

KVH journal



ePAPER

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

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

AMBULANTISIERUNG

*Wie viel stationäre Versorgung
brauchen wir noch?*



PROTEST

Praxen wehren sich gegen Spargesetz

FRAUENKOMMISSION

Tickt die junge Generation anders?

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 7-8/2026 (Juli / August 2026)



Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.



PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

Der Plan des Bundesgesundheitsministeriums, zunächst ein Spargesetz und dann Strukturreformen auf den Weg zu bringen, ist nicht zielführend.

Wenn das Spargesetz wie geplant durchkommt, werden Leistungsbereiche begrenzt oder zurückgefahren, die man für sinnvolle Strukturreformen dringend benötigt.

Es kann nicht sein, dass TSVG-Konstellationen gestrichen werden, man aber gleichzeitig die Fachärzte zwingt, immer mehr kurzfristige Termine zur Verfügung zu stellen. Das gleiche gilt für die Deckelung der haus- und kinderärztlichen sowie der psychotherapeutischen Versorgung.

Um das System zukunftsfähig zu machen, muss die ambulante Versorgung gestärkt werden. Sie ist die Grundlage für jedwede Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems. Für ein funktionierendes Primärarztsystem braucht man leistungsfähige, gut ausgebaute hausärztliche Versorgungsstrukturen. Das und der Ausbau der fachärztlichen Versorgung wären Voraussetzungen für die von allen Seiten geforderte Ambulantisierung.

Das Spargesetz unterminiert all diese Pläne, indem es der ambulanten Versorgung Geld entzieht und damit notwendige Versorgung drastisch einschränkt.

Wie passt das zusammen? Es macht keinen Sinn, jetzt ambulante Strukturen zu zerstören, um anschließend Reformen auf den Weg zu bringen, die ohne einen massiven Ausbau dieser Strukturen nicht funktionieren können.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_** Ambulantisierung:
Wie viel stationäre Versorgung brauchen wir noch? Interview mit dem AOK-Gesundheitsökonom Dr. Robert Messerle

GESUNDHEITSPOLITIK

- 12_** Spargesetz: Protestaktionen der Hamburger Paxen

FRAUENKOMMISSION

- 14_** Diskussion um den Mythos Gen Z – tickt die junge Generation wirklich anders?

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar**, **Abrechnung**, **Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg.

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**18_** Fragen und Antworten**20_** Richtigstellung: Wer darf die
GOP 34504 abrechnen?**VERSORGUNG****30_** KV Hamburg schließt
kinderärztliche Eigeneinrichtung
in Rahlstedt**SELBSTVERWALTUNG****33_** Steckbrief: Dr. Nina Steiding**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN****22_** Mammographie-
screening – auch in
Zukunft ein Thema für
die evidenzbasierte
Medizin**RUBRIKEN****02_** Impressum**03_** Editorial**KOLUMNE****28_** "Sexismus und Gewalt:
Ein Ärztetag schämt sich"
von Dr. Bernd Hontschik**TERMINKALENDER****34_** Termine und geplante
Veranstaltungen**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Eléonore Roedel
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.
 com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7: Claudia Stei-
 nau/AOK-Bundesverband; Seite 15 und 16: Kirs-
 ten Haarmann; Seite 26: Canva; Seite 28: Barbara
 Klemm; Seite 34: Michael Zapf; Iconmonster,
 Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Ver-
 nessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

INTERVIEW

»Wir brauchen grundlegende Struktur-reformen«

Etwa 56 Prozent der stationär erbrachten Leistungen könnten ambulant erledigt oder durch gute ambulante Versorgung vermieden werden – behauptet der neue AOK-Krankenhausreport. So viel? Gesundheitsökonom

DR. ROBERT MESSERLE erklärt, wie das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) auf diese Zahl kommt.

Für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist eine zentrale Frage, welcher Anteil der stationären Behandlungen im ambulanten Bereich erledigt werden könnte. Wo steht Deutschland bei der Ambulantisierung im internationalen Vergleich?

MESSERLE: Wir sind bei der Ambulantisierung deutlich im Rückstand. Vor zehn Jahren hatten vergleich-

bare Länder bei der ambulanten Erbringung elektiver Operationen ähnliche Quoten wie wir – brachten dann aber wirksame Reformen auf den Weg. Man muss dazusagen, dass internationale Vergleiche manchmal schwierig sind, weil sich die Strukturen stark unterscheiden. Doch auch in Deutschland könnten sehr viel mehr Leistungen ambulant erbracht werden, als dies derzeit der Fall ist.

Warum ist dieser Rückstand ein Problem?

MESSERLE: Die ambulante Erbringung von Leistungen ist sehr viel ressourcensparender und kostengünstiger – was angesichts der steigenden Kosten im Gesundheitssystem und des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes natürlich eine hohe Relevanz hat. Laut internationalen Studien ist die Ambulan-



»Bei elektiven Operationen kostet die ambulante Erbringung nach EBM für eine ähnliche Leistung im Schnitt nur etwa ein Viertel dessen, was im stationären Bereich anfallen würde.«

Dr. Robert Messerle leitet den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) und war wissenschaftlicher Mitarbeiter am Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg. Er forscht zu Ambulantisierung, Notfallversorgung und Krankenhausfinanzierung.

tisierung aber auch vorteilhaft für die Patientinnen und Patienten: Die Infektionsraten sind geringer. Wenn eine ambulante Nachsorge gewährleistet ist, erholen sich Patientinnen und Patienten zu Hause besser als im Krankenhaus. Und last but not least: Die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern werden entlastet und können sich auf jene Fälle konzentrieren, die eine stationäre Struktur wirklich benötigen.

Kann man quantifizieren, wie viel teurer es ist, Eingriffe stationär zu erbringen, die auch ambulant erledigt werden könnten?

MESSERLE: Der Vergleich ist nicht einfach: Im Krankenhausbereich ist der Preis durch die DRG festgelegt. Im ambulanten Bereich mit seinen EBM-Ziffern gibt es sehr viel mehr Kombinationsmöglichkeiten. Bei einer Auswertung,

die wir vor einigen Jahren an der Universität Hamburg zu elektiven Operationen durchgeführt haben, kamen wir zu dem Ergebnis: Die ambulante Erbringung nach EBM kostet für eine ähnliche Leistung im Schnitt nur etwa ein Viertel dessen, was im stationären Bereich anfallen würde. Sieht man sich nur die stationäre Vergütungsstruktur an und rechnet aus der Kostenmatrix jene Posten heraus, die

bei einer ambulanten Erbringung wegfallen, würde es etwa um ein Drittel günstiger. Wenn es darum geht, Operationen aus dem stationären in den ambulanten Bereich eines Krankenhauses zu verschieben, ist das die realistischere Schätzung.

Es gibt mittlerweile eine Reihe von Studien, die analysieren, wie viel Prozent der derzeit stationär erbrachten Leistungen man besser ambulant erbringen könnte. Dabei war bisher oftmals von einem Ambulantisierungspotenzial von etwa 20 Prozent die Rede. Im aktuellen AOK-Krankenhausreport kommen Sie auf 56 Prozent. Warum?

MESSERLE: Um eine Strukturdiskussion anzustoßen, haben wir einen breiteren Ansatz gewählt. Viele der von Ihnen erwähnten Studien versuchen die Frage zu beantworten: Welchen Anteil der stationären Leistungen könnte man sofort in den ambulanten Bereich verlagern? Nimmt man den bestehenden AOP-Katalog, in dem schon Prozeduren, Regeln und Kriterien für ambulante Operationen festgelegt sind, und wendet sie auf die aktuellen stationären Fallzahlen an, kommt man auf 20 Prozent. Das ist aus unserer Sicht aber zu kurz gesprungen. Das IGES-Gutachten

hat ja eine Erweiterung des AOP-Katalogs vorgeschlagen. Und es gibt eine wachsende Anzahl an Hybrid-DRG. Wir haben versucht, das alles zusammenzubringen – und erreichen bereits damit ein Ambulantisierungspotenzial von über einem Drittel. Das ist aber nur der erste Bereich. Darüber hinaus haben wir als zweiten Bereich die Notfallversorgung in den Blick genommen. Hier könnte ein Teil der Patienten, die stationär aufgenommen werden, zuvor schon abschließend ambulant versorgt werden. Der dritte Bereich betrifft eine längerfristige strukturelle Fragestellung: Wie viele Krankenhausfälle könnten durch eine gute ambulante Versorgung und eine verbesserte Pflege vermieden werden? Bei den drei Bereichen gibt es Überschneidungen, doch wenn man sie zusammen betrachtet, ergibt das unserer Schätzung nach ein Ambulantisierungspotenzial von insgesamt 56 Prozent der Fälle.

Gehen wir das mal der Reihe nach durch. Der erste Punkt ist die Verlagerung von Operationen in den ambulanten Bereich. Was müsste aus Ihrer Sicht geschehen, um diese Entwicklung zu befördern?

MESSERLE: Wir haben derzeit einige Sonderregelungen, die

vereinheitlicht werden sollten. Es gibt den AOP-Katalog, es gibt Hybrid-DRG – und jetzt kommen noch Kurzzeitpauschalen hinzu. Es wäre sinnvoll, einen einheitlichen Abrechnungs-Katalog zu definieren für Leistungen, die vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden sollten. Dabei kann man eine Stufung vornehmen: Dies hier sind Leistungen, die sehen wir eher bei den niedergelassenen Ärzten. Und das sind Leistungen, die sehen wir eher bei den Krankenhäusern – weil auch bei ambulanter Durchführung noch immer stationäre Strukturen im Hintergrund benötigt werden.

