

KVH journal



ePAPER

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

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

WENIGER GELD BEDEUTET WENIGER LEISTUNGEN

KV Hamburg warnt vor Erosion der Versorgung



NEUE CHRONIKER-PAUSCHALE
Chancen und Herausforderungen

DMP-ABRECHNUNG
So sichern Sie Ihr Honorar

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 5/2026 (Mai 2026)



PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

Das Layout der elektronischen Ausgabe macht sich flexibel an alle Endgeräte an. Damit können Sie das KVH-Journal auch auf dem Smartphone oder Tablet lesen.



www.blauer-engel.de/uz195

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Jeder muss seinen Beitrag leisten, um die GKV zu sanieren – sagt Bundesgesundheitsministerin Nina Warken. Das finde ich nachvollziehbar. Doch den Vertragsärztinnen und -ärzten wurde durch die jahrzehntelange Budgetierung bereits ein massiver Sparbeitrag abverlangt. Nun sollte sich die Regierung mal an die eigene Nase fassen: Denn der Staat ist der größte Schuldner der GKV.

Würde insbesondere die Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbeziehenden vollständig aus Steuermitteln bezahlt, wäre das für 2027 prognostizierte Minus der GKV sofort ausgeglichen – und wir hätten über Jahre hinaus ein solides Finanzpolster.

Die dafür anfallenden Zusatzausgaben könnte der Staat über Tabaksteuern, Alkoholsteuern und eine Besteuerung von zuckerhaltigen Getränken wieder hereinholen. Das würde die finanziellen Lasten einigermaßen gerecht verteilen.

Machen wir uns nichts vor: Die Rücknahme der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen brächte eine für Patientinnen und Patienten deutlich spürbare Einschränkung der Versorgung mit sich. Die Aussage, es habe durch das TSVG kein Mehr an Leistung gegeben, ist schlicht falsch. Es gab und gibt zusätzlich fünf Sprechstunden pro Woche, und das von jeder Ärztin, jedem Arzt, jeder Psychotherapeutin und jedem Psychotherapeuten. Keiner arbeitet gerne umsonst.

Und es ist völlig absurd, über eine Budgetierung der Psychotherapie zu diskutieren, nachdem die Honorare für psychotherapeutische Leistungen gerade erst um 4,5 Prozent gekürzt wurden. Welche Botschaft soll den GKV-Versicherten damit gesendet werden? Zahlt Eure Psychotherapie gefälligst aus eigener Tasche? Oder wartet so lange, bis Ihr ein Fall für die stationäre Versorgung werdet?

Eine Budgetierung der Honorare ist auch eine Budgetierung der Leistungen – so viel Ehrlichkeit darf sein. Die Finanzkommission Gesundheit hat eine große Liste mit möglichen Sparmaßnahmen vorgelegt. Noch ist nichts entschieden. Die Reform kann schrecklich schiefgehen – doch wenn die richtigen Maßnahmen umgesetzt werden, kann sie ein Erfolg werden.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06_** Weniger Geld bedeutet weniger Leistungen!
von Dr. Michael Reusch
- 10_** Kürzen, begrenzen, kaputtsparen
von Dr. Björn Parey
- 12_** Frontalangriff auf die psychotherapeutische Versorgung
von Dr. Johannes Frey
- 15_** Pressekonferenz: KV Hamburg warnt vor den Folgen der drohenden Sparpolitik

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten
- 18_** Hausärzte: Neue Versorgungspauschale für Chroniker

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.

- 22_** DMP-Abrechnung: So sichern Sie Ihr Honorar
- 24_** Honorar: Beratungsangebot für Neu-Mitglieder
- 25_** Formularcenter: Abwesenheiten und Vertretungen online melden
- 26_** Korrektur zum Artikel "Einweisung und Überweisung"

FORUM

- 27_** Qplus Alter: Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben im Alter

SELBSTVERWALTUNG

- 37_** Steckbrief:
Dr. Döndü Yakisan



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 28_** Sensoren zur Sturzprävention und Sturzerkennung

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 34_** Wer nimmt mich eigentlich ernst?
von Dr. Christine Löber

TERMINKALENDER

- 38_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 9: Felix Faller/Alinea; Seite 11: Kirsten Haarmann; Seite 13: Marco Grundt; Seite 15: Michael Zapf; Seite 24: Wasan/Stock.Adobe.com; Seite 38: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON DR. MICHAEL REUSCH

Weniger Geld bedeutet weniger Leistungen!

Wir brauchen eine offene Debatte: Wie viel Medizin wollen wir haben? Und was darf sie kosten? Unser ambulantes System gehört zu den besten der Welt – doch ohne realistische Erwartungen und angemessene Finanzierung droht eine Erosion der Versorgung.

Über 30 Jahre sind ins Land gegangen, seit ich mich in Hamburg niedergelassen habe. Ich bin 1993 während einer der großen Krisen des Gesundheitswesens ins ambulante System gekommen. Es war die Zeit der „Kostenexplosion“, und Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer führte die Budgetierung der vertragsärztlichen Honorare ein – als „vorübergehende Maßnahme“, wie es damals hieß.

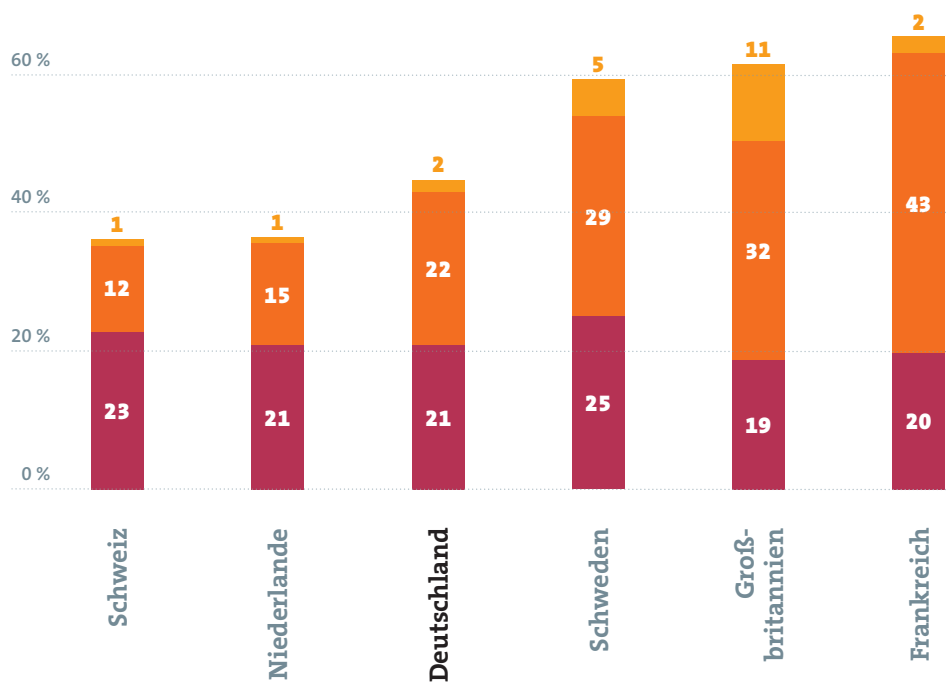
Und heute? Budgets, insbesondere auch im fachärztlichen Bereich gibt es noch immer. Die Rebudgetierung entbudgetierter Leistungen wird von den Krankenkassen offensiv gefordert. Wieder sollen die Ausgaben der GKV reduziert werden. Und wieder klagen wir über die Unzuverlässigkeit der Gesundheitspolitik, weil wir nicht wissen, welche Rahmenbedingungen für unsere Praxen künftig gelten werden.

Wir versorgen die Stadt Hamburg heute mit der gleichen Anzahl ärztlicher Vollzeitäquivalente wie vor 30 Jahren. Dabei gab es enorme medizinische Innovationen, bessere Verfahren wurden entwickelt, neue OP-Techniken, wirksamere Medikamente stehen zur Verfügung. Viele Erkrankungen, die früher in den Krankenhäusern behandelt wurden, versorgen wir ganz selbstverständlich in den Praxen. Wir

Wartezeit für Termin beim Spezialisten

Deutschland gehört zu den Ländern mit den kürzesten Wartezeiten für fachärztliche Behandlungen. Etwa 54 Prozent der befragten Patienten in Deutschland erhielten innerhalb von weniger als einem Monat einen Termin beim Spezialisten. Zum Vergleich: In Frankreich waren es nur 35 Prozent.

■ 1 Monat bis < 2 Monate
 ■ 2 Monate bis < 1 Jahr
 ■ 1 Jahr oder länger



Quelle: Commonwealth Fund 2023, International Health Policy Survey; OECD, Health at a Glance 2025, Seite 111

machen fortschrittlichste Medizin mit derselben Grundausstattung. Das ist sensationell. Eigentlich verdient dieses ambulante Versorgungssystem, das wir hier gemeinsam betreiben, ein hohes Lob. Es hat sich als erstaunlich leistungsfähig erwiesen.

Im politischen Raum jedoch hat sich die Überzeugung verfestigt, das deutsche Gesundheitssystem sei zwar teuer, liefere aber nur mittelmäßige Ergebnisse. Woran

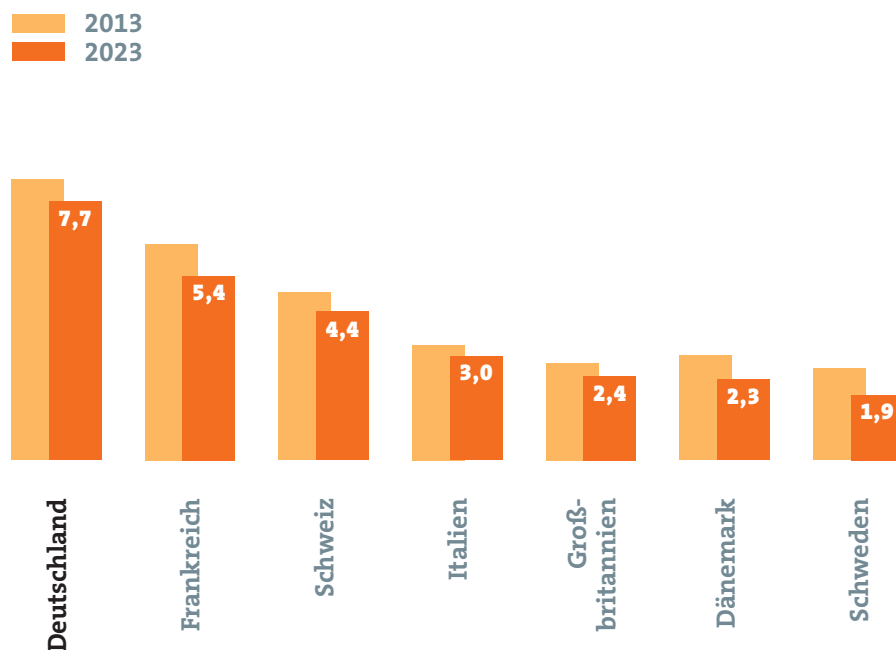
misst sich diese Mittelmäßigkeit? An der Lebenserwartung. Da muss ich sagen: Diese Messgröße ist willkürlich, und sie ist falsch. Warum? Die deutsche Bevölkerung pflegt einen Lebensstil, der ungewöhnlich ist: Rauchen, Trinken, Zucker – das sind die großen „Killer“. Verglichen mit anderen westeuropäischen Gesellschaften sind wir beinahe Spitzenreiter, wenn es um ungesunden Konsum geht. Diese Folgen können wir

mit Medizin zwar abmildern, aber nicht ausgleichen.

Die Impulse zur Verhaltensveränderung müssen von der Politik gesetzt werden. Schweden beispielsweise hat die Raucherquote unter fünf Prozent gedrückt, und das schon seit langer Zeit. Wir alle wissen, wie teuer der Alkohol im skandinavischen Bereich ist. Die hohe Besteuerung von ungesundem Konsum hat zu positiven Effekten bei der Morbidität geführt.

Anzahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner

Deutschland leistet sich 7,7 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner. Zum Vergleich: Die Schweiz hat 4,4, und Schweden nur 1,9 Betten pro 1000 Einwohner.



Quelle: OECD Health Statistics 2025; OECD, Health at a Glance 2025, Seite 117

Insofern kann ich allen Kolleginnen und Kollegen nur empfehlen, sich für eine höhere Steuer auf Tabak, Alkohol und Zucker einzusetzen. Die dabei eingenommenen Gelder sollten gezielt dem Gesundheitssystem zugutekommen. Damit würde ein Stück weit ausgeglichen, was ein Teil der Bevölkerung diesem System durch sein Konsumverhalten aufbürdet.

