Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ISSN 2568-9517 3/2025

# KVH journal

# ENDLICH!

*Hausärztliche Leistungen werden künftig voll bezahlt. Das ist eine gute Nachricht – für Praxen und Patienten.*

**WIRKSTOFFVEREINBARUNG**
*Neue Gruppen, geänderte Ziele*

**BUCHUNGSTRICKS**
*Wie der Staat die GKV ausplündert*

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern Einblick in dieses Heft.

Anmeldung

**ePAPER**

**www.kvhh.net/epaper.html**

## 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.

## IMPRESSUM

KVH-Journal
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeitende

ISSN (Print) 2568-972X
ISSN (Online) 2568-9517

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin oder des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: John Afful

Redaktion: Abt. Politik und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 3/2025 (März 2025)

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

# Liebe Leserin, lieber Leser!

Der Zeitplan für die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) war von Anfang an unrealistisch. Das Bundesgesundheitsministerium hatte vor, die ePA nach einer lediglich vierwöchigen Testphase ab dem 15. Februar 2025 bundesweit auszurollen. Nun sehen wir, dass die Testungen noch gar nicht vollständig ins Laufen gekommen sind. Zudem muss die Anzahl der Testteilnehmer auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte, der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, der Krankenhäuser, Apotheken und Software-Systemhersteller ausgeweitet werden und die Testszenarien müssen auf funktionierende Abläufe in der Praxis erweitert werden.

Derzeit sprechen Bundesgesundheitsministerium und gematik von einem möglichen Rollout im April. Doch es ist nicht davon auszugehen, dass bis dahin annähernd umfassende Testungen durchgeführt und ermittelte Fehler, Schwächen und Sicherheitsdefizite abgestellt sein werden.

Die KV Hamburg fordert deshalb, dass sich Bundesgesundheitsministerium und gematik an die Zusicherung halten, die ePA erst dann bundesweit auszurollen, wenn die Erfahrungen in den Modellregionen das zulassen und die Sicherheitsmaßnahmen vollständig umgesetzt sind.
Die Testphase ist zwingend zu verlängern, und die Sanktionen müssen für die gesamte Testphase ausgesetzt bleiben. Schwächen, Fehler und Sicherheitsdefizite sind vollständig zu beheben, bevor die ePA flächendeckend zum Einsatz kommt. Es ist unbedingt zu vermeiden, dass wichtige Zeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch dysfunktionale Technik verloren geht. Ein zu früher Zwang wird die Akzeptanz in den Praxen und in der Bevölkerung massiv gefährden.

**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_** Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen: Ein überfälliger Schritt

**09_** Volle Vergütung, bessere Versorgung? Die Entbudgetierung stabilisiert die ambulante Pädiatrie – und räumt Hindernisse beiseite, die dem Aufbau zusätzlicher Kapazitäten im Wege standen

## AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

**12_** Fragen und Antworten

**14_** No Shows: Wer trägt in einer Praxis mit angestellten Psychotherapeut:innen das Ausfallrisiko?

**15_** Psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik per Video

**16_** DMP Osteoporose: Weitere Ärztinnen und Ärzte gesucht

PraxisWissen Demenz: Serviceheft aktualisiert

**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.

**ARZNEIMITTEL**

**17**_ Dosierungsfehler vermeiden: Hinweise zum Medikationsplan

**18**_ Wirkstoffvereinbarung: Was sich 2025 ändert

**20**_ Online-Fortbildung: Antibiotikatherapie bei oberen Atemwegsinfektionen

**DIGITALISIERUNG**

**22**_ ePA: Welche Daten aus der Praxis eingestellt werden

**FORUM**

**32**_ KBV-Kampagne: Deutschland muss #Praxenland bleiben

**SELBSTVERWALTUNG**

**33**_ Steckbrief: Joel Simon Iffland

**NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

**24**_ App und weg? Digitale Gesundheitsanwendungen im Spiegel der evidenzbasierten Medizin

**RUBRIKEN**

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

**FORUM**

**11**_ Leserbrief

**KOLUMNE**

**30**_ "Wie der Staat die GKV ausplündert" – von Dr. Bernd Hontschik

**TERMINKALENDER**

**34**_ Termine und geplante Veranstaltungen



**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3 und 8: Matthias Friel; Seite 7: Michael Zapf; Seite 15: Vector light Studio/Stock.Adobe.com; Seite 16: Daria/Stock.Adobe.com; Seite 30: Barbara Klemm; Seite 34: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON JOHN AFFUL

# Endlich

Das Tor zur Entbudgetierung ist aufgestoßen. Die vollständige Vergütung hausärztlicher Leistungen setzt ein starkes Signal für die Zukunft der ambulanten Versorgung.

Die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen ist ein historischer Wendepunkt. Etwa 30 Jahre nach Einführung der Budgets erleben wir, dass die hausärztlichen Leistungen wieder vollständig vergütet werden. Dieser Schritt war längst überfällig.

Die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen hat sich vom realen Versorgungsgeschehen in Hamburg beinahe völlig abgekoppelt. Es gab im hausärztlichen Bereich zeitweise eine Auszahlungsquote von 68 Prozent. Und obwohl die Krankenkassenvertreter das ärztliche Honorar nach außen hin stets als angemessen verteidigen, müsste auch ihnen klar sein: Würden die Hamburger Ärztinnen und Ärzte nur so viel arbeiten, wie sie bezahlt bekommen, hätten wir eine dramatisch schlechtere Versorgung. Wir hätten eine Wartezeiten- und Mangel-Medizin, die von den GKV-Versicherten ganz gewiss nicht als ausreichend empfunden würde.

Die hausärztlichen Praxen in Hamburg werden von der Entbudgetierung besonders profitieren, da sie unter der Honorarkürzung besonders gelitten haben. Voraussichtlich ab 1. Oktober 2025 werden die Leistungen nach dem vereinbarten Preis bezahlt.

Und das Honorar kann ohne Begrenzung steigen, wenn die Praxen zusätzliche Patientinnen und Patienten behandeln oder mehr Leistungen als bisher erbringen.

Gleichzeitig mit der Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen sollen neue hausärztliche Pauschalen eingeführt werden:

- **eine quartalsübergreifende Versorgungspauschale** für Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung, die kontinuierlich ein Medikament einnehmen und bei denen kein intensiver Betreuungsbedarf besteht. Die Pauschale kann nur von einer Ärztin oder einem Arzt abgerechnet werden – auch wenn der Patient bei mehreren Ärzten in Behandlung ist.
- **eine Vorhaltepauschale für Versorgerpraxen,** die maßgeblich die hausärztliche Versorgung aufrechterhalten. Als Kriterien hierfür werden im Gesetz genannt: bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten (von Samstagssprechstunden ist nicht mehr die Rede), die vorrangige Erbringung von Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur. Die Pauschale kann „gestuft“ gestaltet werden. Das heißt: Die Honorarhöhe könnte davon abhängen, wie viele der vorgegebenen Kriterien erfüllt werden.

Über die Ausgestaltung der beiden Pauschalen müssen die Selbstverwaltungs-Partner im Bewertungsausschuss noch verhandeln. Vorgegeben ist allerdings, dass die Bewertung der neuen Pauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben seitens der Krankenkassen führen darf.

Die Vorgabe, dass die Bewertung der neuen Pauschalen kostenneutral zu geschehen hat, bedeutet jedoch nicht, dass kein zusätzliches Geld in die Versorgung fließt. Das zu denken, wäre ein Missverständnis. Denn egal, wie die Bewertung der neuen Pauschalen aussieht – am Ende werden sie (ebenso wie die anderen hausärztlichen Leistungen) aufgrund der Entbudgetierung vollständig bezahlt, was vorher nicht der Fall war.

In der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zum Gesetzesentwurf heißt es denn auch: „Die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte führt zu jährlichen Mehrausgaben der GKV in Höhe eines unteren dreistelligen Millionenbetrages.“ Experten rechnen bundesweit mit einer Summe zwischen 300 bis 500 Millionen Euro zusätzlich.

Natürlich gab es und gibt es weiterhin Kritik einzelner Krankenkassen: Die Entbudgetierung würde nicht zu einer Verbesserung der hausärztlichen Versorgung führen. Doch woran möchte man das messen? Müssen wirklich zusätzliche Patientinnen und Patienten versorgt werden, wie es der Wunsch nach zusätzlichen hausärztlichen Terminen suggeriert?

> Wer das System zukunftsfähig machen will, muss es an den richtigen Stellen stabilisieren.

→ Fortsetzung nächste Seite

## Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen

Alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung (EBM-Kapitel 3.2) werden künftig vollständig vergütet.

Das funktioniert wie bei den pädiatrischen Leistungen: Der Leistungsbereich wird zwar nicht aus dem Budget herausgenommen, doch **die Krankenkassen müssen Geld nachschießen, wenn das Budget zur vollständigen Honorierung der erbrachten Leistungen nicht ausreicht.**

**Nicht entbudgetiert werden Leistungen, die von Hausärztinnen und Hausärzten zwar häufig erbracht werden, aber anderen Kapiteln zugeordnet sind: beispielsweise Psychosomatik, Ultraschall und kleine Chirurgie.** Deshalb wird die Auszahlungsquote der Hausärztinnen und Hausärzte in Hamburg – bezogen auf die Gesamt-Honoraranforderung – auch künftig nicht bei vollen 100 Prozent liegen.

→ Fortsetzung

Oder könnte die Verbesserung auch darin bestehen, jungen Hausärztinnen und Hausärzten eine neue Perspektive zu geben, sich doch für eine Niederlassung zu entscheiden oder die Erprobung neuer Versorgungsstrukturen (zum Beispiel Teampraxis) ob der gesicherten Honorierung ihrer Leistungen zu wagen?

Die Entbudgetierung wird die Krankenkassen sicherlich nicht in finanzielle Schwierigkeiten bringen. Selbst bei geschätzten 500 Millionen Euro zusätzlich ergibt sich für die etwa 75 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland eine zusätzliche "Belastung" von gerade einmal knapp sieben Euro, und das pro Jahr!

Das ist kein Betrag, bei dem die Krankenkassen sagen: „Um Gottes Willen, da müssen wir unsere Beiträge erhöhen." Die Kassen wissen, dass es sich bei den Ausgaben für die ambulante Versorgung im Vergleich zu anderen Posten um eine überschaubare Summe handelt. Man denke nur an den stationären Bereich: Um die durch die Krankenhausreform angestoßenen Umstrukturierungsprozesse in den Kliniken zu bewältigen, sollen 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in einen Transformationsfonds fließen. Noch eindrucksvoller ist eine andere Vergleichsgröße: Berechnungen des Sozialverbandes VdK zufolge übernehmen die GKV-Beitragszahler die Kosten für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von jährlich 37 Milliarden Euro – für gesamtgesellschaftliche Aufgaben also, die eigentlich aus Steuermitteln finanziert werden müssten.

Und selbstverständlich sollten wir über eine bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten sprechen, die derzeit manchmal nahezu orientierungslos durch das System irren und Leistungen in Anspruch nehmen, die nicht für sie gedacht sind – was unnötige Kosten in Milliardenhöhe auslöst.

Das Problem ist also eine falsche Verteilung der Gelder, eine Belastung der GKV mit versicherungsfremden, gesamtgesellschaftlichen Aufgaben und eine fehlende Patienten-Steuerung. Es gibt ziemlich viel zu tun für künftige Bundesgesundheitsminister.

