

KVH journal



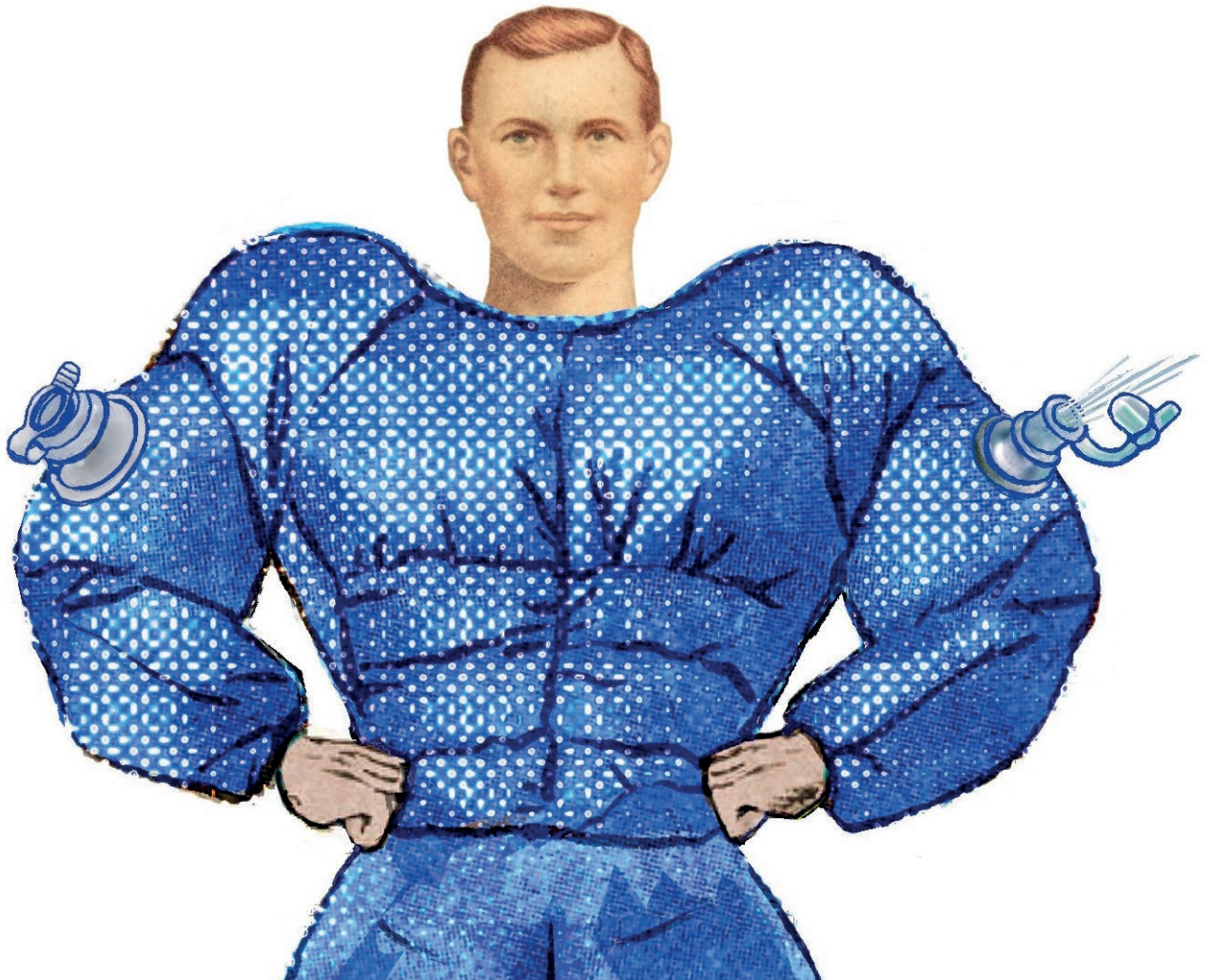
ePAPER

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

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

IST GRÖßER IMMER BESSER?

*Konzerne und MVZ-Ketten in der
ambulanten Versorgung*



DIGITALISIERUNG

Die ePA wird verpflichtend

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Zink bei Erkältungen

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 10/2025 (Oktober 2025)



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



**PAPIER SPAREN –
DIGITAL LESEN!**

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ab 1. Oktober ist die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verpflichtend. Wer die technischen Voraussetzungen bis Ende des 4. Quartals nicht erfüllt, muss mit Sanktionen rechnen.

Doch rund 20 Prozent der PVS-Hersteller haben ihr ePA-Modul noch gar nicht ausgeliefert – so dass diese Systeme noch nicht getestet werden konnten. Wie sollen die betroffenen Praxen unter diesen Voraussetzungen eine reibungslose Einführung der ePA sicherstellen, geschweige denn die Integration in den Versorgungsalltag vorbereiten?

Bei den bisher verfügbaren Systemen gibt es erhebliche Unterschiede in der Praxistauglichkeit. Einige Praxen berichten von positiven Erfahrungen und sehen bereits jetzt einen hohen Nutzen der ePA. Von unseren Praxen wissen wir aber auch, dass einige Lösungen noch deutlich verbesserungsbedürftig sind.

Die unzureichende Betriebsstabilität der Telematikinfrastruktur sowie der ePA und anderer Anwendungen ist nicht akzeptabel. Das führt im Praxisalltag zu Verzögerungen und beeinträchtigt die Patientenversorgung.

Für einen größeren Nutzen der ePA in den Praxen müssen die Krankenhäuser jetzt unbedingt nachziehen. Trotz Nutzungsverpflichtung ab 1. Oktober 2025 und Fördermitteln sind nach DKG-Umfragen nur neun Prozent ePA-ready. Erstaunlicherweise sind Sanktionen hier erst ab dem 2. Quartal 2025 gesetzlich geregelt. Wir erwarten hier zumindest eine Gleichbehandlung für die Praxen.

Auch die Aufklärung der Patientinnen und Patienten durch die Krankenkassen über ihre neue ePA, ihr Widerspruchsrecht oder die Steuerung der Zugriffsrechte ist maximal unzureichend.

Unsere Forderungen sind, dass die Gematik ihrer Verantwortung nachkommt und die Betriebsstabilität der TI sicherstellt, dass Praxen grundsätzlich keine Sanktionen für nicht funktionierende oder verfügbare Technik auferlegt werden und dass die Krankenkassen ihren Aufklärungspflichten endlich nachkommen.