Wie schneidet unser Gesundheitssystem im internationalen Vergleich ab? In den meisten Ländern um uns herum herrscht eine ausgesprochene Mangelversorgung. Fast nirgends kommen

Patienten so einfach an neue Hüften, Katarakt-Operationen oder Zahnersatz wie in Deutschland. Für alle Bereiche der Medizin gilt: Ein derart hohes Leistungsniveau und eine derart niedrigschwellige Zugänglichkeit für alle Bevölkerungsgruppen wie in Deutschland findet man in kaum einem anderen Land der Welt.

Es gibt hierzulande allerdings fast acht Krankenhausbetten pro 1000 Einwohnern (siehe Grafik oben). Das sind deutlich mehr als beispielsweise in der Schweiz mit 4,4 Betten oder in Schweden mit knapp zwei Betten. Ich gehe davon

aus, dass man auch in der Schweiz eine gute, stationäre Versorgung bekommt, wenn man sie benötigt.

Wir müssen eine ehrliche Diskussion darüber führen: Wie viel Medizin wollen wir als Gesellschaft haben? Wie viel wollen wir uns leisten? Doch selbst im Vorfeld einer so großen Reform wie der Umstrukturierung des stationären Bereichs gab es keine Definition der Zielpunkte: Wollen wir sechs Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner? Fünf? Zwei? Welche Kriterien ziehen wir heran?

In Bezug auf die ambulante Versorgung ist der gesundheits-

politische Diskurs geprägt von Klagen über zu wenige Termine und lange Wartezeiten. Doch im internationalen Vergleich steht Deutschland gut da. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Facharzttermin in Deutschland lag im Jahr 2024 bei 36 Tagen. Selbstverständlich sollten die Wartezeiten kurz sein, wenn es dringlich ist. Aber nicht jeder Fall muss sofort versorgt werden. Notfälle und akute Beschwerden werden sofort behandelt (nicht zuletzt auch durch das TSVG).

Nach einer aktuellen Befragung von 2025 durch die AOK finden mehr als 50 Prozent der Patienten innerhalb von drei Wochen fachärztliche Versorgung. In Europa liegt Deutschland im Spitzfeld, bei höherer Morbidität und deutlich umfangreicherer Versorgung (vgl. Grafik Seite 7). Die jetzt politisch geforderte fachärztliche Versorgung von Patientinnen und Patienten innerhalb von drei Wochen (Lauterbach) ist völlig unrealistisch und populistisch.

Seit vor über 30 Jahren die Seehofer-Gesetze erlassen wurden, bekommen wir weniger Leistungen bezahlt, als wir erbringen. Mit den TSVG-Regelungen wurden einige kleine Teilbereiche entbudgetiert, die Zahl der Sprechstunden auf 25 erhöht, um zusätzliche Anreize für Facharztpraxen zur schnellen Terminvergabe zu schaffen. In Hamburg ist das ein Erfolgsmodell. Die Praxen haben sich auf eine höhere Anzahl an GKV-Sprechstunden eingestellt, mehr Personal beschäftigt, die Strukturen ausgebaut.

Die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken eingesetzte Expertenkommission schlägt nun massive Kürzungen im fachärztlichen Bereich vor. Die Kommission empfiehlt eine vollständige Rücknahme der TSVG-Vergütungsregelungen – allerdings nicht der damit verbundenen Leistungen. Offene Sprechstunden und Vermittlung über die TSS soll es weiterhin geben. Der eklatante Wortbruch überrascht nicht mehr.

Vor einer Umsetzung dieser Vorschläge kann ich nur warnen. Es wäre ein harter Schlag für die fachärztlichen Praxen. Die Honorareinbußen würden zu einer drastischen Verminderung der Versorgung und zu einer deutlichen Einschränkung des Terminangebots führen. Weniger Geld bedeutet weniger Leistungen – darüber sollte man sich im Klaren sein. In Hamburg werden dann viele Termine wegfallen.

Viele Bürgerinnen und Bürger scheinen das realistischer einzuschätzen als tonangebende gesundheitspolitische Akteure. In einer Umfrage der KBV äußerten etwa 60 Prozent der Befragten die Sorge, dass es bei einem Wegfall finanzieller Anreize schwerer wird, auch in dringenden Fällen Facharzttermine zu bekommen. Eine Mehrheit befürwortet die Beibehaltung der TSVG-Vergütungsregeln zur schnellen Terminvergabe.

Spätestens wenn ein Primärversorgungs-/Primärarztsystem eingeführt wird, muss das fachärztliche Honorar vollständig entbudgetiert werden. Mit der Budgetierung wird ja implizit unterstellt, dass eine

Ausweitung ärztlicher Leistungen unterbunden werden muss. Doch im Primärarztsystem überweist der Hausarzt gezielt an den Facharzt, die Notwendigkeit der fachärztlichen Leistung ist bereits medizinisch festgestellt. Damit entfällt jedwede Rechtfertigung für eine Budgetierung. Eine fachärztliche Termingarantie kann es nur mit einer Vergütungsgarantie geben.

Vor über 30 Jahren haben wir eine große Protestveranstaltung im Haus der KV Hamburg organisiert, weil wir nicht wussten, wie es weitergeht. Seither gab es immer wieder Ärzteproteste, die durchaus erfolgreich waren und Schlimmeres verhindert haben. Derzeit sieht es so aus, als müssten wir uns ein weiteres Mal auf eine harte Auseinandersetzung mit Krankenkassen und Politik einstellen. Ohne Verlässlichkeit gerade auch in Vergütungsfragen ist es unserem Nachwuchs nicht anzuraten, persönliche finanzielle Verantwortung in diesem System zu übernehmen. ■



DR. MICHAEL REUSCH ist Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Hamburg-Niendorf und Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg

VON DR. BJÖRN PAREY

Kürzen, begrenzen, kaputtsparen

Die Krankenkassen treiben ihre Sparpolitik voran und nehmen die ambulante Versorgung ins Visier. Doch diese Rechnung wird nicht aufgehen: Wer an der falschen Stelle spart, riskiert Engpässe, längere Wartezeiten und steigende Kosten im Gesamtsystem.

Bei der Kürzung der Psychotherapie-Honorare haben sich die Krankenkassen vorerst durchgesetzt. Nun stehen weitere Forderungen im Raum: Die Regelungen für eine schnelle Terminvermittlung aus dem TSVG sollen abgeschafft werden. Es soll eine stärkere Bereinigung der MGV bei den Kinderärzten geben – und eine Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der EGV insgesamt. Das alles gehört zusammen. Es sind Versatzstücke derselben Strategie, die auf schnelle Erfolge bei der Reduzierung der GKV-Ausgaben abzielt.

Gleichzeitig werden die Ansprüche nach oben geschraubt. Im kommenden Primärarztsystem sollen die Hausärztinnen und

kassen und Gesundheitswissenschaftler werden nicht ernsthaft davon ausgehen, dass es möglich sein wird, denselben Leistungsumfang mit reduzierten Honoraren aufrecht zu erhalten. Oder sogar mehr Leistungen für weniger Geld zu erbringen.

Angesichts dieser irritierenden Widersprüchlichkeiten stellen sich mir vier Fragen:

Erstens. Die Ausgaben der GKV steigen seit Jahren deutlich – allerdings nicht gleichmäßig, sondern besonders stark in einigen Bereichen. Der größte und am schnellsten wachsende Bereich ist die stationäre Versorgung. Hier gibt es ein Wachstum von knapp zehn Prozent

Zweitens. Immer wieder heißt es: Alle Bereiche des Gesundheitssystems müssen sich an den Sparbemühungen beteiligen. Ich möchte daran erinnern, dass die haus- und kinderärztlichen Leistungen bis vor kurzem nicht vollständig bezahlt wurden – und die Budgetierung im fachärztlichen Bereich noch immer nicht aufgehoben ist. Die Budgetierung ist aber nur ein Aspekt. Hinzu kommt, dass der Orientierungspunktwert für die vertragsärztlichen Leistungen inflationsbereinigt stark abgesackt ist (KVH-Journal 7-8/205, Seite 12). Die Inflation betrug in den vergangenen zehn Jahren 26,9 Prozent. Angestellte in Krankenhäusern, Krankenkassen und anderen gesellschaftlichen Bereichen – sie alle haben Steigerungen mindestens in Inflationshöhe erhalten. Doch der Orientierungspunktwert für die ambulante Versorgung stieg im gleichen Zeitraum lediglich um 15,6 Prozent. Das bedeutet: De facto wurden unsere Honorare auf kalte Weise um 11,3 Prozent reduziert. Dabei muss man bedenken, dass ein Umsatzrückgang im betriebswirtschaftlichen Gefüge einer Praxis massive Auswirkungen auf den Gewinn hat. Wenn der Kostenanteil für Personal, Räumlichkeiten und Energie gleichbleibt,

Inflationsbereinigt wurden unsere Honorare in den vergangenen zehn Jahren um 11,3 Prozent reduziert.

Hausärzte zusätzliche Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben übernehmen.

Und es gibt den Wunsch nach kürzeren Wartezeiten und zusätzlichen Terminen im Bereich der fachärztlichen Versorgung. Wie passt das zusammen? Kranken-

pro Jahr. Es wäre viel gewonnen, wenn es gelänge, die ungebremste Wachstumsdynamik im Krankenhausbereich zu stoppen. Warum konzentrieren sich die Krankenkassen nicht auf die größten Kostentreiber im System, wenn es darum geht, Geld einzusparen?

führt der Umsatzrückgang zu einem Gewinnrückgang von etwa 22 Prozent. Gibt es einen Bereich im Gesundheitswesen, dem ein noch größerer Sparbeitrag abverlangt wurde?

Drittens. Der ambulante Bereich versorgt 97 Prozent aller Fälle, löst aber nur 16 Prozent der GKV-Ausgaben aus. Es stimmt schon: Dass die Krankenhaus-Versorgung wesentlich kostenintensiver ist, liegt in der Natur der Sache. Doch Schätzungen zufolge könnten weitere 20 Prozent der stationären Fälle ambulant erledigt werden. Ein identischer Eingriff kostet im Krankenhaus oft drei- bis zehnmal so viel wie im ambulanten Bereich. Hier liegen riesige Einsparpotenziale. Wie kommen die Krankenkassen auf die Idee, sie könnten Geld sparen, indem sie die ambulante Versorgung schwächen?

Viertens. Wir sollten ehrlich sein: Eine Kürzung der vertragsärztlichen Honorare wird zu einer Reduzierung der Leistungsmenge führen. Was passiert, wenn in Zukunft weniger Hausarzt-Termine und weniger Facharzt-Termine zur Verfügung stehen? Der Zugang zur medizinischen Versorgung wird schwieriger werden. Ein Teil der Patientinnen und Patienten muss dann im Kran-

kenhaus behandelt werden, was die Versorgung um ein Vielfaches teurer macht. Betten und spezialisierte Infrastruktur werden durch leichte Fälle blockiert. Personal wird falsch eingesetzt. Es gibt längere Wartezeiten für alle Patientinnen und Patienten, auch für schwere Fälle. Wäre es vor diesem Hintergrund nicht eher sinnvoll, Geld in die Hand zu nehmen und im großen Stil in die ambulante Versorgung zu investieren? Jeder investierte Euro wird ein Vielfaches im Gesamtsystem einsparen. Wir müssen aufhören, jeden Teil der Gesundheitsversorgung separat zu betrachten. Geld lässt sich nur einsparen, wenn wir das Gesundheitssystem als komplexes Gefüge verstehen.

Wir befürworten eine verbindliche Patientensteuerung durch die Hausärztinnen und Hausärzte. Ein Primararztssystem macht unser Gesundheitswesen effizienter. Doch wenn wir Hausärztinnen und Hausärzte zusätzliche Koordinationsaufgaben übernehmen und dafür sorgen, dass unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden, muss das zusätzlich vergütet werden.

Es geht nicht nur um unsere Honorare. Finanziell werden wir

Ärztinnen und Ärzte schon über die Runden kommen, da habe ich keine Bedenken. Es geht um die Versorgung der Bevölkerung. Ich mache mir mittlerweile wirklich Gedanken: Wie sieht es in zehn Jahren aus, wenn ich in Rente gehe? Gibt es dann überhaupt noch Hausärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten, die bereit sind, mich zu versorgen? Die Sparpläne der Krankenkassen sind kurzsichtig und setzen an der falschen Stelle an. Wir haben die Verpflichtung, darauf hinzuweisen, dass unser erfolgreiches, mittelständisch geprägtes Gesundheitssystem durch falsche Weichenstellungen massiv gefährdet wird. ■



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

VON DR. JOHANNES FREY

Frontalangriff auf die psychotherapeutische Versorgung

Während der Bedarf an Psychotherapie steigt, wird das dafür gezahlte Honorar um 4,5 Prozent gekürzt. Das richtet gesellschaftlichen Schaden an – und lässt befürchten, dass weitere irrationale Entscheidungen bevorstehen.