Klar ist aber auch: Wer das System zukunftsfähig machen will, muss es an den richtigen Stellen stabilisieren. Mit der Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen und zuvor der kinderärztlichen Leistungen erkennt die Politik endlich an, dass die ambulante Versorgung ein wichtiger Pfeiler des deutschen Gesundheitssystems ist. Das ist eine gute Nachricht – nicht nur für die Leistungsträger, sondern auch für die Patientinnen und Patienten.

Es bleibt zu hoffen, dass die Politik dieses auch für die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung zeitnah erkennt und entsprechend handelt. ■

**JOHN AFFUL** ist Vorsitzender der KV Hamburg

VON DR. MED. CLAUDIA HAUPT

# Volle Vergütung, bessere Versorgung?

Personalnotstand, finanzieller Druck und wachsende Patientenflut: Die ambulante Pädiatrie in Hamburg stand am Limit. Nun eröffnet die Entbudgetierung eine Zukunftsperspektive für die Praxen – und räumt Hindernisse beiseite, die dem Aufbau zusätzlicher Kapazitäten im Wege standen.

Die Auswirkungen der Entbudgetierung werden intensiv diskutiert: Welche Vorteile hat es, wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen vollständig vergütet bekommen? Führt dies zu einer besseren Versorgung? Aus unserer Erfahrung in der Pädiatrie kann ich sagen: Die vollständige Honorierung ist zunächst mal eine Voraussetzung dafür, dass die Versorgung nicht erodiert.

Vor der Entbudgetierung lag die Auszahlungsquote der Hamburger Kinderärzt:innen bei etwa 75 Prozent. Ein Viertel des Honorars aus der gesetzlichen Krankenversicherung fehlte, und das hatte spürbare Folgen: Die Praxen hatten zunehmend Sorge, die Gehälter ihrer medizinischen Fachangestellten (MFA) nicht mehr finanzieren zu können. Es gab bereits eine drastische Absetzbewegung: Viele Mitarbeitende wechselten in besser bezahlte Positionen, etwa in Krankenhäusern, Krankenkassen oder Facharztpraxen. Selbst von uns ausgebildete MFA entschieden sich nach ihrem Abschluss oft für andere Bereiche. Die Pädiatrie ist personalintensiv, und der Fachkräfte-Mangel verschärfte den Arbeitsdruck in den Praxen. Viele Kolleg:innen sagten mir: „Ich halte das nicht mehr lange durch. Ich denke darüber nach, frühzeitig aufzuhören und meine Praxis aufzugeben."

Das ist ein wichtiger Effekt der Entbudgetierung: Wir können wieder MFA einstellen. Wir können sie einigermaßen angemessen bezahlen und bei Lohnsteigerungen mithalten. Ich sage nicht, dass der Personalmangel durch die Entbudgetierung behoben ist, doch die Abwanderung ist vorerst gestoppt. Wir haben eine Chance, zumindest jene MFA zu halten, die sagen: „Okay, ich bekomme hier zwar weniger Gehalt als im Krankenhaus oder in einer fachärztlichen Praxis. Aber mein Herz schlägt für die Pädiatrie, und ich will in einer kinderärztlichen Praxis arbeiten." Auch Auszubildende sehen nach ihrem Berufsabschluss offenbar wieder eine Berufsperspektive in der ambulanten Pädiatrie.

Der zweite Effekt ist: Ich höre nicht mehr von Kolleginnen und Kollegen, die vorzeitig aufhören wollen. Das Arzthonorar, das sich Praxischef:innen selbst auszahlen konnten, war vor der Entbudgetierung teilweise so niedrig, dass eine Tätigkeit in Anstellung attraktiver erschien. Heute ist es wieder möglich, eine pädiatrische Praxis in Hamburg wirtschaftlich zu führen. Das erhöht auch die Chance, die eigene Praxis an eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger weiterzugeben. Wenn wir eine wohnortnahe, patientenzentrierte Versorgung erhalten wollen, brauchen wir keine Riesen-Versorgungszentren –

> Die Abwanderung von MFA ist gestoppt. Und ich höre nicht mehr von Kolleg:innen, die vorzeitig aufhören wollen.

sondern kleinere, inhabergeführte Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, in denen die Eltern und Kinder feste Ansprechpartner haben. Die Kinderärzt:innnen machen Familien-Medizin. Menschen, die schon als Baby in der Praxis waren, kommen später oftmals mit ihren eigenen Kindern. Das ist, was die Besonderheit unseres Berufsstandes ausmacht – und das würde ich sehr gerne erhalten.

Wir haben in einem unterfinanzierten System über Jahrzehnte hinweg mehr gearbeitet, als wir bezahlt bekommen haben. Seit der Entbudgetierung erhalten wir für 100 Prozent Arbeit endlich auch 100 Prozent Honorar. Niemand sollte erwarten, dass wir nun für 100 Prozent Honorar mit denselben Arbeitskapazitäten 120 Prozent Arbeit leisten können.

Doch die Entbudgetierung wird möglicherweise dazu beitragen, die pädiatrischen Versorgungskapazitäten zu erhöhen. Das hat verschiedene Gründe.

Beispielsweise war es früher für eine Praxis-Chefin ein finanzielles Risiko, eine ärztliche Kraft anzustellen. Denn diese konnte zwar mehr Patienten versorgen, doch die zusätzlich erbrachten Leistungen durfte die Praxis aufgrund der Budgetierung nicht abrechnen. Die Praxis-Chefin musste der angestellten Ärztin ein Gehalt auszahlen, nahm aber kein zusätzliches Honorar ein. Diese Fehlkonstruktion ist jetzt aufgehoben. Ähnliches gilt für Weiterbildungsstellen: Der Lohn-Anteil für Weiterbildungsassistentinnen, den eine Praxis selbst bezahlen muss, kann nun durch zusätzliche GKV-Einnahmen gegenfinanziert werden. Das ist ein positiver Anreiz, sich für die Weiterbildung zu engagieren.

„Patientenflut: Kinderärzte arbeiten am Limit“, titelte das Hamburger Abendblatt am 27. Januar 2025. Noch immer haben viele pädiatrische Praxen einen Aufnahmestopp verhängt – und für Eltern, die neu zugezogen sind, ist es schwierig, eine Kinderarztpraxis zu finden. In einem Artikel fürs KVH-Journal 7-8/2022 habe ich geschrieben: „Wir müssen gemeinsam einen Weg finden, zehn oder 20 Prozent mehr Praxissitze in die pädiatrische Versorgung zu bekommen.“

Seither haben wir im Hamburger Osten aufgrund einer partiellen Aufhebung der Zulassungsbeschränkung vier Kinderarzt-Sitze hinzugewonnen, die durch Gelder aus dem Strukturfonds gefördert wurden. Zuvor haben wir eine kinderärztliche KV-Eigeneinrichtung auf den Weg gebracht. Man muss dazusagen: Die Schaffung einer KV-Eigeneinrichtung geht (ebenso wie eine Sonderbedarfszulassung) in einem budgetierten System zu Lasten der kinderärztlichen Gemeinschaft. Die Hamburger Kinderärzt:innen haben im Lauf der vergangenen Jahrzehnte dennoch immer wieder Sitze in schlechter versorgten Regionen aus ihrem eigenen Honorartopf finanziert – und sich dabei finanziell ins eigene Fleisch geschnitten.

Nun stehen wir vor einer anderen Situation: Die Entbudgetierung sorgt dafür, dass sich die Kinderärzt:innen bei der Schaffung dringend benötigter zusätzlicher Praxis-Kapazitäten nicht mehr gegen ihre eigenen Interessen entscheiden müssen.

Wenn jetzt, nach der Entbudgetierung, eine KV-Eigeneinrichtung eröffnet oder ein Sonderbedarfs-Sitz genehmigt wird, muss das zusätzliche Honorar von den Krankenkassen bezahlt werden. Dasselbe gilt für Sitze, die zusätzlich durch eine kleinräumige Bedarfsplanung entstehen würden. Die KV Berlin hat solche Konzepte bereits umgesetzt. Wenn bestimmte Gegenden des Stadtgebiets als unterdurchschnittlich versorgt ausgewiesen werden, können neue Niederlassungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Um diese Sitze auch tatsächlich mit Ärzt:innen besetzen zu können, müssten allerdings alle gesundheitspolitischen Player an einem Strang ziehen: Die Stadt müsste sich zum Erhalt einer wohnortnahen Versorgung bekennen und aktiv bei der Suche nach Praxisräumen in den betreffenden Quartieren helfen – und ihren Einfluss beispielsweise auf die SAGA gel-

**Wenn jetzt, nach der Entbudgetierung, neue Kapazitäten geschaffen werden, müssen das die Kassen bezahlen.**

tend machen, um günstige Mieten durchzusetzen. Und die Krankenkassen sollten zu einer Strukturförderung beitragen: Um Ärzt:innen in unterdurchschnittlich versorgte Gegenden zu locken, braucht es zugkräftige finanzielle Anreize.

So viel jedenfalls kann man sagen: Am Protest der kinderärztlichen Gemeinschaft in Hamburg wird eine solche Ausweitung der Versorgungskapazitäten unter den Bedingungen der Entbudgetierung nicht scheitern.

Die Entbudgetierung hat also einige wichtige Hindernisse beiseite geräumt, die einer realistischeren Planung und Verteilung von Kinderarztsitzen im Wege standen.

Meiner Erfahrung nach haben sich die Hamburger Krankenkassen immer gesprächsbereit gezeigt, wenn es um eine Verbesserung der kinderärztlichen Versorgung ging. Die finanzielle Situation der GKV ist angespannt, doch alle wissen, dass die ambulante Versorgung nicht zu den Kostentreibern im System gehört – und dass eine auskömmliche Finanzierung der wohnortnahen pädiatrischen Praxen gut angelegtes Geld ist. ■

**DR. MED. CLAUDIA HAUPT** ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Hamburger Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

KVH

Heilmittel
Richtlinien
Hilfsmittel
Rezepte
Off-Label-Verordnung
Regress
Sprechstundenbedarf
Antibiotika
Prüfverfahren
Wirtschaftlichkeitsgebot
Pharmakotherapieberatung
Schutzimpfungen
Betäubungsmittel
Cannabis-Verordnung
Trendmeldungen
Arzneimittel
Wirkstoffvereinbarung
Aut idem
Verbandmittel
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 Arzneimitteldaten zu Ihrem persönlichen Verordnungsverhalten sondern zu allen Grundsatzfragen des Verordnungsmanagements. Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoffvereinbarung", „Wirtschaftlichkeitsgebot" und „gute Versorgung" in Einklang.

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

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

# 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**

ÜBERWEISUNG

## Kann ich als Hausarzt meinem Patienten nachträglich eine Überweisung zu einer ambulanten Behandlung bei einem Facharzt ausstellen, wenn die Behandlung zu dem Zeitpunkt der Anfrage bereits durchgeführt wurde?

Nein, der Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä) sieht eine Rückdatierung des Überweisungsscheins nicht vor. Nur wenn die schriftliche Überweisung beim nachfolgenden Facharzt vorliegt, ist dieser berechtigt, einen Überweisungsfall anzulegen und die entsprechende Überweisungsleistung zu erbringen. Wenn ein Patient ohne vorherige Abstimmung mit seinem Hausarzt eine ambulante Behandlung bei einem bestimmten Facharzt wahrnimmt, hat er keinen Anspruch auf die nachträgliche Ausstellung einer Überweisung.