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_** Ambulante Versorgung: Wollen wir große Unternehmen? Oder Freiberufler?
- 10_** Verzweifelte Patienten vor verschlossenen Praxistüren? Was das Miamedes-Drama mit den Gesundheitsreformen der vergangenen Jahrzehnte zu tun hat
- 15_** MVZ-Struktur: Was ist eigentlich der Unterschied zwischen einem Träger und einem Eigentümer?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_** Fragen und Antworten

ARZNEIMITTEL

- 18_** Rationale Antibiotika-Therapie: neues eLearning-Angebot
- 19_** Verdachtsfälle Arzneimittelmissbrauch

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.

DIGITALISIERUNG

- 20_** Elektronische Patientenakte: Chancen und Stolpersteine – ein Überblick aus der Praxis
- 26_** Neues Verschlüsselungsverfahren für die TI: Bitte prüfen Sie, ob Ihre Komponenten ausgetauscht werden müssen
- 28_** Überarbeitete IT-Sicherheitsrichtlinie: Vorgaben sollen helfen, Risiken in der Praxis zu minimieren

SELBSTVERWALTUNG

- 40_** Steckbrief: Nuray Can

FORUM

- 41_** Umfrage unter Niedergelassenen: Würden Sie sich wieder für die eigene Praxis entscheiden?

NETZWERK**EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 32_** Zink bei Erkältungen: ein Blick auf die Cochrane-Evidenz

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 38_** "Kontaktgebühr? Eher eine Kontaktverhinderungsgebühr!"
von Dr. Bernd Hontschik

TERMINKALENDER

- 42_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3 und 7: Matthias Friel; Seite 16: Halfpoint/Stock.Adobe.com; Seite 18: KMPZZZ/Stock.Adobe.com; Seite 26: Aviacon/Stock.Adobe.com; Seite 27: Lennert/Stock.Adobe.com, Cetacons/Stock.Adobe.com; Seite 28: Cetacons/Adobe Stock; Seite 29: Happy Art/AdobeStock, Rhendy/AdobeStock, Cetacons/Adobe Stock; Seite 40: Kirsten Haarmann; Seite 42: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 44: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON JOHN AFFUL

Wollen wir große Unternehmen? Oder Freiberufler?

WELCHE LEHREN sollten wir aus dem Strukturwandel in der ambulanten Versorgung ziehen? Hier eine erste Bilanz.

UND EINE DRINGLICHE FORDERUNG: Der KV muss erlaubt werden, selbst Sitze zu übernehmen.

Die Konzentration von Arztsitzen in großen Unternehmen und MVZ-Ketten bringt Probleme mit sich, über die in der Öffentlichkeit kaum diskutiert wird. Wir erleben einen Strukturwandel, der in krassem Widerspruch steht zum gesundheitspolitischen Ziel, eine bedarfsgerechte Verteilung von Versorgungseinheiten über das

Stadtgebiet sicherzustellen: Die Zahl der Praxis-Standorte nimmt ab, die wohnortnahe Versorgung wird ausgedünnt. Und sollte eines der MVZ-Konglomerate ausfallen, sind im schlimmsten Fall ganze Bezirke und Regionen betroffen.

Die klassische, inhabergeführte Arztpraxis ist eine wirtschaftlich äußerst stabile und effiziente Betriebs-

form. Fragt man Bankkaufleute, wann sie zuletzt die Pleite einer inhabergeführten Praxis erlebt haben, müssen sie lange nachdenken: Das sind sehr seltene Ereignisse. Selbstständige Ärztinnen und Ärzte haben ein hohes Eigeninteresse daran, den Betrieb möglichst gut und reibungslos am Laufen zu halten. Sie sind stark identifiziert mit ihrer Praxis



John Afful: "Die Zahl der Praxis-Standorte nimmt ab, die wohnortnahe Versorgung wird ausgedünnt. Und sollte eines der MVZ-Konglomerate ausfallen, sind im schlimmsten Fall ganze Bezirke und Regionen betroffen."

und entscheiden selbst: Welche Art von Medizin machen wir? Welche Geräte verwenden wir? Zu welchen Zeiten öffnen wir? Und in der Regel arbeiten selbstständige Ärztinnen und Ärzte mehr als die üblichen 40 Stunden pro Woche. Deshalb erbringen inhabergeführte Praxen pro Arztsitz oft mehr Leistung als große MVZ.

Die großen MVZ sind schwerfälliger organisiert. Es gibt einen Verwaltungs-Überbau, der die nicht-ärztlichen und nicht-medizinischen Aufgaben übernimmt. Es gibt kaufmännische Leiter. Es gibt Personal für Buchhaltung, IT, Praxismanagement. All diese Angestellten müssen bezahlt werden. Und auch die Eigentümer wollen mitverdienen.

Viele MVZ-Betreiber hoffen, sie könnten medizinische Versorgungseinheiten auf Effizienz trimmen, indem sie diese zu größeren Einheiten zusammenfassen, zentrale

kaufmännische Vorgaben machen und Synergieeffekte durch Einkaufsverbünde erzielen. Das mag funktionieren in standardisierbaren Disziplinen mit Industrialisierungspotenzial. Doch wenn es um die medizinische Grundversorgung

DIE INHABERGEFÜHRTE PRAXIS ist eine wirtschaftlich äußerst stabile und effiziente Betriebsform.

geht, ist der Betrieb von MVZ offenbar kein allzu gutes Geschäft. Sie zu betreiben, rentiert sich in vielen Fällen nicht.

Allerdings müssen MVZ, die zu größeren Einheiten gehören, gar nicht unbedingt profitabel arbeiten. MVZ in Krankenhaus-Trägerschaft beispielsweise werden oftmals be-

setzt mit Ärzten, die parallel auch im Krankenhaus arbeiten. Das MVZ ist für Krankenhäuser mithin eine Möglichkeit, an der Honorierung der ambulanten Leistungen zu partizipieren. Und natürlich eröffnet ein MVZ die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten in die eigene stationäre Versorgung zu steuern. Der Betrieb eines MVZ kann also für Krankenhäuser attraktiv sein, obwohl es für sich genommen defizitär arbeitet – wenn es als Teil einer Wertschöpfungskette verstanden wird.

Auch mit Blick auf die Krankenhausreform erscheint es vielen Klinik-Managern ratsam, sich in der ambulanten Versorgung gut aufzustellen. Die regulatorischen Änderungen könnten zu einem Abbau stationärer Kapazitäten führen. Gleichzeitig sollen die Krankenhäuser intersektorale Versorgung anbieten. Weil das Personal im Krankenhaus angestellt ist und die

Krankenhäuser mit öffentlichen Mittel gefördert werden, haben die Krankenhaus-MVZ einen strukturellen Wettbewerbs-Vorteil gegenüber den Praxen. Krankenhaus-MVZ müssen keine Miete zahlen, die Gebäude sind ohnehin vorhanden. Das ist bei inhabergeführten Praxen anders: Sie werden nicht quersubventioniert. Sie müssen ihre Miete selbst erwirtschaften.

