

KVH journal



ePAPER

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

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

BALLUNGSRAUM

*Welche Möglichkeiten bietet
eine gezieltere Bedarfsplanung?*



DIGITALISIERUNG

Was wir von Schweden lernen können

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Ende der „Großen Hafenrundfahrt“

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 11/2025 (November 2025)



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



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!

Ich habe großes Verständnis für die schwierige Situation der Krankenkassen. Die Finanzlage ist angespannt: Arzneimittel und Krankenhäuser treiben die Kosten nach oben. Deutschland hat mehr Klinikbetten und längere Liegezeiten als vergleichbare Länder.

Schwer nachvollziehbar finde ich, wie die Krankenkassen mit diesen Problemen umgehen.

Das ambulante Potenzial ist nicht annähernd ausgeschöpft. In Hamburg beispielsweise könnten 20 Prozent der Krankenhausbehandlungen auch im ambulanten Bereich durchgeführt werden – was nicht nur besser, sondern auch kostengünstiger wäre. Doch eine Ambulantisierungs-Strategie ist nicht erkennbar. Stattdessen würden die Kassen bei den Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeuten am liebsten Geld einsparen.

Der Gesetzgeber hält eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung für essentiell und hat festgelegt, dass die hausärztlichen Leistungen ab Oktober 2025 voll vergütet werden. Das werden die Krankenkassen umsetzen. Doch eine entsprechende Anpassung der Abschlagszahlungen, welche die Folgen der Verzögerung eines großen Teils der Geldflüsse abmildern würde, lehnen die Krankenkassen ab.

Da würde ich mir mehr Entgegenkommen wünschen – und mehr Weitsicht. Es stimmt: Man kann jeden Euro nur einmal ausgeben. Deshalb sollte man in jene Bereiche investieren, die das Gesundheitssystem stabilisieren.

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_ Wäre es möglich, die Versorgungsangebote besser über das Stadtgebiet zu verteilen? KV-Berlin-Chef Dr. Burkhard Ruppert über seine Erfahrungen mit verschiedenen Steuerungsinstrumenten

GESUNDHEITSSYSTEME

12_ Digitale Patientensteuerung: Was können wir von den Schweden lernen?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

16_ Fragen und Antworten

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.

ABRECHNUNG

- 18_** Hausärztliche Versorgung:
Vorhaltepauschale neu geregelt
- 21_** ePA: Wie kann ich Erstbefüllung und
weitere Tätigkeiten abrechnen?
- 22_** Mehrfachabrechnungen vermeiden:
So schützen Sie Ihre Praxis vor
kostspieligen Rückforderungen

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 24_** SSB-Vereinbarung: Bitte arbeiten
Sie mit der Online-Version /
Workshops für Praxisteams /
Häufige Fragen

SELBSTVERWALTUNG

- 33_** Steckbrief: Dr. med. Philipp Holch

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 26_** Das langsame Ende der
"Großen Hafenrundfahrt"

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 30_** "Im Antiquariat"
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 7: KV Berlin/
Yves Sucksdorff; Seite 8: Ingo Menhard/Stock.
Adobe.com; Seite 29: Arne Wesenberg; Seite 34:
Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia;
Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmler,
Icons: iStockphoto, VectorStock

INTERVIEW

»Ohne Anreize bleiben die Arztsitze leer«

Koalitionsverträge in Bund und Hamburg setzen auf eine kleinräumigere Bedarfsplanung.

Doch wie soll das gehen?

Der Berliner KV-Chef **DR. BURKHARD RUPPERT** hat Erfahrungen mit verschiedenen Steuerungsinstrumenten gemacht. Hier berichtet er, was funktioniert – und was ins Leere läuft.

Sie haben in Berlin verschiedene Instrumente eingesetzt, um ambulante Versorgung besser über das Stadtgebiet zu verteilen. Wie kam es dazu?

RUPPERT: Die 1993 eingeführte Bedarfsplanung sollte die so genannte „Ärztenschwemme“ eindämmen. Doch die Situation hat sich grundlegend geändert. Als ich vor acht Jahren meinen Job im Vorstand der KV Berlin antrat, sagte meine Gesundheitssenatorin: „Herr Dr. Ruppert, wir müssen mehr Ärzte in den Osten bringen. Machen Sie das mal, Sie haben doch den Sicherstellungsauftrag.“ Daraufhin fragte ich sie: „Wie soll das gehen? Ich kann niemanden in Marzahn-Hellersorf am Baum festbinden und ihm

sagen, er soll Patienten versorgen.“ Die Bedarfsplanungsbezirke waren in Berlin zu einem einzigen großen Bereich zusammengelegt worden. Aufgrund der sehr guten Versorgung in Mitte, im Westen und Südwesten konnten wir im Osten der Stadt nicht einfach neue Arztsitze schaffen.

Weil es insgesamt eine statistische Überversorgung gab?

RUPPERT: Ja, bezogen auf das gesamte Stadtgebiet hatten wir eine massive Überversorgung. Im Ostteil der Stadt jedoch waren viele Menschen verzweifelt auf der Suche nach Hausärzten. Es geht hier vor allem um Versorgungsgerechtigkeit: Jeder Bezirk sollte eigentlich gleich gut

versorgt sein. Außerdem konnten wir nicht zulassen, dass unsere Ärztinnen und Ärzte im Osten der Stadt völlig untergehen. Wer in den schlechter versorgten Gegenden übrig blieb, wurde geflutet mit Patienten – auch diese Erwägung spielte für uns eine Rolle. Deshalb haben wir ab 2019 versucht, im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten neue Steuerungsmechanismen einzuführen.

Wie sah das konkret aus?

RUPPERT: Wir haben das Stadtgebiet neu strukturiert. Die fachärztliche Versorgung blieb ein Bedarfsplanungsbereich, für Kinderärzte haben wir vier Planungsbereiche gebildet, für Hausärzte drei. Das Prinzip war:



Dr. Burkhard Ruppert: "Wir konnten nicht zulassen, dass unsere Ärztinnen und Ärzte im Osten der Stadt völlig untergehen. Wer in den schlechter versorgten Gegenden übrig blieb, wurde geflutet mit Patienten – auch diese Erwägung spielte für uns eine Rolle."

Schlechter versorgte Gegenden wurden zu eigenen Planungsbereichen. Das führte dazu, dass auf einen Schlag 130 freie Hausarztsitze im Osten der Stadt entstanden.

Das hat die KV-Vertreterversammlung mitgetragen?

RUPPERT: Ja, die Vertreter stimmten dem Vorhaben mit großer Mehrheit zu. Es war eine mutige Entscheidung, denn die hausärztlichen und kinderärztlichen Honorare waren damals noch budgetiert. Den Vertretern war klar: Jede zusätzliche Praxis würde zu Lasten der anderen Mitglieder des Fachbereichs gehen, weil sich alle denselben Honorartopf teilten. Trotzdem war bei den Vertretern eine Einsicht

in die Notwendigkeit dieses Schrittes vorhanden. Der Landesausschuss, in dem neben den Ärzten auch die Krankenkassen vertreten sind, musste das Konzept noch offiziell beschließen. Und dann ist eingetreten, was ich befürchtet hatte: 130 zusätzliche Hausarztsitze – und keiner wollte sie haben.

Und dann?

RUPPERT: Wir haben finanzielle Anreize geschaffen. Über den § 105 Abs. 1a SGB V, also über den Strukturfonds, fördern wir hausärztliche Niederlassungen in den schlechter versorgten Planungsbereichen mit 60.000 Euro, die Eröffnung einer Zweigpraxis mit 40.000 Euro und die Anstellung eines Arztes mit 20.000 Euro. In Honorar-

Verhandlungen mit den Kassen haben wir außerdem erreicht, dass Praxen, die sich in den schlechter versorgten Planungsbereichen neu niederlassen, in den ersten drei Jahren einen Punktwertzuschlag bekommen.

Wie haben Sie die Kassen überzeugt?

RUPPERT: Die Ärzteschaft hatte die Initiative ergriffen und gesagt: Wir stehen in der Verantwortung und müssen etwas tun – selbst, wenn das unseren Anteil am Honorartopf schmälert. Das war ein ziemlich starkes Zeichen an die Krankenkassen.

Und waren Sie mit dem Verhandlungsergebnis zufrieden?

RUPPERT: Ja, der Zuschlag beträgt 0,03 Euro. Das ist fast ein Viertel des regulären Punktwerts. Die Förderung über den Strukturfonds und der Zuschlag für die ersten drei Jahre haben dann auch tatsächlich Wirkung gezeigt: In den schlechter versorgten Planungsbereichen sind seit 2016 fast 60 hausärztliche Vollzeitäquivalente hinzugekommen.

Das sind Versorgungskapazitäten, die unter dem Strich hinzugekommen sind?

RUPPERT: Ja. In Lichtenberg gibt es heute 36,25 hausärztliche Vollzeitäquivalente mehr als 2016 – und in Treptow-Köpenick 34. Nur in Marzahn-Hellersdorf haben wir es nicht geschafft, die Abwärtsentwicklung

aufzuhalten. Dort haben wir 10,75 Vollzeitäquivalente verloren.

Unterm Strich fast 60 zusätzliche Hausarzt-Vollzeitäquivalente in den schlechter versorgten Gegenden – das ist schon ein Erfolg, oder?

RUPPERT: Na ja, bei insgesamt 2500 Hausärzten in Berlin ist das natürlich immer noch ein Tropfen auf den heißen Stein. Aber für die versorgten Menschen macht das natürlich einen Unterschied. Wenn man davon ausgeht, dass ein Hausarzt 1000 Patienten versorgt, betrifft das immerhin knapp 60.000 Leute. Im Moment gibt es wegen des Bevölkerungsanstiegs etwa 100 freie Hausarztsitze im Ostteil der Stadt. Diese Sitze könnten noch

besetzt werden, dann wäre ein Versorgungsgrad von 110 Prozent erreicht. Das ist die obere Grenze der Vollversorgung.

Ich fasse mal zusammen: Der erste Schritt war, freie Arztstellen zu schaffen. Das alleine hat aber nichts gebracht. Es brauchte außerdem die finanzielle Förderung. Richtig?

RUPPERT: Ja. Ohne Förderung bekommt man die Sitze nicht besetzt. In den schlechter versorgten Planungsbereichen gibt es weniger Privatpatienten. Die Bevölkerung hat weniger Geld und eine geringere Bereitschaft, für IGeL oder Zusatzleistungen zu zahlen. Dafür braucht es einen finanziellen Ausgleich.