QUARTALSABRECHNUNG

## Bis wann muss die Quartalsabrechnung übermittelt werden?

Die Abrechnungsdatei muss spätestens bis zum 15. Kalendertag eines neuen Quartals für das vorherige Quartal eingehen. Während der Abgabefrist (1. bis 15. April, Juli, Oktober, Januar) kann die Datei zu jeder Tageszeit mittels Online-Portal an die KV geschickt werden. Hierbei spielt es keine Rolle, ob die Abrechnung über das Web-Net oder das SafeNet übermittelt wird.

CHRONIKERPAUSCHALE

## Wir haben im Quartal einen chronisch kranken Patienten ausschließlich über die GOP 01435 behandelt. Können wir zudem die Chronikerpauschale abrechnen?

Die Chronikerpauschale (GOP 03220/03221 bzw. 04220/04221) darf nur dann abgerechnet werden, wenn der Patient in mindestens drei von vier aufeinanderfolgenden Quartalen wegen derselben Erkrankung seinen Hausarzt aufgesucht hat. Voraussetzung ist, dass ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet, wodurch die Versichertenpauschale in Ansatz gebracht wird. Wird lediglich die hausärztliche Bereitschaftspauschale (GOP 01435) bei einem Patienten abgerechnet, ist diese Voraussetzung nicht erfüllt. Somit ist die Abrechnung der Chronikerpauschale nicht möglich.

PSYCHOTHERAPIE

## Kann eine Gruppentherapie durch zwei Psychotherapeuten geleitet werden?

Gruppentherapie kann ab sechs Patienten bis höchstens 14 Patienten gemeinsam durch zwei Psychotherapeuten durchgeführt werden. Dabei werden den Psychotherapeuten jeweils feste Bezugspatienten zugewiesen. Jeder Psychotherapeut behandelt zwischen mindestens drei und maximal neun Patienten in der Haupt-

## WARUM IST DAS ONLINE-PORTAL SOWOHL ÜBER SAFENET ALS AUCH ÜBER WEBNET ERREICHBAR?

Wer das Online-Portal der KV erreichen will, sollte sich möglichst über das SafeNet (SNK) einwählen. Durch die Nutzung modernster Verschlüsselungstechnologien erfüllt das SafeNet die strengen Anforderungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Es wurde speziell für die gesicherte Übertragung und Speicherung sensibler Gesundheitsdaten entwickelt. Das SafeNet ermöglicht eine sichere Vernetzung Ihrer Praxis mit der KV und damit einen gesicherten Datentransfer zu den Servern der KV. Sie erreichen das SafeNet nur über einen Rechner, der an die TI angeschlossen ist.

Der Zugang über das WebNet erfolgt ohne Konnektor über das „normale" Internet. Anders als bei der Nutzung im SafeNet ist die Verbindung nicht automatisch vor externen Angriffen geschützt. Für die Absicherung der Rechner sind die Nutzer selbst verantwortlich. Das WebNet kann eine Alternative sein, wenn man beispielsweise von zu Hause aus ins Online-Portal gelangen will, um die Abrechnung zu übertragen. Die Funktionen des Online-Portals können via WebNet aber nur eingeschränkt genutzt werden: Der elektronische Terminservice zum Einstellen der TSS-Termine oder das Einsehen der Honorarbescheide ist via WebNet nicht möglich.

**Zugang via SafeNet:**
https://portal.kvhh.kv-safenet.de/eHealthPortal/

**Zugang via WebNet:**
https://www.ekvhh.de/

Die beiden Links finden Sie auch auf unserer Homepage www.kvhh.net
ganz unten: „Zugang zum Online-Portal".

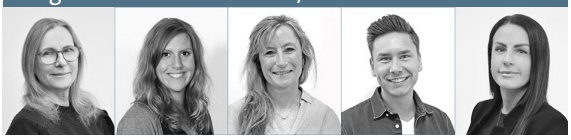
verantwortung. Die Abrechnung erfolgt über die GOP 35173 bis 35179. Die letzte Ziffer der GOP ist von der Anzahl der Bezugspatienten abhängig. Zum Beispiel: Wenn es fünf Bezugspatienten sind, gilt die GOP 35175. Wenn es acht Bezugspatienten sind, gilt die GOP 35178.

IMPFUNG

## Kann ich die HPV-Impfung auch bei 17-jährigen Jugendlichen noch zulasten der GKV durchführen?

Ja. Gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie § 11, Abs. 2 umfasst der Leistungsanspruch auch die Nachholung und Vervollständigung einer Impfung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Etwaige Folgeimpfungen nach dem 18. Geburtstag sind wiederum privat zu verordnen, sofern der Patient kein Mitglied einer Krankenkasse ist, bei der eine Zusatzvereinbarung besteht (BARMER, Mobil Krankenkasse, Pronova BKK).

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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

# No Shows: Wer trägt in einer Praxis mit angestellten Psychotherapeut:innen das Ausfallrisiko?

Die hier behandelte Frage ist im Zusammenhang mit der Veranstaltung „Ambulant angestellt“ im November 2024 aufgetaucht. Die Beantwortung reichen wir hier nach.

**Folgende Situation:** Eine angestellte Psychotherapeutin befindet sich an ihrer Arbeitsstelle – bereit zu arbeiten. Doch der Patient kommt nicht zum vereinbarten Termin. Der Arbeitgeber stellt sich auf den Standpunkt, die Arbeitszeit sei an erbrachte Leistungen gekoppelt. Deshalb seien für die angestellte Psychotherapeutin durch das Fortbleiben des Patienten Minusstunden entstanden. Ist das rechtens?

**Arbeitszeit und Betriebsrisiko**
Nach deutschem Recht umfasst Arbeitszeit jede Zeit, in der Arbeitnehmer:innen ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellen – auch die Anwesenheit in der Praxis, unabhängig davon, ob Patient:innen erscheinen, zählt dazu. Das Betriebsrisiko – also der Ausfall von Patient:innen – liegt gemäß § 615 BGB beim Arbeitgeber. Arbeitnehmerinnen behalten auch bei Ausfällen ihren Gehaltsanspruch.

**Koppelung an Leistungen: Unzulässig**
Arbeitszeit kann nicht an konkrete Leistungen gekoppelt werden. Solche Klauseln sind nach § 307 BGB oft unwirksam, da sie Arbeitnehmer:innen unangemessen benachteiligen. Minusstunden dürfen nur entstehen, wenn Arbeitnehmer:innen ihre Arbeit verweigern oder unentschuldigt fehlen – nicht bei Patientenausfällen.

**Patientenausfälle sind kein Risiko der Angestellten**
Das wirtschaftliche Risiko, das mit ausbleibenden Patient:innen einhergeht, liegt ausschließlich beim Arbeitgeber. Angestellte Psychotherapeut:innen erbringen ihre Arbeitsleistung in der vereinbarten Arbeitszeit – die Vergütung dafür darf nicht an den Erfolg der Arbeit, also die tatsächliche Behandlung von Patient:innen, gekoppelt werden. Solche Koppelungen würden eher einem Werkvertrag entsprechen, bei dem nur das Arbeitsergebnis vergütet wird. Ein Arbeitsverhältnis hingegen sieht vor, dass die bloße Bereitschaft zur Arbeitsleistung vergütet wird.

Anschaulich wird dies an einem Beispiel aus dem Einzelhandel: Einem Schuhladenangestellten wird sein Gehalt auch dann nicht gekürzt, wenn an einem Tag keine Schuhe verkauft werden. Ebenso darf das Gehalt von Psychotherapeut:innen nicht durch Minusstunden reduziert werden, nur weil Patient:innen nicht erscheinen. Der Arbeitgeber kann in solchen Fällen alternative Aufgaben zuweisen, wie organisatorische Tätigkeiten oder interne Projekte. Wenn diese Möglichkeiten nicht genutzt werden, bleibt der Gehaltsanspruch trotzdem bestehen.

**Fazit:** Die Risiken für No Shows sind vom Arbeitgeber zu tragen. Minusstunden entstehen nicht, wenn die angestellte Person arbeitsbereit ist und keine Patientinnen erscheinen. Die Vergütung ist unabhängig von der tatsächlichen Leistung zu zahlen. ■

**ELISABETH DALLÜGE**, Kooptiertes Mitglied des Bundesvorstandes und Sprecherin des Angestelltenausschusses der DPtV (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung)

**Lokale DPtV-Ansprechpartner:innen in Hamburg zur Anstellung: Kerstin Sude, Dr. Marie Schwarz, Dr. Johannes Frey**

www.dptv.de/die-dptv/landesgruppen/hamburg/

# Psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik per Video

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten können psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen seit 1. Januar 2025 per Videosprechstunde abrechnen. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist für Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung nicht mehr zwingend erforderlich, wenn aus therapeutischer Sicht nichts dagegenspricht. Es wird empfohlen, insbesondere die erste Sitzung persönlich in der Praxis durchzuführen.

Außerdem wurden fast alle Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie für die Videosprechstunde zugelassen. Ausnahmen gelten für die Video-Gruppentherapie, die auf maximal acht Teilnehmende begrenzt bleibt. ■

**Weitere Informationen:**
**www.kbv.de → Service → Service für die Praxis → Digitale Praxis → Anwendungen - Videosprechstunde → Weiterführende Infos: Vergütungsübersicht Videosprechstunde**

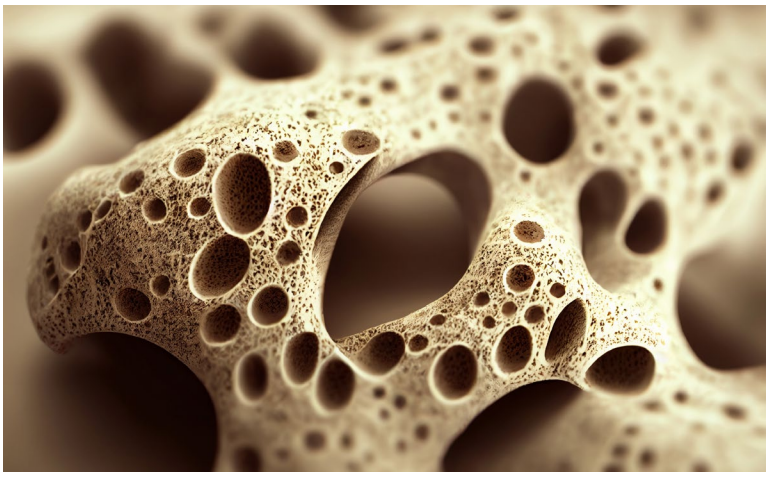

## Die Schwerpunktpraxis im Tagestreff CariCare sucht ab sofort eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater!

