummer 083-048) können auf der Webseite der AWMF eingesehen werden.



DR. MED. DENT. HELENA DUJIC
Poliklinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie,
Klinikum der Ludwig-Maximilians-
Universität München



**PROF. DR. MED. DENT.
ROSWITHA HEINRICH-WELTZIEN**
Sektion Präventive Zahnheilkunde
und Kinderzahnheilkunde,
Poliklinik für Kieferorthopädie,
Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde,
Universitätsklinikum Jena



Korrespondierender Autor:
**PROF. DR. MED. DENT.
JAN KÜHNISCH**
Poliklinik für Zahnerhaltung und
Parodontologie,
Klinikum der Ludwig-Maximilians-
Universität München
jan.kuehnisch@med.uni-muenchen.de

Literaturverzeichnis

- de La Dure-Molla M, Fournier BP, Manzanares MC et al. (2019) Elements of morphology: Standard terminology for the teeth and classifying genetic dental disorders. Am J Med Genet A 179:1913-1981. 10.1002/ajmg.a.61316
- DGKiZ D, DG CZ, GfH, DGZMK: S3-Leitlinie „Versorgung seltener Erkrankungen der Zähne“, Langfassung, Version 1.0, 2024, AWMF-Registriernummer: 083-048, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-048>. In: Zugriffen: 04.05.2025
- Anonymous Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Auflage 2.1 2023. Verfügbar: <https://www.awmf.org/regelwerk/>. In: Zugriffen: 04.05.2025
- Dujic H, Bucher K, Schuler IM et al. (2025) Dental Management of Genetic Dental Disorders: A Critical Review. J Dent Res. 10.1177/00220345241305330:220345241305330. 10.1177/00220345241305330
- Hickel R, Mesinger S, Opdam N et al. (2023) Revised FDI criteria for evaluating direct and indirect dental restorations-recommendations for its clinical use, interpretation, and reporting. Clin Oral Investig 27:2573-2592. 10.1007/s00784-022-04814-1
- Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N et al. (2018) Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol 89 Suppl 1:S173-S182. 10.1002/JPER.17-0721
- Heydecke G (2002) Patient-based outcome measures: oral health-related quality of life. Schweiz Monatsschr Zahnmed 112:605-611.





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



KBV-Vertreterversammlung beschließt Konzept zur Patientensteuerung

Vor dem Hintergrund der Pläne der neuen Regierung, ein Primärärztsystem einzuführen, hat die KBV-Vertreterversammlung ein eigenes Konzept zur Patientensteuerung beschlossen. Es enthält Vorschläge, wie eine Patientensteuerung in der Notfall-, Akut- und Regelversorgung aussehen kann.

Steuerung durch Haus-, Kinder- und Frauenärzte

Das KBV-Konzept sieht vor, dass GKV-Versicherte einen Vertragsarzt wählen, der als erster Ansprechpartner die Steuerung übernimmt und den weiteren Behandlungsverlauf koordiniert. Als Primärärzte sollen Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie Gynäkologen fungieren. Für Patientinnen und Patienten, die beispielsweise unter einer schweren chronischen Erkrankung leiden, soll weiterhin direkt der Direktzugang zum Facharzt ohne Überweisung möglich sein. Ebenfalls ohne Überweisung sollen Augenärzte und Psychotherapeuten aufgesucht sowie Termine für Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen werden können.

Steuerung ergänzt durch die 116117

Für Patientinnen und Patienten, die keinen steuernden Vertragsarzt haben, soll die 116117 zur ersten Anlaufstelle werden. Nach einem standardisierten medizinischen Einschätzungsverfahren wird dort eine fachgruppenspezifische Zuweisung ausgestellt und den Versicherten ein Terminangebot mit einer Termingarantie unterbreitet.