→ Fortsetzung Seite 10

Berlin: Planungsbereiche Hausärzte

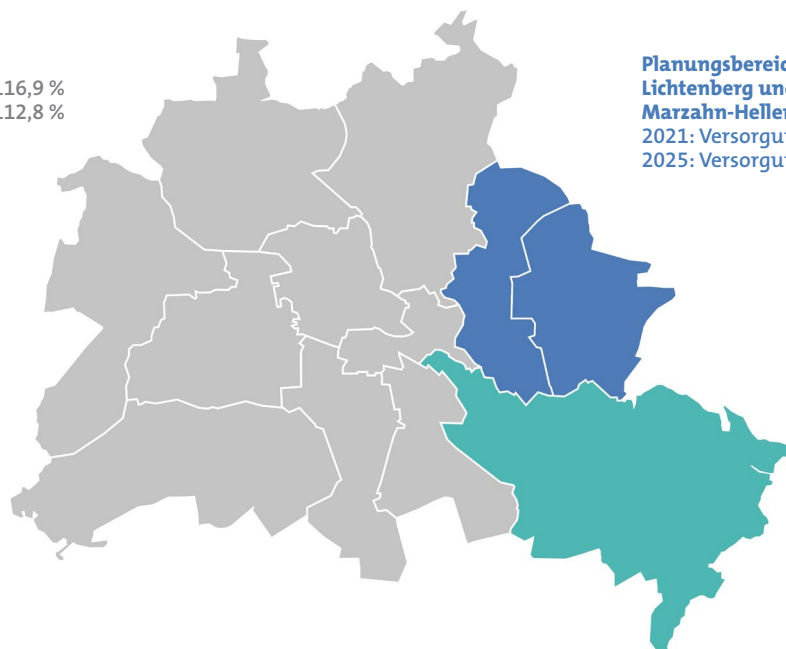
Für die hausärztliche Versorgung wurden die schlechter versorgten Bezirke Lichtenberg/Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick als gesonderte Planungsbereiche definiert. Das übrige Stadtgebiet gilt als einheitlicher Planungsbereich.

Planungsbereich I

2021: Versorgungsgrad 116,9 %
2025: Versorgungsgrad 112,8 %

Planungsbereich II

Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf
2021: Versorgungsgrad 84,9 %
2025: Versorgungsgrad 90,8 %

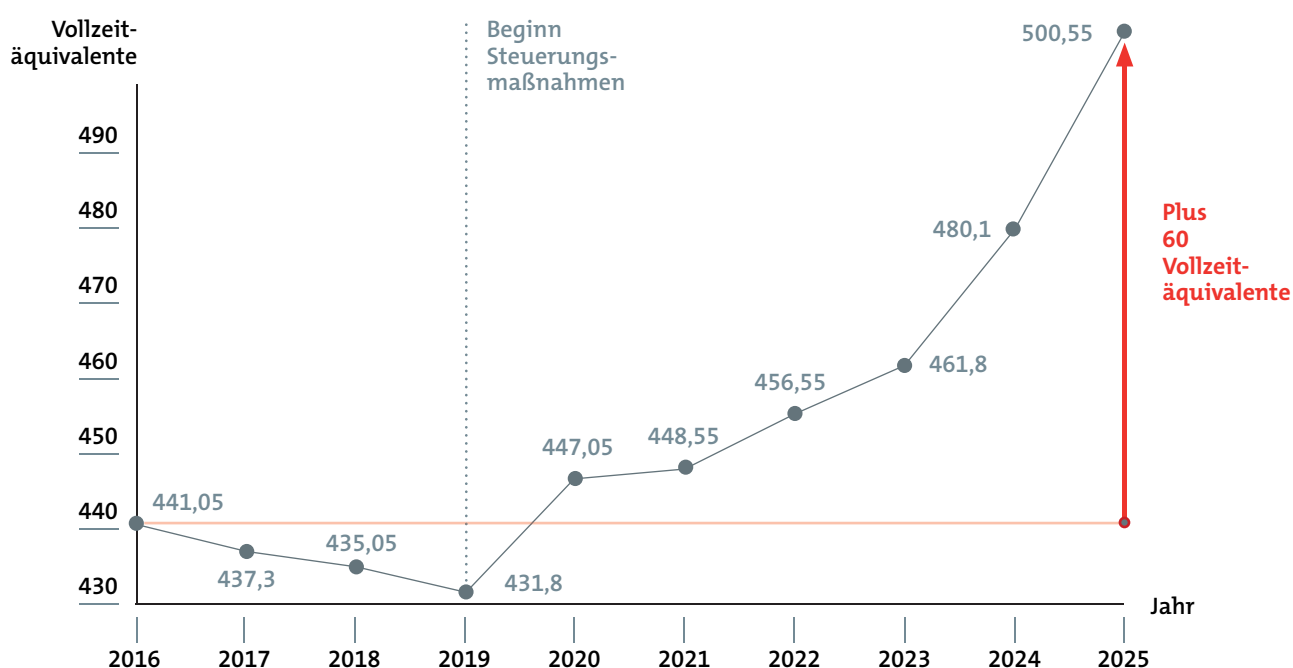


Planungsbereich III

Treptow-Köpenick
2021: Versorgungsgrad 81,1 %
2025: Versorgungsgrad 92,4 %

Berlin: Entwicklung der Hausarzt-Vollzeitäquivalente in den schlechter versorgten Bezirken (Zehn-Jahres-Betrachtung)

Fast 60 Vollzeitäquivalente sind seit 2016 in den schlechter versorgten Bezirken hinzugekommen (Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf/Lichtenberg gesamt). Ein Anstieg ist seit Beginn der Steuerungsmaßnahmen 2019 zu verzeichnen.



Berlin: Entwicklung der Hausarzt-Vollzeitäquivalente in Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg

	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg
2016	135,75	159,3	146
2017	135,5	159,3	142,5
2018	135,5	158,8	140,75
2019	134,5	156,8	140,5
2020	143,5	155,3	148,25
2021	147,75	154,3	146,5
2022	147,5	156,8	152,25
2023	155,75	153,8	152,25
2024	162,75	151,55	165,8
2025	169,75	148,55	182,25
	+ 34,0	- 10,75	+ 36,25

Quelle: KV Berlin; Die Zahlen beziehen sich auf den 1. Januar des jeweiligen Jahres sowie auf den 1. Juli 2025.

→ Fortsetzung

Warum ist es nicht gelungen, Ärzte für eine Niederlassung in Marzahn-Hellersdorf zu gewinnen?

RUPPERT: Das ist ein Bezirk, der in der Vorstellung auch vieler Ärztinnen und Ärzte mit den Plattenbauten aus DDR-Zeiten verbunden ist. Wenn man sich in Marzahn-Hellersdorf umsieht, stellt man allerdings fest, dass es dort auch grüne Gegenden mit vielen Einfamilienhäusern gibt. Wir sprechen junge Ärztinnen und Ärzte gezielt an und sagen: „Es lohnt sich auch, in diesen Bezirk zu gehen. Das ist wirtschaftlich überhaupt kein Risiko.“ Bei der Entscheidung, wo man sich niederlassen will, geht es aber oft gar nicht so sehr ums Geld. Junge Ärzte sagen mir: „Um Gottes willen, da sind so viele Patienten, da habe ich gar keine Freizeit mehr.“ Oder: „Ich wohne in Schöneberg. Wenn ich eine Praxis in Marzahn-Hellersdorf aufmache, bin ich mit öffentlichen Verkehrsmitteln eine dreiviertel Stunde mindestens unterwegs.“ Wir müssen wirklich trommeln und viel Öffentlichkeitsarbeit betreiben, um Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung in schlechter versorgten Gegenden zu gewinnen. Das ist nicht einfach. Deshalb sind wir auch mit den Vertretern der Bezirke im Gespräch. Wir wünschen uns, dass sie jungen Ärzten Angebote machen, vielleicht günstige Praxisräume vermitteln oder zur Verfügung stellen.

Ist es auch im Ostteil der Stadt schwierig, geeignete Praxisräume zu finden?

RUPPERT: Ja, gerade da. Zwei Bezirke haben jetzt eine Art Praxisbörse eingeführt, über die Gewerberäume

vermittelt werden. Das ist ein wichtiger Schritt. Wir sind darüber hinaus der Ansicht, dass Praxen künftig wie Kitas und Schulen im Rahmen der Stadtplanung zur „sozialen Infrastruktur“ gerechnet werden sollten – um sie vor hohen Mieten zu schützen.

Welche Rolle spielen die KV-Eigenrichtungen?

RUPPERT: Seit 2022 betreiben wir Praxen im Osten der Stadt über die KV Praxis GmbH. Die Praxen tragen natürlich zur Versorgung bei, doch wir sehen sie auch als Sprungbrett für die Niederlassung. Die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte können Erfahrungen sammeln mit der Tätigkeit in einer Praxis. Sie lernen den Stadtteil und die dort lebenden Menschen kennen. Und wenn sie Lust auf eine eigene Praxis bekommen, können sie sich überall in der Umgebung niederlassen – es gibt ja genug freie Arztstühle.

Die KV-Praxen tragen sich finanziell selbst?

RUPPERT: Ja, unsere Praxen schreiben mittlerweile schwarze Zahlen. Derzeit betreiben wir vier Praxen. Geplant ist, das Modell auf acht bis zehn Praxen auszuweiten.

Nochmal zur Aufteilung der Stadt in Bedarfsplanungsbereiche: Wäre es nicht besser, die Niederlassung gezielter und flexibler zu steuern?

RUPPERT: Ja. Mir wären gezieltere, in die Zukunft gerichtete und damit flexiblere Steuerungsinstrumente deutlich lieber. Doch die Bedarfsplanung ist ziemlich starr. Man kann den Zuschnitt der Gebiete nicht sofort an-

passen, wenn sich die Versorgungslage geändert hat – oder wenn absehbar ist, dass sich die Versorgungslage ändern wird. Zu mir kommen Entwickler, die neue Wohngebiete für 5.000 Menschen bauen und fragen: „Lieber Herr Dr. Ruppert, können Sie uns zusagen, dass es für diese Menschen in drei Jahren eine hausärztliche, kinderärztliche und frauenärztliche Versorgung gibt?“ Das kann ich nicht.

Wo wächst die Bevölkerung besonders stark?

RUPPERT: In den ohnehin schon schlechter versorgten Bezirken. Seit 2020 wuchs die Bevölkerung in Marzahn-Hellersdorf um knapp 9 Prozent, in Treptow-Köpenick um 8,5 – in Berlin insgesamt nur um 5 Prozent. Bei Kindern sind die Zahlen noch verrückter: plus 15 Prozent in Marzahn-Hellersdorf, plus 14,2 in Treptow-Köpenick.

Wie reagieren Sie darauf?

RUPPERT: Momentan haben wir dafür keine Instrumente. Wir brauchen gesetzliche Grundlagen für eine flexible, vorausschauende Versorgungsplanung. Dazu gehört unabdingbar auch eine Patientensteuerung, die diesen Namen verdient – im Sinne einer verbindlichen Hilfestellung für die Patientinnen und Patienten. Wir werden mit den uns zur Verfügung stehenden personellen, strukturellen und finanziellen Ressourcen in Zukunft nicht mehr auskommen ohne grundlegende Reformen der Bedarfsplanung und eine effektive Steuerung der Patientenströme. ■

Interview: Martin Niggeschmidt

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!

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

VON CAROLINE ROOS

Digitale Patientensteuerung: Was können wir von den Schweden lernen?

Schwedens Gesundheitssystem setzt auf eHealth und Patientensteuerung. Eine Hamburger Delegation hat vor Ort erkundet, wie sich die Stärken des deutschen und des schwedischen Systems verbinden lassen.

Als Mitglied der Delegation um Hamburgs Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer durfte ich gemeinsam mit Dr. Mike Müller-Glamann, Dr. Thiemo Kurzweg und anderen Vertreterinnen und Vertretern des Hamburger Gesundheitswesens im September 2025 drei Tage lang das schwedische Gesundheitssystem erkunden. Im Fokus stand die digitale Patientensteuerung.

Die Grundvoraussetzungen in Schweden und Deutschland sind sehr unterschiedlich: Schwedens Gesundheitssystem ist steuerfinanziert und wird im Rahmen nationaler Leitplanken in den 21 Regionen und 290 Kommunen regional verantwortlich, organisiert und finanziert.