- Die Schwerpunktpraxis im Tagestreff CariCare (Altstädter Twiete 1-5 in 20095 Hamburg) ist eine von drei Schwerpunktpraxen in Hamburg speziell für wohnungs- und obdachlose Frauen und Männer, die das medizinische Regelsystem aus verschiedenen Gründen nicht nutzen oder nutzen können.
- Es wird eine niedrigschwellige medizinische und psychiatrische Grundversorgung angeboten.
- Gesucht wird eine Psychiaterin bzw. ein Psychiater für eine wöchentliche Sprechstunde (Mittwoch- oder Freitagnachmittag) mit einer Dauer von 2 bis 3 Stunden.
- Erfahrungen mit der Zielgruppe sind gewünscht jedoch keine Voraussetzung.
- Es erwartet Sie ein erfahrenes Team, welches Sie gerne am Anfang unterstützt.
- Die Tätigkeit in der Sprechstunde wird in Partnerschaft der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der gesetzlichen Krankenkassen und der Hamburger Sozialbehörde mit einem Stundensatz von 70€ vergütet.

Bei Interesse und Rückfragen wenden Sie sich gerne an:
Inna Weimer / Referentin niedrigschwellige Hilfen für obdachlose Menschen
Sozialbehörde - Amt für Soziales
Tel.: 040 / 428 63 - 5464 (Mo-Do von 9 bis 15 Uhr)
E-Mail: inna.weimer@soziales.hamburg.de

Hamburg

# DMP Osteoporose: Weitere Ärztinnen und Ärzte gesucht



Seit Januar.2025 gibt es in Hamburg einen DMP-Vertrag zu Osteoporose. Um diese Versorgung den Hamburger Patienten flächendeckend anzubieten zu können, werden noch Ärztinnen und Ärzte benötigt. Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte gem. § 73 Abs. 1a SGB V und Orthopäden. Beide Arztgruppen müssen eine Abrechnungsgenehmigung bei der KV Hamburg beantragen.Im Rahmen des DMP Osteoporose ist als Schulungsprogramm für Patienten das „Patientenprogramm Osteoporose der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie“ (vgl. https://www.dv-osteologie.org/dmp-osteoporose ) vereinbart worden. Zur Erbringung der Schulung ist ebenfalls eine Abrechnungsgenehmigung bei der KV Hamburg zu beantragen. Notwendig dafür ist die Vorlage einer Schulungsberechtigung.

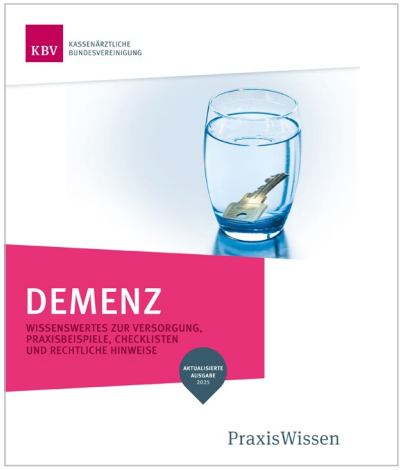
Interessierte Ärzte wenden sich hierfür an die OSTAK Osteologie Akademie GmbH. Die nächsten Termine finden Sie auf deren Homepage (vgl. https://ostak.de/dmp-osteoporose-train-the-trainer/ ). ■

**Den vollständigen DMP-Vertrag Osteoporose mit allen Anlagen finden Sie im Internet unter: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Recht & Verträge → Verträge → D → DMP – Disease Management Programme**

**Ansprechpartner:**
**Mitgliederservice,**
**Tel: 040 / 22802-802**

## PraxisWissen Demenz: Serviceheft für Praxen aktualisiert

**Die KBV hat ihr Serviceheft „Demenz“** aus der Reihe PraxisWissen aktualisiert. Es bietet Wissenswertes zur vertragsärztlichen Versorgung von Demenzkranken, Checklisten und Fallbeispiele sowie Tipps für die Praxisgestaltung. Außerdem enthält es rechtliche Hinweise, insbesondere zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht. ■




**Das Serviceheft im Internet: www.kbv.de/media/sp/Praxiswissen_Demenz.pdf**

# Dosierungsfehler vermeiden: Hinweise zum Medikationsplan

Wie die KBV in einer Praxisnachricht mitteilt, kann es beim Einlesen des bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP) in das Praxisverwaltungssystem zu einer fehlerhaften Übertragung der Dosierangaben kommen.

Grund dafür ist eine Schwäche des BMP, der standardmäßig von einer täglichen Dosierung ausgeht. Eine wöchentliche Gabe ist daher durch Texthinweise in der vorletzten Spalte oder Zusatzzeilen kenntlich zu machen.

Die KBV empfiehlt für Arzneimittel, die nicht täglich einzunehmen sind, die Dosierangaben im Medikationsplan nicht im Vierer-Schema „morgens – mittags – abends – zur Nacht“ anzugeben. Die Kombination aus solchen strukturierten Angaben und einem einschränkenden Hinweis, zum Beispiel „Montags“, hat bereits zu Lesefehlern geführt.

Stattdessen sollten Ärztinnen und Ärzte die vollständige Dosierinformation zentral an nur einer Stelle dokumentieren. Wird hierfür das Hinweisfeld in der vorletzten Spalte genutzt, sollten sie auf dieses verweisen.

## BUNDESEINHEITLICHER MEDIKATIONSPLAN

**Gesetzlich Versicherte haben Anspruch** auf den bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP), wenn sie mindestens drei zulasten der Krankenkassen verordnete, systemisch wirkende Arzneimittel gleichzeitig einnehmen oder anwenden. Die Anwendung muss dauerhaft – für mindestens 28 Tage – vorgesehen sein.

Zudem muss der Medikationsplan auf der **elektronischen Gesundheitskarte** gespeichert werden, wenn der Patient dies wünscht und er Zugriff auf die Daten gewährt. Die elektronische Speicherung des Medikationsplans ist für Versicherte freiwillig – Anspruch auf die Papierversion haben sie weiterhin. Künftig soll der Medikationsplan auch in der **elektronischen Patientenakte** bereitstehen.

### Vorfälle bei Methotrexat-haltigen Arzneimitteln

Eine korrekte Dosierung ist unter anderem bei Methotrexat-haltigen Arzneimitteln sehr wichtig. In der Therapie von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen mit Methotrexat ist nur eine wöchentliche Dosis vorgesehen. Der Folsäureinhibitor hat eine geringe therapeutische Breite und bei versehentlicher täglicher Gabe beziehungsweise Einnahme können schon nach wenigen Tagen schwere Nebenwirkungen auftreten. ■

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

# Wirkstoffvereinbarung für 2025

Fünf Ziele fallen weg, vier kommen hinzu. Und bei einigen Zielen wurde die Zielquote geändert.

**KV und Kassen haben sich** auf eine Anpassung der Wirkstoffvereinbarung geeinigt. Fünf bisherige Ziele wurden gestrichen, da keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr gesehen wurden.

Bei einigen Zielen wurden die Zielquoten neu berechnet – entweder weil Wirkstoffgruppen um neue Wirkstoffe erweitert wurden oder weil Rabattverträge eine veränderte Bewertung ermöglichten. Wir konnten erreichen, dass die rabattierten Nicht-Leitsubstanzen in den Wirkstoffgruppen „Rheuma“, „CED“ und „Psoriasis vulgaris“ im Jahr 2025 stärker zur Zielerreichung beitragen. Ein Argument für die Anpassung war die Berücksichtigung von Rabattverträgen in Selektivverträgen vieler Ersatzkassen für Rheumatologen, Gastroenterologen und Dermatologen (z. B. RheumaOne oder DermaOne).

Des Weiteren wurden vier neue Ziele eingeführt, die nur für einzelne fachärztliche Arztgruppen gelten.

## Gestrichene Ziele

| Ziele Nr. | Ziele | Änderung/NEU | Anmerkungen |
|---|---|---|---|
| 7 | Antiphlogistika/Antirheumatika | gestrichen | |
| 9 | BTM-pflichtige Opioide | gestrichen | |
| 25.1 | Antikoagulantien (NOAKs, Phenprocoumon, Warfarin) | gestrichen | Ziel 25.2. DOAKs gilt weiterhin! |
| 31 | Monoklonale Antikörper (Rituximab,Bevacizumab, Trastuzumab) | gestrichen | |
| 11 | Hormonelle Kontrazeptiva | gestrichen | |

## Geänderte Ziele

| Ziele Nr. | Ziele | Änderung/NEU | Anmerkungen |
|---|---|---|---|
| 1 | Analgetika | Fachgruppe der Kinderärzte: keine Zielquote mehr | |
| 13 | Lipidregulatoren (Leitsubstanzziel) | Neue Zielquoten für die Leitsubstanzen (Simvastatin, Pravastatin, Atorvastatin, Rosuvastatin) | Rabattierte Nicht-Leitsubstanzen dienen nicht der Zielerreichung. |
| 14 | Arzneimittel zur Behandlung von obstruktiven Atemwegserkrankungen (Leitsubstanzziel für Asthma – COPD) | Neue Zielquoten: Rabattierte patentgeschützte Originalpräparate werden bei der Zielerreichung nicht mehr berücksichtigt. | Verordnung von Generika und generikafähigen Arzneimitteln (sog. Altoriginale) dienen der Zielerreichung. |
| 15 | Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen (Generikaziel) | Neue Zielquoten für den Generikaanteil: Teriparatid plus Abaloparatid jetzt Teil des Ziels als Original-Arzneimittel. | Folgende Arzneimittel dienen nicht der Zielerreichung: Bisphosphonat-Originale, Denosumab (Prolia®, Xgeva®), Romosozumab (Evenity®), Teriparatid (Forsteo®„ Biosimilars,Generika), Abaloparatid (Eladynos®)<br>Rabattierte Originalpräparate (und Biosimilars, Teriparatid-Generika) dienen der Zielerreichung. |
| 19 | Renin-Angiotensin-wirksame Arzneimittel (Generikaziel) | Inklusive Entresto - als patentgeschütztes Originalpräparat | Rabattierte Originalpräparate dienen der Zielerreichung. |
| 23.1, 23.2, 25.2, 26, 27 | Urologische Spasmolytika, Arzneimittel zur Behandlung der BPH, DOAKs, GnRH Analoga, Koloniestimulierende Faktoren (Leitsubstanzziele) | Neue Zielquoten – aufgrund geänderter Gewichtung bei der Berücksichtigung der Rabattverträge für die Zielerreichung | |

## Geänderte Ziele (Fortsetzung)

| Ziele Nr. | Ziele | Änderung/NEU | Anmerkungen |
|---|---|---|---|
| 28 | MS Therapeutika (Leitsubstanzziel) | Neue Zielquote: geänderte Gewichtung bei der Berücksichtigung der rabattierten Arzneimittel für die Zielerreichung<br>Leitsubstanzen: Dimethylfumarat (Tecfidera®), Glatirameracetat (Copaxone®; Clift®), Teriflunomid (Aubagio®), Interferon beta-1a (Avonex®, Rebif®), Interferon beta-1b (Betaferon®, Extavia®), Diroximelfumarat (Vumerity®) | |
| 34, 35 | Rheumaziel und CED Ziel | Neue Zielquoten aufgrund stärkerer Berücksichtigung der Rabattverträge für die Zielerreichung | |