Am 11. März 2026 entschied der Erweiterte Bewertungsausschuss über die künftige Vergütung psychotherapeutischer Leistungen. Kurz darauf war es überall zu lesen, zu hören und zu sehen: in der Presse, in den sozialen Medien und in Petitionen. Der Aufschrei der Gesellschaft war beeindruckend. Am ersten Wochenende nach der Entscheidung kamen spontan 500 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu einer Kundgebung in der Hamburger Innenstadt. KBV und Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) kündigten an, gegen den Beschluss zu klagen. Am Samstag, den 28. März 2026, fand ein bundesweiter Protesttag statt, der von allen relevanten Verbänden und Organisationen mitgetragen wurde.

Es geht um folgende Zahl: 4,5 Prozent. Diese 4,5 Prozent wurden vom Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses festgelegt. In Anbetracht der steigenden Kosten und der berechtigten Lohnsteigerungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen wäre dies als Erhöhung der psychotherapeutischen Honorare sicher nicht zufriedenstellend gewesen. Doch es wäre ein Kompromiss gewesen, den man angesichts der finanziellen Herausforderungen unseres Landes hätte

verstehen können. Aber nein: Das Honorar aller Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde nicht um 4,5 Prozent angehoben. Es wurde um 4,5 Prozent gekürzt. Pauschal! Über alle Leistungen! Das heißt: Wir sind neun Prozent von einem für uns einigermaßen akzeptablen Kompromiss entfernt.

Der Ansatz, den die Krankenkassen für ihre Argumentation gewählt haben, ist abenteuerlich: Nach gängiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) muss eine maximal ausgelastete psychotherapeutische Praxis mindestens den durchschnittlichen Ertrag von unterdurchschnittlich verdienenden Facharztgruppen erwirtschaften können. Die Kassen haben diese Mindestgrenze nun in eine Obergrenze uminterpretiert: Die Vertragspsychotherapeut:innen hätten mit ihren Honoraren diese Grenze überschritten – deshalb müsse nun gekürzt werden. Und dann wurden die psychotherapeutischen Honorare mit den Einnahmen der Facharztgruppen aus dem Jahr 2024 verglichen – obwohl der Orientierungspunktwert seither um 6,8 Prozent gestiegen ist. Das gleicht einem Taschenspieler-Trick.

Das System arbeitet übrigens mit erstaunlicher Geschwindigkeit, wenn es um eine Honorarkürzung

geht: Vom Beschluss bis zur Umsetzung – das war innerhalb von zwei Wochen erledigt. Ich finde das beeindruckend, wenn man bedenkt, wie lange es beispielsweise gedauert hat, die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen umzusetzen.

Die massive Kürzung der psychotherapeutischen Honorare geht zu Lasten der Versorgung, der Patient:innen und unserer Berufsgruppe. Sie spart auf dem Papier etwa 0,05 Prozent der Ausgaben im Gesundheitssystem ein.

Warum sage ich „auf dem Papier“? Weil durch die Honorarkürzung und die fehlende psychotherapeutische Versorgung in Wahrheit ein Vielfaches an Kosten entstehen wird. Ohne notwendige psychotherapeutische Behandlung werden Patient:innen chronisch krank. Sie werden akut in Kliniken aufgenommen. Einige von ihnen werden letztendlich frühverrentet. Ob das Rentensystem das gut verkraften kann, sollte man prüfen.

Doch mit diesem Entschluss soll vermutlich gar nicht gespart werden. Es ist ein politisches Signal! Eine politische Richtung, die eingeschlagen wird. Eine Entscheidung gegen psychische Gesundheit. Denn diese Absenkung der Vergütung wurde nicht aus einer stabilen Versorgungssituation heraus be-

geschlossen. Im Gegenteil: Die Nachfrage nach psychotherapeutischer Leistung steigt seit Jahren. Viele Patientinnen und Patienten warten viele Monate auf einen Therapieplatz. Besonders schlimm ist dies für betroffene Kinder und Jugendliche.

Und genau in dieser Situation entscheidet man sich, die Vergütung zu kürzen. Man könnte fast meinen, die ambulante psychotherapeutische Versorgung solle nicht, wie dringend notwendig und mehrfach angekündigt, endlich verbessert werden, sondern sie soll bewusst geschwächt werden.

Im SGB V Paragraf 39 ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ definiert. Dies bedeutet nicht: Ambulant wäre zwar besser, aber

stationär ist auch möglich. Hier gibt es eine sehr klare Definition: Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung erreicht werden kann. Das Gesetz ist hier eindeutig, und das aus gutem Grund: Ambulante Versorgung ist wohnortnah, effizient und in der Regel kostengünstiger als eine stationäre Behandlung. Wer die ambulante Versorgung schwächt, handelt gegen diesen Grundsatz im Gesetz. So wird aus „ambulant vor stationär“ schleichend ein „stationär, weil ambulant nicht mehr funktioniert“. Wenn dies politisch gewollt ist, dann sollte man es offenlegen, um darüber diskutieren zu können.

Was aber nicht geht, ist, die psychotherapeutische Versorgung anzugreifen unter dem Vorwand, Ausgaben zu sparen. Die Krankenkassen wissen, dass Honorarkürzungen zeitnah höhere Kosten produzieren werden.

Wichtige Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie verdanken wir einer von der TK finanzierten Langzeitstudie. Von 2005 bis 2009 nahmen knapp 400 Psychotherapeuten und über 1.700 Patienten in Westfalen-Lippe, Hessen und Südbaden an einem Modellprojekt teil. Patient:innen und Psychotherapeut:innen bewerteten die Erfolge der Psychotherapie während, am Ende und ein Jahr nach der Behandlung.

Die Studie zeigte: Psychotherapie ist nachhaltig wirksam. Die erreichten Verbesserungen bestehen auch ein Jahr nach Beendigung der Psychotherapie fort oder bauen sich sogar weiter aus. Jeder Euro, der in eine Psychotherapie investiert wird, führt innerhalb eines Jahres zu einer gesamtgesellschaftlichen Einsparung von zwei bis vier Euro, weil die Patient:innen wieder arbeitsfähig werden oder ihre Arbeitsproduktivität nicht mehr eingeschränkt ist. Davon profitieren auch die Krankenkassen – durch geringere Ausgaben beim Krankengeld und höhere Beiträge der Versicherten in einem regulären Arbeitsverhältnis. Interessant wäre es hier sicher auch, zu untersuchen, wieviel weiteres

Wie arbeitet der Erweiterte Bewertungsausschuss?

Wesentliche Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung werden vom Bewertungsausschuss erstellt und weiterentwickelt. Das Gremium ist paritätisch besetzt mit Vertretern der KBV und der Krankenkassen. Können sich die Mitglieder nicht einig, wird als Schiedsgremium der Erweiterte Bewertungsausschuss einberufen. Dabei wird der Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mit-

glieder erweitert. Im Erweiterten Bewertungsausschuss ist keine Einigung nötig – es reicht eine Mehrheitsentscheidung. Im Fall der Kürzung der Psychotherapie-Honorare ist die Entscheidung gegen die Stimmen der KBV gefallen.

Der Ausschuss ist Teil der Selbstverwaltung. Doch das Bundesgesundheitsministerium hat die Rechtsaufsicht. Es kann Beschlüsse mit Auflagen versehen oder beanstanden.

Warum KV-Mitglieder nicht streiken dürfen

Dass Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeuten nicht streiken dürfen, steht zwar nicht ausdrücklich im Gesetz, ergibt sich aber aus dem System der GKV – und wurde durch die Rechtsprechung bestätigt.

Übernahme eines Versorgungsauftrags

Die KV-Mitglieder sind in ein öffentlich-rechtliches Versorgungssystem eingebunden. Sie haben Zugang zum GKV-Bereich. Gleichzeitig übernehmen sie einen Versorgungsauftrag, den sie erfüllen müssen – auch in Konfliktsituationen. Das Bundessozialgericht (30.11.2016 - Az. B 6 KA 38/15 R) und das Bundesverfassungsgericht (25.10.2019 - Az. 1 BvR 887/17) haben diesen Grundsatz bestätigt. Demnach sind Arbeitskampfmaßnahmen

wie ein Streik mit dem Vertragsarztrecht nicht vereinbar.

Was ist die „Gegenleistung“?

Als Ausgleich dafür werden der vertragsärztlichen Selbstverwaltung weitreichende (durch gesetzliche Vorgaben eingeschränkte) Entscheidungsbefugnisse innerhalb des Systems übertragen. Es gibt ein strukturiertes Verfahren zur Interessenvertretung und Konfliktlösung. Die Vergütung wird kollektiv zwischen den KVen und Krankenkassen ausgehandelt. Kommt keine Einigung zustande, entscheiden Schiedsgremien. Die Ergebnisse können gerichtlich überprüft werden.

Konflikte werden also nicht durch Arbeitskampf gelöst, sondern durch ein geregeltes Verhandlungs- und Schlichtungssystem. *mn*

Bereich zurückzunehmen, die nach viel Hin und Her gerade erst umgesetzt wurde. Im fachärztlichen Bereich sollen die TSVG-Regeln zurückgenommen werden, was gerade in Hamburg massive Auswirkungen auf die Versorgung haben würde. Die Wartezeiten für Facharzttermine würden deutlich länger werden. Teure Behandlungen im Krankenhaus würden zunehmen.

Wir stehen also vielleicht am Anfang einer Entwicklung, der wir uns gemeinsam widersetzen sollten. Die Psychotherapeut:innen wurden massiv getroffen, künftig droht dies auch den Hausärzt:innen und den anderen Facharztgruppen. Wir werden nicht zulassen, dass die in der KV organisierten Fachgruppen gegeneinander ausgespielt werden.

Ein Gesundheitssystem kann ohne ambulante Versorgung nicht funktionieren. Wir wissen, wie gut und effizient die ambulante Versorgung in Deutschland arbeitet. Und wir werden dieses außergewöhnliche leistungsstarke ambulante Gesundheitssystem verteidigen. ■

Einsparungspotential in den weiteren Jahren besteht.

Es ist mir ein Rätsel, warum die Krankenkassen die in ihrem eigenen Auftrag erhobenen Daten ignorieren. Die Honorarkürzungen laufen gegen die Interessen der Kassen, denn diese werden die Auswirkungen der Honorarkürzungen in Form höherer Kosten zu spüren bekommen. Zu diesem irrationalen Verhalten passt die Weigerung von Politik und Krankenkassen, die Weiterbildung von Psychotherapeut:innen zu finanzieren. Ohne Nachwuchs kann die ambulante psychotherapeutische Versorgung langfristig nicht aufrechterhalten werden.

Die Verantwortung liegt nicht nur bei den Krankenkassen, die

sich ihrer Pflicht zur Finanzierung der Versorgung entziehen. Sie liegt auch bei der Politik. Oft hält sich die Politik bei diesen Themen zurück und verweist auf die gemeinsame Selbstverwaltung, in deren Entscheidungen sie sich nicht einmischen könne. Aber das ist falsch. Das Bundesgesundheitsministerium hat die Möglichkeit, im Sinne des öffentlichen Interesses einzugreifen. Tut sie dies nicht, hat das nichts mit Neutralität zu tun. Es ist eine bewusste politische Entscheidung.

Mit Kürzung der psychotherapeutischen Honorare wird möglicherweise ein Abbau der ambulanten Versorgung insgesamt eingeleitet. Es gibt Stimmen, die fordern, die Entbudgetierung im hausärztlichen



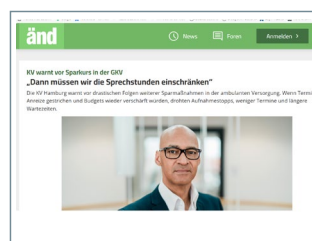
DR. JOHANNES FREY ist psychologischer Psychotherapeut in Eppendorf und stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg

Öffentlichkeitsarbeit der KV zur drohenden Sparpolitik

In einer Pressekonferenz und mit verschiedenen Pressemitteilungen warnte die KV Hamburg vor den Folgen der drohenden Sparpolitik in der ambulanten Versorgung.



Pressekonferenz am 12. März 2026: Orthopädin Dr. Anna-Katharina Doepfer, die Vertreterversammlungs-Vorsitzenden Dr. Björn Parey und Dr. Michael Reusch, der KV-Hamburg-Vorsitzende John Afful und Pressesprecher Dr. Jochen Kriens (von links nach rechts) informierten über mögliche Auswirkungen von Mittelkürzungen.



Die Pressearbeit der KV Hamburg stieß auf großes Interesse: Medizinische Fachdienste, lokale und überregionale Zeitungen, Fernsehsender und Agenturen berichteten.



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**

ABRECHNUNG

In unserer gynäkologischen Praxis kommt es gelegentlich vor, dass Transmänner (Personen mit weiblichen Geschlechtsorganen, aber männlichem Personenstand auf der elektronischen Gesundheitskarte) zur Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge erscheinen. Beim Anlegen des Abrechnungsscheins im Praxisverwaltungssystem (PVS) erhalten wir dann häufig Fehlermeldungen, weil die Leistung als „geschlechtsfremd“ erkannt wird. Wie kann diese Untersuchung korrekt abgerechnet werden?

