

KVH journal



ePAPER

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

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

MEHR PSYCHOTHERAPIE!

*Wer das Gesundheitssystem entlasten will, sollte
die ambulante psychotherapeutische Versorgung ausbauen*



HEILMITTEL

Manuelle Lymphdrainage nach Knie-TEP-OP

UMFRAGE

Mehrheit für Primärversorgungssystem

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 12/2025 (Dezember 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.



Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die unterschiedliche Finanzierung der Sektoren bleibt eine Herausforderung in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Das zeigt auch die geplante Notfall- und Rettungsdienstreform des Bundesgesundheitsministeriums: Der Rettungsdienst soll eine Anschubfinanzierung von 225 Mio. Euro aus dem „Sondervermögen Infrastruktur“ für Investitionen in die digitale Infrastruktur der Leistungserbringer der Notfallrettung erhalten. Der Ausbau der digitalen Infrastruktur der 116117 hingegen wird nicht gefördert. Die Hälfte der Mehrkosten sollen immer noch aus den Honoraren der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie der Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten gezahlt werden.

Der bereits in den letzten Jahren – bei uns seit 2018 – erfolgte Ausbau des Leistungsangebotes wird heute schon zu mehr als 50 Prozent über Verwaltungskostensätze finanziert, obwohl der ärztliche Bereitschaftsdienst der gesamtgesellschaftlichen Daseinsfürsorge zuzurechnen ist.

Die im Fokus stehende Patientensteuerung in der Notfallversorgung verfehlt ihr Ziel im Referentenentwurf völlig. Eine konsequente Umsetzung des Hotline-First-Prinzips aus anderen Ländern ist nicht angelegt. In Hamburg haben in 2024 knapp 50 Prozent der Patientinnen und Patienten Notaufnahmen und Notdienstpraxen eigenständig aufgesucht. Bei diesen wird auf eine Lenkung in die passende Versorgungsebene, zumeist in die ambulante Regelversorgung, verzichtet.

Die medizinische Ersteinschätzung für Hilfesuchende in den Integrierten Notfallzentren (INZ) soll eine Steuerung innerhalb der INZ ermöglichen. Wenn Patientinnen und Patienten tagsüber während der Praxisöffnungszeiten nicht in die ambulante Versorgung gesteuert werden können, wird hier gar nichts reformiert.

Ein Problem ist auch: Krankenhäuser, die kein INZ haben, dürfen wohl auch in Zukunft an der Notfallversorgung teilnehmen. In diesen Krankenhäusern soll mittels Ersteinschätzung entschieden werden, ob die Hilfesuchenden an ein INZ weitergeleitet – oder vor Ort ambulant akut versorgt werden. Doch eine überbrückende Akutversorgung von Hilfesuchenden, die keine Notfälle sind, ist unwirtschaftlich für das Gesamtsystem. Deshalb ist das Prinzip „Regelversorgung vor Notfallversorgung“ von so elementarer Bedeutung für eine wirksame Notfallreform.

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_ Psychotherapie: Warum es unter dem Strich teurer wird, wenn man an den Ressourcen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung spart

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 10_** Fragen und Antworten
- 12_** ME/CFS und Long Covid: Praxisleitfaden und Online-Fortbildung
- 13_** DMP-Patientenschulungen auch per Video möglich
- 14_** Neue Medizinprodukte-Betreiberverordnung: Hilfestellung für Arztpraxen
- 15_** ePA: Mehr Freiraum beim Einstellen von Dokumenten – Abrechnungsdaten nur für Patienten sichtbar

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.

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 15**_ Arzneimittelmissbrauch
Verdachtsfälle
- 16**_ Übergangsfrist für „sonstige
Produkte der Wundbehandlung“
bis Ende 2026 verlängert

SELBSTVERWALTUNG

- 27**_ Steckbrief:
Eckhardt Chales-de Beaulieu

GESUNDHEITSSYSTEM

- 29**_ Umfrage: Unterstützung für Primär-
versorgungssystem

**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 18**_ Manuelle Lymphdrainage
nach Knie-TEP-Operation:
Nutzen und Schaden aus
Sicht der EbM

RUBRIKEN

- 02**_ Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 24**_ "Falsche Privatisierung
und gefährliche
Kollektivierung im
Gesundheitswesen"
von Dr. Matthias Soyka

FORUM

- 28**_ Leserbrief zur Kolumne
"Im Antiquariat"

TERMINKALENDER

- 30**_ Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3 und 9: Matthias Friel; Seite 7: Freshidea/Fotolia; Seite 14 und 16: KI-Illustrationen von ChatGPT / OpenAI; Seite 30: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON DR. JOHANNES FREY

Psychotherapie stärkt den Menschen – und die Gesellschaft

Warum es unterm Strich teurer wird,
wenn man an den Ressourcen für
psychotherapeutische Versorgung spart.

Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage gibt es sehr unterschiedliche Wahrnehmungen: Haben wir genügend Kapazitäten? Oder herrscht Unterversorgung? Während die gesetzlichen Krankenkassen in einem Positionspapier* Vorschläge machen, wie die Versorgung eingeschränkt werden könnte, erleben Vertrags-Psychotherapeut:innen in ihrem Alltag einen massiven Mangel an Ressourcen. Nur einen Bruchteil der Patient:innen, die in unseren Praxen nach einem Therapieplatz fragen, können wir tatsächlich versorgen. Manche finden andernorts Hilfe. Doch laut einer GKV-Versichertenbefragung von 2022 empfinden 34 Prozent der Patient:innen die Wartezeit bis zur Therapie als „zu lang“ oder „viel zu lang“ (https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenver

<band/presse/fokus/psychotherapie.jsp>). Im Durchschnitt vergehen fast fünf Monate von der ersten Terminanfrage bis zum Beginn einer Richtlinien-therapie (DPTV: Report Psychotherapie 2021, S. 73). Bei Patient:innen, die eine spezialisierte Psychotherapie suchen (z.B. Schmerztherapie, Traumatherapie oder Autismustherapie), sind die Wartezeiten deutlich länger.

ÜBERHOLTE VERHÄLTNISSZAHLEN

Etwas zugespitzt könnte man sagen: Die Krankenkassen suchen nach Wegen, den Mangel besser zu verteilen – statt ihn zu beheben. Sinnvoller wäre es, die Bedarfsplanung an die Versorgungsnotwendigkeiten anzupassen und darauf aufbauend eine sinnvolle Patientensteuerung einzuführen. Die

derzeitige Bedarfsplanung basiert auf Zahlen von 1999. Zwar wurde sie über die Jahre hinweg der Bevölkerungsentwicklung angepasst, doch die grundlegenden Verhältniszahlen zwischen Psychotherapie-Sitzen und Bevölkerung sind dieselben geblieben. Das Problem ist: Die Situation im Jahr 1999 kann nicht als Maßstab für den tatsächlichen Versorgungsbedarf gelten. Das Psychotherapeutengesetz trat damals gerade erst in Kraft. Viele Psychotherapeut:innen arbeiteten noch außerhalb des GKV-Systems, und zahlreiche Patient:innen mussten ihre Behandlungen selbst bezahlen. Auf dieser überholten Grundlage steht eine nominelle Überversorgung (aktuell Versorgungsgrad in Hamburg: 154 Prozent) einer realen Unterversorgung gegenüber.



LOHNENDE INVESTITION

Warum sich die Krankenkassen so entschieden gegen einen Ausbau ambulanter psychotherapeutischer Kapazitäten wehren, ist schwer nachvollziehbar – denn auch sie würden profitieren. Eine von der Techniker Krankenkasse finanzierte Langzeitstudie zeigte schon 2011: Jeder in ambulante Psychotherapie investierte Euro führt innerhalb eines Jahres zu einer Einsparung von etwa zwei bis vier Euro. „Den wirtschaftlichen Hauptnutzen haben in erster Linie die Arbeitgeber durch die verbesserte Produktivität ihrer Mitarbeiter“, so die Studienautoren, „in zweiter Linie aber auch die Krankenkassen durch geringere Ausgaben beim Krankengeld sowie höhere Beiträge der Versicherten in einem regulären Arbeitsverhältnis.“ (Wittmann W. u.a.: Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie – Abschlussbericht 2011, Seite 163).

Wenn psychische Erkrankungen chronifizieren, weil die Patient:innen keine ambulante Therapie bekommen, werden sie im Krankenhaus behandelt – was

ungleich teurer ist und oft nicht zu einer abschließenden Behandlung führt. Danach ist meist wieder eine ambulante Psychotherapie indiziert. Wenn auch dann keine Therapieplätze zur Verfügung stehen, müssen die Patient:innen möglicherweise ein weiteres Mal stationär stabilisiert werden – und so setzt sich der Kreislauf fort. Für die Kosten eines achtwöchigen Klinikaufenthalts könnte man eine Patient:in einige Jahre lang ambulant psychotherapeutisch behandeln. Die Krankenkassen plädieren dafür, kurzfristig im ambulanten Bereich zu sparen – und machen das System dadurch insgesamt teurer.

VERFEHLTE STEUERUNG

Patient:innen brauchen Orientierung und Steuerung – und die psychotherapeutische Sprechstunde ist dafür grundsätzlich ein gutes Instrument. Hier können Bedarfe ermittelt und Versorgungsoptionen vermittelt werden. Manche Patient:innen werden an eine Selbsthilfegruppe oder eine Sozialberatung verwiesen, andere in eine Klinik. Der weitaus

größte Teil der Patient:innen in unseren Sprechstunden benötigt eine ambulante Psychotherapie. Doch was nützt eine Steuerung, wenn die wichtigste Anschluss-Option oft gar nicht angeboten werden kann? Wenn die Hoffnung der Menschen, über die Sprechstunde in eine psychotherapeutische Versorgung zu kommen, enttäuscht wird? Ich muss den Patient:innen oft von vornherein sagen: „Ich kann Ihnen gerne eine Beurteilung geben, ob sie eine Psychotherapie benötigen. Aber ich habe keinen Therapieplatz frei.“

Durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde ist der Erstzugang zum Versorgungssystem zunächst leichter geworden, zumal wir als Psychotherapeut:innen verpflichtet sind, Sprechstunden auch über die Terminservicestelle (TSS) anzubieten. Da die Behandlungskapazitäten sich aber nicht vergrößert haben, gehen die Sprechstundenzeiten zu Lasten der längerfristigen psychotherapeutischen Behandlungen. Das hat zur Folge, dass sich die Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie weiter

verlängern. Ein Dilemma, dass wir als Berufsgruppe ohne eine Erweiterung der Behandlungskapazitäten nicht lösen können.