## Neue Ziele

| Ziele Nr. | Ziele | Änderung/NEU | Anmerkungen |
|---|---|---|---|
| 36 | Generikaziel für Tyrosinkinaseinhibitoren (TKI) | Neues Generikaziel nur für Hämato-Onkologen<br>Verordnung von Generika (Imatinib, Dasatinib, Nilotinib, Bosutinib) dienen der Zielerreichung.<br>Rabattierte Originalpräparate dienen nicht der Zielerreichung! | Originalpräparate dienen nicht der Zielerreichung:<br>Imatinib (Glivec®), Dasatinib (Sprycel®) Nilotinib (Tasigna®), Bosutinib (Bosulif®) Ponatinib (Iclusig®), Asciminib (Scemblix®) |
| 37 | Migräne-Prophylaktika | Neues Leitsubstanzziel (Metoprolol, Propranolol, Topiramat, Amitriptylin, Flunarizin, Botulinumtoxin A)<br>Für Anästhesisten und Neurologen<br>Rabattverträge werden bei der Zielerreichung nicht berücksichtigt! | Das Ziel soll „Maximalanteil" für die CGRP Antagonisten definieren: Erenumab (Aimovig®), Galcanezumab (Emgality®), Fremanezumab (Ajovy®), Aptinezumab (Vyepti®), Rimegepant (Vydura®), Atogepant (Aquipta®) |
| 38 | Leitsubstanzziel für Arzneimittel zur Behandlung der Psoriasis vulgaris | Neues Leitsubstanzziel für Hautärzte<br>Leitsubstanzen:<br>Methotrexat, Dimethylfumarat Fumarsäure-Derivate, Kombinationen Ciclosporin, Acitretin<br>Rabattierte Nicht-Leitsubstanzen werden gewichtet bei der Zielerreichung berücksichtigt (analog zu den Zielen Rheuma und CED). | Nicht-Leitsubstanzen: Apremilast (Otezla®), Etanercept (Enbrel®, Biosimilars), Adalimumab (Humira®, Biosimilars), Certolizumabpegol (Cimzia®), Ustekinumab (Stelara®), Secukinumab (Cosentyx®), Brodalumab (Kyntheum®), Ixekizumab (Taltz®), Guselkumab (Tremfya®), Tildrakizumab (Ilumetri®), Risankizumab (Skyrizi®) Bimekizumab (Bimzelx®, Deucravacitinib (Sotyktu®) |
| 39 | Leitsubstanzziel für Antiandrogene | Neues Leitsubstanzziel für Urologen und Onkologen<br>Verordnungen von Abirateron (Generika, Altoriginal Zytiga®) dienen der Zielerreichung.<br>Rabattierte Nicht-Leitsubstanzen dienen nicht der Zielerreichung. Das Ziel ist 2025 nicht prüfrelevant! | Verordnungen von Enzalutamid (Xtandi®), Apalutamid (Erleada®) und Darolutamid (Nubeqa®) dienen nicht der Zielerreichung. |

(Stand 01.01.2025)

Sie erhalten weiterhin quartalsweise ihre Trendmeldung für einen Überblick, welche Ziele für Sie relevant sind und inwieweit Abweichungen vom Fachgruppendurchschnitt (Zielquote) vorliegen. Die Trendmeldung für das 1. Quartal 2025 ist für Ende Mai bzw. Anfang Juni geplant. ■

**Weitere Informationen zur Wirkstoffvereinbarung: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Verordnung→ Arzneimittel → Wirkstoffvereinbarung → Wirkstoffvereinbarung 2025**

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

# Neue Online-Fortbildung zur Antibiotikatherapie bei oberen Atemwegsinfektionen

Um den rationalen Einsatz von Antibiotika bei Infektionen der oberen Atemwege geht es in einer neuen Fortbildung aus der Reihe WirkstoffAktuell. Die Online-Fortbildung, angeboten von der KBV, ist mit drei CME-Punkten zertifiziert. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Ärztinnen und Ärzte erhalten einen Überblick, bei welchen Atemwegsinfektionen eine antibiotische Behandlung überhaupt angezeigt ist und welche Antibiotika hierfür geeignet sind. Über die Wirkungsweise, Wirksamkeit sowie mögliche Nebenwirkungen und Kontraindikationen der verschiedenen Wirkstoffgruppen informiert eine weitere Übersicht. Zur besseren Vergleichbarkeit gibt es für die einzelnen Antibiotika eine Kostendarstellung sowie Empfehlungen für eine wirtschaftliche Verordnungsweise.

Die Fortbildung zur rationalen Antibiotikatherapie bei oberen Atemwegsinfektionen steht im Fortbildungsportal der KBV zur Verfügung. Die Inhalte basieren auf WirkstoffAktuell – einer Publikation der KBV in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. ■

**WirkstoffAktuell erscheint als Online-Ausgabe:**
**www.kbv.de/html/wirkstoff_aktuell.php**

### KBV-FORTBILDUNGSPORTAL

Das Fortbildungsportal ist ein kostenfreies Serviceangebot der KBV für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Um sich im Fortbildungsportal anzumelden, muss der Praxiscomputer an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sein. Im Online-Portal der KV Hamburg finden Sie das KBV-Fortbildungsportal unter: „Anwendungen“ -> „KBV-Fortbildung“

Oder direkt: https://fortbildungsportal.kv-safe-net.de/snk/

Neben der Fortbildung zu Antibiotika gibt es aktuell weitere Fortbildungen zu Arzneimitteln und zu folgenden Themen:

- Außerklinische Intensivpflege
- Barrierearmut
- Elektronische Patientenakte
- Heilmittelverordnung
- MRSA-Versorgung
- Umgang mit Kindesmisshandlung
- Verordnung von medizinischer Rehabilitation

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

# Einladung zur Eröffnung

der Wanderausstellung

# Systemerkrankung

## Arzt und Patient im Nationalsozialismus

**5. April 2025, 10-13 Uhr, KV Hamburg**

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

**Programm:**

- **Begrüßung John Afful**
  Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg
- **Grußwort Melanie Schlotzhauer**
  Hamburger Sozialsenatorin (angefragt)
- **Vortrag Dr. Michael Reusch**
  Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg
- **Vortrag Dr. Anna von Villiez**
  Historikerin
- **Vortrag Sjoma Liederwald**
  Kurator

Anmeldung zur Eröffnungsveranstaltung:

kvhh.de

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

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVH Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

# Wer was einpflegt

Diese Daten aus der Praxis kommen in die elektronische Patientenakte

Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben künftig die Aufgabe, Befunde, Arztbriefe etc. in die elektronischen Patientenakten ihrer Patienten einzustellen. Hier erfahren Sie, welche Daten das genau sind und welche Voraussetzungen und gesetzlichen Vorgaben beim Einstellen zu beachten sind.

**Eine der Voraussetzungen: Daten wurden selbst erhoben**

Grundsätzlich lässt sich unterscheiden zwischen Daten, die Praxen per se in die neue ePA einpflegen müssen und solchen, die sie auf Wunsch der Patienten hinzufügen. Dabei gelten vier Voraussetzungen: Ärzte oder Psychotherapeuten haben die Daten selbst erhoben. Die Daten stammen aus der aktuellen Behandlung. Sie liegen in elektronischer Form vor und, der Patient hat nicht gegen das Einstellen der Daten widersprochen.

Zu den Dokumenten, die Praxen mit Start der neuen ePA einstellen müssen, gehören Befundberichte aus selbst durchgeführten invasiven oder chirurgischen sowie nichtinvasiven oder konservativen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Auch eigene Befunddaten aus bildgebender Diagnostik, Laborbefunde und elektronische Arztbriefe sind einzustellen.

Hinzu kommen Daten zur Medikation. Sie fließen automatisch vom eRezept-Server in die ePA ein, ohne dass sie der Arzt dort manuell eintragen muss. So wird in der ePA künftig eine elektronische Medikationsliste aus allen per eRezept verordneten und in der Apotheke abgegebenen Medikamenten generiert.

**Allgemeine und besondere Informationspflichten**

Grundsätzlich gilt: Vertragsärzte und -psychotherapeuten müssen ihre Patientinnen und Patienten darüber informieren, welche Daten sie in der ePA speichern. Dies kann mündlich oder per Praxisaushang erfolgen. Sollten Patienten widersprechen, dokumentieren Praxen dies in ihrer Behandlungsdokumentation.

Bei hochsensiblen Daten insbesondere bei psychischen Erkrankungen, sexuell übertragbaren Infektionen und Schwangerschaftsabbrüchen sind Praxen verpflichtet, die Patientinnen und Patienten auf das Recht zum Widerspruch hinzuweisen und einen etwaigen Widerspruch zu protokollieren (mehr dazu in einer späteren Folge der ePA-Serie).

Besondere Einwilligungsvoraussetzungen gelten bei Daten aus genetischen Untersuchungen oder Analysen nach dem Gendiagnostikgesetz. Hier ist eine explizite Einwilligung des Patienten erforderlich.

**AU-Bescheinigungen und mehr – Anspruch auf Nachfrage**

Patienten haben außerdem Anspruch darauf, dass der Arzt oder Psychotherapeut auf ihren Wunsch hin ihre ePA mit weiteren Daten befüllt, die für ihre Behandlung relevant sind. Das Spektrum, das der Gesetzgeber vorsieht, ist breit: Es reicht von Befunddaten und

**ePA-SERIE**

Dieser Artikel ist Teil einer Serie zur ePA, die von der KBV auf ihrer Website veröffentlicht wird. Bisher erschienen:

**ePA-Serie Teil 1:** Rolle der elektronischen Patientenakte in der ambulanten Versorgung

**ePA-Serie Teil 2:** Wer was einpflegt – Diese Daten aus der Praxis kommen in die elektronische Patientenakte

**ePA-Serie Teil 3:** Abrechnungsdaten und Entlassbriefe – auch das kommt in die ePA

**ePA-Serie Teil 4:** Schnelle Übersicht in der ePA – So funktionieren Filter und Sortieroptionen

**ePA-Serie Teil 5:** Darauf weisen Praxen ihre Patienten hin – Informations- und Dokumentationspflichten zur ePA

**ePA-Serie Teil 6:** Lesen, Verbergen, Widersprechen – So können Patienten ihre ePA nutzen

**ePA-Serie Teil 7:** Die Medikationsliste: Welche Daten zur Medikation in die ePA kommen

**ePA-Serie Teil 8:** Notwendige Technik für die ePA: Die Praxissoftware ist entscheidend

ePA für alle

https://www.kbv.de/html/epa.php → Serie zur elektronischen Patientenakte

Diagnosen über Daten aus Disease-Management-Programmen, Daten zu Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen bis hin eAU-Bescheinigungen (Patienten-Kopie). Auch Kopien der Behandlungsdokumentation des Arztes oder Psychotherapeuten zählen dazu.

Auch hier gilt: Die Praxen müssen die Daten nicht nur selbst erhoben haben, diese müssen auch in elektronischer Form vorliegen. Nur dann können sie sie in die ePA übertragen. So stehen beispielsweise der Impfausweis, der Mutterpass und das Kinder-Untersuchungsheft – auch das sind „Wunsch-Daten" – vorerst weiterhin nur in Papierform zu Verfügung. Konkret heißt das: Ärztinnen und Ärzte tragen Impfungen, Untersuchungen etc. wie bisher in die Papierdokumente ein; eine Befüllung der ePA muss daher nicht erfolgen.

**Praxen müssen keine Papierbefunde einpflegen**

Das Einpflegen von Informationen in Papierform, zum Beispiel ältere Arztbriefe und Befunde, ist nicht Aufgabe der Praxen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, auf Wunsch eines Versicherten zweimal innerhalb von 24 Monaten jeweils bis zu zehn Dokumente zu digitalisieren und einzustellen. Aber auch die Versicherten selbst können Arztbriefe, Befunde etc. einscannen oder abfotografieren und mit der ePA-App in der ePA speichern.