Für solche Fälle sieht der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) die bundeseinheitliche Zusatzkennzeichnung GOP 88150 EBM vor. Dabei handelt es sich um eine Pseudoziffer, die speziell für die Abrechnung bei Trans- und intergeschlechtlichen Personen eingeführt wurde. Der Zweck der GOP 88150 EBM besteht darin, Leistungen abrechenbar zu machen, die im EBM an ein bestimmtes Geschlecht oder eine geschlechtsspezifische Altersgrenze gebunden sind, obwohl das tatsächlich vorhandene Organ medizinisch eine entsprechende Untersuchung erfordert. Ein typisches Beispiel ist die Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung bei einem Transmann mit männlichem Geschlechtseintrag auf der elektronischen Gesundheitskarte.

Damit die Abrechnung im PVS korrekt verarbeitet wird, sollten in der Regel drei Angaben erfolgen:

- Die eigentliche Leistungsziffer der Untersuchung (z. B. GOP 01761 EBM für die Zervixkarzinom-Früherkennung).
- Die GOP 88150 als Zusatzkennzeichnung im Behandlungsfall.
- Eine passende ICD-10-Diagnose, etwa ein Kode aus dem Bereich der Geschlechtsinkongruenz bzw. Transsexualität (z. B. F64.0), zur Begründung der geschlechtsabweichenden Leistung.

Durch diese zusätzlichen Kennzeichnungen erkennt das Abrechnungssystem, dass die formal „geschlechtsfremde“ Leistung medizinisch korrekt und daher abrechnungsfähig ist. Sonderfall: Ist auf der elektronischen Gesundheitskarte bereits der Geschlechtseintrag „X“ (unbestimmt) oder „D“ (divers) hinterlegt, ist die Kennzeichnung mit der 88150 nach Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Regel nicht erforderlich. In diesen Fällen behandeln die Abrechnungssysteme die Leistungen bereits geschlechtsneutral.

PSYCHOTHERAPIE

Muss ich eine Rezidivprophylaxe am Ende einer Therapie noch einmal gesondert von der Krankenkasse genehmigen lassen?

Nein, eine Rezidivprophylaxe kann nicht isoliert beantragt werden, da dies bereits im Antrag auf 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.

FRÜHERKENNUNG

Wenn ein Patient die gesetzliche Gesundheitsuntersuchung (GU 35) bereits vor Vollendung des 35. Lebensjahres, z. B. mit 34 Jahren, in Anspruch nimmt – ab wann darf die nächste Untersuchung durchgeführt werden?

Versicherte haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zum Ende des 35. Lebensjahres einmalig Anspruch auf eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung. Ab Vollendung des 35. Lebensjahres besteht anschließend alle drei Jahre ein Anspruch auf diese Untersuchung. Wird eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt, darf in den auf das Untersuchungsjahr folgenden zwei Kalenderjahren keine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt werden.

Wird also die Gesundheitsuntersuchung bereits mit 34 Jahren durchgeführt, kann die nächste Gesundheitsuntersuchung nach Ablauf von zwei Kalenderjahren in Anspruch genommen werden.

Die Fristenregelung steht dabei über der Altersgrenze, sodass sich der weitere Anspruch nicht am Erreichen des 35. Lebensjahres, sondern an dem Zeitpunkt der letzten Untersuchung orientiert.

TSS

Dürfen auch Psychotherapeuten Vermittlungscodes ausgeben, um Patienten an einen Psychiater weiterzuvermitteln?

Nein, die Überweisung an Fachärzte (via Muster 6) ist ausschließlich anderen Ärzten vorbehalten. Psychotherapeuten können somit keine

Vermittlungscodes zur Weitervermittlung an einen Psychiater oder an einen anderen Facharzt ausstellen.

Im Rahmen ihres Versorgungsauftrags besteht die Möglichkeit, die Patienten für eine Akutbehandlung oder Probatorik an einen weiteren Psychotherapeuten weiterzuleiten.

HEILMITTEL

Ein Patient bekam bereits eine Blanko-Folgeverordnung für Physiotherapie ausgestellt. Darf ich ihm eine weitere, dritte Blankoverordnung verordnen?

Eine Blankoverordnung ist ab dem Ausstellungsdatum für maximal 16 Wochen gültig. Innerhalb dieser Zeit müssen alle Behandlungen abgeschlossen sein.

Eine neue Blankoverordnung für dieselbe Diagnose kann erst nach Ablauf der 16 Wochen erneut ausgestellt werden.

Die neue Verordnung kann grundsätzlich ein bis zwei Wochen vor Ablauf der 16 Wochen ausgestellt werden (Behandlungsbeginn innerhalb von vier Wochen). Die physiotherapeutische Praxis darf die Behandlung darauf basierend jedoch erst nach Ende der 16-Wochen-Frist der vorherigen Verordnung starten und abrechnen.

Ausnahme andere Diagnose: Liegt hingegen eine andere Diagnose vor, handelt es sich um einen neuen Verordnungsfall. Hierbei kann unabhängig vom zeitlichen Abstand jederzeit eine neue Verordnung (Standard- oder Blankoverordnung) ausgestellt und die Behandlung parallel durchgeführt werden. ■

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



Hausärzte: Neue Versorgungspauschale für Chroniker

Die neue hausärztliche Versorgungspauschale für chronisch kranke Patienten kommt zum 1. Juli 2026.

Die Idee dahinter: Patienten, die wegen einer einzigen, stabilen chronischen Erkrankung regelmäßig ein bestimmtes Medikament erhalten und keinen intensiven Betreuungsbedarf haben, müssen nicht mehr zwingend jedes Quartal persönlich in der Praxis erscheinen. Stattdessen deckt die Versorgungspauschale zwei aufeinanderfolgende Quartale ab.

Für welche Patienten gilt die neue Pauschale?

Die GOP 03100 kann nur abgerechnet werden, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Alter: 18 bis 74 Jahre
- Nur eine der folgenden chronischen Erkrankungen liegt vor:
 - **Hypothyreose / Autoimmunthyreoiditis**
E03.0 Angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma, E03.1 Angeborene Hypothyreose ohne Struma, E03.4 Atrophie der Schilddrüse (erworben), E03.8 Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose, E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet, E06.3 Autoimmunthyreoiditis
 - **Hyperlipidämie / Fettstoffwechselstörung**
E78.0 Reine Hypercholesterinämie, E78.2 Gemischte Hyperlipidämie, E78.4 Sonstige Hyperlipidämien, E78.5 Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet, E78.6 Lipoproteinmangel, E78.8- Sonstige Störungen des Lipoprotein-stoffwechsels, E78.9 Störung des Lipoprotein-stoffwechsels, nicht näher bezeichnet
 - **Essentielle Hypertonie** I10.0- Benigne essentielle Hypertonie (ausgenommen:

ICD-10-GM I10.01), I10.00 Benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise, I10.9- Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet (ausgenommen: ICD-10-GM I10.91), I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: ohne Angabe einer hypertensiven Krise

• Idiopathische Gicht M10.0

- Kontinuierliche Arzneimitteltherapie mit nur einem verschreibungspflichtigen Medikament zu Lasten der GKV (Ausnahme: Zwei Einzelwirkstoffe, wenn ein entsprechendes Kombinationspräparat verfügbar ist)
- Kontinuierliche Betreuung: In den letzten vier Quartalen muss in mindestens drei Quartalen ein Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis stattgefunden haben, davon mindestens zwei persönlich (einer davon ggf. per Videosprechstunde)
- Kein Vorliegen weiterer chronischer Erkrankungen, die hausärztliche Behandlung erfordern

Bei Patienten mit mehr als einer lang andauernden chronischen Erkrankung oder mit mehreren Medikamenten für die betreffende Erkrankung ist die GOP 03100 nicht berechnungsfähig. Diese Patienten werden weiterhin über die bekannte Versichertenpauschale 03000 mit den Chronikerzuschlägen abgerechnet.

Bewertung der Versorgungspauschale

Altersgruppe	Bewertung
18 bis 53 Jahre	356 Punkte; 45,50 €
54 bis 74 Jahre	403 Punkte; 51,51 €

Die GOP 03100 ist höher bewertet als die Versichertenpauschale, die Chronikerpauschale und der Zuschlag für den Medikationsplan zusammen. Sie ist höchstens zweimal im Krankheitsfall und nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig. Die gesicherte ICD-10-GM-Diagnose muss dokumentiert werden.

Zuschlag bei intensivem Betreuungsbedarf (GOP 03110)

Stellt sich im Folgequartal heraus, dass ein Patient doch intensiveren Betreuungsbedarf hat, kann die Praxis den neuen Zuschlag GOP 03110 abrechnen. Dieser soll die Differenz zur regulären Versichertenpauschale mit Chronikerzuschlägen ausgleichen.

Altersgruppe	Punkte
18 bis 53 Jahre	152 Punkte; 19,43 €
54 bis 74 Jahre	173 Punkte; 22,11 €

Vorhaltepauschale bei Versorgungspauschale (GOP 03043–03048)

Analog zur bestehenden Vorhaltepauschale (GOP 03040) wird für Patienten mit Versorgungspauschale eine eigene Vorhaltepauschale GOP 03043 eingeführt, die von der KV automatisch zugesetzt wird.

GOP	Inhalt	Punkte
03043	Vorhaltepauschale zur GOP 03100	179 Punkte; 22,89 €
03044	Zuschlag bei 2 - 7 erfüllten Kriterien	14 Punkte; 1,79 €
03045	Zuschlag bei ≥ 8 erfüllten Kriterien	42 Punkte; 5,37 €
03046	Vorhaltepauschale im Folgequartal (zu GOP 03110)	77 Punkte; 9,84 €
03047	Zuschlag zu 03046 (analog 03044)	6 Punkte; 0,77 €
03048	Zuschlag zu 03046 (analog 03045)	18 Punkte; 2,30 €

Die Vorhaltepauschale 03043 unterliegt denselben Praxisgröße-Auf- und Abschlägen wie die GOP 03040. Bei weniger als 400 Fällen je Arzt erfolgt ein Abschlag von 18 Punkten, bei mehr als 1.200 Fällen ein Aufschlag von 13 Punkten. Praxen mit weniger als 10 Schutzimpfungen erhalten einen Abschlag von 40 Prozent (Ausnahme: diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen, Substitutionspraxen).

Wichtige Ausschlüsse und Besonderheiten

Die Versorgungspauschale bringt eine Reihe von Berechnungsausschlüssen mit sich, die Hausarztpraxen beachten müssen:

- Im Quartal der Abrechnung und im Folgequartal sind für denselben Patienten unter anderem die GOP 03000, 03030, 01600, 01601,

→ Fortsetzung nächste Seite



KRITIK VON KBV UND HAUSÄRZTINNE- UND HAUSÄRZTEVERBAND

Die neue Versorgungspauschale geht zurück auf eine gesetzliche Regelung, die der frühere Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach noch kurz vor seinem Ausscheiden aus dem Amt auf den Weg gebracht hatte. KBV und GKV-Spitzenverband einigten sich nach mehrmonatigen Beratungen im Bewertungsausschuss auf die Details.

„Eine Halbjahrespauschale für chronisch kranke Patienten, die nicht jedes Quartal den Hausarzt konsultieren müssen, ist grundsätzlich begrüßenswert“, sagte der stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Stephan Hofmeister. „Allerdings ist das Gesetz ausgesprochen schlecht gemacht. Es enthält Vorgaben, die nicht dem Versorgungsalltag entsprechen und deshalb nicht ohne Weiteres umsetzbar waren.“

Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband bezeichnet die neue Versorgungspauschale als „ein bürokratisches Konstrukt mit so engen Voraussetzungen, dass es für den Großteil der Chronikerversorgung schlicht keine Rolle spielt und die Praxen trotzdem mit zusätzlicher Bürokratie belastet.“

→ Fortsetzung

01610, 11301 sowie Kostenerstattungen nach 40091–40095 von derselben Praxis nicht berechnungsfähig.

- Ebenso ausgeschlossen: Leistungen der fachärztlichen Versorgung wie Onkologie-Vereinbarung, psychotherapeutische Leistungen (GOP 35111 ff., Abschnitt 35.2) und Leistungen der Abschnitte 30.5, 30.7 und 30.9 durch dieselbe Praxis (Ausnahme: versorgungsbereichsübergreifende BAG/MVZ, wenn fachärztliche Ärzte die Leistungen erbringen)

- Die GOP 03100 ist nicht neben Leistungen der Abschnitte 3.2.4 (geriatrisches Assessment), 3.2.5 (Palliativmedizin) und Kapitel 37 berechnungsfähig – mit der Ausnahme, dass der Palliativzuschlag 03371 im Folgequartal auch ohne GOP 03100 abrechenbar ist.