Der Zugang zur ärztlichen Versorgung erfolgt erst nach einer medizinischen Ersteinschätzung durch eine medizinische Fachkraft. Der Zugang zum Arzt erfolgt nur, wenn es wirklich notwendig ist. Und auch dann gibt es teils lange Wartezeiten, insbesondere in der fachärztlichen Versorgung oder bei Operationen, und das trotz einer gesetzlichen 3-90-90-Tage-Regelung. Diese legt fest, dass eine hausärztliche Versor-

gung innerhalb von drei Tagen, eine fachärztliche Versorgung innerhalb von 90 Tagen und eine sich gegebenenfalls anschließende Operation ebenfalls innerhalb von 90 Tagen erfolgen soll.

Werden die Fristen nicht eingehalten, hat die Patientin oder der Patient Anspruch darauf, in einer anderen Region behandelt zu werden. Doch dort landet man häufig auch nur wieder auf einer Warteliste.

In Deutschland hingegen ist der Zugang zur ärztlichen Versorgung sehr niedrigschwellig. Viele Patientinnen und Patienten haben – unterstützt durch politische Versprechungen – die Erwartung, ärztliche Leistungen nahezu unbegrenzt in Anspruch nehmen zu können.

Und es gibt auch kulturelle Unterschiede, die dazu beitragen, das Schweden im Bereich eHealth so erfolgreich ist: Die Schwedinnen und Schweden haben ein großes Vertrauen in ihren Staat. Sie sind pragmatisch und konsequent lösungsorientiert, während bei uns in Deutschland auch schon mal die Probleme in den Vordergrund gerückt werden.

Vieles hat mich in Schweden sehr beeindruckt – die Innovationskraft,

die Effizienzorientierung, der Kooperationswille, die konsensorientierte Zusammenarbeit sowie das Offenbleiben für neue Entwicklungen.

Schweden hat bereits seit 2006 eine nationale ehealth-Strategie; Digitalisierung im Gesundheitswesen hat damit eine lange Tradition, da sie es auch ermöglicht, die rund 20 Prozent der Bevölkerung zu erreichen, die in Schweden weit ab von ambulanter und stationärer Versorgung leben.

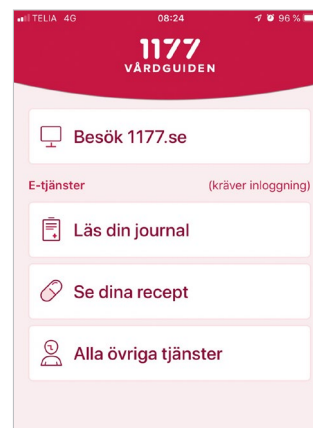
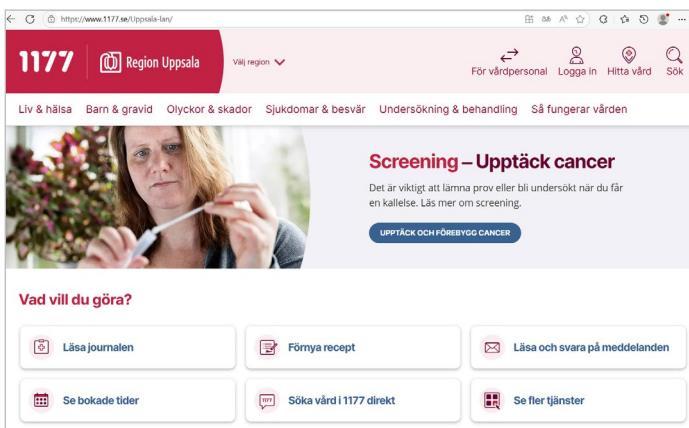
Ob wir für die Versorgung in Deutschland etwas lernen können? Ich denke schon. Wir sollten das Beste aus beiden Welten miteinander vereinen: die hervorragende ambulante Versorgung hierzulande erhalten und stärken – und die digitale Steuerung und Unterstützung weiter ausbauen.

Schweden ist Weltspitze in Sachen eHealth. Digitalisierung wird in Schweden unter anderem zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, zur Patientensteuerung, für Telemedizin, Onlinedienste und für ein Patientenmonitoring in der häuslichen Umgebung genutzt.

Seit über 25 Jahren gibt es bereits das Gesundheitsportal 1177 Vårdguiden. Das ist eine zentrale Anlauf-



**Hamburger Delegation in Schweden um Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer;
Rechtes Foto: Vertreter des ambulanten Bereichs Dr. Mike Müller-Glamann, Caroline Roos, Dr. Thiemo Kurzweg**



**Zentrale Anlaufstelle für Schweden zu den Themen Gesundheit und medizinische Versorgung:
das Gesundheitsportal 1177. Teil des Angebots ist seit vielen Jahren eine elektronische Patientenakte.**

stelle für Bürgerinnen und Bürger für alle gesundheitlichen Themen und medizinische Versorgung – per Telefon und online. Hier ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr medizinisches Fachpersonal erreichbar.

Das Portal ist staatlich finanziert und wurde zu einer Zeit aufgebaut, als das Internet noch ganz jung war. Ziel war es, Versorgungsinformationen und Versorgungsangebote verfügbar zu machen und die Patientenströme zu steuern. Außerdem sollte die Bevölkerung in den dünn besiedelten Gegenden im Norden des Landes über digitale Angebote an die Gesundheitsversorgung angebunden werden.

Jede Schwedin, jeder Schwede hat eine Identifikations-Nummer,

mit deren Hilfe er sich bei der 1177 einwählen oder über die Website auf dem Onlineportal 1177.se anmelden kann. Hier findet man unter anderem Zugang zu allgemeinen Gesundheitsinformationen.

Darüber hinaus Informationen zu Vorsorgeangeboten, zu spezifischen Erkrankungen, zu ambulanten und stationären Versorgern oder auch, wie man sich am besten auf einen Arzttermin vorbereitet. Hier können auch Termine gebucht, eine Videoberatung in Anspruch genommen, gesundheitliche Fragen mittels Chatbot gestellt, eRezepte abgerufen sowie digitale Gesundheitsanwendungen heruntergeladen werden. Außerdem kann man auf diesem Wege seine elektroni-

sche Patientenakte (ePA) verwalten.

Eine Voraussetzung für den Erfolg des Portals ist der politische Wille gewesen, es landesweit verfügbar zu machen, das Angebot kontinuierlich weiter zu verbessern und konsequent zu finanzieren.

Schon den Kindern in der Schule wird beigebracht, dass die 1177 bei allen Gesundheitsthemen und -problemen weiterhilft. Die 1177 ist einer der möglichen Zugänge zum Gesundheitssystem. Hier wird auch telefonisch oder per Chatbot mittels medizinischer Ersteinschätzung geprüft, ob eine ärztliche Konsultation tatsächlich notwendig und welches Versorgungsangebot passend ist.

Auch in den ambulanten Gesundheitszentren und in Kranken-

häusern findet eine sehr starke Vorselektion durch nicht-ärztliches Fachpersonal statt. Zum Arzt kommt nur, wer wirklich ärztliche Versorgung benötigt. Arztkontakte sind grundsätzlich mit einer Gebühr belegt: 15 Euro für den Hausarzt, 30 Euro für den Facharzt, 40 Euro für die Notaufnahme. Sobald ein Betrag von umgerechnet 104 Euro erreicht ist, sind weitere Behandlungen für den Rest des Jahres kostenfrei.

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung braucht man in Schweden erst nach 14 Tagen, und im Krankheitsfall wird das Gehalt nur zu 80 Prozent ausbezahlt. Das alles zahlt sicher darauf ein, dass es in Schweden nur zwei statt wie in Deutschland zehn Arztkontakte je Patient gibt.

Mit zwei Krankenhausbetten auf 1000 Einwohner hat Schweden im Vergleich der OECD-Länder zudem die geringste Bettenanzahl (Deutschland: 7,8) – und mit 5,3 Tagen die drittniedrigste Verweildauer (Deutschland: 7,2 Tage). Das gelingt, da die Patientinnen und Patienten gut vorbereitet ins Krankenhaus kommen und die relevanten medizinischen Unterlagen und Daten über die ePA zur Planung und Vorbereitung der Behandlung genutzt werden.

Der Aufenthalt kann so kurz wie möglich gehalten werden, da die Patientinnen und Patienten bei Bedarf in der häuslichen Umgebung mittels digitalem Patientenmonitoring begleitet werden.

Mit 83,4 Jahren haben die Schweden eine höhere Lebenserwartung als die Deutschen (81,2 Jahre). Einer der Gründe dafür ist sicherlich auch, dass der Tabakkonsum und

der Alkoholkonsum in Schweden im europäischen Vergleich ziemlich niedrig ist – was auch das Ergebnis gezielter Public-Health-Strategien und Präventionskampagnen ist.

Die Einführung der ePA in Schweden war Teil der nationalen eHealth-Strategie. Die Akten selbst sind dann jedoch von jeder Region selbst entwickelt worden. Die ePA ist mit den Softwaresystemen der Leistungserbringer so verknüpft, dass direkt in der ePA gelesen und dokumentiert werden kann. Nur in vereinzelt Fällen erfolgt die Dokumentation in einem Bereich, der für die Patientinnen und Patienten über Ihren Zugang zur ePA nicht einsehbar ist.

Insgesamt erfolgt das Arbeiten mit der ePA seit Jahren routiniert. Kommt jedoch eine Patientin oder ein Patient aus einer anderen Region oder zieht um, kann nicht auf ihre beziehungsweise seine ePA zugegriffen werden. An eine nationale Patientenkurzakte und die nationale Medikationsliste sind noch nicht alle Leistungserbringer angebunden. Auch in Schweden gibt es noch große Herausforderung zur Herstellung der Interoperabilität der verschiedenen Systeme und Anwendungen.

Zudem ist die ePA technisch in die Jahre gekommen. Aktuelle digitale Projekte stellen die Erneuerung der ePA sowie die Interoperabilität und damit eine regionsübergreifende und europäische Nutzbarkeit (European Health Data Space - EHDA) in den Fokus.

Insofern ja: Wir in Deutschland hätten schneller sein können mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Doch zumindest einen

Vorteil hat der späte Start der ePA in Deutschland: Ärzte und Psychotherapeuten können, egal wo die Patientinnen und Patienten in Deutschland wohnen, auf die ePA, zum Beispiel auf die Medikationsliste und 2026 auch auf den eMedikationsplan zugreifen.

Datenschutz beschäftigt die Schweden deutlich weniger als die Deutschen, wenn es darum geht, Kostenersparnisse und eine Verbesserung der Behandlungsqualität zu erreichen.

Aus Sicht der Schweden profitieren alle: Diejenigen, die Patienten versorgen – und die Patienten selbst. In Schweden findet man es auch großartig, dass die Patienten informiert zur Behandlung erscheinen, weil das die Effizienz in der Versorgung verbessert. Um die Effizienz dreht sich im Gesundheitswesen alles, da der Fachkräftemangel auch in Schweden Realität ist.

Können wir uns von der Effizienz des schwedischen Gesundheitssystems eine Scheibe abschneiden? Mit Sicherheit: Schweden ist mit großer Entschlossenheit zu einem globalen Innovationsführer geworden. Darauf sind die Schweden sehr stolz.