Die Frage, wie groß eine ambulante Versorgungseinheit idealerweise sein sollte, ist schwer zu beantworten. Aus Patientensicht wäre wohl eine Praxis wünschenswert, in der man sich gut aufgehoben fühlt: Die Patientin oder der Patient muss nicht immer vom selben Arzt behandelt werden – sollte die Ärzte aber alle kennen und eine persönliche Bindung zu ihnen aufbauen können. Die Patientin oder der Patient sollte nicht bei jedem Termin von vorne anfangen und alles neu erklären müssen.

Gleichzeitig muss die Versorgungseinheit zu den Lebensentwürfen der Ärztinnen und Ärzte passen. Das klassische Ein-Arzt-eine-Praxis-Modell verliert an Attraktivität. Doch es gibt Modelle, in denen selbstständige Ärztinnen und Ärzte eng zusammenarbeiten und sich gegenseitig vertreten können. Auch inhabergeführte Praxen können Kolleginnen und Kollegen anstellen – allerdings in begrenztem Umfang. Diese Betriebsformen unterscheiden sich ganz grundsätzlich vom Konzept des stetig wachsenden Gesundheits-Unternehmens.

Hamburg hat als einziges Bundesland derzeit keine unbesetzten Hausarztstellen. Doch auch in Hamburg erleben wir, dass es



Deutlicher Rückgang: Anzahl der hausärztlichen Standorte (Praxen, Zweigpraxen und MVZ) in Hamburg

für Hausärztinnen und Hausärzte immer schwieriger wird, für ihre Praxen eine Nachfolge zu finden. Die meisten jungen Ärztinnen und Ärzte wissen vermutlich, dass sie mit einer Praxis eigentlich nicht pleitegehen können. Doch die zu erwartenden Einkommen sind oft zu gering, um die Praxistätigkeit ohne eine gewisses Maß an Selbstausbeutung organisieren zu können. Höhere Honorare wären notwen-

MIT DER ZUNEHMENDEN MACHT DER UNTERNEHMEN
wird die Gemeinwohlgebundenheit des Systems untergraben.

dig, um die Niederlassung wieder attraktiv zu machen.

Wenn Ärzte am Ende ihrer Berufstätigkeit nach mehreren erfolglosen Versuchen, ihre Praxis an Kollegen weiterzugeben, das

finanziell attraktive Angebot eines Unternehmens oder eines Investors annehmen, ist das meiner Ansicht nach absolut nachvollziehbar. Wir reden hier von Menschen, die Jahrzehnte ihres Lebens in den Dienst der Gesellschaft gestellt haben. Die Medizin studiert, ihren Facharzt gemacht, in der Klinik gearbeitet, eine Praxis gegründet und im Laufe ihres Berufslebens unzähligen Patientinnen und Patienten geholfen haben. Und die am Ende ihres Berufslebens schon sagen dürfen: „Jetzt denke ich an mich.“ Das ist eine zu respektierende Entscheidung.

Mit zunehmender Größe einer Versorgungseinheit wird es schwieriger, sie an ärztliche Kollegen weiterzugeben. Nehmen wir eine Praxis mit zehn oder 15 Ärztinnen und Ärzten. Irgendwann steht ein Generationswechsel an – und den jüngeren Ärztinnen und Ärzten wird es nicht möglich sein, jene Kollegen auszubezahlen, die

sich zur Ruhe setzen. Also gründen sie zunächst ein MVZ und holen dann einen Investor ins Boot. Früher oder später werden in diesen MVZ daher auch Kaufleute das Sagen haben.

Es ist überhaupt nichts dagegen einzuwenden, dass Unternehmer gewinnorientiert agieren. Die Frage ist, wie das in unser Gesundheitssystem passt. Die einzelnen KV-Mitglieder sind als Freiberufler über das Berufsrecht an das Gemeinwohl gebunden: Sie dürfen die Interessen Dritter nicht über die Interessen ihrer Patientinnen und Patienten stellen. Die KVen indes sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und laut Gesetz für die Sicherstellung zuständig. Diese Verpflichtung haben Unternehmen, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, nicht.

Es ist befremdlich, dass die SPD-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt im Jahr 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz ausgerechnet jene Akteure im Gesundheitssystem schwächte, die gemeinwohlgebunden sind: die Ärztinnen und Ärzte sowie die KVen. Der Versuch, eine Schar selbstbewusster Freiberufler und deren Organisationen zu bändigen, war für Ulla Schmidt sicherlich ziemlich frustrierend. Möglicherweise erschien es ihr einfacher, Einfluss auf die Krankenhäuser auszuüben – deren Strukturen ja öffentlich finanziert werden. Doch nun zeigt sich, dass mit der zunehmenden Macht der Unternehmen und Investoren die Gemeinwohlgebundenheit des Systems untergraben wird. Die selbstständigen, eigentümergeführten Praxen und die ärztliche Selbstverwaltung

werden zurückgedrängt. Stattdessen entwickelt sich eine Struktur, die weniger Versorgungskapazitäten anbietet, diese auf immer weniger Standorte konzentriert – und wirtschaftlich weniger stabil ist. Keine gute Bilanz für eine Gesundheits-

WAS GESCHIEHT, wenn ein systemrelevantes Unternehmen in wirtschaftliche Schieflage gerät?

reform, die den Anspruch hatte, die Versorgung zu modernisieren.

Was geschieht, wenn ein Gesundheitsunternehmen in Hamburg tatsächlich systemrelevant wird? Wenn eine MVZ-Kette beispielsweise den gesamten Hamburger Osten dominiert? Oder das ganze Stadtgebiet? Mit wem wollen die Krankenkassen dann über die Versorgung ihrer Versicherten verhandeln? Mit wem will die Stadt über die Notfallversorgung sprechen?

Und was geschieht, wenn ein systemrelevantes Unternehmen in wirtschaftliche Schieflage gerät oder gar Insolvenz anmelden muss?

Die vertragsärztliche Gesundheitsversorgung gehört zur Daseinsvorsorge und ist damit eigentlich Aufgabe des Staates. Mittlerweile zählen auch Kommunen zu jenen Akteuren, die MVZ gründen dürfen. Ich habe allerdings nicht den Eindruck, dass die Stadt Hamburg erpicht darauf ist, selbst ambulante Versorgungseinheiten zu betreiben.