Die Krankenkassen fordern, dass die Psychotherapeut:innen noch mehr Sprechstunden und die Hälfte ihrer Behandlungsplätze über die TSS anbieten. Gleichzeitig sollen die über die TSS vermittelten

terhin zu schwierig ist. Die Richtlinie zur Komplexversorgung (KSVPsych-Richtlinie) regelt ein Programm zur Koordinierung und Strukturierung der Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf – für Erwachsene seit Oktober 2022 und für Kinder und Jugendliche seit April 2025. Eine entsprechende vernetzte

kurzem Behandlungsbedarf zu therapieren“ und fordern die Abschaffung der Zuschläge. Es zeigt sich auch hier wieder, wie fachfremde Steuerungsversuche und Anreizsysteme der Komplexität der Versorgung psychisch kranker Menschen nicht gerecht werden.

Wir brauchen deshalb eine generell bessere Vergütung von Psychotherapie, um allen Patient:innen ein ihrem Behandlungsbedarf angemessenes und fachlich begründetes Versorgungsangebot machen zu können.

In diesem Kontext positiv hervorzuheben ist die Förderung von Gruppentherapien. Hier haben die Krankenkassen sehr gute Arbeit geleistet: Die Therapieform, die vorher durch hohe Hürden und schlechte Vergütung wenig angeboten wurde, wurde gefördert und flexibilisiert. Die Bedingungen sind heute deutlich besser als früher und führen zu einem deutlich größeren Angebot. Nun ist wichtig, sowohl die Kolleg:innen als auch die Patient:innen zu motivieren, diese Versorgungsform noch stärker zu nutzen. Oft wird die Gruppentherapie von Patient:innen noch immer als eine Art Notlösung angesehen. Da ist noch viel Aufklärung zu leisten, denn es ist eine wirksame, sehr effektive Versorgungsform – die allerdings nicht für jede Problematik und nicht für alle Patient:innen indiziert ist.

Die Krankenkassen suchen nach Wegen, den Mangel besser zu verteilen – statt ihn zu beheben.

Patient:innen direkt in die Therapie übernommen werden. Sie suggerieren damit, dass es nur einer dirigistischen Steuerung und effektiveren Verteilung bedarf, um die Versorgung zu verbessern. Tatsächlich würde so ein System ohne eine massive Ausweitung der Versorgungskapazitäten nicht funktionieren.

Vernünftiger wäre, wenn nur Therapeut:innen mit freien Kapazitäten ihre Termine in die TSS einstellen. Dann könnten Patient:innen nach der Sprechstunde tatsächlich direkt in eine Therapie übernommen werden – sofern ein ambulanter psychotherapeutischer Behandlungsbedarf gegeben ist und die menschliche Passung vorhanden ist. So wie es jetzt organisiert ist, ist es ein Dilemma, in dem unsere Berufsgruppe eben auch irgendwie den Mangel verwalten muss.

SCHWER ERKRANKTE PATIENT:INNEN

Es stimmt, dass der Zugang zur Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wei-

Versorgung halte ich grundsätzlich für sinnvoll, weil in die Versorgung schwer erkrankter Patient:innen mehrere Behandler:innen eingebunden werden müssen. Doch es gibt bei der Umsetzung der Richtlinie zu viele bürokratische Hürden, die mit einem unangemessen hohen Aufwand verbunden sind. Um eine Steuerungswirkung zu entfalten, müsste das Modell viel einfacher und finanziell attraktiver sein.

Seit 2020 werden die ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie durch einen finanziellen Zuschlag gefördert. Damit wollte der Gesetzgeber Anreize für kürzere Behandlungen schaffen, auf die auch die Krankenkassen immer wieder gedrängt haben. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung hat sich damals gegen diese Regelung ausgesprochen: Das sei ein Anreizsystem, das zu Fehlsteuerungen führen könne. Nun haben auch die Krankenkassen in ihrem Positionspapier die Sorge geäußert, es sei „für Leistungserbringende finanziell attraktiver, Versicherte mit lediglich

FEHLENDE FINANZIERUNG DER WEITERBILDUNG

Was für die psychotherapeutische Versorgung wirklich dramatische Folgen haben könnte, ist die Weigerung von Politik und Kranken-

kassen, sich um die Finanzierung der neuen psychotherapeutischen Weiterbildung zu kümmern, die das alte Ausbildungssystem ablöst. Ganze Kohorten könnten verloren gehen, weil völlig unklar ist, ob die Abgänger:innen des neuen Psychotherapiestudiums ihr Berufsziel Fachpsychotherapeut:in überhaupt erreichen können, solange die Finanzierung und damit die Weiterbildungsplätze nicht vorhanden sind.

Aktuell haben bereits die ersten Jahrgänge ihr Studium beendet und können ihren Berufsweg nicht weiterführen, da es fast keine Weiterbildungsstellen gibt. Den jungen Menschen ist so der Weg in die Niederlassung versperrt, für die der Abschluss der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeut:in Voraussetzung ist. Was angesichts der Tatsache, dass ein großer Teil der derzeit tätigen Vertrags-Psychotherapeut:innen in den nächsten Jahren aus Altersgründen ausscheiden wird, durchaus ein gravierendes Problem darstellt. Derzeit haben wir in Hamburg einen statistischen Versorgungsgrad von 154 Prozent. Doch 40 Prozent der Vertrags-Psychotherapeut:innen sind über 60 Jahre alt. Wenn diese Gruppe wegfällt, sinkt der Versorgungsgrad auf 84 Prozent.

Den Krankenkassen scheint das nicht bewusst zu sein. In ihrem Positionspapier schreiben sie, es brauche derzeit keine weiteren Anreize. Ein Mangel an Psychotherapeut:innen könne nicht bestätigt werden. Angesichts der Länge des Qualifikationsweges bis zur möglichen Niederlassung von mindestens zehn

Jahren ist das von einer bestürzenden Kurzsichtigkeit.

Man sollte nicht vergessen, dass die Finanzierung der Weiterbildung gleichzeitig auch eine Finanzierung von tatsächlich stattfindender Versorgung ist. Ein substanzieller Teil der Versorgung läuft über die Ausbildungs-Institute. Diesen Anteil darf man in einer ohnehin schon schlechten Versorgungs-Umgebung nicht wegbrechen lassen. Politik und Krankenkassen bleibt nicht mehr viel Zeit, eine tragfähige Lösung zur Finanzierung der Weiterbildung zu finden.

ANPASSUNG DER VERGÜTUNG?

Völlig absurd wird es, wenn die Krankenkassen mit Hinweis auf überproportionale Honorarsteigerungen für psychotherapeutische Leistungen eine Anpassung der Vergütungsstrukturen fordern. Im Positionspapier liest es sich so, als führe eine gesetzliche Sonderstellung der Psychotherapeut:innen zu einer Vielzahl von Klageverfahren. Tatsächlich ist diese gesetzliche Sonderstellung erst dadurch entstanden, dass die Profession seit Jahren eine Anpassung der Honorare mindestens auf das untere gesetzlich zumutbare Minimum über den Rechtsweg erkämpfen muss. Die „gesetzliche Sonderstellung“ bedeutet nur, dass regelmäßig überprüft werden soll, ob die Vergütung wieder unter gesetzlich festgelegte Minimalwerte gefallen ist. Das gesetzliche Minimum ist wie folgt festgelegt: Eine maximal ausgelastete psychotherapeutische Praxis muss ein vergleichbares

Honorar erzielen können, wie eine durchschnittlich ausgelastete Praxis aus dem unteren fachärztlichen Einkommensbereich – es geht hier also explizit nicht um Gleichstellung. Die Honorarsteigerungen aufgrund dieser gesetzlich vorgeschriebenen Anpassungen zeigen nur, wie schlecht die Vergütung ursprünglich war. Und wie wichtig die jetzige Regelung ist, um den Psychotherapeut:innen ein besseres (aber im Vergleich zu anderen Gruppen innerhalb der KV noch immer unterdurchschnittliches) Einkommen zu sichern.

Wir begrüßen jede sachliche Diskussion zur Frage, wie die psychotherapeutische Versorgung im Solidarsystem verbessert werden könnte. Doch eines sollte klar sein: Restriktive Eingriffe, die auf eine Verknappung der vertragspsychotherapeutischen Ressourcen zielen, werden am Ende kein Geld einsparen – nicht im Gesundheitssystem und schon gar nicht in der Gesellschaft insgesamt. ■



DR. JOHANNES FREY, psychologischer Psychotherapeut niedergelassen in Eppendorf und stv. 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**

BTM-REZEPTE

Was ist zu tun, wenn BtM-Rezepte gestohlen werden oder verloren gehen?

Kommen unbenutzte BtM-Rezepte trotz aller Vorsicht abhanden, ist der Verlust umgehend unter Angabe der abhanden gekommenen Rezeptnummern schriftlich der Bundesopiumstelle zu melden. Wenden Sie sich hierfür bitte zunächst an die Telefon-Hotline, Telefonnummer: 0228 / 99 307 -4321 (Mo–Fr, 9–12 Uhr). Alternativ kann auch eine kurze Mitteilung per E-Mail an (btm-rezepte@bfarm.de) oder per Fax an Fax-Nr. 0228 / 99 307 -5985 erfolgen. Der zuständige Sachbearbeiter wird sich für die Weiterbearbeitung bei Ihnen anschließend melden.

Anders ist die Vorgehensweise, wenn es sich um ein bereits ausgestelltes BtM-Rezept handelt, wenn ein BtM-Rezept also beispielsweise auf dem Weg zum Patienten oder dem Patienten selbst verloren geht. In diesem Fall ist keine Verlustmeldung an die Bundesopiumstelle erforderlich. Der behandelnde Arzt dokumentiert den Verlust auf Teil III seiner Verschreibung und kann dem Patienten in eigener Verantwortung ein neues BtM-Rezept ausstellen.

ÜBERWEISUNG

Ich habe von meinem Patienten eine Überweisung bekommen, die im Vorquartal ausgestellt wurde. Ist diese Überweisung noch gültig oder muss sich der Patient eine neue Überweisung für das aktuelle Quartal ausstellen lassen?