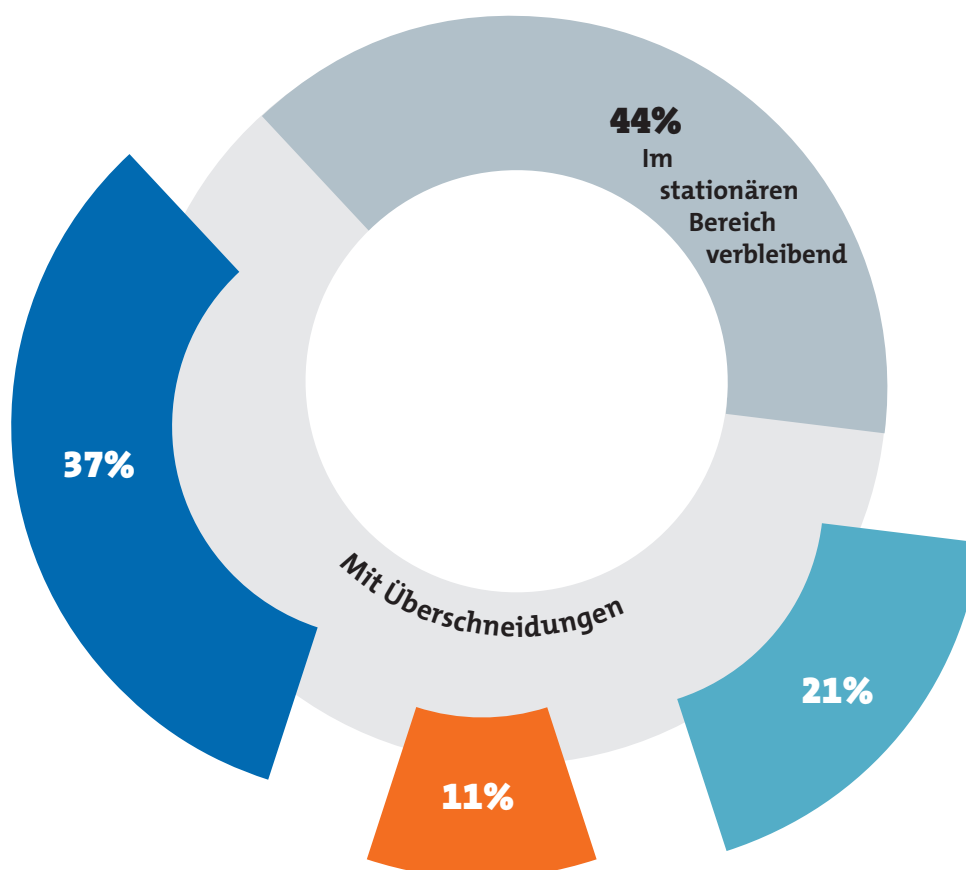
Der zweite Punkt ist die Notfallversorgung. In der Pressekonferenz bei der Vorstellung des AOK-Krankenhausreports war von einem „Staubsaugereffekt“ die Rede. Was ist damit gemeint?

MESSERLE: Die Notfallversorgung stellt einen wichtigen Zugang für die stationäre Versorgung dar: Knapp die Hälfte aller Patientinnen und Patienten kommen über die Notaufnahme in die Krankenhäuser. Wenn es um die Frage geht, ob eine Versorgung ambulant oder stationär stattfindet, reden wir nicht über einen Vergütungsun-

→ Fortsetzung Seite 10

AMBULANTISIERUNGSPOTENZIAL IN % ALLER FÄLLE

Die nach unten herausfallenden Stücke zeigen, welche Anteile der heute stationär erbrachten Fälle ambulantisiert oder vermieden werden könnten. Weil es Fälle gibt, die mehreren Kategorien zugeordnet werden können, ergeben die Zahlen auf den herausfallenden Stücken zusammen mehr als das kalkulierte Gesamt-Ambulantisierungs-Potenzial. Unter Berücksichtigung der Überschneidungen verbleiben etwa 44 Prozent der Fälle im stationären Bereich.



37%
Stationär
erbrachte Leistungen,
die ambulant
erledigt werden
können

AOP-Katalog
Hybrid-DRG
plus Potenzial

11%
Potenzielle
ambulante
Notfälle

Notfälle, die
derzeit stationär
aufgenommen werden –
aber ambulant erledigt
werden können

21%
Ambulant-
sensitive und
pflegesensitive
Fälle

Krankenhausfälle, die
durch gute ambulante
Versorgung und Pflege
vermieden werden
können.

Quelle: Basierend auf AOK-Abrechnungsdaten (hochgerechnet auf KM 6 und PG 2) Krankenhaus-Report 2026

→ Fortsetzung

terschied von eins zu vier, sondern von eins zu zehn. Es gibt also einen enormen finanziellen Anreiz, die Patientinnen und Patienten stationär aufzunehmen – gerade in Krankenhäusern, die vielleicht auch mal freie Betten haben. Die Bettenauslastung liegt ja aktuell bei etwa 70 Prozent.

Was schlagen Sie vor?

MESSERLE: Im Entwurf der Notfallreform gibt es gute Ansätze, doch die Problematik der finanziellen Anreize wird gar nicht adressiert. Solange es Vergütungsunterschiede von eins zu zehn gibt und die Strukturen nicht reformiert werden, bleibt der Staubsaugeffekt in den stationären Bereich bestehen. Deshalb schlagen wir vor, die Integrierten Notfallzentren (INZ) zu unabhängigen organisatorischen Einheiten weiterzuentwickeln – mit eigenen Angestellten und einer eigenen Finanzierung.

Wäre es nicht naheliegender, die Ersteinschätzung am Tresen unter die Kontrolle der KV zu stellen? Damit wäre der Fehlanreiz doch bereits neutralisiert. Braucht man tatsächlich eine eigenständige Organisation?

MESSERLE: Das Gerangel um die Frage, wer bei der Ersteinschätzung am Tresen den Hut aufhat,

bringt uns nicht weiter. Das ist eine Scheindiskussion. Ich glaube schon, dass sich das medizinische Personal bei der Ersteinschätzung von fachlichen Erwägungen leiten lässt. Und der Tresen ist nur die erste Anlaufstelle. Die finanzielle Anreizsituation kommt meiner Ansicht nach im weiteren Versorgungsverfahren zum Tragen. Und hier wäre es wichtig, dass das medizinische Personal fachlich, organisatorisch und finanziell unabhängig aufgestellt ist.

Der dritte von Ihnen angesprochene Bereich ist die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen durch gute ambulante und pflegerische Versorgung. Was ist damit gemeint?

MESSERLE: Ich gebe ein Beispiel: Ein Patient im Pflegeheim oder in der ambulanten Pflege hat einen verstopften Blasenkatheter. Die Pflegekraft könnte das Problem bei entsprechender Ausbildung lösen. Doch sie darf es nicht oder traut es sich nicht zu. Sie sucht nach einem ärztlichen Ansprechpartner, der aber nicht verfügbar ist – und ruft den Rettungsdienst. Der Patient muss lange warten, das Problem verschärft sich. Er wird stationär aufgenommen und liegt drei Tage im Krankenhaus. Der Notfalleinsatz und die Krankenhausaufnahme hätten

vermieden werden können – weit vorne in der Versorgungskette durch das Eingreifen einer Pflegekraft. Oder nehmen wir Diabetes: Wenn der Patient gut eingestellt und beispielsweise telemedizinisch überwacht wird, lässt sich eine Eskalation leichter verhindern. Andere „ambulant-sensitive Krankenhausfälle“ (ASK) sind Bluthochdruck, Herzinsuffizienz oder Asthma/COPD. Wir beziehen uns bei dieser Analyse auf die Arbeit von Prof. Leonie Sundmacher, die einen Katalog von Diagnosen entwickelt hat, bei denen Krankenhausaufnahmen häufig durch eine gute ärztliche und pflegerische Versorgung vermeidbar wären. In Deutschland sind demnach fast 30 Prozent der Krankenhausfälle „ambulant-sensitiv“ – könnten also theoretisch vermieden werden. Zwei Drittel davon – also 20 Prozent – könnten laut Expertenmeinungen auch praktisch vermieden werden.

Sie nennen die Vermeidung der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle sogar den „wichtigsten Ansatz zur Ambulantisierung“ ...

MESSERLE: Ja. Denn das sind die Fälle, die lange im Krankenhaus bleiben und große Kosten verursachen. Bei elektiven Operationen verlassen die Patienten größtenteils schon nach ein, zwei oder

maximal drei Tagen das Krankenhaus. Das ist bei den ambulant-sensitiven Krankenhaufällen anders. In diesem Bereich eine Veränderung zu erreichen, ist ein langfristiges und aufwändiges Projekt – aber ein sehr wichtiges.

Wie müsste die ambulante Versorgung Ihrer Ansicht nach verändert werden?

MESSERLE: Wir müssen die Primärversorgung ausbauen, um die Koordination der Versorgung zu verbessern. Bei ambulant-sensitiven Krankenhaufällen geht es ja häufig darum, dass eine Koordination nicht stattgefunden hat, dass Patienten keinen Ansprechpartner hatten – dass sich einfach niemand gekümmert hat. Ein anderer Ansatz wären sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, die eine ambulante Versorgung und eventuell niedrigschwellig Beobachtungsbetten anbieten. Im Bereich der Pflege bräuchte man eine bessere ärztliche und pflegerische Betreuung – beispielsweise durch Notfallteams, die ausrücken, um eine Eskalation zu verhindern. Auch die Telemedizin hat riesige Potenziale. Es müssten also viele Strukturen parallel angepasst werden – das ist eine sehr viel größere Herausforderung als die Verschiebung elektiver Operationen in den ambulanten Bereich.

Wie beurteilen Sie die Erfahrungen mit der Hausarztzentrierten Versorgung?

MESSERLE: Die Krankenhausaufnahmen im Modell der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg sind Auswertungen zufolge um fast zehn Prozent zurückgegangen. Solche Effekte werden von der internationalen Literatur bestätigt. Eine gut konzipierte Primärversorgung kann offenbar sehr stark dazu beitragen, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Hausärztinnen und Hausärzte tatsächlich eine steuernde Rolle im Versorgungsnetzwerk einnehmen und dass es eine gewisse Verbindlichkeit für die Patientinnen und Patienten gibt.