Diese Zurückhaltung passt zur subsidiären Konstruktion unseres Gesundheitswesens. Der Staat hat die Verantwortung für die ambu-

lante Gesundheitsversorgung an die Selbstverwaltung delegiert. Ein Arzt, ein Krankenhaus oder ein Unternehmen kann ambulante medizinische Einrichtungen betreiben und einen Versorgungsauftrag übernehmen. Den übergeordneten Sicherstellungsauftrag jedoch hat die KV inne.

Insofern ist es ein riesiger Unterschied, ob ein Unternehmen Versorgungseinheiten betreibt – oder ob die KV das tut. Die KV ist verpflichtet, sich am öffentlichen Interesse zu orientieren. Derzeit können wir als KV zwar Eigeneinrichtungen betreiben. Doch die KVen dürfen keine Sitze halten und können deshalb auch keine weitergeben.

Wenn sich Lücken in der Versorgung auftun, sollte die KV handlungsfähig sein. Das heißt nicht, dass die KV unbedingt jedes MVZ übernehmen muss, das finanziell in Schwierigkeiten gerät. Doch derzeit könnten wir selbst dann nicht aktiv eingreifen, wenn die Versorgung massiv gefährdet wäre.

Wir brauchen also dringend eine gesetzliche Regelung, die es der KV ermöglicht, selbst Sitze zu übernehmen und zu halten. Die Rahmenbedingungen müssen künftig so gestaltet werden, dass die Selbstverwaltung insgesamt gestärkt und die Selbstständigkeit wieder attraktiv wird. Es passt nicht zusammen, das System der vertragsärztlichen Selbstverwaltung zu untergraben – und gleichzeitig der KV zu sagen: „Jetzt stell mal schön die Versorgung sicher!“ ■

JOHN AFFUL ist Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg

VON DR. SILKE LÜDER

Schöne neue Versorgungswelt

Verzweifelte Patienten vor verschlossenen Praxistüren? Kann das sein? Was das Miamedes-Drama mit den Gesundheitsreformen der vergangenen Jahrzehnte zu tun hat.

Plötzlich ohne Hausarzt: Was Tausende Bergedorfer nun erleben“, titelte das *Hamburger Abendblatt* am 31. Juli 2025. Die Miamedes-Praxis in Lohbrügge und die Urologie Bergedorf seien „auf unbestimmte Zeit geschlossen“. Für Patienten beginne eine Odyssee, so die Zeitung.

In Hamburg bahnte sich „wegen überraschender Schließungen mehrerer Hausarzt- und Facharztpraxen eine erhebliche Lücke in der medizinischen Versorgung an“, berichtete das *Hamburger Abendblatt* am 6. August 2025. Geschätzt Tausende Patientinnen und Patienten fragten sich nun, wie sie weiter ihre Behandlungen, Rezepte und Überweisungen bekommen könnten.

Mit Filzstift stünde an den Praxistüren „bis auf Weiteres geschlossen“ wegen Urlaub oder Elternzeit. Niemand gehe ans Telefon, Anfragen wegen der Aushändigung von Unterlagen blieben unbeantwortet. Miamedes habe ein onkologisches Großpraxis-Konstrukt übernommen, das in ein Millionen-Minus gerutscht sei, so das *Hamburger Abendblatt*.

In Medienstellungennahmen erklärte die MVZ-Kette aktuell, dass Teile der Bergedorfer Standorte wieder öffnen sollen.

Nicht der erste Bericht über die MVZ-Kette Miamedes, die seit

Jahren in Hamburg und Umgebung Arztsitze in großem Stil aufgekauft hat.

Gegründet wurde das Unternehmen 2018. Miamedes übernahm viele Praxissitze in Hamburg und Schleswig-Holstein. Vor allem Hausarztpraxen im ärmlichen Osten Hamburgs – in Horn, Jenfeld, Barmbek, Steilshoop, Bramfeld, Bergedorf. Zusätzlich gab es einzelne Praxen für Onkologie, Urologie, Neurologie, Psychiatrie und HNO. Außerdem bietet Miamedes über das Geriatrikum ambulante Rundumbetreuung mit Sonderverträgen für Heimpatienten an.

Laut der Webseite von Miamedes sollen aktuell 32 Ärzte beim Unternehmen tätig sein.

Das Gesundheitsunternehmen Miamedes verfügt über mehrere Tochterfirmen neben der Miamedes MVZ GmbH, welche laut Handelsregister kürzlich den Namen in Sedemaim MVZ GmbH gewechselt hat und nun in Berlin ansässig ist. Anfang des Jahres berichtete die *Hamburger Morgenpost* (31. Januar 2025), für die HOA Hämatologisch-Onkologische Allianz Stormarn GmbH sei ein vorläufiges Insolvenzverfahren eröffnet worden (das aber offenbar wieder eingestellt wurde).

Im Februar 2025 wurde zunächst die Onkologische Praxis in Billstedt plötzlich geschlossen. Es folgte eine Schließung der Hausarztpraxis und der neurologischen Praxis in Barmbek sowie der Hausarztpraxis in Jenfeld. Die *Hamburger Morgenpost* berichtete am 18. Juli 2025, dass 26 Ärztinnen und Ärzte vors Arbeitsgericht gezogen seien, um ihre nicht gezahlten Gehälter einzuklagen. Zum damaligen Zeitpunkt sollen 14 Verfahren gegen die Miamedes MVZ GmbH gelaufen sein, weitere seien bereits entschieden oder anhängig. Offenbar warteten auch Vermieter und Dienstleister auf ihr Geld.

URSACHEN DES DRAMAS

Wenig thematisiert wird bisher von Politik und Medien, wieso es eigentlich zu solchen plötzlichen Gefährdungen der medizinischen Versorgung in einer Medizinhochburg wie Hamburg kommen konnte.

Auch früher gab es schon Insolvenzen von Arztpraxen, allerdings sehr selten. Meistens wegen persönlicher Probleme der Inhaber, Scheidungen und Privatinsolvenzen. Meistens wurden die Praxen trotzdem verkauft, und die Patienten konnten weiter behandelt werden. Das hat sich geändert.

Tausende Hamburger verlieren ihre Haus- und Fachärzte

Mehrere Praxen des Betreibers Miamedes plötzlich geschlossen, Patienten sich selbst überlassen

Christoph Rybarczyk

Hamburg. In Hamburg bahnt sich wegen überraschender Schließungen mehrerer Hausarzt- und Facharztpraxen eine erhebliche Lücke in der medizinischen Versorgung an. Geschätzt Tausende Patientinnen und Patienten fragen sich, in welche Praxis sie nun gehen können. Sie brauchen Behandlungen, Rezepte und Überweisungen. Hintergrund sind die Entwicklungen um den Praxisbetreiber Miamedes. Vor Monaten bereits hatte das Abendblatt über internen Streit in einer onkologischen Großpraxis berichtet. Beim Arbeitsgericht Hamburg lagen im Jahr 2025 insgesamt 21 Fälle vor, in denen es um Miamedes geht. Nach Angaben einer Sprecherin geht es in 15 Fällen um Zahlungsklagen.