Überweisungen sind grundsätzlich quartalsübergreifend gültig. Beginnt eine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein weiterhin verwendet werden – vorausgesetzt, die Patientin oder der Patient kann zum Behandlungszeitpunkt eine gültige elektronische Gesundheitskarte vorlegen. Eine erneute Ausstellung einer Überweisung ist in diesem Fall nicht erforderlich. Eine Besonderheit besteht bei Patientinnen und Patienten anderer Kostenträger (z. B. Bundeswehr, Polizei u. a.): Hier ist immer eine Überweisung für das aktuelle Behandlungsquartal erforderlich.

OFFENE SPRECHSTUNDE

Muss die Offene Sprechstunde auf dem Türschild separat ausgewiesen werden?

Die Offene Sprechstunden müssen nicht zwingend auf dem Praxisschild angegeben werden. Es ist jedoch wichtig, dass die Zeiten der offenen Sprechstunde Ihren Patientinnen und Patienten auf geeignete Weise transparent gemacht werden – beispielsweise über den Anrufbeantworter, die Praxis-Website oder einen Aushang in der Praxis. Zusätzlich sind die

Zeiten der KV über das Online-Portal mitzuteilen (<https://portal.kvhh.kv-safenet.de> und www.ekvhh.de).

Die KV ist verpflichtet, die Zeiten der Offenen Sprechstunden in der Arztsuche zu veröffentlichen (www.kvhh.net/de/physicianfinder.html).

TSVG-ABRECHNUNG

Wie wird abgerechnet, wenn sich ein Patient, der bereits bei mir in der Sprechstunde war, im selben Quartal über die Terminservicestelle (TSS) oder in der Offenen Sprechstunde vorstellt?

Kommt ein Patient innerhalb eines Quartals sowohl zu einem regulären Termin als auch im Rahmen einer TSVG-Konstellation, wird kein zusätzlicher Abrechnungsschein angelegt. Der gesamte Behandlungsfall ist stattdessen mit der entsprechenden Vermittlungsart („TSS-Terminfall“ bzw. „Offene Sprechstunde“) zu kennzeichnen. Dabei ist nicht erforderlich, dass das auslösende Ereignis der TSVG-Konstellation den ersten Patientenkontakt im Quartal darstellt.

PSYCHOTHERAPIE

Muss die Rezidivprophylaxe am Ende einer Therapie noch einmal gesondert von der Krankenkasse genehmigt werden?

Nein, eine Rezidivprophylaxe kann nicht isoliert beantragt werden, da der Antrag in der Langzeittherapie anzugeben ist. Dafür ist es wichtig, dass Sie bei der Frage „Soll nach Abschluss der Behandlung eine Rezidivprophylaxe durchgeführt werden“ auf dem PTV 2 beim letzten Antrag einer Langzeittherapie „ja“ oder „noch nicht absehbar“ ankreuzen. Nur dann ist eine Rezidivprophylaxe nach Therapieende möglich. Hinweis zur möglichen Dauer der Rezidivprophylaxe:

- Bei einer Behandlungsdauer von 40 Stunden oder mehr können maximal 8 Stunden Rezidivprophylaxe bewilligt werden.

- Bei einer Behandlungsdauer von 60 Stunden oder mehr können maximal 16 Stunden Rezidivprophylaxe bewilligt werden.

COVID-19-IMPfstOFF

Wie gehe ich bei der Corona-Impfstoffbestellung vor?

Arztpraxen können einmal pro Woche – jeweils bis spätestens Dienstag, 12 Uhr – Impfstoff für die nächste Woche bestellen. Die Bestellung geben sie in der Apotheke auf, von der sie üblicherweise ihren Praxisbedarf beziehen.

Der Bund stellt aktuell diese Impfstoffe bereit:

- Comirnaty 30 Mikrogramm/Dosis LP8.1 von BioNTech/Pfizer (für Personen ab 12 Jahren)
- Comirnaty 10 Mikrogramm/Dosis LP8.1 von BioNTech/Pfizer (für Kinder 5 bis 11 Jahre)
- Comirnaty 3 Mikrogramm/Dosis LP8.1 von BioNTech/Pfizer (für Säuglinge und Kinder von 6 Monaten bis 4 Jahren)

Verwendet wird dafür das Rezept-Formular (Muster 16). Auf dem Formular werden der Impfstoffname und die Anzahl der Dosen eingetragen. Als Kostenträger ist das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit dem IK 103609999 anzugeben. Dabei wird nicht unterschieden, ob der Impfstoff bei gesetzlich oder privat versicherten Personen eingesetzt wird.

Das jeweilige Impfungsmittel (Spritzen, Kanülen, ggf. NaCl-Lösung) wird, wie bei anderen Impfstoffen, über die Apotheke bestellt. ■

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



Unterstützung für Ärzte bei der Versorgung von ME/CFS und Long Covid

Die COVID-Pandemie hat zu einem deutlichen Anstieg von Patienten mit Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue Syndrom (ME/CFS) geführt.

Um Ärzt:innen bei der Diagnostik und Behandlung zu unterstützen, hat die Deutsche Gesellschaft für ME/CFS gemeinsam mit dem Charité Fatigue Centrum einen Praxisleitfaden zu ME/CFS und Long-COVID entwickelt.

Er beinhaltet grundlegende Informationen zum Krankheitsbild, anwendungsbezogene Hinweise zu Abläufen und Fragestellungen in der Praxis sowie evidenzbasierte Informationen zur Behandlung. Zusätzlich stehen zwei Kurzübersichten zu Diagnostik und Therapie zum Download bereit, um Informationen schnell verfügbar zu machen. Die Fachinformationen sind hinter einem Doc-Check-Login ausschließlich für Fachpublikum zugänglich.

Das Angebot im Internet:
<https://praxisleitfaden.mecfs.de/mecfs>



© Deutsche Gesellschaft für ME/CFS e. V.
 Letzte Aktualisierung: July 2025

DocCheck Login

Praxisleitfaden Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue Syndrom (ME/CFS)

Sowie entsprechende Verlaufsformen des Long-COVID- bzw.
 Post-COVID-Syndroms

Zum PoTS-Leitfaden

Zur Dt. Ges. für ME/CFS

Wissenschaftliche Leitung: Dr. Herbert Renz-Polster
Autor*innen: Dr. Herbert Renz-Polster, Dr. Monika Dräger und das Team der Deutschen Gesellschaft für ME/CFS e. V.

Dieser Leitfaden ist für die allgemeinmedizinische Praxis gedacht und behandelt:

- ME/CFS nach allen Auslösern inklusive SARS-CoV-2-Infektion
- ME/CFS-ähnliche Verläufe eines Long- oder Post-COVID-Syndroms

Für die Diagnostik und Therapie weiterer Long-/Post-COVID-Verläufe:

- AWMF [S1-Leitlinie Long/ Post-COVID - Living Guideline](#)
- AWMF [S2k-Leitlinie COVID-19 und \(Früh-\) Rehabilitation](#)

In Kooperation mit dem
**Charité Fatigue Centrum der
 Charité Berlin**



UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Das komplette Dokument inklusive Dosisschemata ist nur für Fachpublikum mittels DocCheck-Logins zugänglich.
 Bitte beachten Sie auch den [→ rechtlichen Hinweis](#) und den [Hinweis zum Feedbackmechanismus](#).

DMP-Patientenschulungen auch per Video möglich

DMP-Patientenschulungen können seit 1. Oktober 2025 auch im Videoformat erbracht werden. Darauf haben sich die Hamburger Krankenkassen / -verbände und die KV Hamburg verständigt und setzen damit einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. November 2023 zur DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) vertraglich um.

Die nachfolgend benannten Schulungsprogramme können als Videoschulung erbracht werden:

- Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung (ASEV)
- AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (AGAS)
- Medias 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2)
- Medias 2 BOT+SIT+CT
- Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
- Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen (konventionelle Insulintherapie)
- Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie
- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

Vorgaben des Schulungscurriculums verbindlich

Ob und in welchem Umfang (ganz oder teilweise) eine DMP-Schulung im Videoformat erbracht werden kann, legt der jeweilige Autor des Schulungsprogramms fest. Denn gemäß § 4 Abs. 3a der DMP-A-RL müssen im Schulungscurriculum folgende Aspekte festgelegt werden:

- für das Videoformat geeignete Anteile inklusive Empfehlungen zur Durchführung im Videoformat
- erforderliche Kompetenzen der schulenden Leistungserbringer
- strukturelle Anforderungen (z.B. Gruppengröße)
- erforderliche Maßnahmen des Qualitätsmanagements

Anforderungen Videosprechstunde beachten

Für den Einsatz von Videoschulungen gelten die Anforderungen an technische Verfahren gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Vereinbarung über die Anforderungen an die

technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V) entsprechend.

Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden dürfen, muss der schulende Arzt für das jeweilige Thema mindestens ein Präsenzangebot anbieten.

Abrechnung

Für die Abrechnung einer Video-Schulung muss vom Arzt neben der bereits bekannten GOP für die Unterrichtseinheit zusätzlich die GOP 99499 (Kenn-Nummer für Videoschulungen) angegeben werden. Die DMP-Schulungsvergütungen bleiben unverändert. ■

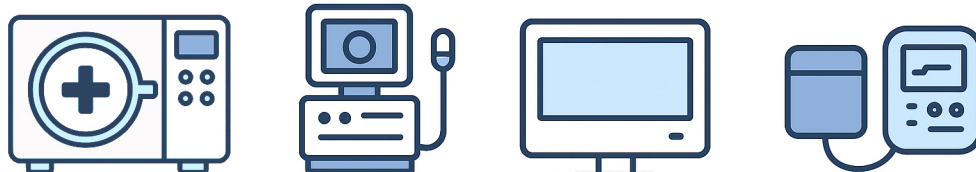
Den vollständigen DMP-Nachtrag finden Sie im Internet unter: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Recht & Verträge → Amtliche Bekanntmachungen

**Ansprechpartner:
Mitgliederservice,
Tel: 040 / 22 802 -802**



Neue Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Hilfestellung für Arztpraxen



Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) wurde im Februar 2025 überarbeitet. Sie legt fest, wie Praxen ihre Medizinprodukte sicher einsetzen und prüfen – und was sie dabei dokumentieren müssen.

Wesentliche Neuerung ist, dass Software nun ausdrücklich mitgeregelt wird. Wenn Updates die Bedienung verändern, ist eine erneute Einweisung verpflichtend. Zudem wird für bestimmte Software ab August 2025 eine regelmäßige IT-Sicherheitsprüfung vorgeschrieben.