- Bei Videosprechstunden im Folgequartal gelten niedrigere Abschläge: nur 10 Prozent auf die GOP 03100 und 03110 (statt 20 Prozent bei der GOP 03000), aber 20 Prozent auf die zugehörigen Zuschläge.

- In fachgleichen Gemeinschaftspraxen/MVZ beträgt der Aufschlag 11 Prozent auf die GOP 03100 (statt 22,5 Prozent bei der GOP 03000).

Zusammenspiel mit den Chronikerzuschlägen

Wurde die GOP 03100 abgerechnet, gilt die kontinuierliche Behandlung für die Chronikerzuschläge (GOP 03220 ff.) als erfüllt, wenn die GOP 03100 zwei Quartale vor dem aktuellen Quartal berechnet wurde. Die Chronikerzuschläge 03220 und 03221 können im Quartal und Folgequartal der GOP 03100 nicht von einer anderen Praxis berechnet werden.

Was bedeutet das für Ihre Praxis?

Chancen:

- Weniger Patientenkontakte bei stabilen, unkomplizierten Chronikern – das schafft Kapazitäten für Patienten mit höherem Versorgungsbedarf.
- Die Pauschale deckt zwei Quartale ab – die Vergütung bleibt gesichert, auch wenn der Patient im Folgequartal nicht kommt.
- Vorhaltepauschale und Zuschläge werden ergänzend zugesetzt.

Herausforderungen:

- Die Voraussetzungen sind eng gefasst: Nur eine Erkrankung, nur ein Medikament, definierter Diagnosekatalog.
- Zahlreiche neue Berechnungsausschlüsse erfordern Anpassungen in der Abrechnungsoftware.
- Die GOP 03110 (Zuschlag bei doch bestehendem Betreuungsbedarf) ist auf 8 Prozent der 03100-Fälle begrenzt. ■

Ansprechpartner:
Mitgliederservice,
Tel: 040 / 22802 -802

mit
Gastreferentin
Prof. Jutta
Allmendinger

6. Veranstaltung der Reihe „Selbstverwaltung braucht uns Frauen“

Zwischen Erfahrung und Aufbruch: Frauen gestalten die Zukunft der Niederlassung

27. Mai 2026, 19:00 Uhr | KV Hamburg | Julius-Adam-Saal

Wie ticken die nachrückenden ärztlichen und psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen? Haben sie eine andere Einstellung zu Familie und Beruf als ihre Vorgänger:innen? Wie müssen die strukturellen Voraussetzungen für die ambulante Medizin und Psychotherapie angepasst werden, damit die jüngeren Generationen den Sprung in die Niederlassung oder die Anstellung im ambulanten Versorgungssystem wagen?

Wir möchten in unserer 6. Veranstaltung gemeinsam mit Vertreterinnen der Generationen Y und Z über dieses Thema sprechen und Perspektiven aufzeigen.

Impulsvortrag online: Weniger ist mehr. Tickt die Gen Z wirklich so anders?

Prof. Dr. h.c. Jutta Allmendinger, Ph.D., Professorin für Bildungssoziologie und Arbeitsmarktforschung an der Humboldt-Universität zu Berlin, Honorarprofessorin für Soziologie an der Freien Universität Berlin. U. a. Mitglied des Deutschen Ethikrates und des Wissenschaftsrates.

„Die Generation Z liebt die Hängematte, das dolce vita. Man arbeitet so viel wie denn eben nötig, und auch nur dann, wenn die Arbeit Sinn ergibt. Um Leistung und gesellschaftlichen Aufstieg geht es ihr nicht.“ Diese Beschreibung der ‚Jungen‘ ist das gängige Narrativ. Was aber sagt die Wissenschaft dazu? Meine Ausführungen werden zeigen, dass die Gen Z viel von uns Älteren gelernt hat. Sie bricht nicht mit den Einstellungen älterer Generationen, interpretiert sie aber neu.“

-  **Interview (Video) mit Medizinstudentin** Natalie Burgemeister
-  **Interview (Video) mit Psychotherapeutin in Ausbildung** (N.N.)

Podiumsdiskussion: Wie gelingt die Praxisübergabe an die nachfolgende Generation?

Dr. med. Claudia Haupt (Moderation, selbstständige Kinderärztin), Dr. med. Simone Müller (angestellte Kardiologin), Dr. med. Berit Löwnau (selbstständige Allgemeinmedizinerin), Marie Schwartz (angestellte psychologische Psychotherapeutin), Fides Rulfs (Psychotherapeutin in Ausbildung), Johanna Schadwinkel (ÄiW Allgemeinmedizin)

Wir freuen uns über Fragen und Anregungen und eine lebhafte Diskussion sowie den anschließenden Austausch bei Getränken und Snacks.

Anmeldung: www.kvhh.de
Jede und jeder ist willkommen!
Fortbildungspunkte beantragt





DMP-Abrechnung: So sichern Sie Ihr Honorar

Fehler in der Abrechnung von Disease-Management-Programmen führen immer wieder zu Widersprüchen der Krankenkassen – und zu Honorarkürzungen. Dieser Artikel zeigt, welche typischen Fallstricke es gibt und wie Sie diese vermeiden.

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Versorgungskonzepte für Menschen mit chronischen Erkrankungen, die sich an den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin orientieren.

Damit Sie DMP-Leistungen abrechnen können, müssen Sie als Ärzt:in über eine Genehmigung für das jeweilige DMP verfügen.

FEHLER NR. 1: Fehlende ICD-Codierung:

Um Leistungen für das DMP abrechnen zu können, muss eine gesicherte Diagnose vorliegen. Fehlt die gesicherte Diagnose, kann das zu Beanstandungen der Krankenkassen führen.

FEHLER NR. 2: Es liegt kein gültiger DMP-Fall vor

Bitte stellen Sie sicher, dass die Patient:in gültig in das entsprechende DMP eingeschrieben ist, bevor Sie mit der Abrechnung der DMP-Leistungen beginnen. Ohne gültige Einschreibung ist eine Abrechnung dieser Leistungen nicht möglich.

So funktioniert die Einschreibung: Die Ärzt:in und die Patient:in

müssen die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Erstdokumentation ausfüllen. Eine Patient:in gilt erst dann als eingeschrieben, wenn beide Dokumente vollständig und korrekt ausgefüllt bei der Datenstelle vorliegen.

FEHLER NR. 3: Es findet keine kontinuierliche Behandlung statt

Gelegentlich kommt es vor, dass Patient:innen in ein DMP eingeschrieben werden und dann eine kontinuierliche Behandlung ausbleibt. Es entstehen so genannte „Ein-Tages-Fälle“. Um diese Ein-Tages-Fälle zu vermeiden, prüfen Sie vor der Einschreibung, ob die Patient:in für das DMP geeignet ist und ob eine kontinuierliche Teilnahme wahrscheinlich ist. Andernfalls kann eine Beanstandung der Krankenkassen folgen.

FEHLER NR. 4: Fehlende Neu-Einschreibung bei Kassenwechsel

Wurde eine Patient:in bereits von einer anderen Praxis gültig in ein DMP eingeschrieben und wechselt dann in Ihre Praxis, muss die Patient:in nicht erneut eingeschrieben werden. Sie können mit der nächsten Folgedokumentation die Behandlung starten.

Bei einem Kassenwechsel muss die Patient:in allerdings neu eingeschrieben werden.

FEHLER NR. 5: Probleme mit der Datenübermittlung

Funktioniert die Datenübermittlung nicht einwandfrei, fällt dies in vielen Fällen nicht sofort auf und verursacht dann Probleme, wenn die Daten zu spät neu übermittelt werden sollen.

FEHLER NR. 6: Lose Folgedokumentation

Für die Patient:in liegt keine Erstdokumentation vor. Bitte schreiben Sie die Patient:in im nächsten Quartal neu ein.

FEHLER NR. 7: GOP stimmt nicht mit der bei der Datenstelle eingereichten Dokumentation überein

Achten Sie darauf, dass die abgerechnete Leistung mit der an die Datenstelle übermittelten Dokumentation übereinstimmt. Wenn Sie also zum Beispiel eine Folgedokumentation durchführen und übermitteln, rechnen Sie dazu die korrekte GOP über Ihr PVS ab.

FEHLER NR. 8: Die Fristen für die Dokumentation werden nicht eingehalten

Ihre Vergütung ist davon abhängig, dass die Dokumentation vollständig und fristgerecht bei der Datenstelle eingeht. Nach Ende des Dokumentationszeitraums hat die Praxis 52 Tage (10 Tage + 6 Wochen) Zeit, um die Dokumentation an die Datenstelle zu übermitteln. Der Dokumentationszeitraum kann ein oder zwei Quartale umfassen – je nachdem, welches Intervall zur Wiedervorstellung vereinbart wird.

Beispiel: Der Dokumentationszeitraum umfasst das Quartal 1/2026. Dieses endet am 31. März. Danach beginnt die 52-Tage-Frist. Die Dokumentation muss also bis zum 22. Mai übermittelt worden sein.

Fällt das Ende der 52-Tages-Frist auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag, endet die Frist mit dem folgenden Werktag.

Wenn bei der Dokumentation ein Fehler unterlaufen ist, kann dieser innerhalb der 52-Tage-Frist korrigiert werden.

SO KÖNNEN SIE Fehler vermeiden und Beanstandungen reduzieren

Wir empfehlen eine regelmäßige Übermittlung der Dokumentationen an die Datenstelle in Intervallen von ein bis vier Wochen. Dann bleibt Ihnen genug Zeit für Korrekturen.

Die Datenstelle versendet im 14-tägigen Turnus nach Übermittlung Ihrer Dokumentationen eine Information zum Bearbeitungsstand Ihrer DMP-Daten.

Das Schreiben der Datenstelle enthält folgende Informationen:

- Übersicht: nicht plausible Dokumentationen und TE, die Ihnen bereits zur Korrektur vorliegen
- Übersicht: plausible Dokumentationen und TE der letzten 14 Tage
- Übersicht: fehlende Erstdokumentationen
- Übersicht: zu erstellende Folgedokumentationen
- Übersicht: Folgedokumentationen im falschen zeitlichen Kontext
- Übersicht: außerhalb des Übermittlungszeitraumes eingegangene Dokumentationen
- Übersicht: Patienten, deren Krankenkasse nicht am DMP teilnimmt
- Übersicht: nicht prozesskonforme Dokumentationen und TE
- Übersicht: Fallbeendigungen
- Übersicht: nicht verarbeitbare Datenlieferungen

Prüfen Sie diese Rückmeldung auf Vollständigkeit. Sind Dokumentationen, die Sie an die Datenstelle übermittelt haben, nicht in den Mitteilungen enthalten, übermitteln Sie diese umgehend erneut.

Zusätzlich erhalten Sie quartalsweise (im 2. Monat des jeweiligen Quartals) einen Reminder von der Datenstelle, welche Folgedokumentationen im laufenden Quartal zu erstellen sind. ■

Alle in Hamburg geltenden Verträge finden Sie hier:
www.kvhh.de → (oben rechts) Menü
 → Praxis → Recht & Verträge → Verträge → D → DMP

Ansprechpartner:
Mitgliederservice,
Tel: 040 / 22802 -802



Beratungsangebot zum Honorar für Neumitglieder

Viele Zahlen, viele Fragen? Wir haben die Antworten!



Das Beratungsteam unserer Abteilung Mitglieder-service und Beratung (MSB) hat seinen Service erweitert: Neu zugelassene Mitglieder werden aktiv zu persönlichen Beratungsgesprächen eingeladen. Ziel dieses Angebots ist insbesondere, beim Einstieg in das Thema Honorar zu unterstützen und frühzeitig Sicherheit im Umgang mit den eigenen Honorarunterlagen zu schaffen.

Im Mittelpunkt der Gespräche steht die Honorarverteilungssystematik. Ein Verständnis dieser Systematik ist eine wichtige Grundlage für die eigene wirtschaftliche Planung und den sicheren Umgang mit zukünftigen Abrechnungen.

Darüber hinaus wird auch der Honorarbescheid ausführlich erklärt, den viele Mitglieder kurz zuvor zum ersten Mal erhalten haben. Dieses Doku-

ment ist erfahrungsgemäß sehr umfangreich und auf den ersten Blick nicht immer leicht verständlich. Genau hier setzt unser Angebot an: In den individuellen Beratungsgesprächen nehmen wir uns Zeit, den Honorarbescheid Schritt für Schritt zu erläutern, zentrale Inhalte verständlich aufzubereiten und individuelle Fragen zu klären.