Wenn die Kosten aus dem Ruder laufen, muss Versorgung auch bei uns in Deutschland neu gedacht werden. Wir müssen die ambulante Versorgung stärken – und wo es nötig ist, durch digitale Angebote und effiziente Instrumente zur Patientensteuerung ergänzen. Hier können wir von Schweden lernen. ■



CAROLINE ROOS ist stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg

HELDEN GESUCHT BITTE SUBSTITUIEREN SIE!

Sie suchen eine spannende und abwechslungsreiche Tätigkeit? Helfen Sie, chronisch kranke Opioidabhängige zu substituieren. Eine professionelle Herausforderung und eine erfüllende Aufgabe. Weitere Infos finden Sie unter dem QR-Code:



WWW.KVHH.DE/SUBSTITUTION.HTML



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**

COVID-19-IMPFSTOFF

Wie wird der Covid-19-Impfstoff bestellt und abgerechnet?

Der Covid-19-Impfstoff wird weiterhin über das Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) bestellt – nicht über die Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD). Die Abrechnung der Impfleistung erfolgt sowohl bei gesetzlich als auch bei privat versicherten Patienten über die jeweilige Krankenkasse. Die aktuellen Abrechnungsziffern für die angepassten Impfstoffe sind GOP 88349 (Comirnaty LP8.1) und 88353 (Spikevax LP8.1) mit den Suffixen A, B, R und für berufliche Indikationen V, W, X.

POSTEXPOSITIONSPROPHYLAXE

Ein Patient wurde von einem Tier gebissen und erscheint nun zur Postexpositionsprophylaxe. Wie beziehe ich den Impfstoff und wie kann ich die aktive Immunisierung mit dem Tollwutimpfstoff abrechnen?

Impfstoffe für postexpositionelle Impfungen werden auf den Namen des Patienten zu Lasten seiner eigenen Kasse verordnet. Hierbei kreuzen Sie bitte das Feld 8 (Impfstoff) auf Muster 16 an. Für die ärztliche Leistung gibt es in diesem Fall keine Abrechnungsnummer, die Leistung gilt mit dem Ansatz der Versichertenpauschale als abgegolten.

TSS

Ich möchte für einen Patienten mit therapeutischem Behandlungsbedarf gerne eine Psychotherapie veranlassen. Darf ich in diesem Fall einen Überweisungsschein mit einem Vermittlungscode ausstellen?

Für die Vermittlung einer psychotherapeutischen Sprechstunde über die Terminservice-stelle ist weder ein Überweisungsschein noch ein Vermittlungscode notwendig. Patienten können den Termin entweder telefonisch unter 116 117 oder online unter 116117.de buchen.

Weitere Fachgruppen, für die kein Vermittlungscode erforderlich ist: Hausarzt, Kinderarzt, Augenarzt und Frauenarzt.

ABRECHNUNG

Einer meiner Patienten meldete sich aufgrund eines akuten Leidens heute Vormittag in meiner Praxis. Meine Mitarbeiterin vereinbarte daraufhin in der Nachmittagszeit einen Hausbesuch. Der Patient ging, ohne mir vorher Bescheid zu sagen, in die Notaufnahme, sodass ich bei meinem vereinbarten Besuch vor verschlossener Tür stand. Kann ich für diesen Hausbesuch die GOP 01412 EBM abrechnen?

Nein, leider nicht. Die GOP 01412 EBM (Dringender Besuch II) ist nur dann berechnungsfähig, wenn ein Vertragsarzt in dringenden Fällen den Besuch unverzüglich durchführt. Wären

Sie direkt nach Eingang des Gesprächs zum Patienten gefahren, wäre die Abrechnung der GOP 01412 EBM in voller Höhe möglich gewesen – und das auch bei Nichtantreffen eines Patienten. Da der Besuch jedoch verzögert stattfand, ist hier die Berechnung der GOP 01410 EBM (Besuch eines Kranken) möglich. Gleiches gilt für einen Besuch im organisierten Notfalldienst. Weitere Leistungen sind allerdings nicht berechnungsfähig.

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Zu wann kann ich mit den regelmäßigen Auszahlungen der Pauschalen für die Telematikinfrastruktur (TI) rechnen?

Nach Quartalsabschluss wird auf Basis der Abrechnungsdaten automatisch geprüft, ob das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchgeführt wurde und alle weiteren Anforderungen erfüllt sind. Daraufhin werden die geltenden Erstattungs- und Betriebskostenpauschalen auf Grundlage der TI-Finanzierungsvereinbarung berechnet. Die Auszahlungstermine sind wie folgt:

- 20. Januar für Quartal 3
- 20. April für Quartal 4
- 20. Juli für Quartal 1
- 20. Oktober für Quartal 2

PSYCHOTHERAPIE

Mein Patient hat bereits eine Akutbehandlung erhalten. Muss ich für das Antragsverfahren für eine Kurz- oder Langzeittherapie in diesem Fall etwas Besonderes beachten?

In diesem Fall gibt es beim Antragsverfahren eine Besonderheit: Auf dem PTV 2 geben Sie die bereits durchgeführten Therapieeinheiten (vollendete 50 Minuten) der Akutbehandlung an. Der Grund ist, dass die Stunden der Akutbehandlung mit den Stunden der Kurz- oder Langzeittherapie zu verrechnen sind. Ansonsten läuft das Antragsverfahren wie gewohnt ab. Auch hier sind zunächst mindestens zwei probatorische Sitzungen nötig. Im Rahmen der probatorischen Sitzungen kann der Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie gestellt werden, sobald der Termin für die zweite Sitzung feststeht. ■

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



Hausärztliche Versorgung: Vorhaltepauschale neu geregelt

Zum 1. Januar 2026 wird für Hausarztpraxen eine geänderte Vorhaltepauschale mit neuen Zuschlägen eingeführt. Die Ziffern werden von der KV automatisch zugesetzt. Mit größeren Honorarumverteilungen ist nach Einschätzung von KBV und Hausärzteverband nicht zu rechnen.

Die Grundsystematik der jetzigen Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages (GOP 03040) bleibt unverändert.

Hausärztinnen und Hausärzte erhalten sie weiterhin einmal im Behandlungsfall, wenn sie in dem Quartal keine fachärztlichen Leistungen bei dem Patienten durchgeführt und abgerechnet haben.

Absenkung der Grundbewertung und gestuftes Zuschlagsmodell

Die Grundbewertung der GOP 03040 wird auf 128 Punkte abgesenkt (vorher: 138 Punkte). Wie bisher gilt: Die Bewertung der GOP 03040 ist abhängig von der Praxisgröße. Praxen mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Hausarzt im Quartal erhalten eine etwas höhere Pauschale, bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Hausarzt erfolgt ein Abschlag.

Neu ist ein Abschlag für eine zu geringe Anzahl an Impfungen: Führt eine Hausarztpraxis weniger als 10 Schutzimpfungen im Quartal durch, wird die Vorhaltepauschale um 40 Prozent gekürzt – da Impfen zur hausärztlichen Grundversorgung gehört.

Außerdem wird ein gestuftes Zuschlagsmodell eingeführt: Es gibt einen Zuschlag von 10 Punkten, wenn die Praxis mindestens zwei von zehn Kriterien für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags erfüllt. Werden mindestens acht Kriterien erreicht, erhält die Praxis einen Zuschlag von 30 Punkten.

Auf einen Blick:

Die Vorhaltepauschale ab 2026

Praxis erfüllt weniger als zwei Kriterien

(bei 400 bis 1200 Behandlungsfällen je Hausarzt und mindestens 10 Schutzimpfungen):
GOP 03040 ohne Zuschlag
(128 Pkt. / **16,36 €**)

Praxis erfüllt zwei bis sieben Kriterien

(bei 400 bis 1200 Behandlungsfällen je Hausarzt und mindestens 10 Schutzimpfungen):
GOP 03040 plus Zuschlag I - GOP 03041
(128 + 10 = 138 Pkt. / **17,64 €**)

Praxis erfüllt mindestens acht Kriterien

(bei 400 bis 1200 Behandlungsfällen je Hausarzt und mindestens 10 Schutzimpfungen):
GOP 03040 plus Zuschlag II - GOP 03042
(128 + 30 = 158 Pkt. / **20,20 €**)

(Hamburger Punktwert für 2026 = 0,127819 €)

Erläuterungen zu den Kriterien

Die ersten acht Kriterien in der Tabelle gelten als erfüllt, wenn für die jeweiligen Leistungen der geforderte prozentuale Anteil an den Behandlungsfällen einer Praxis erreicht wird. Dabei wird jede abgerechnete Leistung gezählt; beim Kriterium Schutzimpfungen zum Beispiel jede Impfung, auch wenn ein Patient an einem Tag zwei Impfungen erhält.

Das sind die zehn Kriterien

Kriterien	Anforderungen für die Erfüllung des Kriteriums
Haus- und Pflegeheimbesuche (GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und / oder 38105)	mind. 5 Prozent*
Geriatrische / palliativmedizinische Versorgung (GOP der EBM-Abschnitte 3.2.4, 3.2.5 und 37.3, 30980 und / oder 30984)	mind. 12 Prozent*
Kooperation Pflegeheim (GOP des EBM-Abschnittes 37.2)	mind. 1 Prozent*
Schutzimpfungen gemäß Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA	mind. 7 Prozent im 1., 2. und 3. Quartal* mind. 25 Prozent im 4. Quartal*
Kleinchirurgie / Wundversorgung / postoperative Behandlung (GOP 02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 und / oder 31600)	mind. 3 Prozent*
Ultraschalldiagnostik Abdomen und / oder Schilddrüse (GOP 33012 und / oder 33042)	mind. 2 Prozent*
Hausärztliche Basisdiagnostik Langzeitblutdruckmessung und / oder Langzeit-EKG und / oder Belastungs-EKG und / oder Spirographie (GOP 03241, 03321, 03322, 03324 und / oder 03330)	mind. 3 Prozent*
Videosprechstunde (GOP 01450)	mind. 1 Prozent*
Zusammenarbeit Das Kriterium gilt als erfüllt bei	einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) von Hausärzten oder der Teilnahme an Qualitätszirkeln.
Sprechstunden / Praxisöffnungszeiten Angebot von mindestens 14-tägig stattfindenden Sprechstunden am	Mittwoch nach 15 Uhr und / oder Freitag nach 15 Uhr und / oder an mindestens einem Werktag nach 19 Uhr und / oder vor 8 Uhr

* Summe der Leistungen im Verhältnis zu allen hausärztlichen Behandlungsfällen, z. B. mind. 50 Besuchsleistungen bei 1.000 Fällen (5 Prozent)

Beispiel: Einzelpraxis mit 1.000 Behandlungsfällen im Quartal

„Haus- und Pflegeheimbesuche“

● Für die Erfüllung dieses Kriteriums muss die Praxis so viele Leistungen nach den GOP 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und/oder 38105 durchführen und abrechnen, dass die Summe fünf Prozent ihrer 1.000 Behandlungsfälle entspricht. Bei 1.000 Behandlungsfällen sind also 50 Besuche im Quartal erforderlich, um das Kriterium zu

erfüllen. Wird ein Patient im Quartal mehrmals besucht, wird ebenfalls die Zahl der abgerechneten Leistungen beziehungsweise Besuche gezählt und nicht die Anzahl besuchter Patienten.
● Gezählt werden zudem sowohl Besuche, die der Arzt als auch das Praxispersonal durchgeführt hat.