Läuft der Strukturwandel hin zur Ambulantisierung vor allem über zunehmenden wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser? In Hamburg wurde das Krankenhaus Groß-Sand geschlossen. Die Klinik Dr. Guth wird Ende September den Betrieb einstellen ...

MESSERLE: Wir alle wissen: Es gibt zu viele Krankenhäuser. Doch wenn ein Krankenhaus tatsächlich schließt, erfolgt das oft unkoordiniert und ohne dass es gelingt, den Patientinnen und Patienten vor

Ort eine Perspektive aufzuzeigen. Die Schließung eines Krankenhauses muss ja nicht unbedingt eine Verschlechterung der Versorgung bedeuten – wenn an derselben Stelle ein ambulantes Angebot oder ein sektorenübergreifendes Versorgungszentrum für die Bürgerinnen und Bürger entsteht. Doch die Entwicklungen laufen oft ungeplant, vieles bleibt dem Zufall überlassen. Wir haben noch immer keine echte Strukturdiskussion über die Versorgungsebenen hinweg.

Was halten Sie von den Sparmaßnahmen für den ambulanten Bereich? Ist so etwas sinnvoll, wenn man eigentlich die Ambulantisierung voranbringen will?

MESSERLE: Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist, wie Bundesgesundheitsministerin Nina Warken gesagt hat, eine Zumutung für alle. Die GKV-Ausgaben sind auf einem sehr, sehr hohen Niveau und steigen weiterhin an. Ich hoffe, dass die Finanzkommission Gesundheit (FKG) nach den Sparvorschlägen bald ein großes Gesamtkonzept vorlegt. Wir kommen nicht umhin, über die kurzfristigen Maßnahmen des Spargesetzes hinaus grundlegende Strukturreformen einzuleiten. Das müssen wir jetzt angehen. ■

Interview: Martin Niggeschmidt



Proteste gegen Spargesetz: Etwa 1.000 Hamburger Praxen beteiligten sich

Hier eine Auswahl von Fotos, die anlässlich der Aktion an die KV Hamburg geschickt wurden

Zahlreiche Praxen in Hamburg haben am Mittwoch, den 10. Juni 2026, zwischen 8 und 10 Uhr ihre Sprechstunden ausgesetzt. Mit der von den Berufsverbänden initiierten Protestaktion wandten sich die Praxen gegen das geplante GKV-Spargesetz, das erhebliche Honorareinbußen zur Folge hätte.

Viele Praxis-Teams zeigten Präsenz vor der Praxistür, um ein Zeichen gegen die aktuelle Gesundheitspolitik zu setzen und mit den Patient:innen ins Gespräch zu kommen.

Schätzungen zufolge haben sich etwa 1.000 ärztliche und psychotherapeutische Praxen in Hamburg an der Aktion beteiligt. *Hamburger Abend-*

blatt, Mopo, NDR Hamburg Journal, Radio Hamburg und andere berichteten. ■

Weitere Fotos der Aktion auf Social Media – und auf der Website der KV Hamburg: www.kvhh.de → Sparpolitik vernichtet Praxis-Termine: Fotogalerie vom Protesttag



Die vertragsärztlichen und
-psychotherapeutischen Praxen in Hamburg

Sparpolitik vernichtet Praxis-Termine!

Liebe Patientinnen und Patienten,

die Bundesregierung hat ein Sparprogramm beschlossen, das den Praxen große Mengen an Honorar für die Versorgung ihrer Patient:innen entzieht.

Das zwingt die Hamburger Praxen dazu, ihre Sprechstunden anzupassen und ihr Terminangebot einzuschränken.

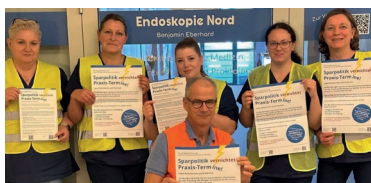
Leider lässt uns die Politik keine andere Wahl!

Für die Patient:innen in Hamburg bedeutet dies:

- Längere Wartezeiten
- Aufnahmestopps
- Weniger Versorgung

Unterstützen Sie uns dabei, das Gesetz zu verhindern - schreiben Sie jetzt Ihrem Bundestagsabgeordneten!

Unsere Forderungen
an die Politik:
**volle Vergütung für
volle Versorgung!**
Das sind wir unseren
Patient:innen
schuld.





VON ANTJE THIEL

Mythos Gen Z: Tickt die junge Generation wirklich anders?

Die vermeintliche Arbeitsfaulheit der Gen Z ist ein statistisches Artefakt. Denn eigentlich ist der ärztliche und psychotherapeutische Nachwuchs hochmotiviert. Doch insbesondere Frauen hadern mit den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit.

Fallen Sie nicht auf den Mythos der Gen Z herein – die gibt es so nicht.“ Mit dieser Botschaft eröffnete Prof. Jutta Allmendinger, Expertin für Bildungssoziologie und Arbeitsmarktforschung an der Humboldt-Universität zu Berlin, ihren Impulsvortrag bei einer Veranstaltung der Frauenkommission der KV Hamburg am 27. Mai 2026. Rund 40 Ärztinnen und Psychotherapeutinnen verschiedener Generationen waren der Einladung gefolgt – und bekamen von der online zugeschalteten renommierten Forscherin zunächst eine methodenkritische Lektion in Sachen Generationenforschung.

Wenig belastbare Querschnittsstudien

Wer Menschen verschiedener Altersgruppen gleichzeitig zu ihren Lebenseinstellungen befragt, bekommt meist ganz unterschiedliche Antworten. Die Versuchung ist dann groß, daraus auf generelle Generationsunterschiede zu schließen. Tatsächlich aber handelt es sich bei den ausgemachten Unterschieden Allmendinger zufolge häufig schlicht um Alterseffekte. Das gilt auch für Befragungsdaten, wonach eine große Mehrheit von Angehörigen der Generation Z angibt, Arbeit

solle vor allem Spaß machen und eine gute Work-Life-Balance ermöglichen – während Ältere diesen Wunsch deutlich seltener äußern.

In der öffentlichen Debatte wird aus den Ergebnissen solcher Querschnittsstudien gern abgeleitet, die heute ca. 15- bis 30-Jährigen seien arbeitsscheu, unmotiviert und für den Arbeitsmarkt kaum zu gebrauchen. Dabei sagen die Daten gar nicht aus, dass junge Menschen heute anders ticken als frühere Generationen in ihrem Alter. Sondern möglicherweise eher: So denken Menschen, wenn sie jung sind. Ob die heute 20-Jährigen mit 50 noch dieselben Werte vertreten, verraten

diese Querschnittsdaten nicht. „Sie sagen auch nichts darüber aus, ob die heute Älteren früher nicht ganz ähnlich gedacht haben“, betonte Allmendinger.

Um Generationeneffekte belastbar beurteilen zu können, braucht es stattdessen Längsschnittstudien – sprich: Befragungen, die Menschen über Jahre bzw. sogar Jahrzehnte begleiten und ihre Einstellungen im Zeitverlauf dokumentieren. Solche Studien seien aufwändig, teuer und verlangten von den Forschenden eine gewisse altruistische Motivation: „Die Früchte dieser Arbeit werden die wenigsten, die sie anstoßen, selbst noch ernten“, sagte Allmendinger.

Entsprechend dünn sei die Datenlage auf Basis von Längsschnittstudien. Die wenigen verfügbaren Befunde deuten für die Soziologin allerdings darauf hin, dass die Arbeitsmotivation der Gen Z keineswegs niedriger ist als die früherer Generationen in vergleichbarem Alter – eher im Gegenteil. So ist die Erwerbsbeteiligung in jungen Jahren gestiegen: Viele junge Menschen arbeiten bereits während des Studiums, oft in Teilzeit. Das drückt das Arbeitsvolumen im Durchschnitt – sagt aber nichts

GENERATIONEN IM ÜBERBLICK*

Babyboomer
Jahrgang ca. 1946–1964

Generation X
Jahrgang ca. 1965–1979

Millennials (Generation Y)
Jahrgang ca. 1980–1994

Generation Z
Jahrgang ca. 1995–2010

Generation Alpha
Jahrgang ca. 2011–heute

* Jahrgangsgrenzen variieren je nach Quelle

über mangelnden Ehrgeiz aus. Auch Frauen sind wesentlich stärker im Arbeitsmarkt vertreten als früher. Damit erhöht sich aufgrund von Kindererziehungszeiten der Anteil von Teilzeitarbeitsverhältnissen abermals.

Mehr Unterschiede innerhalb als zwischen den Generationen

Als zweites methodisches Problem nannte Allmendinger die Tatsache, dass die Altersgrenzen für die „Gen Z“ nicht einheitlich definiert sind: Meist werden die Jahrgänge 1995 bis 2010 genannt, manchmal aber auch andere Spannweiten. Vor allem aber zeige die Forschung konsistent, dass die Unterschiede innerhalb einer Generation weit größer sind als die zwischen den Generationen. Sozioökonomischer Status, Bildungshintergrund, Vermögen und regionale Herkunft prägen Einstellungen und Lebensentwürfe also stärker als das Geburtsjahr.

Dieser Effekt kommt in Deutschland, wo Bildungserfolg nach wie vor stärker vom Elternhaus abhängt als in vielen anderen Ländern, besonders deutlich zum Tragen: Wer aus einem akademisch geprägten Haushalt stammt, erbt nicht nur kulturelles Kapital, sondern zunehmend auch materielles – und sucht sich in der Regel auch einen Partner bzw. eine Partnerin aus ähnlichen Verhältnissen. „Der Effekt verfestigt sich also“, sagte Allmendinger.



Online-Impulsvortrag von Prof. Jutta Allmendinger zu den mutmaßlichen Eigenheiten der Generation Z: "So denken Menschen, wenn sie jung sind."