Eigenbeteiligung bei ungesteuertem Direktzugang

Versicherte, die weiterhin direkt und ungesteuert Fachärzte aufsuchen, sollten sich an den Kosten beteiligen. Die Umsetzung der Eigenbeteiligung ist zwischen Versicherten und Krankenkassen zu regeln, ohne die ärztliche Versorgung dadurch mit bürokratischem Aufwand zu belasten. Die Ausgestaltung und Abrechnung einer solchen Eigenbeteiligung hat die jeweilige Krankenkasse zu regeln.

Honorierung der Steuerungsleistung und Entbudgetierung der weiterbehandelnden Fachärzte

Die Steuerungsleistungen müssen angemessen honoriert werden. Und sämtliche Behandlungen, die Fachärzte auf Basis einer Überweisung oder einer Vermittlung durch die 116117 durchführen, müssen extrabudgetär vergütet werden.

Akute ambulante Versorgung während der Praxisöffnungszeiten

Eine verbesserte Koordinierung von Akutfällen während der Praxisöffnungszeiten soll durch entsprechende Vergütungsansätze erfolgen. Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte fungieren dabei als zentrale Ansprechpartner und übernehmen eine koordinierende Rolle. Gleichzeitig werden relevan-

te Facharztgruppen einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung aktiv eingebunden, um eine fachübergreifende Versorgung zu ermöglichen.

Ambulante Notfallversorgung: Verbindliche Nutzung von Ersteinschätzungssystemen

In der Akut- und Notfallversorgung soll verpflichtend ein standardisiertes Ersteinschätzungssystem eingesetzt werden. Damit lässt sich die Inanspruchnahme der jeweiligen Versorgungsangebote anhand der medizinischen Dringlichkeit steuern. Patientinnen und Patienten ohne dringliche Anliegen werden in die Regelversorgung vermittelt. Die bestehenden Strukturen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie der 116117-Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen als digitale Multi-Channel-Versorgungsplattform (Telefon, App und Internet) sollen gestärkt und weiterentwickelt werden. Die KBV fordert hierfür eine angemessene Vorhaltefinanzierung. ■

Ambulant passgenau versorgt: Das KBV-Positionspapier zur Patientensteuerung: <https://www.kbv.de/html/patientensteuerung.php>

Info-Forum mit Ihrem PVS-Hersteller

ePA erleben

Online-Fortbildungsveranstaltungen

Juli 2025 - live - für das gesamte Praxisteam

Ab Oktober 2025 wird die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) verpflichtend. Bereiten Sie sich vor! In kostenlosen Online-Seminaren zeigen die in Hamburg verbreitetsten PVS-Hersteller, wie Sie die ePA in Ihrer Praxissoftware nutzen können.

Termine:

Elefant: Mi. 2. Juli 2025 (14 Uhr)
Epikur: Mi. 2. Juli 2025 (16 Uhr)
Quincy Win: Mi. 2. Juli 2025 (18 Uhr)
Smarty: Fr. 4. Juli 2025 (14 Uhr)
M1 PRO: Fr. 4. Juli 2025 (16 Uhr)
Turbomed: Mi. 16. Juli 2025 (14 Uhr)
MediStar: Mi. 16. Juli 2025 (16 Uhr)
Medical Office: Mi. 16. Juli 2025 (18 Uhr)
Praxis-Programm (MediSoftware): Fr. 18. Juli 2025 (14 Uhr)
Tomedo: Fr. 18. Juli 2025 (16 Uhr)

Anmeldung:

www.kvhh.de -> Praxis -> Veranstaltungen
Oder über QR-Code:



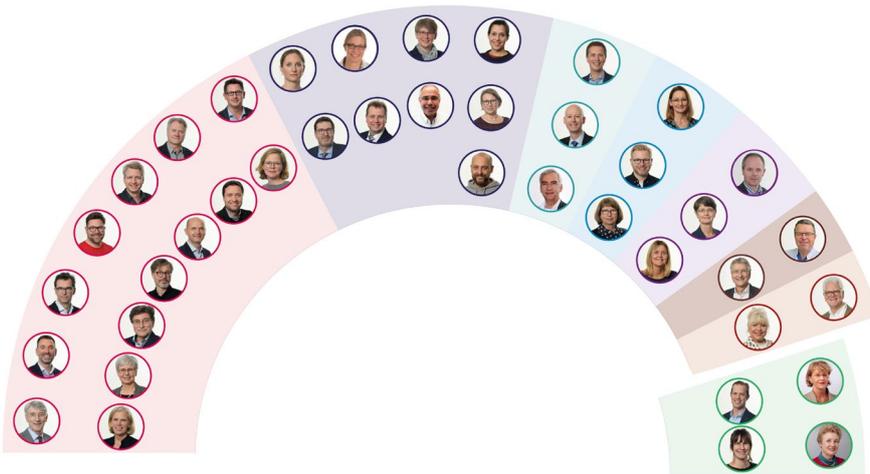
Fortbildungspunkte: 2



VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 15. Oktober 2025 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

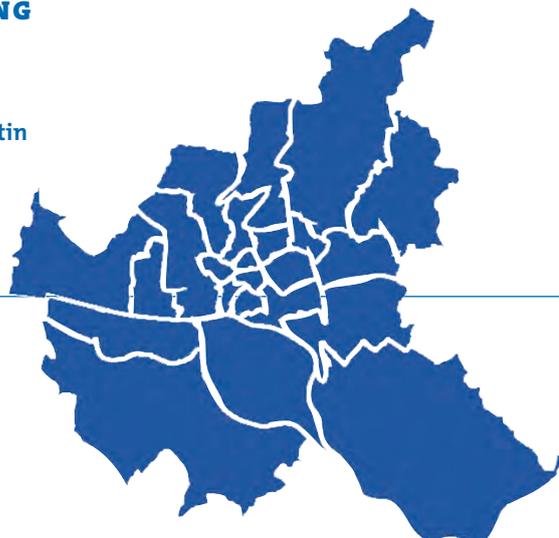
KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin

Mi. 8.10.2025 (18 - 21 Uhr)

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



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Einführungsseminar QEP für Arztpraxen und Psychotherapeuten (Präsenz, Zweitätig)

Fr. 4.7.2025 (15 - 20 Uhr) und Sa. 5.7.2025 (9 - 16 Uhr)

Teilnahmegebühr:

1. Person: 270 €, 2. Person: 215 €

20 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ausbildung Praxismanager:in (Präsenz, Einwöchig)

Mo. 14.7.2025 (11 - 17 Uhr), Di. 15.7.2025 (9 - 17 Uhr), Mi. 16.7.2025 (9 - 17 Uhr), Do. 17.7.2025 (9 - 17 Uhr), Fr. 18.7.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 650 €

Gewaltprävention (online)

Mo. 8.9.2025 (15 - 18.30 Uhr)

Teilnahmegebühr 119€

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ausbildung QMB (online, Dreitägig)

Di. 9.9.2025 (9 - 14 Uhr)

Do. 18.9.2025 (9 - 14 Uhr)

Do. 2.10.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr: 329 €

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

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?

Mi. 2.7.2025 (15 - 17 Uhr) Online

Mi. 30.7.2025 (15 - 17 Uhr) Präsenz

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstr. 56
22083 Hamburg**

Mi. 13.8.2025 (15 - 17 Uhr) Präsenz

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstr. 56
22083 Hamburg**

Mi. 24.9.2025 (15 - 17 Uhr) Online

Mi. 8.10.2025 (15 - 17 Uhr) Online

Mi. 5.11.2025 (15 - 17 Uhr) Online

Mi. 17.12.2025 (15 - 17 Uhr) Präsenz

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstr. 56
22083 Hamburg**

JEWELS 3 FORTBILDUNGSPUNKTE

Weitere Informationen und

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



Oder über den QR-Code

WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

Bewegung – der perfekte Stressabbau

Couch vs. Sport – der große Unterschied

Mi. 17.9.2025 (18 -22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Alkoholabhängigkeit und Epilepsie

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

FORTBILDUNGS-AKADEMIE 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 zweiten Jahreshälfte 2025 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

KVH



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!