„Hausärztliche Basisdiagnostik“

● Für die Erfüllung dieses Kriteriums muss die Praxis so viele Leistungen nach den GOP 03241, 03321, 03322, 03324 und/oder 03330



durchführen und abrechnen, dass die Summe drei Prozent ihrer 1.000 Behandlungsfälle entspricht. Das wären 30 Untersuchungen – egal, ob dies Langzeitblutdruckmessungen, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG oder Spirografien sind. Es können beispielsweise auch alles spirografische Untersuchungen (GOP 03330) sein.

- Auch hier gilt: Werden bei einem Patienten mehrere Untersuchungen durchgeführt und abgerechnet, zählt jede Leistung – und nicht die Anzahl der Patienten mit diesen Leistungen.

„Schutzimpfungen“

- Für die Erfüllung dieses Kriteriums muss die Praxis im 1., 2. und 3. Quartal eines Jahres so viele Impfungen durchführen und berechnen, dass die Summe sieben Prozent ihrer 1.000 Behandlungsfälle entspricht. Im 4. Quartal, in dem vor allem Gripeschutzimpfungen durchgeführt werden, muss die Summe der Impfungen zur Erfüllung des Kriteriums mindestens 25 Prozent betragen. Das wären beispielsweise im 4. Quartal 250 Impfungen.

- Gezählt werden auch hier die durchgeführten und abgerechneten Impfungen (gemäß der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA) und nicht die Anzahl der geimpften Patienten. Das Kriterium umfasst die regional vereinbarten GOP des Kapitels 89, einschließlich der COVID-19-Impfungen. Auch bei Mehrfachimpfungen von Patienten im Quartal mit verschiedenen Impfstoffen (z. B. Influenza, COVID-19 und RSV) oder dem gleichen Impfstoff (z. B. FSME) zählt die Anzahl der Impfungen.

Ausnahmeregelungen für Schwerpunktpraxen

Für diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen und Substitutionspraxen gibt es zwei Ausnahmeregelungen. Hausärzte in diesen Praxen erhalten den 10-Punkte-Zuschlag zur Vorhaltepauschale ohne die Erfül-

lung einer Mindestanzahl von Kriterien. Für den höheren Zuschlag von 30 Punkten müssen sie wie alle anderen Hausärzte mindestens acht Kriterien erfüllen. Eine weitere Ausnahme betrifft den 40-prozentigen Abschlag auf die Vorhaltepauschale (GOP 03040), wenn eine Praxis zu wenig impft. Diese Abschlagsregelung gilt ebenfalls nicht für Schwerpunkt- und Substitutionspraxen.

Als Schwerpunkt- bzw. Substitutionspraxen im Sinne dieser Ausnahmeregelungen gelten Praxen, in denen Hausärzte bei mehr als 20 Prozent der Patienten spezialisierte diabetologische Behandlungen, spezialisierte Behandlungen von an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten (EBM-Abschnitt 30.10) oder substitutionsgestützte Behandlungen Opioidabhängiger (EBM-Abschnitt 1.8) durchführen.

Extrabudgetäre Vergütung

Vorhaltepauschale und Zuschlag werden durch die Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt. Beide Leistungen werden in voller Höhe gezahlt.

Keine größeren Honorarumverteilungen

Grundlage der Änderungen sind Vorgaben im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG). KBV und GKV-Spitzenverband haben sich auf die Details geeinigt.

Es sei der Selbstverwaltung gelungen, große Umverteilungen zwischen den hausärztlichen Praxen zu verhindern, sagte KBV-Vizechef Dr. Andreas Hofmeister.

Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband sprach von einer „mutwillig vertanen Chance“: „Unter dem Strich wird sich quasi nichts ändern, denn über 90 Prozent der Zahlungen werden genau wie bisher verteilt. Auch beim Rest wird es fast keine Verschiebungen geben.“ ■

Den richtigen Ansprechpartner vermittelt Ihnen:
Mitgliederservice
Tel: 040 / 22802 -802

Wie kann ich das Arbeiten mit der ePA abrechnen?

Für die Erstbefüllung der ePA gibt es 11,03 Euro. Weitere ePA-Tätigkeiten werden über zwei gesonderte Ziffern abgerechnet.

GOP 01648 FÜR DIE ERSTBEFÜLLUNG

Für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) kann eine Praxis die GOP 01648 abrechnen. Diese Leistung darf sektorübergreifend nur einmal je Patient abgerechnet werden. Sie ist mit 89 Punkten (11,03 €) bewertet.

ERSTBEFÜLLUNG – WAS GENAU HEISST DAS?

Als Erstbefüllung gilt, wenn zum ersten Mal ein Dokument von einer Praxis oder einem Krankenhaus in die ePA eingestellt wird. Um die Erstbefüllung abrechnen zu können, muss die Praxis die Daten aktiv auswählen und hochladen. Wenn die Praxis ein elektronisches Rezept ausstellt, und die Verordnungsdaten werden anschließend automatisch in die elektronische Medikationsliste (eML) der ePA hochgeladen, gilt das nicht als Erstbefüllung. Dementsprechend gilt die ePA noch nicht als erstbefüllt, wenn darin die eML enthalten ist. Die ePA gilt auch noch nicht als erstbefüllt, wenn darin Abrechnungsdaten der Krankenkasse oder vom Versicherten selbst hochgeladene Dokumente enthalten sind.

BIN ICH WIRKLICH DER ERSTE?

Ob bereits eine Erstbefüllung stattgefunden hat, ist für die Praxis nicht immer eindeutig erkennbar. Der Patient kann Dokumente verbergen oder löschen. Im Zweifelsfall können Sie den Patienten fragen, ob zuvor schon eine Praxis oder ein Krankenhaus etwas in die ePA eingestellt hat.

GOP 01647 FÜR WEITERE ePA-TÄTIGKEITEN

Ist die Erstbefüllung schon erfolgt, kann für weitere ePA-Tätigkeiten (Erfassen, Verarbeiten, Speichern von Daten) die GOP 01647 (15 Punkte / 1,86 €) abgerechnet werden. Sie wird als Zuschlag zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale extrabudgetär vergütet und ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Ein Behandlungsfall ist die Behandlung desselben Patienten durch dieselbe Praxis innerhalb eines Quartals. Man kann die Ziffer also pro Patient für die gesamte Praxis einmal im Quartal abrechnen.

GOP 01431 FÜR WEITERE ePA-TÄTIGKEITEN OHNE PERSÖNLICHEN KONTAKT

UND OHNE VIDEOSPRECHSTUNDE

Kommt im Quartal weder ein persönlicher Kontakt noch ein Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde zustande, da beispielsweise nur ein Rezept ausgestellt wird, kann die Praxis für weitere ePA-Tätigkeiten die GOP 01431 (3 Punkte / 37 Cent) abrechnen. Diese GOP ist bis zu viermal im Arztfall berechnungsfähig. Ein Arztfall ist die Behandlung desselben Patienten durch denselben Arzt/ Psychotherapeuten innerhalb eines Quartals. Man kann die Ziffer also pro Patient viermal im Quartal abrechnen – und zwar gesondert für jeden Arzt/ Psychotherapeuten, der die Leistung erbringt.

WIE LANGE KANN MAN DIE ZIFFERN NOCH ABRECHNEN?

Die drei Ziffern sind vorerst nur bis Ende des Jahres abrechenbar. KBV und GKV-Spitzenverband verhandeln darüber, wie die Nutzung der ePA ab Januar vergütet wird. ■

Den richtigen Ansprechpartner vermittelt Ihnen:
Mitgliederservice
Tel: 040 / 22802 -802



Mehrfachabrechnungen vermeiden

So schützen Sie Ihre Praxis vor kostspieligen Rückforderungen

Früherkennungs- oder Gesundheitsuntersuchungen (z.B. GOP 01732 oder GOP 01748) und anderen Kassenleistungen dürfen nach EBM nur einmal pro Quartal oder in bestimmten Intervallen abgerechnet werden. Wenn Patienten diese Leistungen in mehreren Praxen in Anspruch nehmen, ohne dass der nachbehandelnde Arzt von bereits erfolgten Untersuchungen weiß, drohen unbeabsichtigte Mehrfachabrechnungen. Die Krankenkassen beanstanden diese Fälle konsequent und fordern bereits ausgezahlte Honorare zurück. Dabei lassen sich solche Probleme mit wenigen gezielten Maßnahmen wirksam vermeiden.

IHRE SORGFALTSPFLICHT: WAS SIE BEACHTEN MÜSSEN

Nach § 22 Absatz 3 Bundesmantelvertrag Ärzte sind die Krankenkassen verpflichtet, ihre Versicherten über Früherkennungsleistungen aufzuklären. Als Vertragsarzt müssen Sie die Abrechnungsvoraussetzungen prüfen – soweit dies aufgrund der Patientenangaben und Ihrer Dokumentation möglich ist. Diese Sorgfaltspflicht schützt Sie vor Regress.

PRAXISTIPP: SYSTEMATISCHE VORABKLÄRUNG

Setzen Sie auf einen strukturierten Aufnahmeprozess: Lassen Sie Patienten vor der Untersuchung einen kurzen Fragebogen ausfüllen. Entscheidend dabei: Erläutern Sie verständlich, welche Leistung Sie durchfüh-

ren möchten, damit der Patient korrekt angeben kann, ob diese bereits erfolgt ist.

WAS TUN BEI BEREITS DURCHGEFÜHRTER UNTERSUCHUNG?

Stellt sich heraus, dass die Leistung bereits erbracht wurde, klären Sie den Patienten über den begrenzten Kassenanspruch auf. Wünscht der Versicherte dennoch die Untersuchung, können Sie diese als Privatleistung nach GOÄ erbringen – allerdings nur unter strengen Voraussetzungen:

- Der Patient muss die privatärztliche Behandlung vor Beginn ausdrücklich verlangen.
- Die schriftliche Bestätigung ist zwingend erforderlich (§ 18 Abs. 8 S. 3 Nr. 3 BMV-Ä).
- Sie dürfen den Patienten nicht zur Inanspruchnahme der Privatleistung drängen (§ 18 Abs. 8 S. 2 BMV-Ä).

FALLBEISPIEL: SCHWANGERSCHAFTSBETREUUNG (GOP 01770)

Die GOP 01770 EBM darf nur einmal pro Quartal und nur von einer Praxis abgerechnet werden. Das Bundessozialgericht hat klargestellt: Auch wenn mehrere Ärzte eine Schwangere betreuen, erhält nur der Erstbehandler die Vergütung.

SO KÖNNEN SIE SICH SCHÜTZEN

Fragen Sie bei fehlender Vorlage des Mutterpasses systematisch ab, ob bereits eine gynäkologische Betreuung im laufenden Quartal stattgefunden hat. Die Patientenerklärung führt zwar nicht zur Vergütung einer Zweitab-

rechnung, sensibilisiert aber die Patientin für künftige Praxisbesuche.

Bei fehlendem wichtigem Grund für einen Arztwechsel dürfen Sie die Patientin an den Erstbehandler zurückverweisen (§ 76 Abs. 3 S. 1 SGB V) – sofern kein Notfall vorliegt.