Andere Bedingungen für Berufsentscheidungen

Was sich tatsächlich verändert hat, sind nicht die Menschen, sondern die Bedingungen, unter denen sie ihre Berufsentscheidungen treffen. Allmendinger verdeutlichte dies am Beispiel ihres eigenen Sohnes, der als Arzt in einem Krankenhaus tätig ist und sich nicht niederlassen möchte – unter anderem deshalb, weil er seine Energie nicht in einen materiellen Aufbau investieren muss, den seine Generation bereits vorgefunden hat. „Das ist total rational, aber ganz bestimmt nicht faul.“

Als Gegenmodell nannte sie den Gynäkologen, bei dem sie selbst in Behandlung ist: einen Arzt um die 70, der seit Jahren seine Praxis abgeben möchte. Übernehmen soll jemand, der sein Lebenswerk nach genau seinem Vorbild fortführt:

als Einzelpraxis, mit denselben Öffnungszeiten, demselben Modell. Dass der Nachwuchs die Arbeit lieber auf mehr Schultern verteilen möchte und flexiblere Strukturen braucht, liegt ihm fern. Allmendingers Einschätzung war eindeutig: „Das halte ich für falsch.“

Rahmenbedingungen wirken abschreckend

Insbesondere bei jungen Frauen kann man mit einer solchen Erwartung nicht mehr punkten. Das zeigten auch die Videointerviews, die im Anschluss an Allmendingers Impulsvortrag eingespielt wurden. Natalie Burgemeister, Medizinstudentin im neunten Semester, beschrieb ihre Begeisterung für den ärztlichen Beruf und ihre grundsätzliche Offenheit gegenüber der Niederlassung – allerdings verbunden



mit einem nüchternen Blick auf die finanziellen Aussichten: „Unter den aktuellen Bedingungen hätte ich Angst, mich niederzulassen.“ Dabei schätzt sie gerade das, was die Praxistätigkeit auszeichnet: Patientinnen und Patienten langfristig begleiten, eigene Entscheidungen treffen, Arbeiten ohne Schichtdienst.

Ähnlich klang Maja Wilken, die in München ihre ambulante Weiterbildung zur Psychotherapeutin absolviert: „Ich sehe mich auch langfristig nicht in einer Klinik.“ Das Konzept der ambulanten Weiterbildung findet sie gut, die Finanzierung hingegen prekär – für Weiterbildungsstätten ebenso wie für den psychotherapeutischen Nachwuchs. Eine eigene Niederlassung kommt für sie erst im Anschluss an die Familiengründung infrage, denn „es gibt in Deutschland zu wenig Unterstützung für die Selbstständigkeit.“

Beide Stimmen belegten, was Allmendinger zuvor ausgeführt hatte: Es ist nicht die Generation, die sich verweigert. Es sind die Rahmenbedingungen, die abschrecken.

Gemeinsame Strukturen stehen hoch im Kurs

In der anschließenden Podiumsdiskussion – moderiert von Dr. Claudia Haupt, Sprecherin der KV-Hamburg-Frauenkommission und niedergelassene Kinderärztin – kamen Vertreterinnen aus vier Generationen, unterschiedlichen Berufsgruppen und Arbeitsformen zu Wort – Babyboomer, Generation X, Millennials und Generation Z, Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, Selbstständige und Angestellte. Was sie trotz unterschiedlicher Lebensrealitäten verband: der Wunsch nach gemeinsamen Strukturen und das Wissen, dass das Modell der Einzelkämpfe-

rin der Vergangenheit angehört.

„Jede Generation kann etwas anderes – man kann voneinander lernen“, antwortete die niedergelassene Allgemeinmedizinerin Dr. Berit Löwenau auf die Frage, wie gute Führung gelingt, wenn mehrere Generationen in einer Praxis zusammen arbeiten.

Kollegialer Austausch in größeren Strukturen

Die jüngere Generation empfindet das Gemeinschaftsmodell ohnehin nicht als Kompromiss, sondern als erste Wahl. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stehen daher hoch im Kurs. So erklärte die in einem MVZ angestellte Kardiologin Dr. Simone Müller: „Ich kann mir bis heute nicht vorstellen, ganz allein zu arbeiten. Ich mag es, zwischendurch mal nach nebenan zu gehen, um komplexe Fälle zu besprechen.“



Einleitungs-Moderation von Hanna Guskowski (selbstständige Psychotherapeutin): „Was muss geändert werden, damit die jüngeren Generationen den Sprung in die Niederlassung wagen?“



Teilnehmerinnen der Podiumsdiskussion: Johanna Schadwinkel (ÄiW Allgemeinmedizin), Fides Rulfs (Psychotherapeutin in Ausbildung), Dr. Berit Löwnau (selbstständige Allgemeinmedizinerin), Dr. Claudia Haupt (Moderatorin, selbstständige Kinderärztin), Marie Schwartz (angestellte Psychologische Psychotherapeutin) und Dr. Simone Müller (angestellte Kardiologin)

In Bezug auf die politischen Rahmenbedingungen macht sie sich allerdings Sorgen um die ärztliche Freiberuflichkeit und die Zukunft der ambulanten Versorgung: „Der wirtschaftliche Druck kommt ja auch bei uns Angestellten an.“ Leider sei die Bevölkerung viel zu wenig aufgeklärt über die komplexen Strukturen des Gesundheitssystems: „Es kostet viel Kraft, Patientinnen und Patienten in ihrem Frust auszuhalten. Am Ende sitze ich nämlich vor ihnen und muss alles erklären.“

Therapiefreiheit auch von Angestellten schützen

Marie Schwartz, Psychologische Psychotherapeutin in einem großen MVZ, ergänzte dazu, auch im Angestelltenverhältnis müsse die Therapiefreiheit besser geschützt werden. „Ich arbeite mit Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen. Man könnte in diesem Bereich viele Dritt- und Viertmeinungen vermeiden, wenn wir uns mehr Zeit lassen könnten!“

Auch das Für und Wider der Digitalisierung kam zur Sprache. Johanna Schadwinkel, Ärztin in Weiterbildung für Allgemeinmedizin in einer Hausarztpraxis, findet Befunde in der elektronischen Patientenakte (ePA) mittlerweile oft schneller als über den bislang üblichen Austausch per KIM-Nachricht. Sie hofft auf einen weiteren Ausbau: „Ich finde die ePA richtig gut.“ Die Psychotherapeutin Rulfs

hingegen mahnte mit Blick auf den Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI) zur Vorsicht: „Dokumentation ist für unsere Berufsgruppe immens wichtig. Wenn das die KI übernimmt, besteht die Gefahr, dass wir selbst gar nicht mehr richtig über die Menschen nachdenken, denen wir helfen sollen“ – ein Satz, der vom Plenum spontan mit Applaus bedacht wurde.

Ohne männliche Vorbilder geht es nicht

Ein Thema zog sich durch den gesamten Abend: die Notwendigkeit, Männer als aktive Mitgestalter zu gewinnen. Solange Gleichstellungspolitik ausschließlich als Frauensache gilt, wird sich wenig bewegen – das war die einhellige Überzeugung auf dem Podium wie im Publikum. Auch Allmendinger hatte es in ihrer Keynote bereits auf den Punkt gebracht: Es braucht männliche Vorbilder, die für alle sichtbar Elternzeit nehmen, in Teilzeit arbeiten und Fürsorgearbeit übernehmen – und Universitätskliniken, die dabei vorgehen.

Von solchen Strukturen, die echte Flexibilität erst möglich machen, war das Umfeld der Kinderärztin Haupt zu Beginn ihrer Karriere noch weit entfernt: Ihr Chef hatte wenig begeistert auf ihre Schwangerschaft reagiert und ihr zu verstehen gegeben, dass eine Rückkehr in Teilzeit ausgeschlossen sei. Es war vor allem sein Widerstand, der ihre Entscheidung für die Niederlassung

unfreiwillig beschleunigt hatte. „Ich habe es nie bereut – aber ich hätte mir einen anderen Weg dahin gewünscht“, erzählte sie.

Freie Entscheidung statt äußerer Druck

Auch die Allgemeinmedizinerin Löwenau berichtete, wie sie selbst eher planlos und unvorbereitet in die Selbstständigkeit gerutscht war: „Rückblickend hätte ich mir dabei jemanden gewünscht, der mir den Rücken freihält.“ Was beide Erfahrungen gemeinsam haben: Es war nicht die freie Entscheidung einer Frau für ein Modell, das zu ihrem Leben passt, sondern der äußere Druck, der den Weg vorgab. Genau das soll sich für die nachfolgende Generation ändern.

Die Frauenkommission will ihr dafür weiter den Weg bereiten: „Wir sind nicht nur Teil der Versorgung, sondern wollen sie auch in den entscheidenden Gremien mitgestalten!“, betonte Haupt. Anfangs von manchem abgewertet und abgewehrt, ist die Frauenkommission heute in der KV Hamburg fest etabliert, arbeitet konstruktiv mit Männern zusammen und hat bei den letzten Wahlen den Frauenanteil in den Gremien deutlich erhöhen können. „Beim nächsten Mal wollen wir noch stärker werden – es wäre deshalb toll, wenn noch mehr Frauen bei uns mitmachen!“, schloss Haupt. ■

ANTJE THIEL ist freie Journalistin



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Mitgliederservice-Team gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. **Mitgliederservice, Tel: 040 / 22802-802**

PSYCHOTHERAPIE

Welchen Arztgruppen ist es erlaubt, einen Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie auszustellen?

Für Erwachsene dürfen Konsiliarberichte vor Aufnahme einer Psychotherapie grundsätzlich von allen Vertragsärzten erstellt werden, mit Ausnahme bestimmter Fachgruppen. Nicht berechtigt sind: Laborärzte, Mikrobiologen, Infektionsepidemiologen, Fachärzte für Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin sowie Humangenetik.