Wir möchten alle neu zugelassenen Mitglieder ermutigen, dieses Unterstützungsangebot wahrzunehmen. Unser Beratungsteam steht Ihnen gerne zur Seite, um den Einstieg so transparent und verständlich wie möglich zu gestalten. Wir freuen uns auf Sie! ■

Sie haben Fragen? Unter der Rufnummer 040 / 22 802 -802 vermittelt Ihnen der Mitglieder-service Ihre persönliche Ansprechperson.

ONLINE-VERANSTALTUNGEN FÜR PSYCHOTHERAPEUT:INNEN

Ergänzend zu den persönlichen Beratungsgesprächen bieten wir speziell für Psychotherapeut:innen quartalsweise eine Online-Veranstaltung an, die sich ebenfalls mit dem Themen **Honorarbescheid und Honorarverteilung** beschäftigt.

Die erste Veranstaltung fand im März statt. Sie war mit rund 130 Anmeldungen sehr gut besucht und wurde von den Teilnehmenden durchweg positiv bewertet.

Der **nächste Termin findet am 27. Mai** statt.

Melden Sie sich gerne über die Webseite der KV an: www.kvhh.de → **Veranstaltungen**

Oder über QR-Code:



KV-Formularcenter: Abwesenheiten und Vertretungen online melden

Abwesenheiten und Vertretungen (z.B. bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung) können jetzt unkompliziert über das KV-Formularcenter gemeldet werden. Erforderliche Nachweise und Bescheinigungen lassen sich direkt hochladen. Sollten noch Angaben fehlen, wird man entsprechend kontaktiert. Alle eingereichten Meldungen sowie deren Bearbeitungsstand sind jederzeit einsehbar. Bei Bedarf können Meldungen im Portal auch selbstständig bearbeitet oder gelöscht werden.

So funktioniert es: Der Zugang zum Formularcenter erfolgt über das Onlineportal der KV Hamburg. Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen finden in der linken Navigationsleiste unter „Anwendungen“ den Menüpunkt „Formularcenter“. Dort klicken sie auf „Neuen Vorgang starten“ und füllen das Online-Formular aus. ■

Online-Portal → (linke Navigationsleiste)
Anwendungen → FormularCenter

Neuen Vorgang starten

The screenshot shows the 'Meldung einer Vertretung' form on the KV Hamburg portal. The form includes a header with the KVH logo and navigation links. The main content area is titled 'Meldung einer Vertretung' and includes a 'Hinweise' section with a data protection notice. Below this, there are input fields for the name and email of the reporting person, a dropdown menu for the reason of absence, and date pickers for the start and end dates. At the bottom, there are radio buttons for 'Ja' and 'Nein' and an 'Abschicken' button. The footer contains the KVH logo and contact information for the Kassensärztliche Vereinigung Hamburg.

The screenshot shows the status of a submitted form in the KV Hamburg portal. It displays two entries for 'Meldung einer Vertretung / Urlaub', both started on 17.04.2025. The first entry has a green checkmark and the message 'Ihr Antrag wurde zur Kenntnis genommen.' The second entry has a black circle icon and the message 'Ihr Antrag ist bei uns angekommen. Nach der Bearbeitung werden Sie kontaktiert.'

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



Korrektur zum Artikel: „Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus“ KVH-Journal 1/2026, Seite 12

In der gemeinsamen Veröffentlichung der KV Hamburg und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft zu Einweisungen und Überweisungen ins Krankenhaus ist ein Passus missverständlich. Nach der Aufzählung der Situationen, in denen für eine ambulante Behandlung im Krankenhaus Überweisungsscheine ausgestellt werden können, heißt es:

„Werden ambulante Leistungen außerhalb der zulässigen ambulanten Leistungsbereiche veranlasst, kann das Krankenhaus diese nicht gegenüber den Krankenkassen oder der KV abrechnen. Vielmehr kann das Krankenhaus die Leistungen dem veranlassenden Vertragsarzt in Rechnung stellen.“

Nach Auffassung der Erstautoren Bayerische Krankenhausgesellschaft und KV Bayern ist diese Konstellation (das Krankenhaus stellt die Leistungen dem veranlassenden Vertragsarzt in Rechnung) aber eher theoretischer Natur und dürfte in der Praxis wohl nicht vorkommen.

Beachten Sie bitte dennoch - besonders bei Patientenwünschen - die genau definierten Regeln für Überweisungen an Krankenhäuser:

Überweisungen sind möglich für:

- ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte nach § 116 SGB V
- Leistungen ermächtigter Krankenhäuser nach § 116a SGB V
- Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V
- Leistungen von Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V
- Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- Leistungen Geriatischer Institutsambulanzen nach § 118a SGB V
- Leistungen pädiatrischer Institutsambulanzen nach § 118b SGB V
- Leistungen Sozialpädiatrischer Zentren nach § 119 SGB V
- ambulante Versorgung im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- ambulante Behandlung im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V ■

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

QplusAlter: Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben zu Hause

Das Projekt QplusAlter hilft älteren Menschen dabei, trotz ihres Unterstützungs- und Pflegebedarfs in den eigenen vier Wänden zu bleiben.

Hauptamtliche Lots:innen beraten in den Hamburger Bezirken Bergedorf, Eimsbüttel, Hamburg-Mitte, Hamburg-Nord, Harburg und Wandsbek.

In einmaligen Beratungen oder mehreren Gesprächen kann es um den Erhalt der Gesundheit, die Bewältigung des Alltags, den Ausbau von Kontakten und die Organisation und Finanzierung von Unterstützung und Pflege gehen.

Das Angebot ist kostenfrei. Hausbesuche sind möglich. Die Beratung ist auch auf Türkisch, Englisch, Spanisch, Italienisch und Niederländisch möglich.

Ein Beispiel: Herr K. ist wegen einer Erkrankung auf die Unterstützung seiner Frau angewiesen. Die eigene Wohnung ist voller Hindernisse. Zusammen mit der Lotsin entwickelt Herr K. Ideen, wie er seinen Alltag in der eigenen Wohnung nach seinen Vorstellungen langfristig gestalten kann: beispielsweise, indem er mit einer Physiotherapeutin die Bewältigung der Stufen zum Esstisch übt; indem er eine

Wohnberatung in Anspruch nimmt, die die Anbringung von Haltegriffen an den Wänden empfiehlt; indem er die Hilfe einer ehrenamtlichen Begleitperson in Anspruch nimmt, um seine Frau zu entlasten; indem ein Pflegedienst in der Nähe hinzugezogen wird. Die Lots:innen bringen nächste Schritte mit auf den Weg.

Vermitteln Sie das kostenfreie Angebot gern an Ihre Patient:innen oder deren Zugehörige weiter oder nehmen Sie selbst Kontakt auf. ■

Kontakt:
Tel: 040 / 50 77 33 58
lotsinnen@qplusalter.net
www.q-acht.net/qplus/qplusalter



QplusAlter

Das Modellprojekt „QplusAlter - Älter werden im Quartier“ ist eine Initiative der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, in Partnerschaft mit und gefördert durch die Freie und Hansestadt Hamburg, die Stiftung der Deutschen Fernsehlotterie, die Beisheim Stiftung, die Homann-Stiftung, die Edgar und Nina Kummerfeldt Stiftung, die Nordmetall-Stiftung und die Software AG-Stiftung.



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Sensoren zur Sturzprävention und Sturzerkennung

Wie viel Evidenz steckt dahinter?

VON DR. DANIELA SCHOBERER UND PROF. DR. RALPH MÖHLER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)

S

Sturzprävention durch Sensortechnologien – mehr Sicherheit und gleichzeitig eine Entlastung des Pflegepersonals. Das klingt vielversprechend. Doch was sagt die Evidenz dazu? Sind diese Technologien tatsächlich so wirksam, akzeptiert und entlastend, wie Herstellerfirmen es versprechen?

Der Einsatz von unterschiedlichen Sensoren zur Erkennung von Stürzen ist seit vielen Jahren ein Thema in der Forschung und klinischen Praxis. Zunächst wurden in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sogenannte Bett-Exit-Sensoren oder Sensormatten eingesetzt, die bei Druck- oder Gewichtsveränderungen einen Alarm auslösen, wenn eine Person versucht aufzustehen oder das Bett verlässt. Daneben kommen in einigen Einrichtungen körpernahe Sensoren zum Einsatz, etwa in Form tragbarer Geräte mit Beschleunigungs-

und Lagesensoren. Diese können Lageveränderungen oder Sturzereignisse erkennen und eine Alarmierung auslösen. Ziel dieser Technologien ist es, Pflegefachpersonen über entsprechende Aktivitäten von sturzgefährdeten Personen, z. B. das Aufstehen, zu informieren, damit sie rasch reagieren und Unterstützung leisten können, sodass es idealerweise gar nicht erst zu einem Sturz kommt.

Zudem soll im Falle eines Sturzes die Zeit bis zum Auffinden der betroffenen Personen verkürzt werden. Die Hersteller müssen bei einer Marktzulassung zwar die technische Funktionsfähigkeit der Produkte nachweisen, jedoch nicht, ob sie tatsächlich zu einer Reduktion von Stürzen beitragen bzw. zu einer Arbeitsentlastung des Personals führen können.

SENSORTECHNOLOGIEN ZUR STURZPRÄVENTION – WAS SAGT DIE EVIDENZ?

Im Rahmen der Recherche für die Österreichische Leitlinie zur Sturzprävention (Schoberer & Wilfling 2025) wurden drei systematische Reviews identifiziert, die den Einsatz von Sensortechnologien zur Vermeidung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen in Gesundheitseinrichtungen untersuchten.

Zwei Reviews fokussierten dabei explizit auf Patient:innen im Krankenhaus. Das Review von Cotes et al. (2021) fasste vier Studien in einer Metaanalyse zusammen. Drei Studien untersuchten Drucksensoren in Betten, eine Studie einen körpernah getragene-

nen Sensor. Ein präventiver Effekt zeigte sich jedoch nicht – im Gegenteil: Die Wahrscheinlichkeit, dass Personen stürzten, war in der Sensorgruppe sogar leicht erhöht (RR = 1,19; 95 % KI = 1,03–1,37), was einer absoluten Risikoerhöhung von etwa 0,6 % entspricht. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Morris et al. (2022). In ihrer Metaanalyse wurden neben drei Studien zu Sensortechnologien auch Studien zu anderen unterstützenden Maßnahmen wie Niedrigflurbetten und Identifikationsarmbändern eingeschlossen. Sowohl die Einzelanalysen als auch die Gesamtanalyse weisen auf eine tendenziell erhöhte Wahrscheinlichkeit für Stürze hin, wobei der Unterschied nicht statistisch signifikant ist, also auch auf Zufall beruhen kann (OR = 1,11; 95 % KI = 0,94–1,31). Eine mögliche Erklärung für die Risikoerhöhung ist ein Risikokompensationseffekt: Sensorsysteme können ein Gefühl erhöhter Sicherheit vermitteln, wodurch direkte Beobachtung und proaktive Unterstützung unbewusst reduziert werden.

Für das Setting Alten- und Pflegeheim liegt lediglich ein älterer Cochrane Review vor (Cameron et al. 2018). Dieser kommt insgesamt zu dem Schluss, dass die Evidenz zur Wirksamkeit von Sensortechnologien in der Sturzprävention sehr unsicher ist. Im Pflegeheimsetting basiert sie sogar nur auf einer einzigen randomisierten Studie mit kleiner Stichprobe (72 Teilnehmer:innen), in der ein drahtloses Positionsüberwachungspflaster am Oberschenkel getestet wurde.

Aktuelle randomisierte kontrollierte Studien zum Einsatz von Sensortechnologien zur Sturzprävention in Krankenhäusern oder Alten- und Pflegeheimen wurden nicht identifiziert. Auf Basis dieser Evidenz spricht die Österreichische Leitlinie eine bedingte Empfehlung gegen den routinemäßigen Einsatz von Sensortechnologien bei Patient:innen im Kranken-

haus sowie bei Bewohner:innen von Alten- und Pflegeheimen aus (Schoberer & Wilfling 2025). „Bedingt“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Nutzen und mögliche negative Effekte der Maßnahmen nicht ausreichend sicher abgeschätzt werden können und Entscheidungen daher individuell unter Berücksichtigung der Situation sowie der Präferenzen und Werte der betroffenen Personen getroffen werden sollten.

Auch für im eigenen Haushalt lebende ältere Menschen liegen nur wenige Studien vor. In einem Cochrane Review zu Interventionen im häuslichen Setting (Clemson et al. 2023) fand sich lediglich eine randomisierte kontrollierte Studie zu einer sensorgestützten Intervention: ein automatisches Nachtlicht, das über einen Bodensensor am Bett aktiviert und mit einem Fernbetreuungsdienst gekoppelt war. Zwar zeigte die Studie eine geringere Zahl gestürzter Personen (RR = 0,54; 95 % KI = 0,35–0,83), aufgrund der kleinen Stichprobe (96 Teilnehmer:innen) und des hohen Verzerrungsrisikos gelten die Ergebnisse jedoch als sehr unsicher. Auch hier blieb die Suche nach aktuellen randomisierten kontrollierten Studien erfolglos.