Praxen sind im Übrigen auch nicht verpflichtet, ältere, bei ihnen bereits digital vorliegende Befunde in die ePA einzustellen – auf Wunsch der Patienten ist dies aber möglich. Zum Start der elektronischen Patientenakte kommen all diese Dokumente noch als PDF in die ePA.

**ePA ersetzt nicht die Behandlungsdokumentation**

Für Ärzte und Psychotherapeuten ist gut zu wissen, dass die ePA nicht ihre Behandlungsdokumentation ersetzt. Sie sind nach Gesetz und Berufsordnung weiterhin verpflichtet, alle relevanten Informationen für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten festzuhalten. An dieser Pflicht ändert sich mit der ePA nichts.

Auch die innerärztliche Kommunikation bleibt unverändert. Ärzte und Psychotherapeuten übermitteln Befunde oder Arztbriefe wie bisher an den weiterbehandelnden Kollegen – beispielsweise per KIM. Denn sie können nicht sicher sein, ob die Kollegin und der Kollege Zugriff auf die ePA des Patienten hat oder der Patient diese vielleicht gelöscht hat. Denn die ePA ist eine Akte, die der Versicherte führt. ■

## DIESE DATEN MÜSSEN PRAXEN IN DIE ePA EINPFLEGEN

**Gesetzliche Pflicht, sofern Patienten nicht widersprochen haben:**

- Befundberichte aus selbst durchgeführten invasiven oder chirurgischen sowie aus nichtinvasiven oder konservativen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen
- eigene Befunddaten aus bildgebender Diagnostik
- Laborbefunde
- eArztbriefe

**Auf Wunsch des Patienten**

Patientinnen und Patienten haben Anspruch darauf, dass die Praxen ihre ePA auf Nachfrage mit weiteren Daten befüllen. Gesetzlich festgelegt sind unter anderem:

- Daten aus Disease-Management-Programmen
- eAU-Bescheinigungen (Patienten-Kopie)
- Daten zu Erklärungen zur Organ- und Gewebespende
- Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen
- Kopie der vom Arzt oder Psychotherapeuten geführten Behandlungsdokumentation

## VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE BEFÜLLUNGSPFLICHT

**Praxen sind nur verpflichtet, die geforderten Daten einzupflegen, wenn:**

- der Arzt oder Psychotherapeut die Daten selbst erhoben hat.
- die Daten aus der aktuellen Behandlung stammen.
- die Daten in elektronischer Form zur Verfügung stehen.
- kein Widerspruch des Patienten vorliegt – weder gegen die ePA insgesamt noch gegen das Einstellen des jeweiligen Dokuments.

AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

# App und weg? Digitale Gesundheitsanwendungen im Spiegel der evidenzbasierten Medizin

VON PROF. DR. KATRIN BALZER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

Seit 2020 können Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs), umgangssprachlich auch als „Apps auf Rezept" bezeichnet, in Anspruch nehmen. Eingeführt mit dem Digitale-Versorgung-Netz, sind aktuell (Stand 1. Februar 2025) 58 verordnungsfähige Anwendungen in dem DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) gelistet [1].

Weitere zehn Anwendungen waren vorübergehend gelistet, wurden jedoch nach nicht erfolgreicher Evaluation in der Erprobungsphase wieder aus dem Verzeichnis gestrichen. Von den 58 aktuell verordnungsfähigen DiGAs sind 39 dauerhaft in das Verzeichnis aufgenommen, die anderen 19 Anwendungen befinden sich noch in der Erprobungsphase (siehe Kasten). Bisher liegen somit für 57 % der insgesamt 68 ursprünglich gelisteten DiGAs Nachweise für einen sogenannten positiven Versorgungseffekt vor.

## ANFORDERUNGEN AN DEN NUTZENNACHWEIS – SOLL

Als positiver Versorgungseffekt und damit eine zentrale Voraussetzung für die dauerhafte Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gelten eine Verbesserung in einem Parameter des medizinischen Nutzens im Sinne des Gesundheitszustands, der Krankheitsdauer, der Überlebenszeit oder der Lebensqualität oder eine sogenannte patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung. Letztere umfasst Zielgrößen unter anderem in den Bereichen Gesundheitskompetenz, Leitliniengerechtigkeit der Behandlung, Therapieadhärenz, therapiebedingter Patientenaufwand oder auch Patientensouveränität [2].

Die Effekte auf die obengenannten Endpunkte sind in einer Studie mit Kontrollgruppe im deutschen oder einem ausreichend vergleichbaren Versorgungskontext zu überprüfen [2]. Diese Kontrollgruppe kann keine Behandlung, eine Behandlung ohne DiGA-Zugang oder eine Behandlung mit einer vergleichbaren, bereits registrierten DiGA umfassen. Eine randomisiert-kontrollierte Zuordnung zu den Studiengruppen ist nicht verpflichtend, auch eine retrospektive Analyse mit historischer Kontrollgruppe gilt als ausreichend. Die Untersuchungspopulation soll repräsentativ für die adressierte Zielgruppe der DiGA sein; zudem sollten relevante Subgruppen

wie z. B. verschiedene Altersgruppen oder Geschlechter mit ausreichendem Stichprobenumfang für explorative Subgruppenanalysen vertreten sein. Weiterhin ist eine Präspezifizierung des methodischen Vorgehens durch Eintrag in einem öffentlichen Studienregister, bevorzugt im Deutschen Register klinischer Studien (DRKS), verpflichtend [2]. Für die später beim BfARM vorzulegenden Studienberichte wird in dem Leitfaden das CONSORT Statement empfohlen, ebenso wird auf die vollständige Angabe der Effektschätzungen zu den vorab definierten Endpunkten, inklusive 95 %-Konfidenzintervalle, hingewiesen [2].

→ Fortsetzung nächste Seite

## DiGAs – was und wie?

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) sind CE-gekennzeichnete Medizinprodukte, die mit Nutzung digitaler Technologien die „Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen“ unterstützen. [1]

In der Regel sind DiGAs Medizinprodukte der Klasse I oder IIa, inzwischen können auch Klasse IIb-Medizinprodukte als DiGA registriert werden. DiGAs sind zur Anwendung durch die Patientinnen und Patienten oder durch diese gemeinsam mit den Behandelnden bestimmt. Eine DiGA-Verordnung bezieht sich typischerweise auf einen 90-tägigen Behandlungszeitraum. DiGAs können von Ärzten oder (bei entsprechenden Indikationen) durch Psychotherapeuten verordnet werden oder aber von Patientinnen und Patienten direkt bei der Krankenkasse beantragt werden, sofern ein entsprechender Diagnosenachweis vorliegt.

Um erstattungsfähig zu sein, müssen DiGAs im DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfARM) gelistet sein [1]. Die Aufnahme erfolgt in einem sogenannten Fast-track-Verfahren. Nach Antrag der Hersteller prüft das BfArM binnen drei Monaten, ob eine sofortige dauerhafte Aufnahme, eine zunächst vorübergehende Aufnahme oder keine Aufnahme gerechtfertigt ist [2].

Bei vorübergehender Aufnahme haben die Hersteller die Möglichkeit, innerhalb von zwölf Monaten den Nutzennachweis für die dauerhafte Aufnahme zu erbringen; auf Antrag kann diese Phase um weitere zwölf Monate verlängert werden.

Die Preisfestsetzung erfolgt durch den GKV-Spitzenverband in Verhandlung mit DiGA-Hersteller-Verbänden. Während der ersten zwölf Monate der Erprobungsphase gilt bis zu einer gewissen Obergrenze der Herstellerpreis als Vergütungspreis, danach ein von den genannten Partnern festgelegter, in der Regel niedrigerer Vergütungspreis [3,4].

Von den aktuell im DiGA-Verzeichnis 58 registrierten DiGAs beziehen sich 27 auf psychische Erkrankungen, 9 auf muskuloskeletale Erkrankungen und 7 auf Hormone und Stoffwechsel; für alle weiteren Indikationsgebiete sind jeweils weniger als 5 oder gar keine (z. B. Atmung) Anwendungen registriert [1].

→ Fortsetzung

## ANFORDERUNGEN AN DEN NUTZENNACHWEIS – IST

Eine Analyse aller 35 bis Sommer 2024 dauerhaft registrierten DiGAs zeigt, dass jede dieser Anwendungen in mindestens einer randomisierte-kontrollierten Studie (RCT) evaluiert wurde, für eine Anwendung waren zwei RCT registriert [4]. Alle Studien sind in einem Studienregister, überwiegend dem DRKS, registriert. Allerdings konnten die Autoren dieser Analyse nur für drei Studien ein in einer Zeitschrift mit Peer Review publiziertes Studienprotokoll lokalisieren, und nur für zwei Studien waren entsprechend publizierte Studienberichte mit Ergebnissen identifizierbar.

In den Evaluationen der 35 analysierten dauerhaft registrierten DiGAs wurden sehr unterschiedliche Parameter für den Nachweis des medizinischen Nutzens verwendet [4]. Der Nutzennachweis erfolgte für alle 35 Apps jeweils anhand eines Parameters des medizinischen Nutzens, genauer anhand einer Verbesserung des Gesundheitszustands. Dieser wurde hauptsächlich über patientenberichtete Parameter wie Schmerzen, Symptomschwere oder Lebensqualität erfasst, aber auch der HbA1C-Wert wurde als primäre Zielgröße genutzt. Die Beobachtungsdauer in den Evaluationsstudien betrug überwiegend drei Monate oder länger und deckte somit die meist übliche Verordnungsdauer von 90 Tagen ab; es finden sich jedoch auch Evaluationen mit kürzerer Beobachtungsdauer, ohne dass explizit eine geplante kürzere Verordnungsdauer erkennbar ist [4].

Als Kontrollbedingung wurde in den Evaluationsstudien zu über 90 % eine Wartelisten-Gruppe oder die übliche Versorgung genutzt, nur in drei Studien wurde das Verzerrungsrisiko durch eine „Scheinintervention“ minimiert, indem die Teilnehmenden Zugang zu einer App mit eingeschränkter Funktionalität erhielten. Dies deckt sich mit Ergebnissen eines Health Technology Assessment (HTA) zur Wirksamkeit von Apps bei generalisierten Angststörungen [5]. In diesem Bericht wurde für alle eingeschlossenen 20 Studien aus unterschiedlichen Ländern endpunktübergreifend ein hohes Verzerrungspotenzial festgestellt, hauptsächlich wegen fehlender Verblindung in Verbindung mit der subjektiven Erfassung patientenberichteter Zielgrößen und häufiger Interessenkonflikte der Autorenteams. Daneben wird auf das zusätzliche Risiko einer Effektüberschätzung im Zusammenhang mit Wartekontrollgruppendesigns hingewiesen [5].

## NUTZENNACHWEIS – ERGEBNISSE

Die Analyse von Goeldner & Gehder [4] gibt nur begrenzt Auskunft über die Ergebnisse der Evaluationen der 35 dauerhaft registrierten DiGAs. Demnach wurde für zwei Drittel der analysierten Apps der Nutzennachweis jeweils einzig für die primäre Zielgröße und nicht für weitere Zielgrößen erbracht; für einzelne Apps ist zusätzlich eine Verbesserung in anderen Parametern des Gesundheitszustands, in der Lebensqualität oder in patientenrelevanten Strukturen und Verfahren berichtet [4].