Für Kinder und Jugendliche ist die Ausstellung eines Konsiliarberichts auf bestimmte Arztgruppen beschränkt. Dazu zählen: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, für Innere Medizin sowie für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte.

AUSLANDSABKOMMEN

Bei mir in der Praxis stellt sich ein Patient aus Großbritannien vor. Ist es möglich, ihn trotz Brexit im Rahmen des Auslandsabkommens zu behandeln?

Ja, Patienten aus Großbritannien werden wie Patienten aus EU-Ländern behandelt. Aufgrund des Austritts Großbritanniens wurden neue Karten ohne das EU-Logo ausgegeben, die zur Inanspruchnahme von unvorhersehbaren Behandlungen berechtigen – die sogenann-

te GHIC (Global Health Insurance Card). Die erbrachten Leistungen werden im Praxisverwaltungssystem als Ersatzverfahren angelegt. Hierbei genügen folgende Angaben:

- Vor- und Nachname
 - Geburtsdatum
 - Postleitzahl des aktuellen Aufenthaltsorts
- Weitere Stammdaten sind nicht nötig. Zusätzlich ist einzutragen:
- Kostenträger: gewählte aushelfende Krankenkasse (beliebig wählbar)
 - Status: Versichertenart „1“
 - Besondere Personengruppe: Ziffer „7“

AU

Mein Patient ist arbeitsunfähig. Bescheinige ich ihm die Arbeitsunfähigkeit auch für Feiertage, Samstage oder Sonntage, wenn er an diesen Tagen arbeiten müsste?

Ja. Fällt ein Feiertag, Samstag oder Sonntag in die reguläre Arbeitszeit und wird für diesen Tag Arbeitsunfähigkeit festgestellt, muss die Arbeitsunfähigkeit auch für diese Tage bescheinigt werden.

HILFSMITTEL

Ich bin Hausarzt und möchte für eine Patientin eine Milchpumpe verordnen. Ist die Verordnung an eine bestimmte Fachgruppe gebunden und in welchen Fällen dürfen wir ein Rezept für eine Milchpumpe ausstellen?

Die Verordnung ist an keine bestimmte Fachgruppe gebunden, jedoch wird auf Grund der

Plausibilität empfohlen, dass entweder der Kinderarzt oder der Gynäkologe die Verordnung ausstellt. Eine Milchpumpe darf sowohl bei mütterlichen Problemen (z.B. Brustwarzenentzündung, zu wenig Milchbildung) als auch bei kindlichen Problemen beim Stillen verordnet werden. Der Hilfsmittelkatalog enthält keine Aussage zum Verordnungszeitraum. Der Arzt entscheidet selbst, wie lange die medizinische Notwendigkeit gegeben ist. Pro Rezept ist eine Dauer von 4 Wochen empfehlenswert, damit in regelmäßigen Abständen eine ärztliche Kontrolle durchgeführt werden kann.

BLANKOFORMULARBEDRUCKUNG

Welche vertragspsychotherapeutischen Formulare dürfen auf Blankopapier gedruckt werden, und welche müssen auf Sicherheitspapier erstellt werden?

Im Rahmen der KBV-Vordruckvereinbarung zur Blankoformularbedruckung (BFB) dürfen viele bundesweit einheitliche vertragsärztliche und psychotherapeutische Formulare auf herkömmlichem Druckerpapier (Blankopapier) gedruckt werden. Ausnahmen bilden Formulare, die besonderen Sicherheitsanforderungen unterliegen.

Die folgenden psychotherapeutischen Formulare dürfen auf Blankopapier gedruckt werden, da sie weder Barcode noch Sicherheitspapier erfordern:

- PTV 1: Antrag des Versicherten auf Psychotherapie
- PTV 2: Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten
- PTV 11: Individuelle Patienteninformation zur Psychotherapeutischen Sprechstunde
- PTV 12: Anzeige der Akutbehandlung oder der Beendigung einer Psychotherapie

Formulare mit besonderen Sicherheitsanforderungen müssen dagegen auf dem speziell vorhergesehenen Sicherheitspapier gedruckt

werden. Dazu zählt beispielsweise das Muster 7 („Überweisung – vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen“). Wird dieses Formular mit einem Laser- oder Tintenstrahldrucker erstellt, muss es auf entsprechendem Sicherheitspapier im DIN-A5-Format gedruckt werden.

HONORAR

Ich habe Fragen zu meinem Honorarbescheid – was kann ich tun?

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Honorarbescheid oder zum praxisbezogenem Leistungsbudget (PLB) haben, können Sie jederzeit einen persönlichen Beratungstermin vereinbaren. Das Beratungsteam der Abteilung MSB unterstützt Sie dabei, die Honorarverteilungssystematik besser zu verstehen und Ihren Honorarbescheid sicher zu interpretieren. Ziel ist es, Ihnen mehr Transparenz zu geben und Sie bei Ihrer wirtschaftlichen Planung sowie im Umgang mit zukünftigen Abrechnungen zu unterstützen. Das Angebot richtet sich insbesondere an neu zugelassene Mitglieder, steht aber grundsätzlich allen Mitgliedern bei Fragen zum Honorar zur Verfügung. Zur Terminvereinbarung wenden Sie sich bitte an den Mitgliederservice, der den passenden Ansprechpartner für Sie ermittelt. Tel: 040 / 22802 -802

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802 -802



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



Richtigstellung: Wer darf die GOP 34504 abrechnen?

In der KVH Journal Ausgabe 3/2019
(Seite 19: Fragen und Antworten) wurden die
Voraussetzungen zur Abrechnung der
CT-gesteuerten PRT nach GOP 34504 EBM
falsch dargestellt.

Richtig ist:

Grundlegende Voraussetzung für die Abrech-
nung der GOP 34504 EBM ist, dass der Arzt eine
entsprechende CT-Genehmigung der Genehmi-
gungs-Abteilung der KV hat.

Darüber hinaus muss er

- entweder selbst die Voraussetzungen gemäß
Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerz-
therapeutischen Versorgung chronisch schmerz-
kranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V
erfüllen
- oder auf Überweisung eines Arztes tätig
werden, der die Voraussetzungen gemäß Quali-
tätssicherungsvereinbarung zur schmerzthera-
peutischen Versorgung chronisch schmerzkran-
ker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt
oder über die Zusatzweiterbildung „(Spezielle)
Schmerztherapie“ verfügt.

Zudem ist diese CT-gestützte schmerztherapeuti-
sche Intervention nur im Rahmen eines multimoda-
len Schmerztherapiekonzeptes Leistung der gesetzli-
chen Krankenversicherung. ■

HELDEN GESUCHT BITTE SUBSTITUIEREN SIE !

Sie suchen eine spannende und ab-
wechslungsreiche Tätigkeit? Helfen
Sie, chronisch kranke Opioidabhän-
gige zu substituieren. Eine professio-
nelle Herausforderung und
eine erfüllende Aufgabe.
Weitere Infos finden Sie
unter dem QR-Code:



WWW.KVHH.DE/SUBSTITUTION.HTML

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

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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Mammographiescreening – auch in Zukunft ein Thema für die evidenzbasierte Medizin

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



Vor über 20 Jahren wurde das bevölkerungsweite Mammografie-Screening in Deutschland für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Vor zwei Jahren wurde die Altersgrenze auf 75 Jahre erhöht, aktuell steht die Senkung der Altersgrenze auf 45 Jahre zur Beschlussfassung beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Parallel zu diesen Entwicklungen wurden im Sommer 2025 die Ergebnisse der ZEBra-MVP-Studie publiziert, mit der im Auftrag des Bundesamts für Strahlenschutz die Effekte des bevölkerungsweiten Mammografie-Screenings auf die Brustkrebsmortalität evaluiert wurden (Info-Box 1).⁽¹⁾ Die Ergebnisse, die eine signifikante relative Reduktion dieser krank-

heitsspezifischen Mortalität um circa 20 bis 30 % zeigen, wurden seinerzeit in den öffentlichen Medien mit breiter Aufmerksamkeit aufgenommen.

Von anderer Seite, unter anderem dem Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk)⁽²⁾, wurde dagegen kritisiert, dass der Ergebnisbericht ausschließlich Angaben zu den relativen Risikoveränderungen enthält und mögliche unerwünschte Effekte, wie z. B. Überdiagnosen, nicht untersucht wurden.

Solche Lücken in der wissenschaftlichen Evidenz können die evidenzbasierte Information und Entscheidungsfindung von Frauen erschweren – und waren Anlass für ein Online-Forum, das das EbM-Netzwerk am 29. April 2026 zu diesem Thema veranstaltete. Moderiert von Dr. Monika Lelgemann, langjähriges Netzwerkmitglied und frühere erste Vorsitzende des EbM-Netzwerks, diskutierten eine Patientinnenvertreterin sowie drei klinisch-epidemiologische bzw. klinisch-ärztliche Experten, wie die Evidenz zum Mammographie-Screening verbessert werden kann.

MEHR INDIVIDUALISIERUNG MÖGLICH?

Einigkeit bestand unter den Panelmitgliedern, dass Erkenntnisse zu Nutzen und Schaden strukturierter Mammographie-Screeningprogramme aus früheren randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) kaum mehr auf die heutige epidemiologische Situation

INFO-BOX 1

**EVALUATION DER BRUSTKREBSMORTALITÄT
IM DEUTSCHEN MAMMOGRAPHIE-SCREENING PROGRAMM**

In der Studie „Evaluation der Brustkrebsmortalität im deutschen Mammographie-Screening Programm“ hat die Arbeitsgruppe um Karch et al. mittels Nutzung verschiedener Datenressourcen und Analyseansätzen die Effekte des einladungsbasierten Screenings auf die Brustkrebsmortalität bei 50- bis 69-jährigen Frauen in einer bis zu zehnjährigen Beobachtungszeit evaluiert.⁽¹⁾

Ein Ansatz folgte dem Konzept der Emulated Targeted Trials (sinngemäß: simulierte randomisiert-kontrollierte Studie basierend auf Beobachtungsdaten) und beinhaltete die Bildung von drei Studiengruppen basierend auf Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung: Frauen ohne Teilnahme an dem einladungsbasierten Screening, Frauen mit mindestens einmaliger und Frauen mit mindestens zweimaliger Teilnahme. Die Zuweisung erfolgte auf der Basis eines Propensity Score, der mehrere potenziell entscheidungsrelevante Faktoren berücksichtigte.