Auch bei klassischen Geräten gibt es Anpassungen. Bestehende Dokumentations- und Einweisungspflichten wurden präzisiert. Und: Einrichtungen mit mehr als 20 Mitarbeitenden pro Standort

müssen einen Beauftragten für Medizinproduktesicherheit benennen.

Für Vertragsarztpraxen bedeutet dies vor allem: interne Verfahrensanweisungen, Dokumente und Schulungsunterlagen prüfen und aktualisieren, Einweisungen dokumentieren und Fristen im Blick behalten. Die Einhaltung der Vorgaben ist relevant für Genehmigungen und Qualitätssicherungs-Vereinbarungen.

Die MPBetreibV wird vom Bundesgesundheitsministerium erlassen. Die KVen unterstützen ihre Mitglieder dabei, die Anforderungen zu erfüllen. Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen hat Übersichten erarbeitet und stellt aktualisierte Mustervorlagen bereit, unter anderem für Einweisungen, Bestandsverzeichnisse und Prüfprotokolle. Zudem gibt es ein Einlegeblatt zur Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis“, bis die vollständige Aktualisierung erfolgt. ■

Siehe: www.hygiene-medizinprodukte.de/start

Eine elektronische, bereits aktualisierte Version der Broschüre finden Sie auf der Website der KV Hamburg: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Qualität → Hygiene & Medizinprodukte → Basisinformationen → "Hygiene in der Arztpraxis – ein Leitfaden"

Die Mustervorlagen als bearbeitbare Versionen sowie weitere Informationen erhalten Sie bei der Hygieneberatung der KV Hamburg:

Tel: 040 / 22 802 - 659
HygieneundMedizinprodukte@kvhh.de

ePA: Mehr Freiraum beim Einstellen von Dokumenten – Abrechnungsdaten nur für Patienten sichtbar

Zum Schutz von sensiblen Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA) hat der Bundestag im November 2025 weitere Vorgaben beschlossen. Ärzte und Psychotherapeuten können in begründeten Einzelfällen darauf verzichten, Dokumente in die ePA einzustellen, wenn erhebliche therapeutische Gründe dagegensprechen.

Eine weitere Anpassung betrifft die Abrechnungsdaten: Diese sind nur noch für den Patienten sichtbar. Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, die Abrechnungsdaten von Ärzten und Psychotherapeuten, aber auch von Zahnärzten, Krankenhäusern automatisch in die ePA zu stellen. Die Daten enthalten auch die Diagnosekodes, die Ärzte und Psychotherapeuten in ihrer Abrechnung angeben müssen.

Die Regelungen zur ePA sind Teil des Gesetzes zur Pflege, das der Bundestag beschlossen hat. Nun muss der Bundesrat noch grünes Licht geben. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2026 in Kraft treten. ■

Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

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

36-jähriger Patient, AOK Niedersachsen, PLZ 21781; wünscht Tilidin wg. Schmerzen in der ganzen Wirbelsäule nach 3 Bandscheibenvorfällen.

43-jähriger Patient, TK, PLZ 22179; wünscht Tavor/Lorazepam und Clozapin wg. Schizophrenie, sei von Gießen nach Hamburg gezogen, hat hier keinen Psychiater; vom Patienten bearbeiteter Medikationsplan, Tavor von verschiedenen Praxen.

46-jähriger Patient, AOK Rheinland/Hamburg, PLZ 21075; wünscht Pregabalin und Tafil; hat keinen Hausarzt, nach dem eMedikamentenplan Verordnungen von verschiedenen Ärzten.

61-jähriger Patient, DAK, PLZ 22946; wünscht Oxycodon wegen Rückenschmerzen.

55-jährige Patientin, DAK, PLZ 21149; wünscht Zolpidem wegen Schlafstörungen; regelmäßig Verordnungen aus mehreren Praxen.

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

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

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

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



Übergangsfrist für „sonstige Produkte der Wundbehandlung“ bis Ende 2026 verlängert



Die Übergangsregelung für „sonstige Produkte der Wundbehandlung“ wurde bis Ende 2026 verlängert. Das bedeutet: Produkte dieser Kategorie können weiterhin verordnet werden, wenn sie bereits vor dem 2. Dezember 2020 verordnungsfähig waren. Neuere Produkte sind nur verordnungsfähig, wenn sie in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) aufgeführt sind.

Was sind „sonstige Produkte der Wundbehandlung“?

In Anlage Va der Arzneimittel-Richtlinie werden drei Produktgruppen unterschieden:

- **Eindeutige Verbandmittel** (z.B. Binden, Kompressen, Pflaster, Watte und weitere Produkte für Verbände)
- **Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften** (z.B. Alginatkompressen, wirkstofffreie Hydrogele in Kompressenform, Hydrokolloidverbände, Salbenkompressen u.w.)
- **Sonstige Produkte der Wundbehandlung** (aktiver Einfluss auf Abläufe der Wundheilung: z.B. Hydrogele in Tuben. Kompressen mit Kontakt zwischen Wunde und Silberbeschichtung) sind per Definition keine Verbandmittel.

„Verbandmittel“ und „Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften“ sind zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig.

„Sonstige Produkte der Wundbehandlung“ hingegen dürfen nur ausnahmsweise zu Lasten der GKV verordnet werden.

Warum wurde die Übergangsfrist verlängert?

Eigentlich sollten künftig nur noch solche „sonstigen Produkte der Wundbehandlung“ verordnet werden, die nach positiver Bewertung des G-BA in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen wurden. Doch das Verfahren ist offenbar noch nicht richtig in Gang gekommen. Bisher wurden nur wenige Bewertungsverfahren positiv abgeschlossen. Die jetzt verlängerte Übergangsfrist soll sicherstellen, dass bereits etablierte Produkte zunächst weiterverordnet werden können.

Wie sollen die Praxen künftig mit „sonstigen Produkten der Wundbehandlung“ umgehen?

Gemäß der Übergangsregelung dürfen Ärzt:innen weiterhin Produkte verordnen, die bereits vor dem 2. Dezember 2020 auf dem Markt waren. Die Information, wann ein Produkt auf den Markt gekommen ist, finden Sie in der Praxissoftware. Neuere Produkte dürfen nur dann verordnet werden, wenn diese nach positiver Bewertung des G-BA in Anlage V der AM-RL gelistet sind. Auch das zeigt die Praxissoftware an. Bitte führen Sie regelmäßig Software-Updates durch, um auf dem neuesten Stand zu bleiben.

Wer definiert, ob ein Produkt ein „Verbandmittel“ oder ein „sonstiges Produkt der Wundbehandlung“ ist?

Die Kennzeichnung eines Produkts als „Verbandmittel“ oder „sonstiges Produkt der Wundbehandlung“ erfolgt durch den Hersteller. Diese Kennzeichnung ist für die Verordnung maßgeblich.

Ärztinnen und Ärzte können und sollen sich auf die Angaben des Herstellers verlassen, und es ist nicht ihre Aufgabe, eine mögliche Fehlklassifizierung zu überprüfen – so die Auffassung der KBV.

Was passiert, wenn ich versehentlich ein „sonstiges Produkt der Wundbehandlung“ verordne, obwohl das nicht zulässig ist?

Apotheken prüfen (auf Grundlage der Herstellerangaben), ob ein verordnetes Produkt zu Lasten der GKV abgegeben werden darf. Ist das nicht der Fall, muss der Patient das Produkt

selbst bezahlen. Das bedeutet: Wenn Ärzt:innen versehentlich ein nicht verordnungsfähiges Produkt verschreiben, greift die Prüfpflicht der Apotheke. Diese Regelung entlastet die Praxen und bietet zusätzliche Sicherheit. ■

Weitere Informationen auf unsere Homepage: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Verordnung → Verbandstoffe

Ansprechpartner:
Abteilung Verordnung und Beratung, Tel: 040 / 22 802 -571, -572
verordnung@kvhh.de



Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

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



 AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Manuelle Lymphdrainage nach Knie-TEP-Operation

Wie steht es um ihren Nutzen und Schaden aus Sicht der EbM?

VON PROF. DR. CORDULA BRAUN UND PROF. DR. KATJA EHRENBRUSTHOFF IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



In Deutschland werden bekanntermaßen viele Knie-Endoprothesen (zumeist Totalendoprothesen, kurz Knie-TEPs) eingesetzt – im Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) wurden 2023 knapp 156.000 Erstimplantationen erfasst (1). Anlass für die Operation ist in der Regel eine länger bestehende, fortgeschrittene Kniearthrose mit den entsprechenden klinischen Befunden und nicht (mehr) erfolgreicher konservativer Therapie.

Eine Knie-TEP-Operation geht, wie Gelenk-Operationen im Allgemeinen, mit einer postoperativen Schwellung des Gelenks und der umgebenden Weichteile einher. Diese kann unter anderem Schmerzen verursachen und die Beweglichkeit einschränken. Entsprechend wird eine zügige Resorption der Schwellung angestrebt. Eine relevante Frage dabei ist, ob es hierzu einer spezifischen therapeutischen Intervention bedarf. Eine bekannte derartige Intervention ist die Manuelle Lymphdrainage (MLD). In diesem Beitrag werden Nutzen und Schaden

(im Sinne unerwünschter Effekte oder Nebenwirkungen) der MLD nach Knie-TEP-Operation aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin (EbM) betrachtet. Beide Autorinnen verfügen über eine umfassende Expertise und Erfahrung in physiotherapeutischer Praxis, Wissenschaft und EbM.

POSTOPERATIVE SCHWELLUNG – WIE GELINGT DIE RESORPTION?

Grund für die Schwellung nach einer Knie-TEP-Operation ist eine interstitielle Flüssigkeitsansammlung durch „Reizung“ und Verletzung von intra- und extraartikulärem Gewebe und (in der Regel kleineren) Blut- und Lymphgefäßen (2).

Diese Flüssigkeitsansammlung muss vom Körper resorbiert werden - ein grundsätzlich physiologischer Vorgang. Die Resorption erfolgt vor allem über das Lymphsystem (3). Wie sie am besten gelingt, darüber bestehen unterschiedliche Ansichten. Eine zentrale Frage dabei ist: Reichen konventionelle Maßnahmen wie eine Belastungsanpassung, dosiertes Bewegen, Hochlagern und/oder Kompression aus, oder ist eine spezifische therapeutische Intervention wie eine MLD notwendig? Der primäre Indikationsbereich für eine MLD sind Lymphödeme infolge von Lymphabflussstörungen unterschiedlicher Ursache (4). Ein bekanntes Beispiel sind Lymphödeme infolge der Entfernung von Lymphknoten bei operativer Behandlung eines Mamma-Karzinoms (5). Eine MLD wird in Deutschland jedoch verbreitet auch bei weiteren Indikationen durchgeführt, darunter Schwellungen nach Gelenk-Operationen.