IHR HANDLUNGSPLAN: DREI SCHRITTE ZUR SICHEREN ABRECHNUNG

- Implementieren Sie standardisierte Fragebögen für kritische Leistungen (Früherkennungen, Schwangerschaftsbetreuung etc.).
- Schulen Sie Ihr Praxisteam, damit die Vorabklärung systematisch erfolgt.
- Dokumentieren Sie die Patientenangaben sorgfältig – sie sind Ihr Nachweis für die Einhaltung der Sorgfaltspflicht.

FAZIT:

RISIKEN MINIMIEREN, EINNAHMEN SICHERN

Mehrfachabrechnungen sind meist unbeabsichtigt, kosten Ihre Praxis aber bares Geld. Mit einer strukturierten Vorabklärung und klaren Prozessen schützen Sie sich effektiv vor Rückforderungen. Der Aufwand ist minimal – der finanzielle Nutzen erheblich. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Mitgliederservice und Beratung
Tel. 040 / 22802 -598



Pharmakotherapieberatung

Rezepte (Regress, Off-Label-Verordnung, Sprechstundenbedarf, Wirtschaftlichkeitsgebot)

Heilmittel (Richtlinien)

Antibiotika (Hilfsmittel, Prüfverfahren)

Schutzimpfungen (Verbandmittel)

Arzneimittel (Aut idem, Cannabis-Verordnung, Betäubungsmittel, Trendmeldungen, Wirkstoffvereinbarung, Arzneimittel-Richtlinie)

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung“. In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer Arzneimittel-daten zu Ihrem persönlichen Verordnungs-verhalten, sondern zu allen Grundsatzfragen des Ordnungsmanagements.

Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoff-vereinbarung“, „Wirtschaftlichkeitsgebot“ und „gute Versorgung“ in Einklang.

**Am besten vereinbaren Sie noch heute
Ihren persönlichen Beratungstermin.**

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



Die SSB-Vereinbarung im Praxisalltag

Die Anlage 1 zur neuen Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung wird regelmäßig angepasst. Bitte arbeiten Sie daher möglichst mit der aktuellen Online-Version.

Nach Inkrafttreten der neuen Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung hat die „Arbeitsgruppe Sprechstundenbedarf“ erste Erfahrungen der Vertragspartner ausgewertet und die Inhalte angepasst. Bereits im Juni wurde die Anlage 1 erstmals – überwiegend redaktionell bzw. textlich – angepasst.

Die bisherigen Diskussionen mit den Krankenkassen verliefen sehr konstruktiv, sachlich und kompromissbereit. Wir gehen daher davon aus, dass die Anlage der SSB-Vereinbarung weiter fortlaufend angepasst und bedarfsorientiert weiterentwickelt wird. Bitte achten Sie deshalb darauf, immer mit der aktuellen Fassung der Anlage zu arbeiten. Dies können Sie sicherstellen, indem Sie keine Ausdrucke verwenden, sondern die Online-Version.

Sie finden die jeweils aktuell gültige Anlage 1 unter: www.kvhh.de → Praxis → Verordnung → Sprechstundenbedarf

Dort gibt es auch ein Dokument, in dem die Änderungen gegenüber der vorherigen Version rot markiert sind. Zudem werden die vorherigen Versionen einzeln archiviert.

Workshops für Praxisteams

Die KV Hamburg bietet regelmäßig Termine für kostenfreie Workshops (Präsenz und Online) zur neuen SSB-Vereinbarung an, die großen Anklang finden. Bitte nutzen Sie die Gelegenheit, wir freuen uns auf Sie!

Termine und Anmeldung:

www.kvhh.de → Veranstaltungen

Häufige Fragen zur neuen SSB-Vereinbarung

Was muss ich unter dem Begriff „zur Akut-/Sofortbehandlung“ verstehen?

Die „Akut-/Sofortbehandlung“ ist ein Kernkriterium zur Abgrenzung von Sprechstundenbedarf: Der Sprechstundenbedarf umfasst Mittel, die der Arzt in seiner Praxis vorrätig hält, weil er sie für akute oder sofort notwendige Behandlungen von Patienten benötigt. Üblicherweise wird bei einer Applikation nur ein Teil des Inhalts einer Handlung verpackung verbraucht. Nicht zum Sprechstundenbedarf hingegen gehören Arznei- oder Hilfsmittel, die gezielt für einen einzelnen Patienten bestimmt sind - und per Rezept/Verordnung zu Lasten der GKV verordnet werden.

In der SSB-Vereinbarung steht an vielen Stellen „zur Erstversorgung“. Was bedeutet das genau?

Die Begriffe „zur Akut-/Sofortbehandlung“ und „zur Erstversorgung“ hängen eng zusammen. „Zur Erstversorgung“ bedeutet, dass etwas für die erste Behandlung oder Erste Hilfe vorgesehen ist. Der Patient kann nicht erst mit einem Rezept in die Apotheke geschickt werden, sondern die Erkrankung oder Verletzung muss unmittelbar versorgt werden. Was über die Erstversorgung hinaus für die weitere Behandlung oder längerfristige Anwendung notwendig ist, gehört nicht zum Sprechstundenbedarf, sondern muss individuell verordnet werden.

Die Apotheke stellt mir für bestimmte Arzneimittel (z.B. MCP-Lösung und Ampullen diverser Generika-Anbieter) Kosten in Rechnung. Ich dachte, SSB ist ohne Zuzahlung?

Hierbei handelt es sich um Mehrkosten auf Grundlage der Festbetrags-Regelung. Die

gesetzlichen Regelungen zu Festbeträgen gelten auch im SSB. Werden Arzneimittel angefordert, deren Kosten die zugrundeliegenden Festbeträge übersteigen, so müssen die Mehrkosten vom Vertragsarzt selbst getragen werden.

Was ist mit Medikamenten für den Notfallkoffer?

Es können alle in Anlage 1 genannten Arzneimittel angefordert werden. Dabei sind die ergänzenden Erläuterungen bzw. Vorgaben zum Beispiel zum Anwendungsbereich (Notfallbehandlung, Akut-/Sofortbehandlung), zur Darreichungsform, zur Wirkstoffauswahl etc. zu beachten. Es ist unerheblich, ob Sie die Arzneimittel in einem Koffer oder einem Medikamentenschrank in der Praxis aufbewahren. Als Ergänzung gibt es weiterhin bestimmte Sonderregelungen für den organisierten (fahrenden!) KV-Notdienst und für Haus- und Heimbesuche. Die Medikamente, die ausnahmsweise für diese Tätigkeit als SSB angefordert werden können, sind aus der alten Anlage 4 (Ausstattungsliste Arztkoffer für Notdienst, Haus- und Heimbesuche) in der neuen Anlage 1 integriert.

Darf ich Medikamente aus dem Notfallkoffer nach Verfall ersetzen?

Sie können ein Arzneimittel auch dann nachbestellen, wenn absehbar ist, dass es zeitnah verfällt.

Siehe Vertrag § 2 (2) Verordnung von Sprechstundenbedarf: „(...) Der SSB ist grundsätzlich quartalsweise als Ersatz für zulässig verbrauchte Artikel zu beziehen und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sowie ggf. relevanter Verfallsdaten, (...) zu verordnen“

Kann ich die SSB-Materialien auch für meine Privatpatienten verwenden? Oder muss ich zwei verschiedene Lager führen?

Es ist nicht zulässig, die Produkte, die über den Sprechstundenbedarf angefordert werden, für Privatpatienten oder bei IGEL-Leistungen zu verwenden. Die genaue Umsetzung in Ihrer Praxis hängt letztendlich von organisatorischen Aspekten ab.

Sind Holzmundspatel wieder SSB?

Ja, zur Anwendung im unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung und auch bei geplanten Interventionen. Das gilt für unsterile Holzmundspatel und für Kunststoffmundspatel für Untersuchungen im Mund-Rachenraum. Nicht anforderbar sind sterile Mundspatel und Spatel für gynäkologische Abstriche, wie z.B. Ayre'sche Abstrichspatel.

Kann ich Kanülen zur Blutabnahme über den SSB bestellen?

Kanülen zur Blutentnahme sind nach den allg. Bestimmungen des EBM bereits in den Gebührenordnungspositionen enthalten und sind daher kein SSB.

Ausnahme Butterflykanülen: Butterflykanülen dürfen für die kurzzeitigen Medikamentengabe mittels Infusion als SSB angefordert werden (gilt für alle Fachgruppen). Zur Blutabnahme ist die Anforderung von Butterflykanülen ausnahmsweise nur für Onkologen erlaubt.

Bitte beachten Sie dabei die deutlichen Preisunterschiede bei Butterfly-Sicherheitskanülen. Die Kassen behalten sich vor, bei nicht nachvollziehbaren Mehrkosten Prüfanträge zu stellen. ■

Weitere Fragen und Antworten:

www.kvhh.de → Praxis → Verordnung → Sprechstundenbedarf → Downloads: FAQ

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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Das langsame Ende der „Großen Hafenrundfahrt“

Ein kritischer Blick auf die digitale rektale Untersuchung aus Anlass der Aktualisierung der S3-Leitlinie Prostatakarzinom

**VON PROF. DR. MED. THOMAS KÖTTER IM AUFTRAG DES NETZWERKS
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)**

D

Die digitale rektale Untersuchung (DRU), scherzhaft „Große Hafenrundfahrt“ genannt [1], bezeichnet das Abtasten des Enddarms incl. umgebendem Gewebe und der Prostata mit dem Zeigefinger über den Anus.

Sie dient als Bestandteil der körperlichen Untersuchung unterschiedlichen Zwecken: So kann sie Hinweise für gastroenterologische Erkrankungen wie gastrointestinale Blutungen, Tumore, Entzündungen und Hämorrhoiden erbringen. Mit einer kombiniert vaginalen und rektalen digitalen Untersuchung können bestimmte Erkrankungen der inneren weiblichen Geschlechtsorgane ertastet werden.

In Bezug auf die Prostata wird die DRU u.a. zur Größenbestimmung und bei Verdacht auf Prostatitis eingesetzt. Am häufigsten dürfte die DRU jedoch zur Früherkennung des Prostatakarzinoms, meist als

Bestandteil der Krebsfrüherkennung für Männer ab 45 Jahren nach der Krebsfrüherkennungsrichtlinie (KFE-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), durchgeführt werden [2].

DIE KREBSFRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNG FÜR MÄNNER AB 45 JAHREN

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer ab 45 Jahren nach der KFE-RL wurde in den 1970er-Jahren eingeführt und ist seitdem Bestandteil des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) [3]. Sie beinhaltet neben dem Abtasten der Prostata vom After aus an klinischen Untersuchungen eine Inspektion des äußeren Genitales und ein Abtasten der regionären Lymphknoten. Außerdem soll eine gezielte Anamnese und eine Beratung auf der Basis der erhobenen Befunde durchgeführt werden [2]. Ziel-Krebsentitäten sind folglich, obgleich dies in der KFE-RL nicht explizit benannt wird, das Prostatakarzinom, das Peniskarzinom und das Skrotalkarzinom. Ein Nutzen einer Früherkennung ist weder für das Peniskarzinom noch für das Skrotalkarzinom nachgewiesen [4].

EVIDENZ ZUR DRU

Für die DRU zur Früherkennung des Prostatakarzinoms gibt es nicht nur keinen Nutzenbeleg, sondern seit vielen Jahren Hinweise aus klinischen Studien, dass sie für diesen Zweck keine diagnostische Aussagekraft besitzt.

Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2018 fasst sieben Studien unterschiedlicher Größe und Methodik aus den Jahren 1990 bis 2012 zusammen. Als gepoolten positiven prädiktiven Wert (PPW), also der Wahrscheinlichkeit, im Falle einer auffälligen DRU auch ein Prostatakarzinom zu finden, errechnen die Autor:innen 41% (95%-Konfidenzintervall 31-52%). Damit unterscheidet sich die diagnostische Aussagekraft der Untersuchung zum Entdecken eines Prostatakarzinoms nicht signifikant von einem Münzwurf.

Als gepoolter negativer prädiktiver Wert (NPW), also der Wahrscheinlichkeit, im Falle einer unauffälligen DRU tatsächlich kein Prostatakarzinom zu finden, errechnen die Autoren einen Wert von 64% (95%-Konfidenzintervall 58-70%). Auch zum ausreichend sicheren Ausschluss eines Prostatakarzinoms eignet sich die DRU demnach nicht.

In einer neueren, in Deutschland durchgeführten prospektiven Beobachtungsstudie fanden die Autor:innen für eine jüngere Altersgruppe (Männer im Alter von 45 Jahren) einen noch deutlich niedrigeren PPW von 5,2% (95%-Konfidenzintervall 1,1-14,6%), dafür einen höheren NPW von 80% (Konfidenzintervall nicht angegeben) [5].

Der Unterschied in Bezug auf den PPW im Vergleich zu der systematischen Übersichtsarbeit ist insofern plausibel, als dass die prädiktiven Werte unter anderem von der Vortestwahrscheinlichkeit

abhängen. Diese steigt im Falle des Prostatakarzinoms mit dem Lebensalter. Bei älteren Männern mit einer höheren Vortestwahrscheinlichkeit ist der PPW also tendenziell besser, die DRU führt zu weniger falsch-positiven Befunden. Dennoch sind sich die Autor:innen beider Arbeiten einig, dass die DRU keine geeignete Früherkennungsuntersuchung für das Prostatakarzinom darstellt [5,6].

VERSORGUNGSSITUATION IN DEUTSCHLAND

Trotz dieser Studienlage ist die Krebsfrüherkennung für Männer ab 45 Jahren nach wie vor für jeden gesetzlich versicherten Mann ab 45 Jahren jährlich zu Lasten der GKV abrechenbar. Im Jahr 2024 wurde die Untersuchung 4,4 Millionen Mal abgerechnet [7].

Bei einer (extrabudgetären) Vergütung von 17,85 Euro ergeben sich für 2024 Kosten von knapp 80 Millionen Euro zu Lasten der Solidargemeinschaft nur für die Früherkennungsuntersuchung selbst. Dazu kommen Folgekosten für die Abklärung auffälliger Befunde, die sich überwiegend als falscher Alarm herausstellen [5].

Auch ein individueller Schaden für die teilnehmenden Männer ist hochwahrscheinlich: Der Zeitaufwand, die unangenehme Untersuchung, die psychischen Folgen und die unerwünschten Wirkungen der Abklärung auffälliger Tastbefunde (meist mittels Biopsie) belasten viele Männer. Durch falsch-negative Befunde wiegen sich Männer in falscher Sicherheit [5].



Die Tatsache, dass die KFE-RL nicht aufgrund der vorliegenden Evidenz angepasst wurde, könnte unter anderem darin begründet sein, dass die DRU zur Früherkennung des Prostatakarzinoms noch bis vor kurzer Zeit in Leitlinien empfohlen wurde.

LEITLINIENEMPFEHLUNGEN ZUR DRU

In der in Deutschland maßgeblichen interdisziplinären S3-Leitlinie Prostatakarzinom wurde die Früherkennungs-DRU bis 2014 mit einem hohen Empfehlungsgrad („soll“) hinterlegt, bis 2021 mit einer abgeschwächten Empfehlung („sollte“) und bis 2025 mit einer offenen Empfehlung („kann“).

Mit der Publikation der aktuellen Fassung der Leitlinie im Juli 2025 wurde nun erstmals eine starke Negativempfehlung („soll nicht“) für die DRU als Früherkennungsuntersuchung ausgesprochen.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin publizierte erstmals 2013 die Empfehlung, keine DRU zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durchzuführen [8].

Somit bestand bis Juli 2025 Dissens zwischen den Fachgesellschaften bezüglich der Empfehlung zur Früherkennungs-DRU. Mit der neuen Fassung der Leitlinie wurde in dieser Frage nun ein Konsens erzielt, ein Paradigmenwechsel in der Früherkennung des Prostatakarzinoms eingeleitet und – wie in einer früheren EbM-Kolumne gefordert – mehr Klarheit rund um das Thema Prostatakarzinom geschaffen [9,10].

AKTUELLE EMPFEHLUNGEN ZUR FRÜHERKENNUNG DES PROSTATAKARZINOMS

Nach der aktuellen Fassung der S3-Leitlinie sollen Männer ab dem Alter von 45 Jahren, die eine Prostatakarzinom-Früherkennung wünschen, ergebnisoffen über die Vor- und Nachteile beraten werden [11]. Männern, die nach dieser Beratung weiter eine Früherkennung wünschen, soll die Bestimmung des

Prostata-spezifischen Antigens (PSA) angeboten werden. Entsprechend der Höhe des PSA-Wertes soll eine Risikozuordnung und eine risikoadaptierte Empfehlung zur weiteren Diagnostik erfolgen. Nur ein auch in einer Kontrolluntersuchung unter Berücksichtigung von Einflussfaktoren weiterhin erhöhter PSA-Wert $\geq 3\text{ng/ml}$ soll urologisch unter Anwendung eines Risikokalkulators abgeklärt werden.

Resultiert ein erhöhtes Risiko für ein Prostatakarzinom, soll die weitere Diagnostik mittels Magnetresonanztomographie (MRT) erfolgen. Mit diesem gestuften und risikoadaptierten Vorgehen soll die Vortest-Wahrscheinlichkeit vor dem jeweils nächsten Test so erhöht werden, dass falsch-positive Befunde mit ihren oben beschriebenen Folgen für das Individuum und die Gesellschaft möglichst reduziert werden. Es trägt den Schwächen der PSA-Bestimmung als Früherkennungstest Rechnung [12].

Nichtsdestotrotz wird auch der Nutzen einer solchen Früherkennung von einem Schaden durch Überdiagnostik, also dem Entdecken von Karzinomen, die sonst nie auffällig geworden wären, konterkariert werden.

DIE ZUKUNFT DER DRU

Aktuell besteht ein Widerspruch zwischen der Leitlinienempfehlung zur DRU und der KFE-RL des G-BA. Dies dürfte das Ende der DRU als Früherkennungstest für das Prostatakarzinom verzögern: Erstens ist die Krebsfrüherkennungsuntersuchung für Männer ab 45 Jahren weiterhin extrabudgetär und zweitens die Bestimmung des PSA als Früherkennungstest weiterhin nicht zu Lasten der GKV abrechenbar. Dieser Missstand sollte schnellstmöglich durch eine Streichung der DRU aus der KFE-RL behoben werden. Ein Ende der „Großen Hafenrundfahrt“ zur Prostatakrebs-Früherkennung wäre ein wichtiger Beitrag zum Abbau von Über- und Fehlversorgung. ■



PROF. DR. MED. THOMAS KÖTTER, MPH
 Professor für Lehre in der Allgemeinmedizin am
 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum
 Schleswig-Holstein, Campus Lübeck;
 hausärztlich tätig in der Hausärztlichen Praxis
 vor dem Mühlentor / Lübeck;
 Co-Sprecher des Fachbereichs EbM in Klinik und
 Praxis im EbM-Netzwerk
 Kontakt: koetter@luebmed.de

Literaturverzeichnis:

1. Jahn D. Die „Große Hafenrundfahrt“. Gemeinsamkeiten von maritimer Logistik und Urologie. Uro-News 2022;26:46–7.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL). 2025; Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/17/> (zuletzt überprüft am 18.09.2025)
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Krebsfrüherkennungs-Richtlinie | Historie. 2025; Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/17/historie/> (zuletzt überprüft am 18.09.2025)
4. Kötter T. Krebsfrüherkennung bei Männern nach der Krebsfrüherkennungsrichtlinie. Allgemeinmedizin up2date 2023;4:291–9.
5. Krilaviciute A, Becker N, Lakes J, Radtke JP, Kuczyk M, Peters I, u. a. Digital Rectal Examination Is Not a Useful Screening Test for Prostate Cancer. Eur Urol Oncol 2023;6:566–73.
6. Naji L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, Lautenbach D, Kavanagh O, u. a. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Fam Med 2018;16:149–54.
7. Gerlof H. EbM versus EBM: Der medizinische Fortschritt ist schneller als die Kassenmedizin. 2025; Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/EbM-versus-EBM-Der-medizinische-Fortschritt-ist-schneller-als-die-Kassenmedizin-459386.html> (zuletzt überprüft am 18.09.2025)
8. Kötter T. DEGAM-Praxisempfehlung „Hausärztliche Beratung zu PSA-Screening“. Z Allg Med 2016;92:496–9.
9. Hinneburg I. Streit um den PSA-Test – und Durcheinander rund um das Thema Früherkennung. KVH journal 2025;4:21–5.
10. Albers P, Franiel T, Kötter T, Kristiansen G, Herrmann K, Wiegel T. The Early Detection, Diagnostic Evaluation, and Local Treatment of Prostate Cancer: A Paradigm Shift. Dtsch Arztebl Int 2025;122:420–6.
11. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und der Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH). S3-Leitlinie Prostatakarzinom, Langversion 8.0, 2025, AWMF-Registernummer: 043-022OL. 2025; Verfügbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/> (zuletzt überprüft am 18.09.2025)
12. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. IQWiG-Berichte - Nr. 905: Prostatakrebscreening mittels PSA-Test. Abschlussbericht. 2020; Verfügbar unter: https://www.iqwig.de/download/s19-01_psa-screening_abschlussbericht_v1-1.pdf (zuletzt überprüft am 18.09.2025)





Im Antiquariat

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

Als wir 2005 anfangen zu arbeiten, wurde eine befreundete Chirurgin im OP regelmäßig mit Instrumenten beworfen. Der werfende Oberarzt nahm das, was er gerade in der Hand hatte oder langte auf den Instrumententisch. Da flogen Klemmen, Scheren und Skalpelle.

Ich fand das gar nicht so merkwürdig. Irgendwie bisschen drüber, aber naja, ist eben so, da habe ich wohl Glück gehabt. Ich wurde von meinem Oberarzt lediglich angeschrien, wenn ich im Rufdienst erst beim zweiten Telefonklingeln am Telefon war.

Die Chirurgen, die den Instrumentenwurf erduldeten (und dabei auch Verletzungen erlitten), sagten nichts. Jahrelang.

Geschrien und geätzt haben schon Sauerbruch und Billroth. Billroth war der Ansicht, dass Studenten „an den Rand des Erträglichen“ arbeiten müssten, um die erforderliche Härte und Konzentration für den OP zu schaffen.

Aber bereits Hippokrates und Galen duldeten keinen Widerspruch gegen ihre Lehren. Weder Schüler noch Patienten hatten hier irgendein Mitspracherecht.

Aus der Antike zurück in die Gegenwart. Auch weltweit bekannte, socialisierende, sympathisch wirkende Hamburger Internisten haben sich durch unterdrückende und diskri-

minierende Abteilungsstrukturen hervorgetan. Das ist allen bekannt, jeder will trotzdem da arbeiten, das wird man ja wohl aushalten können. Die erforderliche Härte kann man ja lernen.