Die Effektschätzung ergab für den Vergleich zwischen mindestens einmaliger und keiner Teilnahme ein adjustiertes relatives Risiko für Versterben infolge von Brustkrebs von 0,70 (95 %-Konfidenzintervall (KI) 0,55; 0,80, absolute Zahlen 234/621.057 versus

6.674/10.166.951 Frauen, exkl. Tod durch andere Ursachen); je nach betrachteter Subgruppe lag der Punktschätzer auch niedriger bei bis zu 0,61. Der Vergleich zwischen mindestens zweimaliger und keiner Teilnahme erbrachte sehr ähnliche Effektschätzungen.

Basierend auf Registerdaten wurden in weiteren Analysen Effektschätzungen für die weibliche Zielbevölkerung in Nordrhein-Westfalen vorgenommen. In einer personenzeitbasierten Kohortenanalyse zeigte sich eine deutlichere Risikoreduktion als bei Nutzung der Emulated Targeted Trials-Methodik. Für letztere ist in der Hauptanalyse bei Korrektur für Confounding durch Selbstselektion ein adjustiertes relatives Risiko von 0,84 (95 %-KI 0,75; 0,94, altersstandardisierte Mortalität 164,07 versus 358,52 pro 100.000 Frauen) berichtet, was einer mittleren relativen Risikoreduktion um 16 % entspricht.

Die Autorengruppe bewertet die Ergebnisse der Emulated Targeted Trials-Methodik als deutlich valider als die der personenzeitbasierten Kohortenanalyse. Umfangreiche Sensitivitätsanalysen bestätigten die Effektschätzungen der Hauptanalysen weitestgehend. ■

(Info-Box 2) und Versorgungsbedingungen übertragbar sind.

Weniger Übereinstimmung bestand indes bei der Frage, welche Konsequenzen sich hieraus für die Bewertung des heutigen Nutzen-Schaden-Verhältnisses

und die Weiterentwicklung des Screeningangebots ergeben. Ein zentrales Thema war hierbei das Potenzial für eine risikoabhängige Individualisierung von Screeningintervallen. In einer systematischen Übersichtsarbeit der Canadian Task Force on Preventive



Health Care für die Aktualisierung der kanadischen Empfehlungen zum Mammographiescreening wurden keine Daten aus RCT oder Beobachtungsstudien zu Effekten risikostratifizierter Screeningintervalle auf Zielgrößen wie Brustkrebsmortalität oder Schweregrade detektierter Tumoren identifiziert.⁽³⁾ Ergebnisse aus internationalen RCT wie z. B. der europäischen MyPeBS-Studie (My Personalized Breast Screening) stehen noch aus.⁽⁴⁾

Unter den Mitgliedern des Diskussionspanels beim EbM-Forum variierten die Erwartungen hinsichtlich der Individualisierungsmöglichkeiten. Aus Sicht der Patientinnenvertreterin auf dem Podium, Steffi Stegen vom BRCA-Netzwerk, und des Allgemeinmediziners Prof. Dr. Martin Scherer, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, sollte ein solcherart personalisiertes Screening ein zentrales Ziel sein, um Belastungen von Frauen zu reduzieren und die Akzeptanz des Screenings zu erhöhen. Die beiden klinisch-epidemiologischen Panelmitglieder, Prof. Dr. André Karch vom Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster und Prof. Dr. Alexander Katalinic, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie an der Universität zu Lübeck, äußerten sich dagegen zurückhaltender. Ihrer Einschätzung nach erlauben das bisherige Wissen zu Pathogenese und Ätiologie sowie verfügbare Risikomodelle keine Risikoeinschätzung mit akzeptabler prädiktiver Validität.

Darüber hinaus zeigte die weitere Diskussion, dass die Bestimmung des individuellen Brustkrebsrisikos und die Information der Frauen darüber bereits an sich eine komplexe diagnostische Intervention mit zusätzlichem Evaluationsbedarf darstellt. Dieser bezieht sich nicht nur auf die prädiktive Validität der Risikomodelle, sondern auch auf spezifische Schadensrisiken sowie ethische und rechtliche Implikationen, insbesondere im Zusammenhang mit den für

INFO-BOX 2

AKTUELLE EPIDEMIOLOGISCHE ZAHLEN ZU BRUSTKREBS IN DEUTSCHLAND

Brustkrebs-Inzidenz im Jahr 2023: 154 pro 100.000 Frauen (altersstandardisiert), am höchsten mit 403 pro 100.000 Frauen bei über 80-Jährigen⁽⁹⁾

Circa **60 % der Neuerkrankungen** Tumorstadium 1 oder 2⁽¹⁰⁾

Adhärenz zum bevölkerungsweiten Screening: ca. **50 % mit Screeningteilnahme** nach Einladung im Jahr 2022⁽¹¹⁾

Brustkrebsmortalität 2023: knapp 34 pro 100.000 Frauen (altersstandardisiert), am höchsten mit 224 pro 100.000 Frauen bei über 80-Jährigen⁽⁹⁾

Gesamtmortalität weibliche Bevölkerung 2023: 1.219,3 pro 100.000 Frauen (altersstandardisiert)⁽¹²⁾

die Risikoeinschätzung erforderlichen gendiagnostischen Untersuchungen. Ein Augenmerk laufender internationaler Evaluationen liegt daher auch auf der Akzeptanz individualisierter, risikoabhängiger Screeningstrategien, der Wahrnehmung und dem Verständnis der erhaltenen Risikoinformation und der psychologischen Belastung der Frauen durch die Aufdeckung des individuellen Risikos.^(5;6) Auch für Deutschland sind demnächst erste Daten zu diesen Aspekten zu erwarten, wie Steffi Stegen mit Verweis auf die aktuell anlaufende „MyRisk“-Studie⁽⁷⁾ berichtete. Diese vom Deutschen Krebsforschungszentrum geförderte Studie hat zum Ziel, eine individuelle Risikoeinschätzung und dazugehörige Kommunikationsstrategie für Frauen mit erstmaliger Einladung

zum bevölkerungsweiten Mammographie-Screening zu entwickeln und hinsichtlich der Machbarkeit und Akzeptanz zu evaluieren.

Im Rahmen des Forums wurde jedoch hervorgehoben, dass Individualisierung auch die Methoden der angewandten diagnostischen Untersuchungen beim Screening betrifft. Als schneller realisierbar wurde beispielweise der Einsatz kombinierter diagnostischer Technologien in bestimmten Subgruppen, z. B. bei Frauen mit dichtem Brustgewebe, beschrieben.

VON DER EVIDENZ ZUR INDIVIDUELLEN ENTSCHEIDUNG

Während mögliche Ansätze zur künftigen Ausgestaltung des bevölkerungsweiten Mammographie-Screenings teilweise sehr konkret diskutiert wurden, wurden Aspekte der Evaluationsmethodik, z. B. die mögliche Kombination verschiedener Datenressourcen und Studiendesigns wie z. B. RCT, Beobachtungsdaten und Modellierungsverfahren, während des EbM-Forums weniger thematisiert. Stärker im Mittelpunkt stand dagegen die Frage, welche Informationen und gegebenenfalls weitere Begleitung Frauen benötigen, um eine wohlinformierte Entscheidung über die Teilnahme am Screening zu treffen.

Ausgangspunkt dieser Diskussion war die abschließliche Berichterstattung relativer Risiken als Effektschätzer in der ZEBra-MSP-Studie. Auch im Rahmen des EbM-Forums wurde die Kritik daran von mehreren der rund 90 Teilnehmenden erneuert. André Karch, Studienleiter, begründete dieses Vorgehen unter anderem mit methodischen Herausforderungen, das absolute Mortalitätsrisiko auf der Basis verfügbarer Daten ausreichend valide zu schätzen. Die weitere Diskussion bekräftigte jedoch, dass beide Arten der Effektschätzungen, absolute wie relative Risikodifferenzen bzw. -verhältnisse, ihre jeweils eigenen Vor- und Nachteile haben und daher auch beide

berichtet werden sollten.

Allerdings wurden auch Konsequenzen für die Informationsdarstellung in der Kommunikation von Nutzen und Schaden deutlich. Informationsmaterialien mit identischen Nutzen-Schaden-Verhältnissen für die Gesamtpopulation aller eingeladenen Frauen sind aufgrund z. B. altersabhängig variierender Basisrisiken nicht mehr gerechtfertigt, wie von einzelnen Teilnehmenden angemerkt wurde. Diskutiert wurde zudem, inwieweit die individuelle Entscheidung durch eine genauere Erfassung persönlicher Präferenzen und eine entsprechende Gewichtung der Nutzen- und Schadensaspekte (z. B. Effekte auf Brustkrebsmortalität versus Risiko von Überdiagnosen) unterstützt werden könnte.