Die MLD ist im Heilmittelkatalog definiert als „eine spezielle Massagetechnik, die einen Dehnungsreiz auf Kutis und Subkutis ausübt. Sie führt zu einer Erhöhung des Lymphabflusses in den Lymphkollektoren, zu einer konsekutiven Zunahme der Lymphbildung (die Aufnahme der Gewebeflüssigkeit in die initialen Lymphgefäße) und hierdurch zu einer Reduktion des krankhaft erhöhten interstitiellen Flüssigkeitsgehalts.“ (6). Sie kann durch weitere Maßnahmen ergänzt werden. Eine besondere Bedeutung wird dabei einer Kompressionsbandagierung im Anschluss an eine MLD-Einheit beigemessen, deren Ziel der Erhalt des Behandlungsergebnisses ist (7). Die MLD wird in aller Regel von Physiotherapeut:innen mit entsprechender Qualifizierung durchgeführt.

Die Verordnung von MLD (und ggf. einer ergänzenden Kompressionsbandagierung) nach Knie-TEP-Operation ist im Rahmen des Heilmittelkatalogs möglich. Sie erfordert allerdings die eigenständige Diagnose einer „Lymphabflussstörung“ bzw. eines „sekundären Lymphödems“ (8). Als orientierende Behandlungsmenge werden bis zu 30 Behandlungen angegeben, als Frequenzempfehlung 1-3 Behandlungen pro Woche, als Dauer 30-60 Minuten pro Behandlung.

VERSORGUNGSDATEN UND „KLINISCHE SICHT“

Leider hatten wir keinen Zugang zu aktuellen spezifischen Versorgungsdaten zur MLD nach Knie-TEP-Operation. Der Barmer Heilmittelreport 2024 (9) beinhaltet eine „Versorgungsanalyse zur manuellen Lymphdrainage“ basierend auf Daten (aus 2022) aus dem GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS; 10). Auch wenn diese Analyse unsere Frage nach den spezifischen Versorgungsdaten für die MLD nach Knie-TEP-Operation nicht beantworten konnte: Sie hat uns einmal wieder die beeindruckende Tatsache vor Augen geführt, dass MLD-Leistungen insgesamt in Deutschland etwa ein Fünftel (ca. 1.5 Mrd. Euro) und damit einen bedeutsamen Teil der

Physiotherapieumsätze ausmachen. Die aktuellen GKV-HIS-Berichte (10; 2024) bestätigen diese Zahl.

Die (bewusst) pragmatische Sucheingabe „Lymphdrainage nach Knie-TEP“ in Google (11; 19. August 2025) vermittelt eine ziemlich einheitliche Sicht: in vielen Einträgen, vor allem solchen von Kliniken und Physiotherapiepraxen, wird allgemein für die MLD nach Knie-TEP-Operation geworben und diese in diesem Kontext als „entscheidend“, „sehr wichtig“, „Standard“ oder gar „unerlässlich“ bezeichnet. Wenig verwunderlich, was „Google AI“ zu der Sucheingabe sagt: „Lymphdrainage ist eine wichtige unterstützende Maßnahme nach einer Knie-TEP [...], um Schwellungen zu reduzieren und die Heilung zu fördern.“ Diese Sicht ist unserer Erfahrung nach in Deutschland insbesondere unter Physiotherapeut:innen tatsächlich verbreitet. Begründet wird sie zumeist mit „anekdotischer Evidenz“, das heißt Berichten von Patient:innen wie: „Die Behandlung tut einfach gut“, „Hinterher ist das Knie immer deutlich dünner“ oder „Schaden kann es ja nicht“. Entsprechend dürften betreuende Ärzt:innen im Praxisalltag häufig mit der Frage oder gar Forderung nach MLD-Verordnungen konfrontiert sein.

WAS SAGT DIE WISSENSCHAFT ZUR MLD NACH KNIE-TEP-OPERATION?

Im Sinne der EbM haben wir uns in Ergänzung der „klinischen Sichtweise“ den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand zur MLD nach Knie-TEP-Operation, ohne Eingrenzung auf spezifische Endpunkte, angeschaut. Dazu sind wir diesen Fragen nachgegangen:

- 1.** Welche Empfehlungen finden sich in Leitlinien zur MLD nach Knie-TEP-Operation?
- 2.** Welche Evidenz aus klinischen Studien gibt es für den Nutzen und Schaden der MLD nach Knie-TEP-Operation?
- 3.** Welche Implikationen für die klinische Praxis und Versorgung ergeben sich aus den Antworten auf diese Fragen?

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

1. WELCHE EMPFEHLUNGEN FINDEN SICH IN LEITLINIEN ZUR POSTOPERATIVEN BEHANDLUNG MIT MLD NACH EINER KNIE-TEP-OPERATION?

Unser Blick in aktuelle deutsche und internationale evidenzbasierte Leitlinien (LL) hat uns überrascht: Als erstes haben wir uns die deutsche AWMF-S3-LL „Prävention und Therapie der Gonarthrose“ (12) angeschaut. Das Wort „Lymphdrainage“ kommt in dieser Leitlinie nicht vor. Der offensichtliche Grund: die operative Behandlung (einschließlich Knie-TEP) ist Bestandteil der LL, die postoperative Behandlung jedoch nicht. Uns sind keine weiteren relevanten deutschen evidenzbasierten LL bekannt.

Also haben wir uns internationale LL angeschaut. Eine gute Hilfestellung boten uns dabei drei aktuelle Übersichtsarbeiten über internationale LL zur Behandlung der Gonarthrose (13-15). Wieder fanden wir jedoch keine Empfehlung zur MLD nach Knie-TEP-Operation. Die postoperative Therapie nach Knie-TEP-Operation ist auch international nur in wenigen LL adressiert. Ein Beispiel für eine solche LL ist die niederländische „KNGF Guideline Osteoarthritis of the hip-knee“ (16). In dieser finden sich Empfehlungen zu verschiedenen, auch physikalischen, postoperativen Behandlungsoptionen, aber: Auch hier kommt das Wort „Lymphdrainage“ (bzw. seine englische Übersetzung und Synonyme) nicht vor. Dies bedeutet: Wir konnten keine evidenzbasierte LL-Empfehlung zur MLD nach Knie-TEP-Operation finden. Ein Ergebnis, das uns nachdenklich stimmt, vermittelt es doch den Eindruck, dass der MLD nach Knie-TEP-Operation in vielen Ländern keine (besondere) Versorgungsrelevanz beigemessen wird.

2. WELCHE EVIDENZ AUS KLINISCHEN STUDIEN GIBT ES FÜR NUTZEN UND SCHADEN DER MLD NACH EINSATZ EINER KNIE-TEP?

Zur Beantwortung dieser Frage haben wir nach aktuellen systematischen Reviews (SR) gesucht, in denen die

verfügbare Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) zusammengefasst ist. Wir fanden zwei in den letzten beiden Jahren publizierte SR (17-18). Nach Sichtung und kritischer Bewertung dieser beiden Arbeiten (mit der AMSTAR 2 Checklist (19)) haben wir uns auf den SR von Lu et al. aus 2024 (17) beschränkt, da dieser mehr Studien, darunter alle in dem anderen SR (18) enthaltenen, umfasste, seine Berichterstattung von besserer Qualität war und unsere Bewertung eine höhere Vertrauenswürdigkeit ergab (die wir auch nicht als „hoch“, immerhin aber als „moderat“ und damit akzeptabel bewertet haben).

In Tabelle 1 finden sich wesentliche Informationen zu dem SR von Lu et al. 2024 (17). Alle sieben eingeschlossenen Studien wiesen methodische Schwächen auf und sind mit einem entsprechenden Bias-Risiko behaftet. Die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (nach GRADE (20)) wurde als „niedrig“ bis „sehr niedrig“ bewertet. Sowohl der SR als auch die eingeschlossenen Studien wiesen zudem Schwächen in der Berichterstattung auf, was die Einordnung und Nachvollziehbarkeit ihrer Inhalte erschwerte.

Alle untersuchten Studiengruppen erhielten eine standardisierte postoperative Therapie mit Physiotherapie, die in mehreren Studien, soweit beschrieben, auch Kryotherapie, Kompression und/oder Hochlagerung beinhaltete. Die Interventionsgruppen erhielten zusätzlich eine MLD-Behandlung. In keiner der Studien wurde von einer ergänzenden Kompressionsbandagierung berichtet; in einer Studie wurde die MLD durch Anlage eines Kinesiotapes ergänzt. Die MLD-Behandlung begann in allen Studien frühzeitig (zumeist am zweiten postoperativen Tag) und war auf die frühe postoperative Phase (zumeist die erste Woche) begrenzt. Es wurden zwischen zwei und sechs MLD-Einheiten durchgeführt. Die MLD-Behandlungsdauer betrug in fast allen Studien 30 Minuten. Über die in Tabelle 1 aufgeführten Endpunkte hinaus wurden keine weiteren Endpunkte untersucht.

Es fanden sich zudem so gut wie keine Angaben zu unerwünschten Effekten oder Nebenwirkungen der MLD. Der Fokus der Nachbeobachtung lag auf dem Ende der Behandlungsphase, die maximale Nachbeobachtungszeit betrug drei Monate.

TABELLE 1: INFORMATIONEN ZUM SYSTEMATISCHEN REVIEW VON LU ET AL. 2024 [17]

Kriterien (Ein- und Ausschluss)	Population: Erwachsene mit Knie-TEP-Operation
	Intervention: Behandlung mit MLD (+ Physiotherapie)
	Vergleich: Behandlung ohne MLD (+ Physiotherapie)
	Endpunkte: Knie-Ödem (Umfang, Volumen); Beweglichkeit Knie; Schmerzen; Kniefunktion
Aktualität	Recherchen bis Juni 2023
Eingeschlossene Studien	7 RCTs mit 285 Teilnehmenden (16-66/Studie)
	Setting: stationär (Kliniken); 3 x Türkei, je 1 x Schweiz, Italien, Japan, Australien
Qualität und Vertrauenswürdigkeit der Studien/Evidenz	Bias-Risiko (Cochrane RoB 2 Tool): 5 x „hoch“, 2 x „einige Bedenken“
	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz (GRADE): „niedrig“ bis „sehr niedrig“

Die Behandlungseffekte waren überwiegend klein, die Konfidenzintervalle der Effektschätzer groß. Auch die Konfidenzintervalle der Effektschätzer der Metaanalysen umfassten alle die Möglichkeit eines positiven, keines oder negativen Effektes. Entsprechend sind die Ergebnisse mit großer Unsicherheit behaftet und wenig aussagekräftig. Berücksichtigt man dazu das Bias-Risiko der Ergebnisse und die niedrige bis sehr niedrige Vertrau-

enswürdigkeit der Evidenz, lässt sich keine belastbare Aussage über den Nutzen und Schaden der MLD treffen. Die Autor:innen des SR folgern aus ihren Ergebnissen, die MLD habe keinen „signifikanten“ Einfluss auf die Schwellung, Beweglichkeit oder Schmerzen nach Knie-TEP-Operationen. Hinsichtlich der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext ist insbesondere zu beachten, dass die verfügbare Evidenz auf die frühe postoperative Phase beschränkt ist.