Die Norderstedter Krebspraxis gehörte wie andere ihrer Art sowie Hausarztpraxen im Hamburger

Stadtgebiet zu Miamedes. Dessen Geschäftsführer sprach im Abendblatt davon, den „Turnaround“ noch zu schaffen.

An den Eingängen der Praxen in Bramfeld, Barmbek und Horn standen Patientinnen und Patienten zuletzt vor geschlossenen Türen. In Bergedorf dasselbe Bild. Mit Filzstift sind Botschaften an die Türen geschrieben wie „Diese Praxis bleibt bis auf Weiteres geschlossen“, „Urlaub“ oder „Elternzeit“. Die Praxis in Steilshoop hatte zuletzt eingeschränkte Öffnungszeiten. Niemand geht ans Praxistelefon, E-

Mails des Abendblatts an die Praxen in Barmbek, Bramfeld und Horn oder an die Unternehmenszentrale werden nicht beantwortet.

Eine Patientin erklärte dem Abendblatt: „Da ich chronisch krank bin, benötige ich ärztliche Betreuung und Medikamente. Glücklicherweise habe ich eine Ärztin ge-

funden, bei der ich seit dem 1. September ein Ersatz für dieses Geschäftsführer habe.“

So geht es vielen anderen. Das wörtliche Interview mit ihren Kassenärztlichen Vereinigungen zur Ärztekammer, zu ihren Gremien wird ihr

beruft sich nach einer Abendblatt-Anfrage auf den Datenschutz. Die Kassen haben bestenfalls Abrechnungsdaten. Die Kammer kann wenig tun. Ärztliches Fehlverhalten im medizinischen Sinne liegt ja nicht vor. Dabei wollen alle diese Krise lösen.

Die Sozialbehörde von Senatorin

Tausende Patienten in Not Der Absturz des Medizin- Unternehmers

MOPO.de HOME HAMBURG IM NORDEN SPORT HSV FC ST. PAULI NEWS RÄTSEL
18.07.2025 / 06:32
Von: NINA GESSNER

Miamedes-Krise: Mitarbeiter müssen ihr Geld einklagen - und der Chef fährt G-Klasse

4 Kommentare

Die Krise des Hamburger Gesundheitskonzerns Miamedes, der im Juni in Sedemaim umbenannt wurde, spitzt sich immer weiter zu. Schon 26 Ärztinnen und Ärzte sind vors Arbeitsgericht gezogen, um ihre nicht gezahlten Gehälter einzuklagen. Was sie besonders wütend macht: Der Geschäftsführer wohnt in einer feinen Villa und fährt mit einer G-Klasse durch die Stadt. Dabei ist ihm wegen ausstehender Mietzahlungen nun auch noch das Luxusbüro an der Spitze des Mundsburg-Towers gekündigt worden. Es läuft eine Räumungsklage.

Wie das Arbeitsgericht der MOPO mitteilte, sind derzeit 14 Verfahren gegen das Unternehmen Miamedes MVZ GmbH anhängig. Zehn weitere Verfahren wurden bereits in diesem und im vergangenen Jahr entschieden. Weitere zwei Verfahren werden gegen das seit Juni in umgedrehter Schreibweise umbenannte Unternehmen Sedemaim sowie gegen die Tochterfirma Hämatologisch-Onkologische Allianz Stormarn GmbH geführt.

Miamedes: Angestellte können ihre Mieten nicht mehr bezahlen - die Chefs fahren Luxusautos

Presseberichterstattung zur Miamedes-Krise: Hamburger Abendblatt (1. August 2025) und Mopo (20. Juni und 18. Juli 2025)

VORBILD DDR-POLIKLINIK?

Im Jahr 2003 reichten SPD, CDU/CSU und Grüne einen gemeinsamen Entwurf für das GKV-Modernisierungsgesetz ein. Ziel sei, mit der Einführung von „Medizinischen Versorgungszentren“ (MVZ) Qualität und Effektivität der medizinischen Versorgung zu verbessern und dabei Kosten zu sparen. Sektorale Grenzen müssen

überwunden werden. SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt schrieb in einer Pressemitteilung 2003: Verkrustete Strukturen müssten aufgebrochen werden, und durch die Reform werde die medizinische Versorgung stärker aus einer Hand erfolgen.

Als Vorbild für die neuen MVZ dienten die Polikliniken der ehemaligen DDR. Der Patient profitiere

von einer besseren Abstimmung der Ärzte untereinander und den kurzen Wegen unter einem Dach. Außerdem könnten die Ärzte als Angestellte beschäftigt werden. Ulla Schmidt hatte keine Sympathie für „Freiberufler“. Deren wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung sollte geschwächt werden.

Als Gründer von MVZ konnten tätig werden: zugelassene

„Leistungserbringer“ im kassenärztlichen System, Ärzte, Krankenhäuser, aber auch Pflegefirmen, Apotheken, Optiker, Dialysezentren oder Physiothe-

ULLA SCHMIDT hatte keine Sympathie für Freiberufler und wollte deren wichtige Rolle schwächen.

rapiepraxen. 2012 wurde im GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Gründereigenschaft für neue MVZs auf zugelassene Kassenärzte, Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen und gemeinnützige Trägerorganisationen beschränkt. Es gab weder eine Begrenzung der Anzahl der Standorte noch eine regionale Begrenzung. Das ermöglichte eine bundesweite Konzernbildung. Es ist also nur nötig, eine sehr kleine Klinik aus einem weit entfernten anderen Bundesland zu erwerben, um dann als „Gründer“ in der Großstadt MVZs zu errichten.

Das bei der MVZ-Einführung als „wesentlich“ bezeichnete Konzept der fachübergreifenden Tätigkeit („kurze Wege unter einem Dach“, „alles aus einer Hand“) nahm die große Koaliti-

on aus CDU/CSU und SPD 2015 wieder zurück. (siehe dazu: Rainer Bobsin, Private Equity im Bereich der Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Deutschland). In der Folge schoss die Anzahl der MVZs in Deutschland massiv in die Höhe. Besonders beliebt bei MVZ-Ketten sind Fachgebiete wie operative Augenheilkunde, Zahnmedizin, Labormedizin, Radiologie, Strahlentherapie, Onkologie, Dermatologie, Dialyse, Kinderwunschzentren, u. v. W. m.