Hierbei zeigte sich weiterer Forschungsbedarf zu den Faktoren, die für Frauen bei der Entscheidungsfindung wichtig sind, sowie zu Maßnahmen, die Frauen je nach Gesundheitskompetenz und anderen Faktoren bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Angesichts der rapiden Verbreitung von KI-basierten Gesundheitsinformationen ohne jegliche Qualitätskontrolle bestand Einigkeit in den Diskussionen, dass der Klärung dieser Fragen und der Weiterentwicklung evidenzbasierter Informationen zum Mammographie-Screening hohe Priorität zukommt. Die vor kurzem vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) begonnene Überarbeitung der Informationsmaterialien zum Mammographie-Screening bietet eine Chance dafür.⁽⁸⁾

RESÜMEE

Obwohl das Mammographie-Screening inzwischen fast ein Vierteljahrhundert zur Routineversorgung in Deutschland gehört, demonstrierte das EbM-Forum beispielhaft, dass das Programm auch weiterhin Grundfragen der evidenzbasierten Medizin berührt. Oder anders ausgedrückt: Die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin erfordern es, auch etabliertere



Programme wie das Mammographie-Screening – und nicht nur dieses – regelmäßig dahingehend zu prüfen, inwieweit aktuelle Praktiken das bestmögliche Nutzen-Schaden-Verhältnis bieten und im Einklang stehen mit ethischen und rechtlichen

Ansprüchen an einen fairen Zugang zu einer sicheren, hochwertigen Versorgung und eine gerechte Ressourcenverteilung. Das Forum bot einen Raum, aktuelle Diskussionspunkte zu diesen Fragen zu sammeln und kritisch zu reflektieren. ■



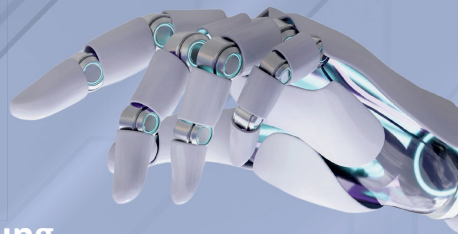
PROF. DR. KATRIN BALZER
Sektion für Forschung und
Lehre in der Pflege, Institut für
Sozialmedizin und Epidemiologie,
Universität zu Lübeck

Referenzen

- 1) Karch A, Böhnke J, Bonberg N et al. Evaluation der Brustkrebsmortalität im deutschen Mammographie-Screening Programm. Ressortforschungsberichte zum Strahlenschutz. Bundesamt für Strahlenschutz (Hrsg.), Salzgitter, urn:nbn:de:0221-2025062052653
- 2) EbM-Netzwerk. Medienrummel um Mammographiescreening: "Unstatistik des Monats" kritisiert irreführende Risikozahlen. 18.07.2025, <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/nachrichten/unstatistik-mammographiescreening>
- 3) Bennett A, Shaver N, Vyas N et al. Screening for breast cancer: a systematic review update to inform the Canadian Task Force on Preventive Health Care guideline. Syst Rev. 2024;13(1):304. doi: 10.1186/s13643-024-02700-3.
- 4) MyPeBS. My Personalized Breast Screening. 2018, <https://clinicaltrials.gov/study/NCT03672331?tab=study>
- 5) Roux A, Cholerton R, Sicsic J et al. Study protocol comparing the ethical, psychological and socio-economic impact of personalised breast cancer screening to that of standard screening in the "My Personal Breast Screening" (MyPeBS) randomised clinical trial. BMC Cancer. 2022;22(1):507. doi: 10.1186/s12885-022-09484-6.
- 6) Pedersen LH, Bigaard J, Vejborg I et al. Risk Stratified Breast Cancer Screening: Early Outcomes and Psychological Impact from PRSONAL - a Randomized Clinical Trial. Breast. 2026;86:104743. doi: 10.1016/j.breast.2026.104743.
- 7) Uniklinik Köln. Risikoadaptierte Krebsfrüherkennung bei Mammographie-Screening. 29.04.2025, <https://familiaerer-brust-und-eierstockkrebs.uk-koeln.de/informationen/aktuelles/detailansicht/risikoadaptierte-krebsfrueherkennung-bei-mammographie-screening/>
- 8) IQWiG. Anpassung der Informationsmaterialien zum Mammografie-Screening im Rahmen der Überprüfung der unteren Altersgrenze. 28.04.2026, [P26-03] Anpassung der Informationsmaterialien zum Mammografie-Screening im Rahmen der Überprüfung der unteren Altersgrenze
- 9) RKI. Indikatoren zum Thema Krebserkrankungen. https://www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/KoerperlicheErkrankungen/Krebs/krebs_node.html
- 10) RKI. Krebs in Deutschland. Brustdrüse. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2025. https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2025/kid_2025_c50_brust.pdf?__blob=publicationFile
- 11) Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Jahresbericht Evaluation 2022. Deutsches Mammographie-Screening-Programm. Berlin, Dezember 2024, https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5866/KOOPMAMMO_Jahresbericht_Eval_2022_web.pdf
- 12) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). 2026, <https://www.gbe-bund.de/>



KI ERLEBEN



Exklusive Informationsveranstaltung der
KV Hamburg und der KBV mit Industrieausstellung

KI verändert Ihre Praxis. Wissen Sie schon, wie?

Was kann KI heute schon leisten? Wie kann sie den Praxisalltag verbessern?
Welche Chancen bietet sie für Dokumentation, Patientenkommunikation und
Diagnostik – und wo liegen ihre Grenzen?

Freuen Sie sich auf:

- ✓ Spannende Vorträge von Top-Referent:innen
- ✓ Einblicke in aktuelle KI-Anwendungen von Hamburger Arztpraxen
- ✓ Konkrete Anwendungsfälle für Ihr Praxismanagement
- ✓ Orientierung zu Datenschutz, Haftung und rechtlichen Rahmenbedingungen
- ✓ Austausch mit Kolleg:innen und den Digitalisierungsexpert:innen der KBV und KVH
- ✓ Antworten auf Ihre individuellen Fragen



9. September 2026, 16.00 - 20.00 Uhr



**Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

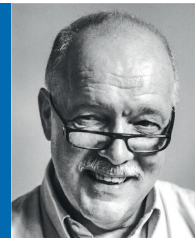
Nähere Informationen und Anmeldung unter www.kvhh.de



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG



Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg



Sexismus und Gewalt: Ein Ärztetag schämt sich

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

Es war ein Satz, der aufrüttelte: "73,5 Prozent der Studentinnen erleben im Praktischen Jahr sexualisierte Gewalt." Das erklärten fünf Medizinstudentinnen auf dem 130. Deutschen Ärztetag in Hannover. Diese Zahl reiht sich ein in die Ergebnisse vieler Befragungen.

Vor vier Jahren gab es eine Untersuchung in den USA von mehr als 22.000 Ärztinnen und Ärzten über ihre Erfahrungen mit sexueller Belästigung. Knapp 3.000 gaben an, mindestens einmal in solche Situationen gekommen zu sein. 86 Prozent der Betroffenen war weiblich. In den USA wurde ein formelles Meldesystem installiert, und jedes Krankenhaus hat dafür inzwischen sein eigenes Berichterstattungssystem.

In Deutschland hat es ein bisschen gedauert, bis eine ähnliche Befragung von knapp 10.000 Beschäftigten der baden-württembergischen Universitätskliniken in Ulm, Freiburg, Heidelberg und Tübingen im Jahr 2022 ergab, dass über 70 Prozent der Befragten sexuelle Belästigungen von anzüglichen Witzen über sexualisierte Bemerkungen bis hin zu körperlichen Übergriffen bei ihrer Arbeit im Krankenhaus erlebt hatten. „Im Gesundheitssystem sind Macht und Abhängigkeitsverhältnisse häufig ausgeprägter als an anderen Arbeitsplätzen. Unter anderem

findet sexualisierte Belästigung deswegen hier besonders häufig statt,“ hieß es.

Die vier Universitätskliniken starteten eine Kampagne mit Aktionen gegen sexualisierte Belästigung am Arbeitsplatz und installierten Anlaufstellen und Hilfsangebote.

"Im Gesundheitssystem sind Macht und Abhängigkeitsverhältnisse häufig ausgeprägter als an anderen Arbeitsplätzen."

Auch eine Mitgliederbefragung des Marburger Bundes Anfang dieses Jahres unter mehr als 9.000 angestellten Ärztinnen und Ärzten über sexuelle Belästigungen am Arbeitsplatz ergab das gleiche Bild, wobei überwiegend Machtmissbrauch durch Vorgesetzte zur Sprache kam. Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) erklärte hierzu, dass die vielen Vorfälle „mit dem extremen Machtgefälle und steilen Hierarchien“ zu erklären seien.

Es ist seltsam, wie lange es dauerte, bis das Thema der sexuellen Belästigung und Gewalt in

der Medizin öffentlichen Raum erhielt. Eine Fuldaer Ärztin forderte im Hessischen Rundfunk Konsequenzen nach Sexismus-Beschwerden auf dem Ärztetag. Auf dem Ärztetag?

Ja, geschehen auf dem Ärztetag 2026 in Hannover! Zum Entsetzen der anwesenden 250 Delegierten

der 17 deutschen Ärztekammern traten in der vergangenen Woche fünf Medizinstudentinnen an das Rednerpult und berichteten von Einladungen ins Hotelzimmer und von heftigen Berührungen: "Teilweise wurden wir angefasst. Gerade in den Abendveranstaltungen. Da waren Hände an Stellen, wo sie nicht hingehörten." Der Wortlaut ihrer Rede lautete: „Uns allen fünf weiblichen Mitgliedern unserer Delegation sind in den letzten drei Tagen Übergriffe passiert. ... Wir möchten Ihnen davon berichten: Kommentare über unser hübsches Auftreten

sind unangebracht. Kommentare über unsere Ausschnitte sind unangebracht. Hände auf Rücken und Gesäßen sind unangebracht. Mit unseren männlichen Kollegen über berufspolitische Themen zu sprechen – mit uns weiblichen über Kinder kriegten und Stillen, ist unangebracht. Einladungen auf Hotelzimmer oder privat zu Ihnen nach Hause sind unangebracht. Einladungen, doch mal eben zusammen ‚vor die Tür‘ zu gehen, sind unangebracht.“

Entsetzen, Betroffenheit, Erschütterung, Sprachlosigkeit – das waren die Reaktionen der Delegierten, die nach den Studentinnen sprachen. Auch der Präsident der Bundesärztekammer gab sich verstört und versprach eine restlose Aufklärung der Vorfälle.