Eine pragmatische Recherche nach neueren RCTs war wenig ergiebig. Wir möchten nur einen österreichischen RCT (21) erwähnen, der sich unter anderem in seiner methodischen Qualität und Berichterstattung positiv von den anderen Studien abhebt. In diesem RCT wurden 112 Teilnehmende vor einer Knie-TEP-Operation in drei Gruppen aufgeteilt: eine Gruppe erhielt eine je fünftägige prä- und postoperative Behandlung mit MLD, die zweite eine fünftägige postoperative Behandlung mit MLD, die dritte keine MLD. Alle Teilnehmenden erhielten zudem ein postoperatives Behandlungsprogramm, das den Einsatz einer Bewegungsschiene und Physiotherapie mit assistiver Mobilisation beinhaltete. Die erhobenen Endpunkte waren die Funktionsfähigkeit des Knies, Schwellung, Schmerzen und Beweglichkeit. Die maximale Nachbeobachtungszeit betrug sechs Wochen. Es zeigten sich keine klinisch relevanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen. Entsprechend folgern die Autor:innen dieser Studie, dass eine standardmäßige Durchführung von MLD in der Phase kurz vor oder nach Knie-TEP-Operation nicht zu empfehlen ist. Eine methodische Limitation dieser Studie ist ein (unter anderem Covid-19-Pandemie-bedingter) hoher Datenverlust bei der Nachbeobachtung nach sechs Wochen.

3. WELCHE IMPLIKATIONEN ERGEBEN SICH AUS DEN ANTWORTEN AUF DIE O.G. FRAGEN?

Die fehlende Verfügbarkeit von spezifischen Versorgungsdaten zur MLD nach Knie-TEP-Operation er-



schwert die Bewertung der Versorgungssituation. Das Internet und „anekdotische Evidenz“ aus der klinischen Praxis geben Hinweise darauf, dass die MLD nach Knie-TEP-Operation in Deutschland verbreitet als „wichtig“ und „effektiv“ betrachtet wird. Die fehlende Verfügbarkeit von Empfehlungen zur MLD nach Knie-TEP-Operation in deutschen evidenzbasierten LL sowie ihre fehlende Berücksichtigung in internationalen LL sollte zum Nachdenken anregen. Die dürftige Studienlage hat uns überrascht. Sie lässt keine belastbare Aussage darüber zu, ob und/oder inwieweit die MLD eine wirksame und sichere und damit sinnvolle Maßnahme nach Einsatz einer Knie-TEP ist. Sie lässt zudem keine Aussage darüber zu, wie es um den Nutzen und Schaden der MLD für Subgruppen von Patient:innen, z. B. solchen mit bereits bestehenden Lymphabflussstörungen, oder abhängig von Behandlungsparametern wie Art, Umfang und Dosierung der MLD steht. Die isolierte Betrachtung der Studienergebnisse ohne Berücksichtigung von Bias-Risiko und Vertrauenswürdigkeit gibt Hinweise darauf, dass die MLD nach Knie-TEP-Operation möglicherweise keinen relevanten Nutzen hat.

Bemerkenswert erscheint uns, dass es bislang, soweit wir ermitteln konnten, keinen direkten („Head-to-Head“-) Vergleich zwischen der Durchführung konventioneller Maßnahmen (wie einer Belastungsanpassung,

dosierter Bewegung, Hochlagerung, Kompression) und einer MLD gibt. Dieser Vergleich ist aus unserer Sicht von zentraler Bedeutung, insbesondere im Hinblick auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis und den verantwortungsbewussten Umgang mit personellen und finanziellen Ressourcen.

Es wäre wünschenswert, wenn sich wissenschaftlich qualifizierte Therapeut:innen und/oder Ärzt:innen und/oder Kostenträger der Aufgabe annehmen, den therapeutischen und wirtschaftlichen Nutzen und Schaden von MLD wissenschaftlich verlässlich zu ermitteln. Hierzu bedarf es der „richtigen“ Fragestellungen sowie ausreichend großer, idealerweise multizentrischer, methodisch hochwertiger RCTs.

Vieles deutet darauf hin, dass die MLD nicht als „Standardbehandlung“ nach Knie-TEP-Operation zu betrachten ist. Vielmehr scheint eine differenziertere, individuelle klinische Betrachtungsweise angebracht. Möglicherweise benötigt ein großer Teil der Patient:innen nach Knie-TEP-Operation keine MLD. Wir halten es für wahrscheinlich, dass diese Sicht auch auf die neueren Alternativen zur MLD in Form der „apparativen Lymphdrainage“ übertragbar ist, die offenbar immer häufiger vor allem in Kliniken zur Anwendung kommt, für die die Evidenzlage jedoch noch unzureichender ist als für die MLD. ■



PROF. DR. CORDULA BRAUN
Studiengang Physiotherapie an der
hochschule 21, Buxtehude



**PROF. DR.
KATJA EHRENBURSTHOFF**
Department für Pflege-, Hebammen
und Therapiewissenschaften,
Studienbereich Physiotherapie,
Hochschule für Gesundheit Bochum

Literatur

- 1) Endoprothesenregister Deutschland (ERPD, 2024). ERPD-Jahresbericht 2024. https://www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/Jahresbericht2024-Status5_2024-10-22_F.pdf [eingesehen 01.09.25].
- 2) Gurtner GC, Werner S, Barrandon Y, et al. (2008). Wound repair and regeneration. *Nature*, 453(7193), 314-321. <https://doi.org/10.1038/nature07039>
- 3) International Society of Lymphology. (2013). The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2013 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*, 46(1), 1-11. PMID: 23930436.
- 4) Koller T (2022). Grundlagen zur Gewebephysiologie und Wundheilung. In T. Koller (Ed.), *Rehabilitation komplexer muskuloskelettaler Verletzungen: Kompendium für Physiotherapeuten und Ergotherapeuten* (pp. 27-39). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63534-6_3
- 5) Krebsinformationsdienst (2021). Lymphödem bei Krebs. Ein Überblick zu Beschwerden, Behandlung und Alltagsbewältigung. [Online]: <https://www.krebsinformationsdienst.de/nebenwirkungen-bei-krebs/lymphoedem> [eingesehen 01.09.25].
- 6) Heilmittelkatalog.de (ohne Datum). Einführung in die Thematik; Maßnahmen Physiotherapie. <https://heilmittelkatalog.de/einfuehrung/massnahmen-physiotherapie/> [eingesehen 01.09.25].
- 7) Lurie F, Malgor RD, Carman T, et al. (2022). The American Venous Forum, American Vein and Lymphatic Society and the Society for Vascular Medicine expert opinion consensus on lymphedema diagnosis and treatment. *Phlebology*, 37(4), 252-266. <https://doi.org/10.1177/02683555211053532>
- 8) Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA; 2024). Heilmittelkatalog. Zweiter Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2024-05-16_Heilmittelkatalog.pdf [eingesehen 01.09.25].
- 9) Barmer Institut für Gesundheitsforschung (2025). Barmer Heilmittelreport 2024. <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/heil-und-hilfsmittelreport-2024> [eingesehen 01.09.25].
- 10) GKV Heilmittel-Informationsportal (HIS; 2025). HIS-Berichte. https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/his_berichte/his_berichte.jsp [eingesehen 01.09.25].
- 11) Google (2025). Suche „Manuelle Lymphdrainage nach Knie-TEP“; 30.08.2025. <https://www.google.com>
- 12) Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. Prävention und Therapie der Gonarthrose Version 5.0, 15.07.2024. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/187-050> [eingesehen 01.09.25].
- 13) Gibbs AJ, Gray B, Wallis JA, et al. (2023). Recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: A systematic review of clinical practice guidelines. *Osteoarthritis and Cartilage*, 31(10):1280–1292. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2023.05.015>
- 14) Conley B, Bunli S, Bullen J, et al. (2023). Core Recommendations for Osteoarthritis Care: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. *Arthritis Care & Research*, 75(9):1897–1907. <https://doi.org/10.1002/acr.25101>
- 15) Gray B, Gibbs A, Bowden JL, et al. (2024). Appraisal of quality and analysis of the similarities and differences between osteoarthritis Clinical Practice Guideline recommendations: A systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*, 32(6):654–665. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2024.02.890>
- 16) Royal Dutch Society for Physical Therapy (2018). KNGF guideline Osteoarthritis of the hip-knee. https://www.kennisplatformfysiotherapie.nl/app/uploads/sites/2/2024/10/artrose-heup-knie-2018-prl-en-toelichting-eng_def.pdf [eingesehen 01.09.25].
- 17) Lu H, Shao Q, Li W, et al. (2024). Effects of manual lymphatic drainage on total knee replacement: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 25(1):30. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-07153-8>
- 18) Migliorini F, Schäfer L, Bertini FA, et al. (2023). Level I of evidence does not support manual lymphatic drainage for total knee arthroplasty: a meta-analysis. *Scientific Reports*, 13(1):22024. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-49291-y>
- 19) Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*:j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- 20) GRADE Working Group. Homepage (2025). <https://www.gradeworkinggroup.org/> [eingesehen 01.09.25].
- 21) Wagner M, Wittlinger A, Auffahrt A, et al. (2024) Manual lymphatic drainage before and after total knee arthroplasty, a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*, 51:102401. <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2024.102401>



Falsche Privatisierung und gefährliche Kollektivierung im Gesundheitswesen

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

Deutschland hatte mal ein vorbildliches Gesundheitswesen, um das uns die meisten Länder beneideten. In diesem Gesundheitswesen wurden die meisten Krankenhäuser staatlich geführt, vorwiegend von Städten, Gemeinden oder Landkreisen. Fast alle Arztpraxen gehörten den darin arbeitenden Ärzten, die sich als Freiberufler verstanden.