ZWISCHEN NUTZEN UND BELASTUNG: ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS

Erfahrungen Betroffener, die im Rahmen der Leitlinienentwicklung erhoben wurden (Schoberer & Wilfling 2025), zeigen, dass Bewohner:innen Sensorsysteme – etwa Drucksensormatten – häufig kritisch beurteilen. Viele berichten, dass diese weder ein größeres Sicherheitsgefühl vermitteln noch Sturzangst reduzieren. Stattdessen werden sie teilweise als Einschränkung der Selbstständigkeit wahrgenommen, können Verunsicherung auslösen und durch Fehlalarme belastend sein. Einige Betroffene beschreiben zudem negative Auswirkungen auf ihre Möglichkeit, alltägliche Aktivitäten eigenständig auszuführen. Auch eine



aktuelle in Deutschland durchgeführte Studie zeigt, dass Patient:innen den Einsatz von Sensorsystemen mitunter als Eingriff in ihre persönliche Freiheit erleben – insbesondere, wenn Entscheidungen darüber von Angehörigen oder dem Behandlungsteam getroffen werden. Gleichzeitig bleibt die Funktionsweise der Technik für viele unklar, was Unsicherheit oder Deutungen im Sinne einer Überwachung hervorrufen kann (Häfner et al. 2026).

Pflegefachpersonen beschreiben dagegen positive Erfahrungen mit Sensorsystemen, z. B. die Möglichkeit, zügiger auf Ereignisse reagieren zu können oder über Stürze informiert zu werden, die ohne Sensoren möglicherweise erst zeitverzögert entdeckt worden wären. Auch ein geringerer Bedarf an Sitzwachen wurde genannt (Häfner et al. 2026). Gleichzeitig berichten sie auch über Einschränkungen in der Praxis: häufige Fehlalarme, organisatorische Herausforderungen wie der Reinigungsaufwand, das Kabelmanagement sowie der insgesamt als begrenzt wahrgenommene Nutzen hinsichtlich der Sturzprävention (Schoberer & Wilfling 2025, Supplement 1). Insgesamt zeigt sich damit eine deutliche Diskrepanz zwischen den erwarteten organisatorischen Vorteilen für die Pflege und den ambivalenten Erfahrungen der Betroffenen.

VIDEOÜBERWACHUNG ALS ALTERNATIVE?

Ein weiterer Ansatz ist die Fernüberwachung per Video (Remote Visual Monitoring, RVM). Dabei werden Patient:innen über Kameras oder visuelle Sensoren aus der Ferne beobachtet, um Ereignisse wie Stürze frühzeitig zu erkennen. Bewegungen werden in Echtzeit erfasst und mithilfe von Algorithmen oder KI analysiert, sodass kritische Situationen automatisch erkannt und gemeldet werden können.

In der Literatur wird RVM teilweise als Alternative zu Sitzwachen oder zur kontinuierlichen persönlichen Beobachtung beschrieben. Der Vorteil besteht darin, dass Pflegefachpersonen mehrere Zimmer oder Bildschirme gleichzeitig überwachen können. Gleichzeitig wirft dieser Ansatz jedoch erhebliche rechtliche und ethische Fragen auf. In Pflegeeinrichtungen in Deutschland und Österreich unterliegt eine Videoüberwachung strengen Datenschutzregeln, „höchstpersönliche Lebensbereiche“ wie die Zimmer von Bewohner:innen sind besonders geschützt, weshalb eine Videoüberwachung dort nicht zulässig ist. Ausnahmen sind extrem eng gefasst: Eine Überwachung ist nur erlaubt, wenn ein zwingender Zweck besteht (etwa der Schutz von Leben und Gesundheit), keine mildereren Mittel zur Verfügung stehen, die Maßnahmen verhältnismäßig sind und eine wirksame Einwilligung der Bewohner:innen vorliegt. Eine dauerhafte visuelle Überwachung der Bewohner:innen kann eine Beeinträchtigung der Privatsphäre bedeuten und eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellen. Daher ist eine kritische ethische und rechtliche Prüfung vor dem Einsatz grundsätzlich nötig.

Bezüglich des Nutzens solcher Systeme ist die Evidenz bislang jedoch ebenfalls sehr begrenzt. Zwar berichten zwei Studien mit Pre-Post-Design über eine Reduktion von sturzbedingten Verletzungen im Vergleich zu einer Periode vor Einsatz der Systeme, allerdings war die Anzahl der Stürze ohne Verletzungen nur in einer der beiden Studie vermindert (Ergai et al. 2020; Zimbro et al. 2024). Beide Studie hatten jedoch keine Kontrollgruppe und weitere methodische Limitierungen, dies reduziert die Aussagekraft der Ergebnisse. Die Ergebnisse eines Fragebogens zu

Zufriedenheit mit und der Nützlichkeit der Systeme ergaben eine moderat eingeschätzte Nützlichkeit und Handhabungsfreundlichkeit der Technologie (Ergai et al. 2020).

KI-GESTÜTZTE STURZSENSORIK: INNOVATION ODER MARKETING?

In den letzten Jahren wurden zunehmend KI-gestützte Technologien zur Sturzidentifikation entwickelt. Dazu zählen sowohl Systeme mit 3D-Infrarot-Sensoren, die Bewegungen in Echtzeit analysieren und kritische Situationen wie Aufstehen oder Stürze frühzeitig erkennen, als auch Sensor-Floor-Systeme, die Bewegungen über den gesamten Bodenbereich erfassen. Viele dieser Systeme nutzen KI-gestützte Algorithmen, um Routinen zu lernen und Abweichungen von normalen Bewegungsmustern zu melden. Warnungen werden automatisch an das Pflegepersonal übermittelt, etwa über bestehende Rufsysteme, während die Daten anonym verarbeitet werden – ohne Kamerabilder oder externe Übertragungen. KI-gestützte Sturzsensoren wecken hohe Erwartungen bei Pflegefachpersonen: schnellere Informationen über potenziell gefährdende Aktivitäten von Bewohner:innen oder Sturzereignisse, Entlastung im Arbeitsalltag und die Erhaltung der Bewegungsfreiheit älterer Menschen, z. B. durch den Verzicht auf körperlich freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Redlich & Fischer 2023). Hersteller berichten von positiven Erfahrungen und einer Reduktion von Stürzen durch die Systeme. Die Quellen dieser Angaben sind jedoch meist unklar, sodass die Aussagekraft der Ergebnisse nicht überprüfbar ist. Wissenschaftliche Studien werden von den Herstellern in der Regel nicht angeführt.

Trotz fehlender Evidenz werden die Systeme offenbar erfolgreich vermarktet und von Einrichtungen gekauft – was zeigt, dass Versprechen und innovative Technologie oft wichtiger sind als geprüfte Wirksamkeit. Außerdem sind für die Kalibrierung solcher Systeme Trainingsphasen nötig, da alltägliche Bewegungen zunächst oft fälschlich als risikohaft interpretiert werden, was zu Fehlalarmen führt. Installation, Wartung und Integration der Geräte sind zeitaufwändig und erfordern Schulungen, um eine korrekte Bedienung sicherzustellen (Redlich & Fischer 2023). Auch die Akzeptanz bei Patient:innen und Angehörigen ist nicht immer gegeben.

FAZIT: TECHNOLOGIE KANN UNTERSTÜTZEN – EVIDENZ BLEIBT ENTSCHEIDEND

Sensortechnologien versprechen viel: mehr Sicherheit für Patient:innen und eine Entlastung für das Pflegepersonal. Die derzeitige Evidenz zeigt jedoch ein deutlich nüchterneres Bild. Ein klarer präventiver Effekt auf Stürze ist bislang nicht belegt, während gleichzeitig praktische, organisatorische und ethische Herausforderungen bestehen.

Technologie kann Pflegefachpersonen unterstützen, allerdings müssen dazu Ergebnisse zum klinischen Nutzen und zu unerwünschten Wirkungen vorliegen, um Kosten und Nutzen gegeneinander abzuwägen. Die Anschaffung und der Betrieb solcher Systeme sind oft kostenintensiv und dies wird bislang nicht refinanziert. Sie können jedoch kein Pflegepersonal ersetzen, vielmehr werden Pflegefachpersonen benötigt, um Alarme der Systeme zu überprüfen und sturzgefährdete Personen im Alltag zu unterstützen und ihnen eine sichere Mobilität und Teilhabe zu ermöglichen.

→ Fortsetzung nächste Seite



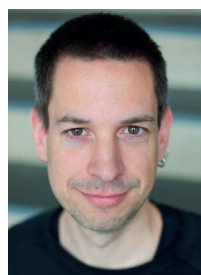
→ Fortsetzung

Bei der Nutzenbewertung sollten neben objektiven Parametern (z. B. tatsächliche Zeitersparnis unter Berücksichtigung von Kalibrierung, Schulungsaufwand und Fehlalarmen) auch die Perspektiven der Anwender:innen und Betroffenen berücksichtigt

werden, z. B. Sicherheitsempfinden oder das Gefühl, überwacht zu werden. Auch mögliche Verhaltensänderungen wie eine eingeschränkte Mobilität zur Vermeidung von Alarmen, stellen ein wichtiges Forschungsfeld dar. ■



**DR. RER. CUR.
DANIELA SCHOBERER**
Institut für Pflegewissenschaft,
Medizinische Universität Graz,
Österreich
daniela.schoberer@medunigraz.at



**PROF. DR. RER. MEDIC.
RALPH MÖHLER**
Institut für Versorgungsforschung
und Gesundheitsökonomie,
Centre for Health and Society,
Medizinische Fakultät und Univer-
sitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-
Heine-Universität Düsseldorf

Referenzen

- Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Sep 7;9(9):CD005465. doi: 10.1002/14651858.CD005465.pub4.
- Clemson L, Stark S, Pighills AC, Fairhall NJ, Lamb SE, Ali J, Sherrington C. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023 Mar 10;3(3):CD013258. doi: 10.1002/14651858.CD013258.pub2.
- Cortés OL, Piñeros H, Aya PA, Sarmiento J, Arévalo I. Systematic review and meta-analysis of clinical trials: In-hospital use of sensors for prevention of falls. *Medicine (Baltimore).* 2021 Oct 15;100(41):e27467. doi: 10.1097/MD.00000000000027467.
- Ergai A, Spiva L, Thurman S, Hatfield M, McCollum M, Holmes M. The Effectiveness of Remote Video Monitoring on Fall Prevention and Nurses' Acceptance. *J Nurs Care Qual.* 2024 Jan-Mar 01;39(1):24-30. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000716.
- Häfner L, Walzer S, Merz N, Klie T, Ziegler S. Sensorsysteme zur Betreuung von Menschen mit „wandering“ im Krankenhaus: Eine qualitative Studie zum subjektiven Erleben. *Pflege.* 2026 Feb;39(1):34-42. German. doi: 10.1024/1012-5302/a001049.
- Morris ME, Webster K, Jones C, Hill AM, Haines T, McPhail S, Kiegaldie D, Slade S, Jazayeri D, Heng H, Shorr R, Carey L, Barker A, Cameron I. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2022 May 1;51(5):afac077. doi: 10.1093/ageing/afac077.
- Redlich MC, Fischer F. Implementation einer Sturzsensoren in der Langzeitpflege: Eine Interviewstudie zur Betrachtung fördernder und hemmender Faktoren aus Sicht professionell Pflegenden [Implementation of fall sensors in long-term care: An interview study to identify promoting and inhibiting factors from the perspective of professional caregivers]. *Z Gerontol Geriatr.* 2024 Jul;57(4):290-295. German. doi: 10.1007/s00391-023-02255-3.
- Schoberer D, Wilfling D. Leitlinie 4.0: Evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprävention älterer Erwachsener in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen. 4. Auflage. Medizinische Universität Graz 2025, https://pflgewissenschaft.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/pflgewissenschaft/pdf/Leitlinie_4.0_Lektoriert_NEU_Final.pdf (10.03.2025)
- Zimbro KS, Bridges C, Bunn S, Wilmoth DD, Beck M, Smith CV, Marra M, Ver Schneider P, Morgan MK. Remote Patient Monitoring Improves Patient Falls and Reduces Harm. *J Nurs Care Qual.* 2024 Jul-Sep 01;39(3):212-219. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000749.



Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf

Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel

Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung Verbandmittel
Wirtschaftlichkeitsgebot
Digitale Gesundheitsanwendungen

Überweisung **Arzneimittelvereinbarung** **Krankenpflege**

Verordnung und Beratung

Hilfsmittel **Arbeitsunfähigkeit** **Rezepte**

Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung
Rehabilitation
Heilmittel Krebsvorsorge
Entlassmanagement
Einweisung

Medizinprodukte
Impfvereinbarung

Prüfungsvereinbarung
Heilmittelvereinbarung
Wiedereingliederung DMP
Substitution **Wirkstoffvereinbarung**
Nutzenbewertung Krankengeld
Antibiotika-Therapie
Arzneimittelmissbrauch

Sie verordnen – wir beraten!