Außerdem hat inzwischen nahezu jede Klinik in Deutschland ein MVZ gegründet.

SPEZIELLE SITUATION IN HAMBURG:

Hamburg leidet seit vielen Jahren unter den Folgen einer weiteren „Gesundheitsreform“ von Ulla Schmidt: dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007.

Damals wurde der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen gegründet. Damit wurden die regionalen Honorarverhandlungen der Kassen mit den KVen abgeschafft und durch bundesweite Verhandlungen mit einem jährlich im Voraus festgelegten Honorarbudget zwischen Spitzenverband und KBV im Bewertungsausschuss eingeführt.

Man wollte die Macht der Kassen stärken. Gleichzeitig wurden die vorher bundesweit unterschiedlichen Punktwerte mit dem Rassenmäher egalisiert. Das führte in Hamburg mit traditionell höheren Punktwerten zu einer deutlichen Senkung des gesamten Honorarvolumens. Darunter leidet Hamburg noch heute.

HAMBURGER HAUSARZTMEDIZIN GEHT DEN BACH RUNTER

Für die Hamburger Hausärzte hatte außerdem die Aufteilung der Internisten in Haus- und Facharztinternisten im Jahr 2000 weitere dramatische Folgen: Es fehlten zehn Prozent im Hausarzttopf. Es wurde faktisch jede vierte Hausarztleistung von den Hamburger Krankenkassen bei bundesweit einmalig niedrigen Auszahlungsquoten um 70 Prozent nicht bezahlt. Bei ständig steigenden Kosten.

Hausarztpraxen vor allem im ärmeren Osten der Stadt, die jahrzehntelang ihre Patientinnen und Patienten gut behandelt haben, wurden langsam unverkäuflich.

Wegen erfolgloser Suche nach interessierten Nachfolgern haben dann immer mehr Praxen ihre Sitze an Kliniken, an MVZ-Ketten, Telemedizinpraxen oder auch

Facharztpraxen verkauft. Mit dem Ergebnis, dass auf einem größeren Teil der Hausarztsitze keine echte Hausarztmedizin mehr gemacht wird.

AUFNAHMESTOPP

Auch in Bergedorf hatten wir schon seit sehr langer Zeit keine Möglichkeit mehr, dauernd neue Patienten aufzunehmen. Und diese Situation betrifft alle anderen Praxen auch. Die Fallzahlen sind ständig gestiegen. Die Zechprellerei der Krankenkassen bei den niedrigen Auszahlungsquoten ist geblieben.

Mir hat schon das Herz geblutet, als ich erlebte, wie alteingesessene Hausarzt-Praxen oder auch eine urologische Praxis in Bergedorf an Miamedes oder andere Firmen verkauft wurden.

Aus Erfahrung kann ich sagen, dass man nur eine Chance hat, die Praxis an selbstständige Nachfolger weiterzugeben, wenn man diese Kolleginnen oder Kollegen selbst vorher als Fachärzte für Allgemeinmedizin ausgebildet hat.

WARUM VERKAUFEN DIE KOLLEGEN?

Bei einer Veranstaltung saß ich neben einer Kollegin, die erzählte, dass sie an die MVZ-Kette ver-

kaufen wolle. Sie und der Kollege würden sehr gern noch einige Jahre weiterarbeiten. „Aber die Arbeitsbedingungen der freiberuflichen Praxen in Hamburg haben sich immer weiter verschlechtert – und nun haben wir einfach keine Lust mehr.“ Dauernde neue bürokratische Auflagen, explodierende Kosten für die „Anwendungen“ der Telematikinfrastruktur, und die MFA-Abwerbungen durch Kliniken, die mehr Geld zahlen, hätten bei ihnen die MVZ-Entscheidung befördert.

Außerdem wollte sonst niemand die Praxis kaufen wegen des wenigen Geldes, welches man in Hamburg auch im Vergleich zu den umliegenden Bundesländern verdienen würde. Dass sich das mit der geplanten „Entbudgetierung“ für Hausärzte ändert, bleibt zu hoffen. Die gleichfalls notwendige bundesweite „Entbudgetierung“ für Facharztpraxen steht ja noch in den Sternen.

POLITIK UND KASSEN AUF DEM HOLZWEG

Seit Jahrzehnten hören wir aus Berlin: Unser Gesundheitswesen sei zu teuer, von mittelmäßiger Qualität und muss auf der Stelle grundlegend transformiert werden. In jeder Hinsicht hinken wir hinter anderen Ländern

hinterher. Bei der Digitalisierung sowieso, man schaue nur auf Estland, Dänemark oder Schweden. Und überhaupt: Die endlosen Wartezeiten auf Facharzttermine, und die Beitragssteigerungen der Kassen seien ja auch ganz dramatisch.

Seltsam: Jeder der schon mal im Ausland ein medizinischer Notfall war, weiß es besser. Alle kommen blitzartig in die Heimat zurück. Weil das System hier so abgrundtief schlecht ist?

In den meisten anderen Gesundheitssystemen gibt es ambulante Facharztpraxen gar nicht. Spezialisierte Facharzt-Medizin wird nur in den Kliniken angeboten, mit Wartezeiten

MIR HAT DAS HERZ GEBLUTET, als ich erlebte, wie alteingesessene Praxen an Unternehmen verkauft wurden.

teilweise von Jahren. Und dann auch nur, wenn ein Gatekeeper es genehmigt hat. Andererseits haben alle einen exorbitant teuren privaten Sektor dort. Da kostet dann eine Sonografie des Abdomens in London aber 530 Euro, nicht wie bei uns eine

private Sono 58 Euro – und die gesetzliche 19 Euro, aber budgetiert!

DAS GELD FOLGT DER LEISTUNG NICHT!

In Deutschland sind alle Facharzt-Bereiche, die es früher nur in den Kliniken gab, wie Diabetologie, Rheumatologie, Onkologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Strahlentherapie, Dialyse, Schmerzmedizin, Neurochirurgie, interventionelle Kardiologie, und viele weitere im gut erreichbaren ambulanten Sektor. Mit Termin-Wartezeiten, von denen die meisten anderen Länder nur träumen würden. Aber das Geld ist der Leistung nicht gefolgt!