Die Privatisierung der Krankenhäuser ebnete und damit die Probleme hervorrief, die Lauterbach 20 Jahre später, jetzt als Minister, so anprangerte, als hätte er nicht das Geringste damit zu tun. Zugleich säte er ungerührt mit seinem Krankenhausförderungsgesetz die Probleme der Zukunft.

Noch gravierender als die Krankenhausprivatisierung war allerdings, dass Schmidt, Knieps und Lauterbach

onsklima. Immer häufiger fanden Praxen keinen Nachfolger.

Wie geplant schlug jetzt die Stunde der mutigen Investoren, denen die Gesundheitspolitik auch rechtlich viele Wege ebnete. Das, was zuvor verboten war, wurde plötzlich massiv gefördert. Mit allerlei Konstrukten ermöglichte die Politik den Investoren, Praxen aufzukaufen und die dort tätigen Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren zu konzentrieren.

Natürlich gab und gibt es auch MVZ in ärztlicher Hand, aber die Mehrheit der neuen MVZ gehört inzwischen gewinnorientierten Akteuren. Das sind Kliniken, die sich dadurch mehr Zuweisung erhoffen. Das sind Apotheken und Pharmafirmen, die sich durch legale und illegale Wege den Zugriff auf Medikamenten-Verordnungen sichern wollen – vor allem im Bereich der Onkologie.

Und es sind Investoren, die hoffen, die Praxen so auf Kurs zu bringen, dass von den schmalen Honoraren irgendwie ein Profit abfällt. Schließlich gibt es noch die kommunalen oder sonst wie staatlichen MVZ, die meist eine Notlösung darstellen, weil sich zu den jetzigen Honoraren kein freier Arzt findet, der das Wagnis einer Praxisübernahme eingeht.

Früher gehörten fast alle Arztpraxen den darin arbeitenden Ärzten, die sich als Freiberufler verstanden. Doch Anfang des Jahrzehnts wurde das System komplett umgekrempelt.

Doch das ist Vergangenheit. Anfang des Jahrtausends wurde das Gesundheitssystem komplett umgekrempelt. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und ihre Lieblingsberater tobten sich bei der Verwirklichung ihrer Utopien hemmungslos aus. Der Krankenkassen-Multifunktionschef Franz Knieps und der grandiose Karl Lauterbach ließen sich die Gelegenheit nicht entgehen. Sie schufen mit den Diagnosis Related Groups die Basis der Ökonomisierung und Profitorientierung der Krankenhäuser, die den Weg für die Privatisie-

den Startschuss für die Abschaffung der freiberuflichen Arztpraxen gaben. Sie zielten zunächst auf die Praxen der Fachärzte, aber erledigten viele Hausarztpraxen gleich mit.

Dazu mussten sie nicht viel tun. Es reichte, die Honorare der Praxen über mehrere Jahre nicht an die Inflation anzupassen. Ihr Mittel war die finanzielle Austrocknung des ambulanten Bereichs, die jetzt mehr als zwei Jahrzehnte andauert. Die miese Finanzlage der Praxen führte erst langsam, dann immer schneller zu einem hoffnungslosen Investiti-

Damit sieht die Gesundheitslandschaft heute umgekehrt aus wie früher. Viele Kliniken sind in privater Hand und viele einst privat geführte Praxen sind verschwunden – ersetzt durch Institutionen der Kollektivierung. Und genau das ist das Problem.

Krankenhäuser gehören zur Daseinsvorsorge, um die sich der Staat kümmern muss, wie um Feuerwehr und Polizei. Sie für den Profit zu öffnen, birgt ein großes Risiko. Das erkennt man z.B. am Umgang mit Krankenhausabteilungen, die zwar medizinisch sinnvoll sind, aber nicht profitabel.

Krankenhauskonzerne schließen Abteilungen wie Geburtshilfe oder Kinderkliniken, nur weil sie keinen Gewinn abwerfen. Umgekehrt werden Krankenhauskapazitäten dafür verwendet, lukrative Behandlungen an Auslandspatienten zu verkaufen. Oder es werden aus Profitgier überflüssige Prozeduren angeboten.

Das Vorhalten von Krankenhäusern wurde früher zu Recht als eine Pflicht des Staates angesehen. Doch diese Pflicht hat er schon damals schlecht erfüllt. Die von Landräten, Kirchenkreisen und Gesundheits senatoren geführten Kliniken litten unter Investitionsstau bis hin zum Verfall von Gebäuden.

Eine wichtige Ursache war die Überbürokratisierung. So verfügten die Allgemeinen Krankenhäuser in Hamburg nicht nur über einen gewaltigen internen Verwaltungsapparat. Darüber thronte auch noch ein „Landesbetrieb Krankenhäuser“, dem wiederum eine üppig bestückte Gesundheitsbehörde vorstand. Eine weitere Facette der Krankenhaus-

krise war eine toxische Personalführung, die zu einer trägen Unternehmenskultur in den staatlichen Häusern führte. Ein einziger Satz charakterisiert diesen Geist ziemlich gut: „Das mache ich nicht, das ist Arztaufgabe.“

Private Krankenhäuser wirkten in diesen Zeiten erfrischend und waren eine bereichernde „Beimischung“, die den trägen staatlichen Häusern die

onsform. Der Grund ist nicht nur die enorme intrinsische Motivation des Eigentümers. Es ist vor allem die Unabhängigkeit seines medizinischen Urteils. Als Patient wünscht man sich einen Arzt, der ohne organisatorische oder wirtschaftliche Verflechtungen berät. Man möchte auch, dass niemand sonst Zugriff auf die Patientenkartei hat. Und man möchte nicht ständig seinen Arzt wechseln.

Private Krankenhäuser sind inzwischen der Normalfall und staatliche Häuser die Ausnahme. Das ist grundfalsch und eine der Ursachen der Krise im Gesundheitswesen.

Benchmark vorhielten. Viele Politiker sahen daher die Privatisierung der Krankenhäuser als bequemen Ausweg aus der von ihnen selbst produzierten Dysfunktionalität, der zudem oft auch noch etwas Geld in die klammen Kassen spülte.

Dass aber private Krankenhäuser inzwischen der Normalfall und staatliche Häuser die Ausnahme sind, ist grundfalsch und eine der Ursachen der aktuellen Krise im Gesundheitswesen. Statt die staatlichen Aufgaben anständig zu erfüllen, gaben die Politiker diese Aufgabe in Hände der Investoren. Dabei wäre eine straff und gut geführte öffentliche Kliniklandschaft das beste Modell für die stationäre Krankenversorgung.

Im ambulanten Bereich ist es genau umgekehrt. Hier ist die inhabergeführte Praxis die ideale Organisati-

Das alles bieten die freien Arztpraxen. Natürlich wird die Einzelpraxis nicht die Zukunft sein, auch wenn sie für manche durchaus gute, aber eigenwillige Ärzte die ideale Organisationsform ist.

Die meisten Ärzte arbeiten lieber in einem Team. Doch zu große Einheiten machen die Vorteile des kollegialen Miteinanders wieder zunichte. Der Kommunikationsbedarf steigt mit jedem zusätzlichen Teammitglied. Während kleinere Einheiten von tüchtigen Ärzten effektiv selbst verwaltet werden können, benötigt man ab einer bestimmten Größe eine Geschäftsführung, die man für teures Geld einkaufen muss.

Größe ist im ambulanten Bereich daher kein Vorteil, sondern meist ein Nachteil. Das spürt man nicht zuletzt, wenn eine große MVZ Kette

pleite geht. Dann ist der Schaden kaum zu reparieren.

Ein Mythos der Kollektivierung besteht in dem Glauben, dass größere Einheiten Rationalisierungsmöglichkeiten und Synergien wie im industriellen Bereich schaffen.

Aber ärztliche Tätigkeit ist keine Industrie. Das in der Industrie mit Rationalisierungen verfolgte Ziel, mit weniger Personal mehr zu leisten, wünscht sich kein Patient. Er möchte einen Arzt, der sich Zeit

nimmt. Synergien gibt es nur dort, wo große Geräte oder Gebäude für den Praxisbetrieb nötig sind, die für einen Einzelnen zu teuer sind, z.B. in der Radiologie oder Labormedizin.

Für alles andere ist eine kleine, effektive und überschaubare Praxis mit Ärzten, die unabhängig von staatlichen Stellen und von Investoren sind, die beste Organisationsform.

Dass dieses Modell jetzt auf dem Altar der modernen Gesundheitspolitik geopfert wird – und zwar nicht

in erster Linie von den gefürchteten „Neoliberalen“, sondern vor allem von denen, die sich für sozial halten, ist ein gewaltiger Fehler. Wir sollten ihn schleunigst korrigieren. ■

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

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



Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf
Überweisung
Arzneimittelvereinbarung
Verordnung und Beratung
Hilfsmittel
Arbeitsunfähigkeit
Rezepte
Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung
Rehabilitation
Heilmittel
Entlassmanagement
Einweisung
Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel
Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung
Wirtschaftlichkeitsgebot
Digitale Gesundheitsanwendungen
Krankenpflege
Prüfungsvereinbarung
Heilmittelvereinbarung
Wiedereingliederung
DMP
Substitution
Nutzenbewertung
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 Ordnungsmanagements. Fragen Sie uns einfach!

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Eckhardt Chales-de Beaulieu**
Stellvertretendes Mitglied im Zulassungsausschuss

Name: **Eckhardt Chales-de Beaulieu**
Geburtsdatum: **22.10.1949**
Familienstand: **verheiratet**
Fachrichtung: **Hausarzt-Internist**
Weitere Ämter: **Beschwerdeausschuss**
Hobbys: **Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja, die eigentliche Währung unserer Bezahlung war nicht das Geld, und da Arbeit immer Spaß gemacht hat, konnte ich meine Rechnungen auch bezahlen!