Laut dem letzten DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbandes wurde bisher nur circa die Hälfte der DiGAs, die nach einer Erprobungsphase dauerhaft in das Register aufgenommenen wurden, für das gesamte originär adressierte Indikations- oder Patientenspektrum zugelassen, da die Evaluation jeweils nicht alle vorab angenommenen Effekte bestätigen konnte [6].

Im obengenannten HTA-Bericht zu Apps bei generalisierten Angststörungen wurde für mehrere Vergleiche gegenüber Gruppen ohne zusätzliche Behandlung bzw. Wartelistengruppen ein Anhaltspunkt oder Hinweis auf einen Nutzen in Bezug auf die Angstsymptomatik oder die Remission festgestellt. Für mehrere Vergleiche von Apps (jeweils basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie) versus eine Scheinintervention oder eine andere Ausgestaltung der App sind dagegen keine Anhaltspunkte oder Hinweise für einen höheren Nutzen oder Schaden berichtet [5].

Darüber hinaus wurden in keiner der eingeschlossenen Studien Effekte auf die Mortalität, die Rückfallrate oder die Selbstwirksamkeit untersucht. Adverse Er-

eignisse wurden in weniger als der Hälfte der Studien erfasst, weshalb in dem HTA-Bericht keine Aussagen zum Schadenspotenzial getroffen werden konnten [5]. Insgesamt bescheinigen die HTA-Autoren den digitalen Anwendungen ein gewisses Potenzial, generalisierte Angststörungen zu minimieren, jedoch mahnen sie mehr und robustere Erkenntnisse über langfristige Wirkungen, die Effekte auf die Lebensqualität und zum Schadensrisiko an. Zudem erachten sie einen direkten Vergleich gegenüber Therapieangeboten im direkten Kontakt („face to face") als wichtig [5].

## AKTUELLE VERSORGUNGSSITUATION: WENIGE FOLGEVERORDNUNGEN

Bis Ende September 2023 – aktuellere Daten liegen noch nicht vor – wurden knapp 400.000 DIGAs von GKV-versicherten Personen in Anspruch genommen. Die am häufigsten verordneten DiGAs umfassen Apps für Patientinnen und Patienten mit Adipositas, Rückenschmerzen oder Tinnitus [6]. Hausärztlicherseits werden vor allem DiGAs in den Indikationsgebieten Stoffwechselerkrankungen und psychische Erkrankungen verordnet. Über 80 % aller eingelösten Verordnungen stellen Erstverordnungen dar [6].

Eher selten kommt es demnach zu Folgeverordnungen. Korrespondierend dazu ist eine abnehmende Inanspruchnahmehäufigkeit pro DiGA über die Zeit seit ihrer Aufnahme in das Register zu beobachten [4]. Dies impliziert, dass ein relevanter Anteil der Verordnungen auf zunächst vorläufig registrierte DiGAs entfällt, für deren Nutzen (oder möglichen Schaden) noch keine belastbaren Daten vorliegen.

Seit Initiierung des DiGA-Registers wurden bis Ende September 2023 knapp 115 Millionen Euro aus GKV-Mitteln für die Refinanzierung von DiGA-Verordnungen aufgebracht, zuletzt (2022/2023) 67,5 Millionen Euro pro Jahr. Im Verhältnis zu den Gesamtausgaben der GKV im Jahr 2023 [7] entspricht dies einem Anteil von weniger als 0,5 %. Auch wenn sich dieser Anteil als geringfügig ausnimmt, verdient er kritischer Aufmerksamkeit. Mit einer weiter steigenden Zahl an zumindest vorläufig registrierten DiGAs ist zu rechnen. Analysen zeigen, dass der von den Herstellern für die einjährige – und auf Antrag auf zwei Jahre verlängerbare – Erprobungsphase zur Vergütung anerkannte Preis pro Verordnung kontinuierlich angestiegen ist: Im Jahr 2024 lag er im Median bei 547 Euro. Der vom GKV-Spitzenverband und den Herstellern, ggf. ersatzweise durch eine Schiedsstelle nach § 135 Absatz 3, festgelegte Vergütungspreis für dauerhaft in das Register aufgenommene DiGAs betrug dagegen im Median circa 220 Euro. Aus Sicht der GKV birgt die Erprobungsphase eine fragwürdige versteckte „Wirtschaftsförderung" durch Mittel der Solidargemeinschaft, verbunden mit ungewissen gesundheitlichen Risiken für die Versicherten [6].

## ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN

Gemäß § 139e Absatz 9 Satz 2 SGB V ist der Nutzennachweis für DiGAs nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin zu erbringen. Diese Maßstäbe werden mit den aktuellen Anforderungen an den Nutzennachweis nur eingeschränkt erfüllt. Zu prüfen ist die prognostische Validität der Bewertungsmaßstäbe für die vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis.

Die methodischen Anforderungen an den Nachweis patientenrelevanter Versorgungseffekte in der Erprobungsphase sollten im Lichte der oben beschriebenen Limitationen des aktuellen Forschungsstands zu Nutzen und Schaden von DiGAs überprüft und nachgebessert werden. Parallele Kontrollgruppen mit randomisierter Zuordnung sollten verpflichtend sein und so gewählt werden, dass sie das Verzerrungsrisiko aufgrund fehlender Verblindung der Intervention minimieren und eine valide Bewertung des Effekts im Vergleich zum klinisch aktuell besten „standard of care" ermöglichen.

Längerfristige Beobachtungsdauern und die Erfassung und Berichterstattung adverser Ereignisse sind unabdingbar. Weiterhin sind mehr Erkenntnisse über

die tatsächliche Nutzung der DiGAs und die Gründe für die verhältnismäßig seltenen Folgeverordnungen relevant.

Nicht zuletzt ist das Informationsangebot zu DiGAs zu erweitern und laienverständlicher zu gestalten. Die im DiGA-Verzeichnis gegenwärtig angegebenen statistischen Informationen zu Effektschätzungen für den Nutzennachweis dürften für das Gros der Bürgerinnen und Bürger kaum nachvollziehbar sein und enthalten nicht konsistent Vertrauensintervalle. Die statistische Sicherheit der betreffenden Ergebnisse bleibt somit unklar. Die Maßstäbe für narrative Interpretationen von Effektstärken wie z. B. "sehr viel weniger" [8] sind ebenfalls nicht unmittelbar transparent. Alternative Informationsangebote, die den Kriterien evidenzbasierter Patienteninformation genügen, konnten nicht aufgefunden werden.

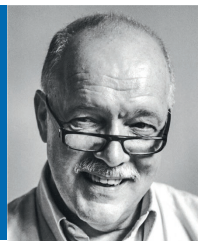
Vom 1. Januar 2026 an werden DiGA-Hersteller verpflichtet sein, im Rahmen einer „anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung“ Daten zu Dauer und Häufigkeit der Nutzung von DiGAs, zur Patientenzufriedenheit und zur Veränderung der patientenberichteten Gesundheit während der Nutzung zu erfassen und an das BfArM zu übermitteln (§ 139e Absatz 13 SGB V). Diese Daten sollen dann zusammen mit den Ergebnissen zum Nutzennachweis in einen 20-prozentigen erfolgsabhängigen Anteil des Vergütungspreises einfließen. Die Effekte dieses Schritts bleiben abzuwarten; die oben beschriebenen Anforderungen an die Evaluationsmethodik und die Informationsbereitstellung ersetzt er nicht. ■

**PROF. DR. RER. CUR. KATRIN BALZER**
**Leitung Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege**
**Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie**
**Universität zu Lübeck**
**katrin.balzer@uksh.de**

Referenzen
[1] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. DiGA-Verzeichnis. https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis (04.02.2025).
[2] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Das Fast-Track-Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V. Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender. Version 3.5 vom 28.12.2023, https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga_leitfaden.html?nn=597198 (03.02.2025).
[3] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Wissenswertes zu DiGA. https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiGA/Wissenswertes/_node.html (04.02.2025).
[4] GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA-Bericht) gemäß § 33a Absatz 6 SGB V. Berichtszeitraum: 01.09.2020–30.09.2023. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/kv_diga/diga.jsp (01.02.2025).
[5] Goeldner M, Gehder S. Digital Health Applications (DiGAs) on a Fast Track: Insights From a Data-Driven Analysis of Prescribable Digital Therapeutics in Germany From 2020 to Mid-2024. J Med Internet Res. 2024; 26:e59013. doi: 10.2196/59013.
[6] Stürzingler H, Druml M, Emprechtinger R et al. Generalisierte Angststörung: Helfen Apps Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung? HTA-Bericht im Auftrag des IQWiG. Version: 1.0. IQWiG-Berichte – Nr. 1851, 12.09.2024, doi: 10.60584/HT22-02.
[7] Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheitsausgaben. Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/ausgabentraeger.html (03.02.2025).
[8] Meine Tinnitus App - Das digitale Tinnitus Counseling. In: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. DiGA-Verzeichnis. https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01496 (04.02.2025).

EbM Netzwerk

KVH
Kassenärztliche
Vereinigung
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
BILD: CONTRASTWERKSTATT - ADOBESTOCK



# Plünderer

Kolumne von **Dr. Bernd Hontschik,** Chirurg in Frankfurt/Main

Das Prinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist mehr als 140 Jahre alt, und es ist denkbar einfach.

Sie wird solidarisch finanziert, womit gemeint ist, dass sich jedermanns Beitrag nicht nach einem persönlichen Krankheitsrisiko, auch nicht nach Alter oder Geschlecht, sondern aus einem festen prozentualen Anteil der beitragspflichtigen Einnahmen errechnet.

Krankheitskosten könnten ohne eine solche Verteilung des individuellen Risikos auf die Schultern der gesellschaftlichen Gesamtheit in kürzester Zeit zum individuellen Ruin führen.

Wir tun also gut daran, dieses solidarische Versicherungssystem zu schützen und zu bewahren. Leider müssen die Krankenkassen aber immer höhere Beiträge einfordern, um ihren Auftrag zu erfüllen.

Als Gründe dafür werden in erster Linie allseits gestiegene Kosten und der medizinische Fortschritt genannt. Aber stimmt das wirklich?

Im Kalenderjahr 2023 betrugen die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherungen 304,37 Milliarden Euro, denen Ausgaben von 306,24 Milliarden Euro gegenüberstanden. Da ist es also, das Defizit: 1,87 Milliarden Euro.

Wofür wurde so viel Geld gebraucht? 94 Milliarden kostete die Krankenhausbehandlung, 50,2 Mrd. wurden für Arzneimittel ausgegeben, 47,1 Mrd. für ambulante ärztliche Behandlungen, 17,6 Mrd. für zahnärztliche Behandlungen und 19,1 Mrd. für Krankengeld.

Weit über 30 Mrd. wurden für Heilmittel, Hilfsmittel, Vorsorge und Rehabilitation benötigt. Und dann gibt es da noch knapp 30 Mrd. für „übrige Leistungen“. Was das wohl für Leistungen sind, diese „übrigen“?