In der Medizin ziehen sich autoritäre, militärisch beeinflusste Strukturen durch alle Epochen. Obwohl das Berufsbild primär doch eher von Soft Skills wie Empathie, Kommunikationsleistungen, Milde und Vertrauen geprägt sein sollte, läuft unter diesem Kuschelmäntelchen häufig etwas vollkommen Anderes ab.

Natürlich müssen wir Sachen ertragen. Blut, Tod, Gestank, Siechtum, Tränen, 24-Stunden-Dienste. Verantwortung, Alleinsein, Alleingelassenwerden, Fehler, Scham, Angst, Überforderung.

Wir brauchen die erforderliche Härte. Oder?

Auch wenn man meint, von Hippokrates bis heute sei ja viel passiert, gilt das in der Medizin zwar für die wissenschaftliche Entwicklung, für die Etablierung zeitgemäßer zwischenmenschlicher Strukturen eher nicht.

Das hat viele unterschiedliche Gründe.

Medizin ist ein Fach, das tatsächlich immense Belastungen mit sich bringt. Wir kennen das alle nicht anders, deswegen ist das in Ordnung, es lässt sich ja auch

nicht ändern, gehört es ja zur Jobbeschreibung.

In meinem Studium zumindest sind wir auf nichts davon vorbereitet worden. Nicht auf Menschen, die sterben wollen, nicht auf das Anschreien, nicht auf laute oder stille Bestrafungen durch OP-Verbote, nicht auf Zeiten, in denen man sich dauerhaft Sachen allein beibringen muss.

Mir hat das alles gar nichts ausgemacht, einfach aushalten und weitermachen.

Die erforderliche Härte für den Beruf wird von oben kommuniziert. Das kann auf verschiedene Weisen passieren.

Die klassischen Rumschreier-Nazissten mit hohem Malignitätsfaktor kennt jeder, die Stimmung ist furchtbar, die meisten haben Angst, und aus diesen Abteilungen gehen dann genau dieselben Persönlichkeiten hervor. Die gewinnen dann Posterpreise und kriegen Fellowships. Und schreien ihre Mitarbeiter an, knallen Türen, alle haben Angst und so weiter.

Andere, und nur solche hatte ich als Chefs, sind stiller. Das Abteilungsklima ist ganz gut, aber Sie müssten dann morgen den Dienst übernehmen, ja ich weiß, es sind dann schon zwölf, aber das machen Sie doch, oder? Diese Chefs lachen keinen Mit-

arbeiter aus, wenn er als junger Vater seine Arbeitszeit auf 90 % (!) reduzieren will.

Sie nehmen das ernst und sagen dann freundlich: „Sie wissen ja, dass es für Sie dann keinen Oberarztposten geben wird?“

Im OP flogen Klemmen, Scheren und Skalpelle. Die jungen Chirurgen, die den Instrumentenwurf erduldeten (und dabei auch Verletzungen erlitten), sagten nichts. Jahrelang.

Und sind wirklich nett dabei. Meinen es auch nicht böse. Sie sind, genau wie die Schreihälse, aus einem System hervorgegangen, in dem sich kaum etwas bewegt. In dem große Teile der gesellschaftlichen Moderne noch nicht angekommen sind.

In Zeiten des immer weiter fortschreitenden Personal-mangels hatte ich zwei Kinder bekommen und arbeitete in Teilzeit, wie viele Kolleginnen in meiner Abteilung. Für Frauen ist das Reduzieren der Arbeitszeit okay, die werden ja sowieso nicht Oberärztin.

Weil wir ständig nahezu unbe-

setzte Stationen hatten, überlegten eine Kollegin und ich uns ein Arbeitsmodell, in dem eine von uns vormittags und eine nachmittags arbeitete. Wenn dann eine wegen kranker Kinder ausfallen würde, wäre wenigstens die andere die

Hälfte des Tages da. So einfach, so effektiv.

Das haben wir unserem Chef erläutert, er hat prompt abgelehnt.

Sowas ginge nicht, weil ja morgens auch Frühbesprechung sei (?), außerdem würde die Übergabe ja viel zu lange dauern (erfahrungsgemäß ungefähr acht Minuten).

Veränderungen gefährden eben Stabilitäten, und wenn diese Stabilitäten auch noch so instabil sind. Im Antiquariat müssen Routinen bewahrt werden.

Ein Chef lebt immer etwas vor, die Oberärzte tun das aber auch.

Einige verstecken sich in ihren Nischen, einige profilieren sich mit cholerischen Bühnenauftritten und verlorenen Nerven, einige verschließen still und heimlich den OP vor allen anderen und verbauen Ausbildungen.

Der Chef muss derweil wirtschaftliche Aufgaben erledigen und kann ja gar nicht immer auf alles aufpassen.

Deswegen entgeht ihm vielleicht, welche demütigenden Vorführungen während der Visiten ablaufen, und dass OP-Kataloge nur noch mit Biegen und Brechen erfüllt werden können.

Lieber nicht so genau hingucken.

Aber heutzutage haben wir immerhin OP-Kataloge, Dokumentationspflichten für Kontakte mit Mitarbeitern und Zielvereinbarungsgespräche, in denen immer dasselbe passiert. Einer meiner Chefs führte die Mitarbeitergespräche grundsätzlich während der Weihnachtsfeier, wenn alle gerade anfangen, betrunken zu werden.

Von all diesen übergeordneten Personen wird man geformt und lernt natürlich von ihnen. Die gewichtige Rolle, die dieser Vorbildfunktion zukommt, wird in großem Stil unterschätzt.

Wenn wir über Jahre lernen, dass antiquierte Führungsstile und Verhaltensweisen auch außerhalb von Notfallsituationen

das Mittel der Wahl sind, werden wir das nicht ganz vergessen. Wenn wir nicht lernen, welche Fähigkeiten in einem Beruf, der sich fast ausschließlich mit Menschen beschäftigt, hilfreich sind, dann machen wir eben irgendwas, wovon wir auch nicht genau wissen, was das ist.

Unser Beruf ist bei weitem nicht nur Medizin, sondern eine menschliche und gesellschaftliche Aufgabe. Die Vermittlung von zwischenmenschlichen Kompetenzen sowie die Akzeptanz sich

verändernder Lebensentwürfe ist im Aufgabenkatalog der Chef- und Oberarzttriede weiterhin unterrepräsentiert.

Aber wenn wir nicht in unserem Staubkostüm verharren wollen, müssen wir hier ansetzen.

Naja. Zum Glück bin ich trotz allem eine sehr moderne, empathische Medizinerin geworden.

Neulich habe ich übrigens was gelesen, da ging es um heutige Medizinstudenten. Die haben sich aufgeregt, dass es unmöglich sei, dass es immer noch keine regel-

mäßigen Mittagspausen geben würde und man als PJler ja wohl keine Station alleine machen könne.

Da habe ich mit den Augen gerollt und leise gemurmelt, „Euch fehlt es einfach an der erforderlichen Härte.“ ■

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.

Geschichte der KV Hamburg (1919 – 2019)

Kostenlos für KV-Mitglieder

Das zweibändige Werk ist die erste Gesamtdarstellung der Geschichte der KV Hamburg von der Gründung 1919 bis in die Gegenwart. Die Autoren zeichnen die stürmischen Zwanzigerjahre, die »Gleichschaltung« unter nationalsozialistischer Herrschaft und den Wiederaufbau ab 1945 nach. In der Ära des sich entwickelnden Sozialstaats brachte die KV Hamburg eine Fülle von Reformprojekten auf den Weg – vom Ausbau des ärztlichen Notfalldienstes über die Konzeption der Praxisklinik Mümmelmannsberg bis hin zur Einrichtung von Schwerpunktpraxen.

KV-Mitglieder können die Bücher kostenlos bestellen.
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Philipp Holch**
Stellvertretender Obmann Kreis 3

Name: **Dr. med. Philipp Holch**

Geburtsdatum: **02.04.1968**

Fachrichtung: **Proktologie, Endoskopie, Ambulantes Operieren**

Hobbys: **Feldhockey, Wingfoiling**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Die Erwartung, dass es nicht auch nach den vielen Berufsjahren langweilig wird, hat sich bewahrheitet.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?

Ich schätze den Austausch vor Ort sehr.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?

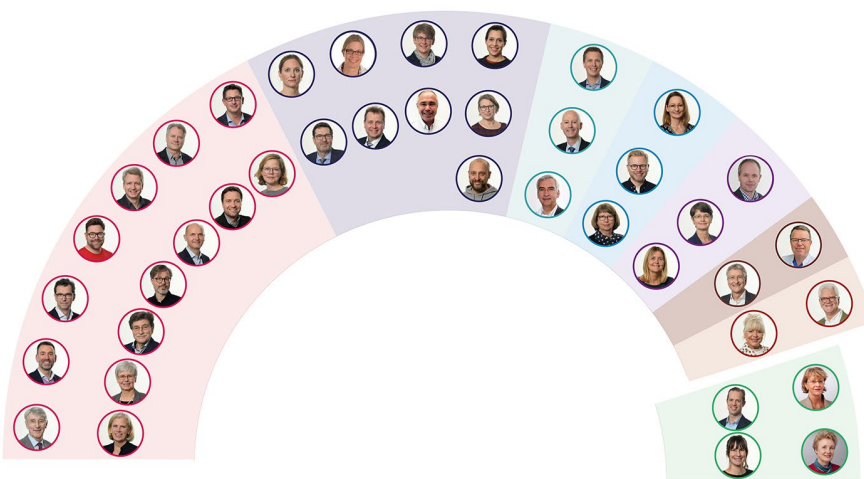
Die Machtposition der niedergelassenen Ärzte sollte unbedingt gesteigert werden.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? In der EDV, den vielen Beschränkungen und auch den Regressforderungen.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 10. Dezember 2025 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

Fortbildungsveranstaltung
Wir lotsen Sie durchs KV-System!

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Information und Austausch in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



Mi. 15.4.2026 (13.30 - 18 Uhr)

Mi. 30.9.2026 (13.30 - 18 Uhr)

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Oder über den QR-Code

Wir freuen uns auf Sie!

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Praxisorganisation an der Anmeldung (online)

Di. 18.11.2025 (15 - 18:30 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Arbeitsrecht (online)

Do. 11.12.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartner:

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

Natalia Szczech-Renn,

Tel: 040 / 22802 -633

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. 5.11.2025 (15 - 17 Uhr) Online
Mi. 17.12.2025 (15 - 17 Uhr) Präsenz

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

**JEWELNS
3 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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



Oder
über den
QR-Code

BERGEDORFER SPORTMEDIZIN- SYMPOSION 2025

Der Kampf des Sports gegen die Couch

Sa. 15.11.2025 (9.30 - 18.30 Uhr)

Teilnahmegebühr:
55 € für Ärzte,
45 € für Physiotherapeuten /
Assistenzärzte

**Ort: Schloss Reinbek
Schloßstraße 5, 21465 Reinbek**

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. Matthias Soyka
Prof. Dr. Jürgen Bruns

Anmeldung:
Beratung.Kretschmann@icloud.com

WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

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-AKADE- MIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos:

[www.aerztekammer-hamburg.org/
akademieveranstaltungen.html](http://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](http://www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html)



Kurze Info gefällig?

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

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

 **040 22 802 802**

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