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Zunächst die persönliche Unzufriedenheit mit der Bezahlung. Ich hatte zuvor im Dienstleistungsgewerbe deutlich besser verdient und wähnte mich doch jetzt in sehr viel wertvollerer Stelle. Dort sah ich dann, wie dünn unsere Stimme in dem Gesamtkonzert der Wirtschaft gehört wurde. Ich begriff, dass die Einigkeit in der KV die einzige Antwort sein konnte, überhaupt gehört zu werden. Als Mitglied einer sehr kleinen Gruppe, zwischen den beiden großen Partikeln (Haus/Fach) angesiedelt, sah ich die Notwendigkeit, innerärztliche Interessenkonflikte regeln zu wollen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Das Wissen zu vererben, dass wir Ärzte unsere Interessen besser zusammen als aufgesplittert in Kleingruppen vertreten können. Dafür müssen viele Grabenkämpfe beendet werden. Meine Antwort darauf war immer: „Es muss funktionieren!“ Mit „es“ ist die Versorgung der Patienten gemeint. Das ist die Aufgabe der KV.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Traum? – Ja Traum: Eine einige Ärzteschaft, deren Mitglieder ihre Arbeitsfreude wiederfinden können - und dafür adäquat entlohnt werden. ■



Leserbrief

zur Kolumne „Im Antiquariat“ von
Dr. Christine Löber,
KVH-Journal 11/2025, Seite 30

Konsequenzen aus der Historie ziehen

Wunderbar, endlich benennt jemand das, was wir alle durchgemacht haben und – und zu meinem Erstaunen heute noch – durchmachen: den verletzenden, häufig vernichtenden Führungsstil deutscher Chefärzte in einem nach wie vor autoritär strukturierten medizinischen System.

Überzeichnet die Kollegin? Nein, es ist so. Sind alle so? Nein, natürlich nicht. Ich arbeite in einem sprechenden Fach und hatte das große Glück, bereits früh im Studium die sogenannte „Antipsychiatrie“-Bewegung kennenzulernen, die zur Öffnung der Psychiatrischen Kliniken mit der Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie von heute geführt hat. Dadurch habe ich mich mit vielen Fragen an meinen Berufsstand auseinandersetzen müssen. Vieles habe ich erst deutlich später verstanden, als ich die psychologischen und historischen Hintergründe meiner Familie aufarbeitete. Ich habe auch sehr kooperative Chefärzte kennengelernt, die auf eine flache Hierarchie Wert legten, von denen ich viel gelernt habe.

Doch die Frage bleibt bestehen – vor allem, wenn man sich in einem somatischen ärztlichen Feld bewegt: Wie kann das, was wir doch bestens aus der Historie kennen – und gerade in diesem Jahr in der Ausstellung: „Systemerkrankung“ in den Räumen der KV, die gerade als Wanderausstellung durch Deutschlands KVen zieht, eindrücklichst vorgeführt bekamen – mit dem zusammenkommen, was immer noch Alltag in der Medizin ist? Das heißt: Wann werden wir a) unsere Ausbildung und oft Berufswirklichkeit als deutsche Ärzte mit b) den Erkenntnissen der Medizingeschichte des dritten Reiches tatsächlich zusammenbringen? Wer die Ausstellung verpasst hat, braucht nur in unser äußerst informatives medizinhistori-

sches Museum im UKE zu gehen. Denn darum geht es doch: dass endlich Konsequenzen aus diesen Erfahrungen in der Ausbildung und Lehre gezogen werden. Das wäre jedoch an die persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Familiengeschichte gerade in ärztlichen Traditionsfamilien geknüpft, von denen es in Deutschland nicht wenige gibt. Ich stamme selbst aus einer. Der Berufsstand hatte hier immer ein hohes Ansehen. Dann kann Demut entstehen und vielleicht ein Umdenken.

Ich bin sicher nicht allein mit der Forderung, dass die Erkenntnisse aus der medizinhistorischen Aufarbeitung in Deutschland dringend in die Ausbildung unserer jungen Kollegen einfließen müssen. Im Rahmen meiner psychotherapeutischen Tätigkeit habe ich mittlerweile jedoch sowohl im strukturschwachen Raum Süddeutschlands als auch in Großstädten wie Hamburg junge Kollegen an der Universität oder in ihren ersten Assistenzarztstätigkeiten kennengelernt, die mir berichteten, dass wir noch weit entfernt davon sind, das Wissen in die Tat umgesetzt zu haben.

Genau so hat es die Kollegin in ihrem lebendigen und richtigen Artikel beschrieben. Wollen wir nochmal erleben, dass die deutsche Medizin vom Ausland als von der internationalen Wissenschaft nicht ernst zu nehmen betrachtet wird wie damals, als sie sich selbst durch ihre „Lehre vom lebensunwerten Leben“ und deren Umsetzung vor aller Welt ins Abseits gebracht hatte?

Dr. med. Susanne Hartig,
psychotherapeutisch tätige Ärztin
in Hamburg-Hoheluft

Unterstützung für Primärversorgungssystem

Laut einer Umfrage befürwortet über die Hälfte der Bevölkerung das Prinzip, Facharzttermine nur nach Überweisung zu vergeben. Fast 80 Prozent wünschen sich einen festen Ansprechpartner, der sie durch das Gesundheitssystem lotst.

Eine Mehrheit der Bevölkerung steht einem Primärversorgungssystem und einer besseren Patientensteuerung aufgeschlossen gegenüber. Das legt eine repräsentative Forsa-Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbandes nahe. Demnach stimmen etwa 55 Prozent der Befragten dem Vorschlag zu, dass Facharzttermine nur nach Überweisung durch den Hausarzt vergeben werden sollen, wobei Termine bei Zahn-, Frauen- und Kinderärzten davon ausgenommen wären. 39 Prozent der Befragten lehnen diesen Vorschlag ab. Etwa sechs Prozent sind unentschieden.

Die Regierungsparteien haben in ihrem Koalitionsvertrag die Einführung eines „verbindlichen Primärarztsystems“ bei freier Wahl der Haus- und Kinderärzte vereinbart. „Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebene Rufnummer 116 117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor fest“, heißt es im Koalitionsvertrag.

Die AOK hat in einem Positionspapier vorgeschlagen, so genannte Primärversorgungspraxen als erste Anlaufstelle für Patienten zu etablieren. In

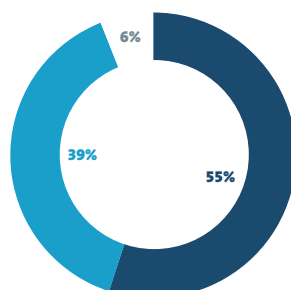
diesen Praxen würden Teams aus Ärzten und Pflegefachkräften gemeinsam die Grundversorgung übernehmen. Laut Forsa-Umfrage befürworteten 57 Prozent der Befragten dieses Konzept.

Viele Menschen halten das Gesundheitssystem für überkomplex. Die Umfragezahlen spiegeln den Wunsch nach mehr Orientierung wider: 79 Prozent sagen, dass ihnen ein fester Ansprechpartner wichtig sei,

der ihnen bei allen gesundheitlichen Anliegen zur Seite steht und sie bei Bedarf durch das Gesundheitssystem lotst. Bei Menschen ab 60 Jahren liegt dieser Anteil sogar bei 84 Prozent.

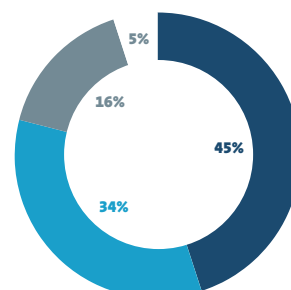
Die repräsentative Forsa-Umfrage ist vom 4. bis 13. September 2025 unter insgesamt 8.565 Personen über 18 Jahren durchgeführt worden. Es handelt sich um eine Kombination von telefonischer Befragung und Online-Erhebung. ■

Befürworten Sie den Vorschlag, dass Facharzttermine nur nach Überweisung, z. B. durch den Hausarzt, vergeben werden sollen, um Fehlversorgung und lange Wartezeiten durch eine bessere Steuerung zu vermeiden?*



■ Befürworte diesen Vorschlag
■ Lehne diesen Vorschlag ab
□ Weiß nicht / keine Angabe

Wie wichtig ist Ihnen ein fester Ansprechpartner, der Ihnen bei allen gesundheitlichen Anliegen zur Seite steht und Sie bei Bedarf durch das Gesundheitssystem lotst?



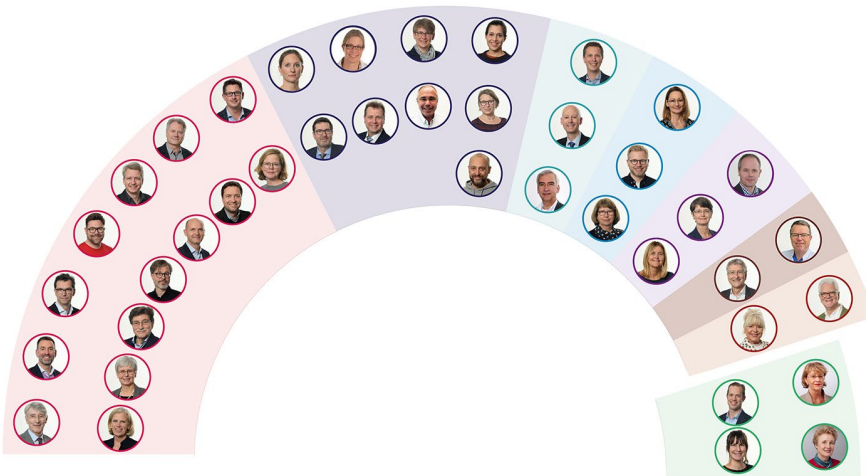
■ Sehr wichtig
■ Eher wichtig
■ Weniger wichtig
□ Gar nicht wichtig

* Ausgenommen wären Termine bei Zahnarztpraxen, Frauenarztpraxen sowie Kinder- und Jugendarztpraxen

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 10. Dezember 2025 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINAR

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?

Di. 21.4.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz
Di. 7.7.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz
Di. 6.10.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz

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

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

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



Oder über den QR-Code

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

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

Fortbildungen für MFA

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

Ansprechpartnerin:

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

WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

Hirn schlägt Herz!

Neue Erkenntnisse der modernen Hirnforschung und der Psychologie – Ursachen und Folgen von psychosozialen Stress und was wir wirklich dagegen tun können

Mi. 18.2.2026 (18 -22 Uhr)

Demenz! Was nun?

Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen kognitiver Störungen

Mi. 10.6.2026 (18 -22 Uhr)

Neuropathische Schmerzen und Depression

Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen

Mi. 23.9.2026 (18 -22 Uhr)

Differentialdiagnose der sensiblen Störungen

Könnte es Multiple Sklerose sein?

Mi. 4.11.2026 (18 -22 Uhr)

4 - 6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

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!

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!