Die Hausarztpraxen sind oft auch gut ausgestattet, machen keine „Barfußmedizin“ und können mit ihrer eigenen Technik viele Diagnosen selbst stellen. Und man sieht den Arzt, nicht nur die Nurse! Wartezeiten auf Operationen sind kurz. Für alle. Es gibt Unterschiede bei den Wartezeiten für gesetzlich und Privatversicherte. Da die Privatversicherten aber nur einen Anteil von zehn Prozent ausmachen, sind die anzahlmäßig gar nicht in der Lage, die Termine für die gesetzlich Versicherten allzeit zu verstopfen.

Die ambulanten Ärzte versorgen 97 Prozent aller Behandlungsfälle in Deutschland. Seit Jahrzehnten

für nur 16 Prozent aller Kassenausgaben. Alle anderen Bereiche des Systems haben überdurchschnittliche Kostensteigerungen. Kliniken, versicherungsfremde Leistungen, neue Medikamente.

51 500 Hausärzte und die doppelte Anzahl von Fachärzten (!) und 34 000 Psychotherapeuten be-

BEWAHRT DEN SCHATZ, den die selbstständigen Ärztinnen und Ärzte in unserem System darstellen!

handeln die Bevölkerung. Der ambulante Sektor ist also unschlagbar kostengünstig. Trotzdem sollen jetzt nochmal zwei Milliarden Euro bei den Fachärzten eingespart werden. Und wie?

STEUERUNG MACHT TERMINE?

Steuerung durch ein „verpflichtendes Primärarztsystem“. Dieses wird sicher nicht in der Lage sein, plötzlich mehr Termine in den Facharztpraxen herbeizuzaubern. Aber in Wirklichkeit geht es ja auch eigentlich nur darum, dass man dort, am falschen Ende, noch mehr sparen möchte. Und wie man das Wunder zustande bringen will, einen neuen Flaschenhals in den Hausarzt-Praxen bei jetzt schon 5181 unbesetzten Hausarztsitzen

zu vermeiden, das bleibt auch das Geheimnis des neuen Koalitionsvertrags in Berlin.

Eine einzige Empfehlung würde reichen: Beahlt die ambulant tätigen Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten anständig zu 100 Prozent wie jede andere Berufsgruppe auch. Und hört auf, nur auf Kliniken, möglichst große Einheiten, andere Berufsgruppen, Telemedizin und angestellte Ärztinnen und Ärzte zu setzen. Die hohe intrinsische Motivation der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte war und ist (noch) ein Schatz in unserem System. Lassen wir diesen Schatz nicht ganz verschwinden! ■



DR. SILKE LÜDER ist Fachärztin für Allgemeinmedizin. Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg. Stellvertretende Bundesvorsitzende Freie Ärzteschaft e.V.



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**

HAUSARZTVERMITTLUNGSFALL

Ich bin hausärztlich tätig. Einer meiner Patienten wurde von einer Facharztpraxis abgewiesen und fordert für die Terminvergabe einen Hausarztvermittlungsfall. Ist diese Vorgehensweise zulässig?

Nein. Wenn der Hausarzt es für dringend erforderlich hält, kann er einen Hausarztvermittlungsfall auslösen. Die Dringlichkeit zu beurteilen, obliegt alleine dem Hausarzt. Es ist nicht zulässig, dass Patienten von einer Facharztpraxis zum Hausarzt zurückgeschickt werden, um sich eine Überweisung im Rahmen des Hausarztvermittlungsfalls oder eines TSS-Terminfalls ausstellen zu lassen.

Bitte stimmen Sie sich interkollegial ab, wie Sie als zuweisende und annehmende Praxis im Sinne Ihrer Patientinnen und Patienten die bestehenden Möglichkeiten bestmöglich umsetzen können.



IMPFUNG

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

Ja. Gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie § 11, Abs. 2 umfasst der Leistungsanspruch auch die Nachholung und Vervollständigung einer Impfung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Bei Versicherten der Barmer und Pronova BKK besteht im Rahmen einer Zusatzvereinbarung der Leistungsanspruch bis zum 26. bzw. 27. Geburtstag.

IMPFAUSWEISE

Ich benötige Impfausweise. Wo kann ich diese bestellen?

Impfausweise können Sie kostenfrei direkt beim Paul-Albrechts-Verlag bestellen. Hierfür nutzen Sie einfach den üblichen Bestellschein für Vordrucke der kassenärztlichen Versorgung. Alternativ können Sie diese auch online bestellen unter: <https://allpromed.de/rezeptformulare/kv-formulare/hamburg/>

ABRECHNUNG

Im Zuge der Quartalsabrechnung habe ich gelesen, dass einige Gebührenordnungspositionen je Krankheitsfall abgerechnet werden können. Was ist ein Krankheitsfall?

Ein Krankheitsfall umfasst die gesamte Behandlung eines Versicherten von derselben Arztpraxis innerhalb des aktuellen sowie der nachfolgenden drei Quartale zu Lasten derselben Krankenkasse. (BMV § 21 (1))

Beispiel: Eine Gebührenordnungsposition (GOP) ist im Rahmen eines Krankheitsfalles insgesamt sechsmal berechnungsfähig. In diesem Fall wurde sie:

- im Quartal 4/24 zweimal
- im Quartal 1/25 dreimal und
- im Quartal 2/25 einmal abgerechnet.

Da ein Krankheitsfall immer das aktuelle Quartal sowie die drei folgenden Quartale umfasst, endet dieser Krankheitsfall mit dem 3. Quartal 2025. Ein neuer Krankheitsfall beginnt im 4. Quartal 2025, und die GOP kann ab dann wieder bis zu sechsmal neu abgerechnet werden.

PSYCHOTHERAPIE

Darf ich auch 75 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) durchführen?

Ja, die Abrechnungsbestimmung nach EBM bezieht sich lediglich auf „je vollendete 25 Minuten“. Eine Obergrenze für den Behandlungstag gibt es hierbei nicht. Wichtig ist nur, dass Sie das Gesamtkontingent nicht überschreiten.

ePA

In der elektronischen Patientenakte (ePA) meines Patienten sind bereits Dokumente seiner Krankenkasse eingestellt. Hat damit bereits eine Erstbefüllung stattgefunden?

Nein, bei Abrechnungsdaten der Krankenkasse oder bei hochgeladenen Dokumenten vom Patienten selbst gilt die ePA im Sinne der Erstbefüllung noch nicht als befüllt. Laden Sie in diesem Fall nun einen Arztbrief oder Befundbericht aus der aktuellen Behandlung in die ePA, können Sie die GOP 01648 für die Erstbefüllung abrechnen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



Rationale Antibiotikatherapie: neues eLearning-Angebot

Die Fortbildung vermittelt alltagsnahe Fallbeispiele, konkrete Entscheidungshilfen und erprobte Kommunikationsstrategien – kompakt, kostenfrei und mit Fortbildungspunkten.