Unser Team der Abteilung „Verordnung und Beratung“ mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen berät Sie gerne zu allen Fragen Ihres Verordnungsmanagements.

Fragen Sie uns einfach!



Und wer nimmt mich eigentlich ernst?

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

Es gehört inzwischen zum festen Repertoire öffentlicher Empörung: Patientinnen und Patienten berichten, sie würden von Ärztinnen und Ärzten „nicht ernst genommen“.

Kaum ein Gesundheitsbeitrag kommt ohne diesen Vorwurf aus. Besonders zuverlässig fällt er dort, wo keine klare körperliche Ursache gefunden wird und irgendwann der Begriff „psychosomatisch“ im Raum steht. Dann ist das Urteil oft schon gefällt.

In der Literatur finden sich viele Erhebungen über das rein subjektive „Nicht-ernst-genommen-Werden“ auf Patientenseite. Objektive Situationsanalysen mit Berücksichtigung der Arztperspektive habe zumindest ich nicht auffinden können. Wie auch, wird der Unmut über das Behandlungsergebnis ja regelhaft erst später im Internet oder im Freundeskreis veröffentlicht. Interessant ist, dass Patienten sich meist dann nicht ernst genommen fühlen, wenn keine klare somatische Diagnose gestellt werden kann – unabhängig von der Gründlichkeit der Untersuchung, also dem eigentlichen „Ernstnehmen“. Ernst-genommen-Werden bedeutet für viele Patienten: Meine Krankheitserklärung wird bestätigt. Mindestens genauso interessant ist, dass offenbar gerade die besonders gründlich untersuchten

Patienten sich am wenigsten ernst genommen fühlen.

Besonders zuverlässig eskaliert das Ganze beim Stichwort „psychosomatisch“. Kaum fällt es, wird aus Medizin Kränkung. „In die Psycho-Ecke geschoben“, „nicht ernst genommen“, „alles nur eingebildet“. Dass es sich bei der Psychosomatik um ein eigenständiges Fachgebiet handelt, das genau für Beschwerden ohne klare organische Ursache zuständig ist und in der Abklärungskaskade einen wichtigen Platz hat, wird konsequent ignoriert. Psychisch gilt weiterhin als minderwertig – und wer darauf verweist, hat verloren.

In der öffentlichen Debatte geht es hier meist ausschließlich um Frauen, die sich nicht ernst genommen fühlen. In Befragungen sieht es bei den Männern aber auch nicht viel anders aus. Und, um es erneut zu betonen, die mediale Präsentation fragt selten, was wirklich passiert ist, sondern übernimmt die subjektive Deutung als objektiven Befund.

„Der Arzt hat mich nicht ernst genommen!“ ist ein Freifahrtschein im medizinischen Alltag. Ein Satz, der jede Kritik immunisiert und jede Selbstreflexion überflüssig macht. Wer ihn ausspricht, steht automatisch auf der richtigen Seite: leidend, übergangen, moralisch im Recht. Und auf der anderen Seite?

Der Arzt – gleichzeitig arrogant und ahnungslos, wie eigentlich das ganze System. Das ergibt dann eben auch einen runden Zeitungsartikel und nimmt alle nicht Ernstgenommenen gut mit.

Wirklich alle? Bevor das „Nicht ernstgenommen“-Urteil gefällt wird, passiert in der Regel einiges, obwohl es in der Retrospektive oft vergessen wird. In vielen Fällen wird nicht nur zugehört, sondern wiederholt nachgefragt. Es wurden Laborwerte erhoben, Bildgebungen durchgeführt, Überweisungen veranlasst, Zweit- und Drittmeinungen eingeholt. Es wurde ausgeschlossen, abgeklärt, kontrolliert. Ein Aufwand, der in anderen Lebensbereichen als ausgesprochen gründlich gelten würde. In den meisten Fällen wird dann eine Therapie festgelegt, oder zumindest ein Vorschlag zum weiteren Procedere. Laut WHO ist die Nicht-Adhärenz in der Therapie fast die Norm. Ungefähr 50 Prozent der Patienten setzen die empfohlene Therapie nicht um. Empfehlungen werden nicht befolgt, Maßnahmen nicht begonnen, Termine nicht wahrgenommen. Monate später folgt die Wiedervorstellung – mit unveränderten Beschwerden und der Forderung, nun müsse „endlich etwas passieren“. Was genau, bleibt oft offen.

Für Ärztinnen und Ärzte entsteht daraus eine eigentümliche

Situation: Sie sollen Verantwortung für einen Zustand übernehmen, dessen Veränderung maßgeblich außerhalb ihrer Kontrolle liegt. Sie diagnostizieren, erklären, empfehlen – und erleben dann, dass all das folgenlos bleibt. Nicht selten wird ihnen genau das später als Versäumnis ausgelegt. Und was ist das dann? Genau, nicht ernst genommen werden.

Patienten bezweifeln, dass ich durch eine Hörprüfung eine Krankheit erkennen kann, finden das absolut wirksame Medikament, das ihnen die Neurologin verschrieben hat, „nicht gut“, und akzeptieren eine Diagnose, die fünf Orthopäden unabhängig voneinander gestellt haben, nicht. Das Gefühl, in seiner professionellen Arbeit nicht ernst genommen zu werden, führt zu ei-

nem Verlust von Sinnhaftigkeit und bedingt zunehmende Frustration. Insbesondere dann, wenn man sich für die vermeintlich „schwierigen“ Patienten (die man nicht immer zwangsläufig als negativ empfindet) aufreißt und bemüht du am Ende wieder mit dem bekannten Satz konfrontiert wird.

Medizin ist sehr gut in Abschlussdiagnostik, Patienten erwarten Bestätigungsdiagnostik. Das geht nicht immer gut zusammen und benötigt Zusammenarbeit und gegenseitiges Verständnis. Natürlich gibt es schlechte Kommunikation, vorschnelle Zuschreibungen und echte Fehleinschätzungen. Medizin ist nicht frei von Fehlern. Aber ebenso wenig ist jede nicht gefundene Diagnose ein Beleg für

mangelnde Sorgfalt. Vielleicht besteht das eigentliche Problem darin, dass zwei unterschiedliche Erwartungen aufeinandertreffen, ohne dass sie ausgesprochen werden. Die eine Seite sucht Gewissheit, die andere kann oft nur Wahrscheinlichkeit bieten. Die eine erwartet eine Erklärung, die andere liefert manchmal nur den Ausschluss von Gefährlichem. Zwischen diesen beiden Polen entsteht ein Raum, in dem sich beide Seiten nicht ernst genommen fühlen.

Und vielleicht wäre ein erster Schritt, genau das anzuerkennen. ■

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

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

KVH

Antibiotika
Prüfverfahren
Hilfsmittel
Regress
Rezepte
Sprechstundenbedarf
Wirtschaftlichkeitsgebot
Schutzimpfungen
Cannabis-Verordnung
Arzneimittel
Aut idem
Heilmittel
Off-Label-Verordnung
Richtlinien
Betäubungsmittel
Trendmeldungen
Wirkstoffvereinbarung
Arzneimittel-Richtlinie
Verbandmittel

Pharmakotherapieberatung

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 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

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Döndü Yakisan**
Stellvertretendes Mitglied des Beschwerdeausschusses

Name: **Dr. Döndü Yakisan**

Geburtsdatum: **6.8.1973**

Familienstand: **verheiratet, 2 Kinder**

Fachrichtung: **Anästhesiologie**

Weitere Ämter: **stellv. Vorsitzende des Berufsverbands Deutscher Anästhesist:innen LV Hamburg; stellv. Vorsitzende der Kommission Niedergelassener Anästhesist:innen des BDA**

Hobbys: **Yoga, Reisen, Musik**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?

Ja, ich habe noch immer Spaß an meinem Beruf und mache das, was ich tue, wirklich gerne

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Immer nur meckern über die Umstände und politischen Veränderungen, aber selbst sich nicht engagieren, finde ich doof - so versuche ich zumindest, etwas zu bewegen für unsere Kollegen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Ich finde es frustrierend, dass meine Berufsgruppe für eine ärztliche Tätigkeit, die im EBM und InEK für jede ärztliche Leistung fachunabhängig bewertet wird, jetzt im Rahmen der HDRG (eine Pauschale für alle Beteiligten) enthalten ist. Jetzt müssen wir Anästhesist:innen unser Honorar mit Operateuren verhandeln. Ich würde mir wünschen, dass wir bei politische Entscheidungen im Gesundheitswesen mehr Gehör finden. Viele Probleme könnten vermieden werden, wenn die Expertise der tatsächlich praktisch tätigen Kolleg:innen mehr berücksichtigt werden würde. Des Weiteren würde ich mir wünschen, dass auch bei uns Ärzten berücksichtigt wird, dass wir genauso wie jede andere Berufsgruppe unter der Inflation, steigenden Energiepreisen und steigenden Lohnkosten zu leiden haben. Eine GOÄ, die 29 Jahre alt ist, oder Zeitungsschlagzeilen, die Praxisumsatz und ärztliches Einkommen gleichsetzen, sind da einfach frustrierend.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?

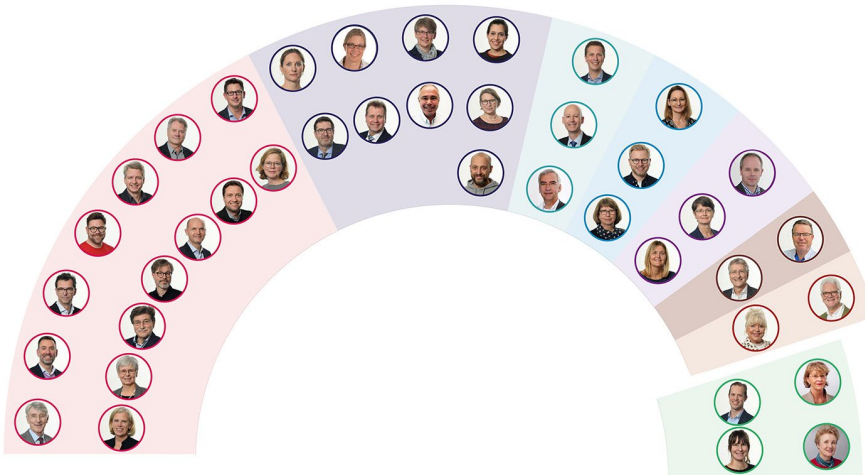
Die Planung wird zunehmend schwieriger, da Patienten trotz mehrfacher Erinnerungen immer häufiger nicht erscheinen, ohne abzusagen. Das ist extrem ärgerlich, da wir einen OP mitsamt Personal vorhalten und andere Patienten dann länger als nötig auf ihren Termin warten müssen. Da würde ich mir mehr Verbindlichkeit wünschen.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Ich möchte irgendwann aus meinem Fenster auf ein Meer blicken können.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 20. Mai 2026 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINAR

Hygiene für Fortgeschrittene (online)

Mi. 20.5.2026 (14 - 18 Uhr)
Teilnahmegebühr 139 €
6 CME

Datenschutz Refresherkurs (online)

Do 21.5.2026 (15 - 18 Uhr)
Teilnahmegebühr 119 €
6 CME

QEP Aktuell (online)

Mo. 15.6.2026 (15 - 18 Uhr)
Teilnahmegebühr 119 €
6 CME

QEP-Einführungskurs für Arzt- und Psychotherapiepraxen (Präsenz)

Zweitägig: Fr. 19.6.2026 und Sa. 20.6.2026
20 CME

Terminsystem (online)

Mi. 24.6.2026 (15 - 18 Uhr)
Teilnahmegebühr: 119 €
6 CME

Ausbildung Praxismanager:in (Präsenz)

Fünftägig: Mo. 29.6.2026 bis Fr. 3.7.2026
Teilnahmegebühr 650 €
50 CME

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen



Oder über den QR-Code

Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2 -858
Natalia Szczech-Renn,
Tel: 040 / 22802 -633
qualitaetsmanagement@kvhh.de

DIE NEUE SPRECHSTUNDEN-BEDARFSVEREINBARUNG

Workshops für Praxisteam

- Welche Änderungen bringt die neue SSB-Vereinbarung mit sich?
- Wie verordnen Sie Sprechstundenbedarf korrekt und regresssicher?
- Welche Fehler sollten vermieden werden, um Nachforderungen zu verhindern?

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

WINTERHÜDER QUALITÄTSZIRKEL

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

FORTBILDUNGSAKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

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

Ansprechpartnerin:

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

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2026!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der ersten Jahreshälfte 2026 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

aerztekammer-hamburg.org/mfa-fortbildung

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 – 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!