An dieser Stelle stößt man unweigerlich auf den Begriff der „versicherungsfremden Leistungen“. Dieser nirgends exakt definierte Begriff umschreibt Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen, die nachträglich zu ihrem eigentlichen Auftrag hinzugefügt wurden, wie zum Beispiel Leistungen der Prävention und Krankheitsverhütung.

Auch Gesundheitskampagnen, Aufklärungsmaßnahmen und infrastrukturelle Maßnahmen zur Modernisierung von Gesundheitseinrichtungen sind ohne Zweifel wichtig, aber keine Leistungen einer Gesetzlichen Krankenkasse, denn sie sind keine Absicherung eines gesundheitlichen Schadensfalles. Sie gehören zu den Aufgaben der staatlichen Daseinsvorsorge.

Was hat eine Krankenkasse mit dem Aufbau einer Telematik-Infrastruktur zu tun? Wieso müssen die Gesetzlichen Krankenkassen mehr als 90 Prozent der Kosten tragen, die durch die Lauterbachsche Krankenhausrevolution entstehen werden? Warum müssen Krankenkassen für die Refinanzierung der Krankenhauskosten bezahlen, wo dies doch allein Ländersache ist? Warum müssen sie einen Zuschuss zum Bürgergeld leisten?

Gleiches gilt für die Digitalisierung des Gesundheitswesens oder die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften.

Die Liste ließe sich immer weiter fortsetzen, aber diese Art von Kosten haben alle eines gemeinsam: Es

**Ein nicht unerheblicher Teil der GKV-Ausgaben wird für staatliche Daseinsvorsorge aufgewandt. Mit dem eigentlichen Auftrag der Krankenkassen hat das nichts zu tun.**

handelt sich um Kernaufgaben des Staates im sozialen Bereich, die aus dem Steueraufkommen finanziert werden müssten.

In einem von der IKK in Auftrag gegebenen Gutachten werden solche versicherungsfremden Leistungen in Höhe von 59,8 Mrd. Euro identifiziert. Diese Summe entspricht etwa 2,5 der 16,3 Beitragspunkte (ohne Zusatzbeitrag) oder bei Versicherten mit durchschnittlichem Einkommen einer versicherungsfremden Belastung von circa 750 Euro im Jahr.

Die privaten Krankenversicherer blieben von solchen staatlichen Plünderungen bisher weitgehend verschont.

Diese Taschenspielertricks zur Verschleierung und Umschichtung von eigentlichen Staatsausgaben werden gelegentlich noch getoppt, wenn Krankenkassen zu Selbstbedienungsläden werden.

2013 hatte der Gesundheitsfonds Rücklagen von mehr als 12 Mrd. Euro angehäuft, die der damalige Finanzminister Schäuble für die Sanierung des Bundeshaushalts verwenden wollte. 2016 wollte der damalige Gesundheitsminister Gröhe eine Milliarde Euro aus dem Gesundheitsfonds für die Versorgung von Flüchtlingen entnehmen und weitere 500 Millionen für den Aufbau der telemedizinischen Infrastruktur.

Die jährlichen Betragserhöhungen, auf jeden Fall sämtliche Zusatzbeiträge würden hinfällig, wenn Krankenversicherungen Kranke versichern und nicht länger als schwarze Kassen für Steuerlöcher geplündert würden. ■

**DR. BERND HONTSCHIK**
ist Chirurg und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Heile und herrsche. Eine gesundheitspolitische Tragödie“, Westend-Verlag

chirurg@hontschik.de, https://chirurg.hontschik.de/

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

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

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**

KVH Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

# KBV-Kampagne: Deutschland muss #Praxenland bleiben

Mit TV-Spots und multimedialen Veröffentlichungen machen KBV und KVen auf die kritische Lage in der ambulanten Versorgung aufmerksam.

Die Kampagne „#Praxenland“ knüpft an die bisherige „Wir sind für Sie nah“-Kommunikation an, setzt jedoch einen noch klareren Akzent auf die Bedeutung der ambulanten Versorgung für Patientinnen und Patienten und die Gesellschaft insgesamt. Dabei wird der Ton schärfer und der Appell dringlicher: Die Zeit des Abwartens ist vorbei – die Politik muss handeln, bevor es zu spät ist.

Die Kampagne nutzt emotionale Erzählweisen, um zu verdeutlichen, was auf dem Spiel steht. Headlines wie „Meine Patienten stehen hinter mir“ oder „Damit die Praxen nicht den Bach runtergehen“ appellieren an die Politik, jetzt zu handeln und sich zu einer modernen ambulanten Gesundheitsversorgung zu bekennen, wie sie noch prägend für Deutschland ist.

Digitales Herzstück ist die neue Kampagnen-Website www.praxenland.de, die neben authentischen Ärztestimmen auch die Forderungen der Ärzteschaft bündelt. Mit einem Klick können Besucherinnen und Besucher dort die Kampagne unterstützen und sich der Forderung anschließen: Deutschland muss #Praxenland bleiben. ■

**Mehr Informationen zur Kampagne finden Interessierte unter www.praxenland.de**

**Motive der Social-Media-Kampagne: "Jetzt ist der Moment, die Zukunft der ambulante Versorgung zu sichern."**

## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Joel Simeon Iffland**
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Joel Simeon Iffland**
Geburtsdatum: **29.12.1981**
Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder**
Fachrichtung: **Kinder- und Jugendmedizin**
Weitere Ämter: **Obmann BVKJ, Mitglied Kirchengemeinderat**
Hobbys: **Familie, Freunde, Fußball, Skifahren, Karneval**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Ich bin mit meiner Berufswahl als niedergelassener Kinder- und Jugendmediziner sehr zufrieden und kann mir nichts anderes vorstellen, obwohl man manchmal den Eindruck hat, das diese Art von Praxis gesundheitspolitisch nicht gewollt ist

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Es ist grade in diesen unruhigen Zeiten wichtig, sich nicht nur für sich, sondern auch für andere zu engagieren. Sei es ist der Selbstverwaltung oder auch anderswo.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Es ist wichtig, das wir als Hausärzte gemeinsam mit den Fachärzten zusammenarbeiten, damit wir nicht von Konzernen abgehängt werden und weiterhin eine gute medizinische Versorgung für Alle gewährleisten können.

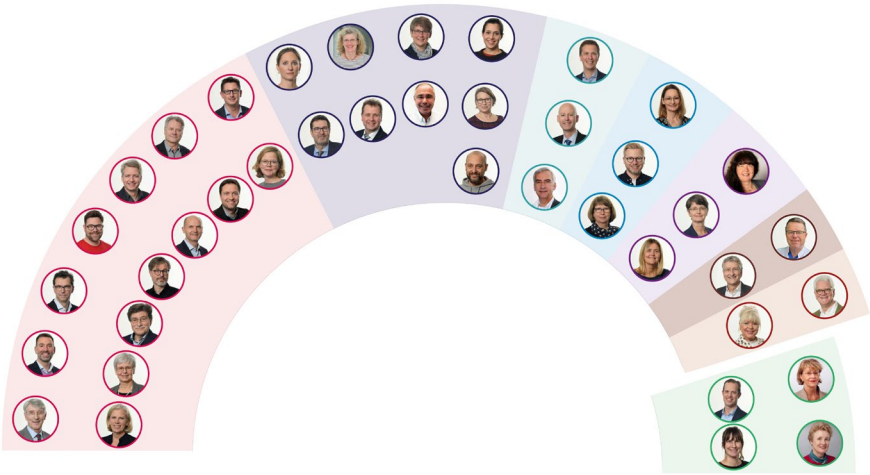
**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Den Spagat zwischen Fachkräftemangel, steigenden Personalkosten und kaum steigenden Einnahmen hinzukriegen, so dass man weiterhin die anvertrauten Patienten gut betreuen und versorgen kann.

**Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Ich habe eine tolle Ehefrau und drei tolle Kinder und einen sehr schönen Beruf … da ist quasi der Traum in Erfüllung gegangen. Nun bleibt zu hoffen, dass wir weiterhin gesund bleiben und das wir weiterhin glücklich in einer friedvollen Umgebung leben können. ■

## VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

**Mi. 2. April 2024 (19 Uhr)**

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



## ABGABE DER ABRECHNUNG

**JEWEILS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS**

## KREISVERSAMMLUNG

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

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

## WEBINAR: HYGIENE-PLAN FÜR DIE ARZTPRAXIS

**Eine Anleitung**

- Was gehört in den Hygieneplan?
- Worauf müssen Sie bei Erstellung und Umsetzung achten?
- Welche Behörden überwachen die Einhaltung des Hygieneplans? Wie läuft eine Praxisbegehung ab?
- Wer unterstützt Sie bei Ihrem Hygienemanagement?

**Mi. 19.3.2025 (18 - 19.30 Uhr)**
kostenfrei

**Anmeldung über den Veranstaltungskalender des Virchowbundes:**
https://www.virchowbund.de/mitgliedschaft/veranstaltungen

Gemeinsames Webinar mit dem Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen, mit der KBV und dem VirchowBund.

## QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

**Hygiene in der Arztpraxis (online)**
**Do. 6.3.2025 (9 - 14 Uhr)**
Teilnahmegebühr 139 €
**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Schutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen (online)**
**Mi. 16.4.2025 (15 - 18.30 Uhr)**
Teilnahmegebühr 119 €
**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Datenschutz Basisseminar (online)**
**Do. 17.4.2025 (9 - 14 Uhr)**
Teilnahmegebühr 139 €
**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Hygiene für Fortgeschrittene (online)**
**Do. 8.5.2025 (14 - 18 Uhr)**
Teilnahmegebühr 139 €
**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Datenschutz für Fortgeschrittene (online)**
**Di. 13.5.2025 (9 - 14 Uhr)**
Teilnahmegebühr 139 €
**8 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Ort: Ärztehaus**
**Humboldtstraße 56**
**22083 Hamburg**

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

Oder über den QR-Code

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

## DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNG

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

**Fr. 4.7.2025 (14.30 - 17 Uhr)**
Teilnahmegebühr:
€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern
**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

**Ansprechpartnerin:**
Dr. Rita Trettin,
praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder: www.datenschutz.neurologiewinterhude.de
Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können.

## WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

**Angst- und Zwangsstörungen**
Ursachen - Diagnostik - Therapieoptionen
**Mi. 18.6.2025 (18 -22 Uhr)**

**Bewegung – der perfekte Stressabbau**
Couch vs. Sport – der große Unterschied
**Mi. 17.9.2025 (18 -22 Uhr)**

**Alkoholabhängigkeit und Epilepse**
Zusammenhänge – therapeutisches Vorgehen – differentialdiagnostische Besonderheiten
**Mi. 19.11.2025 (18 -22 Uhr)**
**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

**Ansprechpartnerin:**
Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

## FORTBILDUNGSAKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

**Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte**
**Aktuelle Infos:**
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

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

## Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2025!

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

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

*www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html*

**Fortbildungsveranstaltung**
**Wir lotsen Sie durchs KV-System!**

# So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

**Information und Austausch in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**

**Mi. 18.6.2025 (14 - 18 Uhr)**
**Mi. 10.9.2025 (14 - 18 Uhr)**
**5 FORTBILDUNGSPUNKTE**

Anmeldung: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen
Oder über den QR-Code
Wir freuen uns auf Sie!

## Kurze Info gefällig?

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

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

**040 22 802 802**

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