Ich glaube nicht an solche Versprechungen. Es wird sich nicht viel ändern, solange Machtgefälle und Abhängigkeiten den medizinischen Arbeitsalltag bestimmen. Wenigstens ist durch die überaus mutige

Aktion der Studentinnen aber endlich öffentlich geworden, dass sich in der ärztlichen Profession keineswegs die besseren Menschen versammelt haben. Die durchschnittliche Anzahl der Sexualtäter ist nicht geringer als in der sonstigen Bevölkerung. Es ist also Vorsicht geboten. ■

DR. BERND HONTSCHIK

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

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

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

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

Geschichte der KV Hamburg (1919 – 2019)

Kostenlos für KV-Mitglieder

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

KV-Mitglieder können die Bücher kostenlos bestellen.

E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de





KV Hamburg schließt kinderärztliche Eigeneinrichtung in Rahlstedt

Die Praxis arbeitete nie kostendeckend. Trotz eines Gutachtens, das Chancen für einen Neustart sah, entschied die Vertreterversammlung nun für die Schließung – mit Verweis auf Honorareinbußen durch das GKV-Spargesetz.

Die KV Hamburg schließt ihre pädiatrische Praxis in Rahlstedt zum Ende des Jahres. Das entschied die Vertreterversammlung auf ihrer Sitzung am 20. Mai 2026.

Die Eigeneinrichtung war Anfang 2024 eröffnet worden, um die kinderärztliche Versorgung im Hamburger Osten zu ergänzen.

„Es tut uns sehr leid, die Praxis schließen zu müssen“, so Dr. Michael Reusch, der Vorsitzende der Vertreterversammlung, in einer Pressemitteilung. Ausschlaggebend für die Entscheidung des Gremiums sei gewesen, dass die Praxis nie wirtschaftlich gearbeitet habe. „Es ist bisher nicht annähernd gelungen, die Kosten und die Einnahmen der Praxis in Ausgleich zu bringen. Dadurch hätten die Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen jährlich ein Defizit von bis zu 200.000 Euro tragen müssen.“

Ein ebenso gewichtiger Grund sei die derzeitige Gesetzgebung, so Reusch. „Das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz entzieht den Praxen erhebliche Honorarvolumina. Angesichts dieser Entwicklung, die den wirtschaftlichen Druck auf die KV-Mitglieder erhöht, ist der Weiterbetrieb einer hochgradig defizitären Praxis schlichtweg nicht mehr zu rechtfertigen.“

Im Vorfeld der Entscheidung hatte die KV einen erfahrenen Kinderarzt damit beauftragt, die wirtschaftliche Struktur der Eigeneinrichtung zu prüfen. Ergebnis: Ein kostendeckender Betrieb sei grundsätzlich möglich. Voraussetzung dafür wäre allerdings, eine zweite Ärztin und eine dritte

MFA anzustellen – und die Patientenzahlen zu verdoppeln. Zudem sei ein kommunikativer Neustart nötig: Die Praxis müsse mit der Botschaft nach außen gehen, dass am Standort eine verlässliche kinderärztliche Versorgung angeboten werde.

„Derzeit arbeitet die Eigeneinrichtung mit einer ärztlichen 60-Prozent-Stelle“, erläuterte Caroline Roos, stellvertretende KV-Hamburg-Vorstandsvorsitzende, der Vertreterversammlung. Bei Krankheit, Urlaub oder Fortbildungen habe die Praxis schließen müssen. Auch die regulären Öffnungszeiten an nur vier Vormittagen pro Woche seien nicht auskömmlich für eine verlässliche kinderärztliche Versorgung.

„Die Argumente des erfahrenen Kinderarztes haben wir gewürdigt“, sagte der Sprecher des Finanzausschusses, Dr. Andreas Bollkämper. „Wir waren enttäuscht darüber, dass man nicht mit so einem Konzept gleich begonnen hat. Die Risiken bleiben aber bestehen. Letztlich haben wir gesagt: Die Bedenken bezüglich einer zeitnahen Realisierbarkeit des Personalaufbaus überwiegen.“

Der Finanzausschuss empfahl deshalb die Schließung der Eigeneinrichtung – und die Vertreterversammlung folgte dem Vorschlag einstimmig.

„In Anbetracht der Tatsache, dass unsere Honorare durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz massiv gekürzt werden sollen, ist die Schließung der Eigeneinrichtung auch ein Signal nach außen“, sagte Vertreterversammlungs-Mitglied Dr. Torsten

Hemker. „Wir haben kein Geld mehr, um Wohltaten zu verteilen.“

„Die Fallzahlen in der Eigeneinrichtung sind insgesamt übersichtlich – und im Vergleich mit inhabergeführten Kinderarztpraxen sehr unterdurchschnittlich“, so John Afful, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg. „Dennoch

ist uns natürlich bewusst, dass für die Kinder, die in der Eigeneinrichtung versorgt werden, nun eine andere Versorgungslösung gefunden werden muss.“ Die KV Hamburg werde daher in den nächsten Monaten die umliegenden kinderärztlichen Praxen kontaktieren und eine Übernahme der Patient:innen anbahnen. ■



Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung“. In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer Arzneimitteldaten zu Ihrem persönlichen Verordnungsverhalten, sondern zu allen Grundsatzfragen des Verordnungsmanagements. Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoffvereinbarung“, „Wirtschaftlichkeitsgebot“ und „gute Versorgung“ in Einklang.

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

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

Fortbildungsveranstaltung 2026
Wir lotsen Sie durchs KV-System!

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Mittwoch, 30.09.2026 von 13.30 bis 18.00 Uhr

Information und Austausch in der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Anmeldung unter:
www.kvh-fuer-mich-da.de



Wir freuen uns auf Sie!

5 Fortbildungspunkte

Bild: Repina Valeriya -AdobeStock





STECKBRIEF

Dr. med. Nina Steiding

Moderatorin Hausärztlicher Qualitätszirkel (zusammen mit meiner tollen Kollegin Maren Sommer)

Name: **Dr. med. Nina Steiding**

Geburtsdatum: **12.02.1977**

Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder, 1 Hund**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **ND-Ausschuss, Hausärztliche Liste für die Kammerwahl**

Hobbys: **Power-Yoga, Schwimmen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ich bin dankbar für einen Beruf, der mich erfüllt und der sinnhaft ist, in dem man mit und für Menschen arbeitet und der auch nach all den Jahren nicht langweilig wird.

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Die Fortbildungspflicht und der kollegiale Austausch

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Was sind die Herausforderungen? Wir machen pharmafreie, alltagsrelevante hausärztliche Inhalte ohne besondere Schwerpunkte. Die Herausforderung ist dabei, Themen zu finden, die dazu motivieren, auch nach einem langen Praxistag um 19.30 Uhr noch zwei Stunden im QZ zu verbringen.

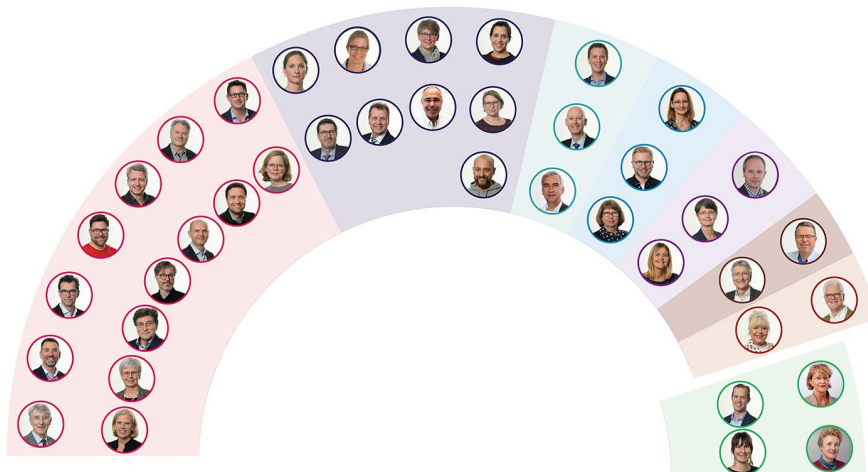
Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Mehr junge Kolleginnen und Kollegen für die Niederlassung gewinnen und verhindern, dass investorengeführte, profitorientierte MVZ-Ketten den ambulanten Sektor überfluten und Medizin unpersönlich machen

Welchen privaten oder beruflichen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Weiter bis zur Rente in unserem großartigen Praxisteam zu arbeiten und irgendwann noch Italienisch zu lernen. ■

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 7. Oktober 2026 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

Fortbildungsveranstaltung
Wir lotsen Sie durchs KV-System!

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Information und Austausch in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



Mi. 30.9.2026 (13.30 - 18 Uhr)

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Anmeldung:

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

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINAR

Die digitale Arztpraxis (online)

Mi. 1.7.2026 (15 - 18.30 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

6 CME

**Aufbaukurs für
Praxismanager:innen (Präsenz)**

Zweitägig: Do. 20.8.2026 und
Fr. 21.8.2026

Teilnahmegebühr 298 €

15 CME

Ausbildung QMB (online)

Dreiteilig

Teil 1: Fr. 28.8.2026 (9 - 14 Uhr) **9 CME**

Teil 2: Fr. 4.9.2026 (9 - 14 Uhr) **9 CME**

Teil 3: Fr. 11.9.2026 (9 - 14 Uhr) **9 CME**

Teilnahmegebühr für alle drei Teile:
390 €

Hygiene in der Arztpraxis (online)

Mi. 16.9.2026 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

9 CME

**Schutzkonzepte in medizinischen
Einrichtungen (online)**

Do. 1.10.2026 (15 - 18.30 Uhr)

Teilnahmegebühr: 119 €

6 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

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

FORTBILDUNGS-AKADEMIE 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 zweiten Jahreshälfte 2026 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

aerztekammer-hamburg.org/mfa-fortbildung



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!