Module im Überblick

- Akuter Atemwegsinfekt
- Halsschmerzen
- Harnwegsinfekt
- Materialien (Infozepte, Algorithmen, Patientenflyer)
- Evidenzbasierte Medizin
- Reden und Reflexion
- Abwendbar gefährlicher Verlauf, verzögerte Verordnung & Dokumentation
- Medizinethik, Multimorbidität & Medizinkultur

Im Rahmen des Innovationsfondsprojektes ElektRA (Elektive Förderung Rationaler Antibiotikatherapie) wurde ein praxisnahes und wissenschaftlich fundiertes eLearning zur rationalen Antibiotikatherapie entwickelt, das jetzt auch für die Mitglieder der KV-Hamburg zugänglich ist.

Warum teilnehmen?

- **Praxisrelevanz:** Die Module greifen typische praxisrelevante Fragestellungen auf – von Atemwegs- und Harnwegsinfekten bis hin zu komplexeren Themen wie Multimorbidität, medizinethischen Aspekten oder verzögerter Verordnung.
- **Kompakte Wissensvermittlung:** Jedes Modul lässt sich zeitlich flexibel absolvieren und kombiniert kurze Videosequenzen

mit Expertinnen und Experten (u. a. Mitautoren von Leitlinien) mit interaktiven Materialien, Grafiken und Algorithmen.

- **Unmittelbarer Nutzen für den Alltag:** Sie erhalten konkrete Entscheidungshilfen für die ärztliche Praxis, patientenorientierte Materialien (Flyer, Infozepte) sowie erprobte Kommunikationsstrategien.
- **Reflexion und Qualitätssicherung:** Durch den Fokus auf Reden, Reflexion und Dokumentation schärfen Sie nicht nur Ihr fachliches, sondern auch Ihr ärztlich-ethisches Profil.
- **Fortbildungspunkte:** Für jedes Modul werden 2 CME-Punkte von der Ärztekammer Westfalen-Lippe vergeben.
- **Kostenfrei und flexibel:** Teilnahme ohne Gebühr – orts- und zeitunabhängig.

Teilnahmevoraussetzungen

Als Mitglied der KV Hamburg sind Sie teilnahmeberechtigt. Bitte geben Sie bei der Anmeldung Ihre KV-Mitgliedschaft im Notizfeld an.

Hintergrund

Im Projekt ElektRA wurde untersucht, wie gezielte Interventionen helfen können, die Antibiotikaverordnungsrate zu senken und die Wirkstoffauswahl zu optimieren. Das eLearning ist ein zentraler Baustein dieser Initiative – praxisnah, wissenschaftlich fundiert und direkt für die ärztliche Versorgung nutzbar. ■

Weitere Informationen und Anmeldung (über die KV WL):
www.akademie-wl.de/fortbildungskatalog/detail/kurs/antibiotika-optimal-verordnen-5901

Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

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

36j.-Patient, AOK Rheinland/Hamburg, PLZ 22547; wünscht Pregabalin; in der ePA ist zu erkennen, dass bereits mehrere Praxen verordnet haben.

50j.-Patient, DAK; PLZ 22119; wünscht Clonazepam und Pregabalin; hat diese Medikamente auf dem Medikationsplan nachgetragen.

30j.-Patient, AOK Bayern, PLZ 21077; wünscht Pregabalin; in der ePA häufige Verordnungen von verschiedenen Praxen.

25j.-Patient, AOK Niedersachsen, PLZ 29674; fragt nach Hydromorphon wg. neuropathischer Schmerzen im Bereich der rechten Clav-

icula nach katheterassoziiertter Sepsis. Der Patient hat mehrere Praxen aufgesucht.

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

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

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

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



Pharmakotherapieberatung

Antibiotika
Prüfverfahren
Schutzimpfungen
Cannabis-Verordnung
Arzneimittel
Aut idem

Hilfsmittel
Regress
Rezepte
Sprechstundenbedarf
Wirtschaftlichkeitsgebot
Verbandmittel

Heilmittel
Off-Label-Verordnung
Sprechstundenbedarf
Wirtschaftlichkeitsgebot
Betäubungsmittel
Trendmeldungen
Wirkstoffvereinbarung
Arzneimittel-Richtlinie

Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung“. In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer 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**



VON DR. RITA R. TRETTIN

Elektronische Patientenakte: Chancen und Stolpersteine

Ärzte und Psychotherapeuten sind ab Oktober verpflichtet, die ePA zu nutzen. Doch das Digitalisierungs-Projekt ist technisch noch immer nicht einwandfrei anwendbar – und die meisten Patienten haben noch nie etwas davon gehört. Hier ein Überblick aus der Praxis.

Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist erfolgt. Die gesetzlichen Krankenkassen haben für alle Versicherten eine Akte angelegt, die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) haben mit dem bundesweiten Rollout der ePA-Module in Praxen, Apotheken, Krankenhäusern begonnen. Die Nutzung war zunächst freiwillig. Ab 1. Oktober 2025 sind Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet, die ePA zu nutzen und mit Arztbriefen, Befundberichten und anderen Dokumenten zu befüllen.

Die ePA ist ein zentrales digitales Instrument im deutschen Gesundheitswesen, das Patientendaten wie Befunde, Diagnosen, Medikationspläne und Arztberichte sicher speichert und für behandelnde Ärzte zugänglich macht. Sie soll die Versorgung verbessern, birgt aber enorme Herausforderungen.

Vorteile der ePA

- **Bessere Koordination der Behandlung:** Alle behandelnden Ärzte und Therapeuten können auf dieselben Daten zugreifen, was Doppeluntersuchungen reduziert und eine effizientere Behandlung ermöglicht.
- **Erhöhte Patientensicherheit:** Durch die zentrale Dokumentation von Diagnosen, Allergien und Medikamenten sinkt das Risiko von Wechselwirkungen oder Fehlmedikationen.
- **Stärkung der Patientenautonomie:** Patienten können selbst entscheiden, welche Daten gespeichert werden und welche Ärzte darauf zugreifen dürfen.
- **Zeit- und Kostenersparnis:** Vermeidung unnötiger Untersuchungen und schnellere Informationsweitergabe zwischen Ärzten und Kliniken.

- **Förderung der Prävention:** Chronische Erkrankungen können besser überwacht werden, Vorsorgeuntersuchungen lassen sich leichter dokumentieren.
- **Digitale Integration:** Die ePA kann mit anderen digitalen Gesundheitsanwendungen verknüpft werden, z. B. mit elektronischen Rezepten oder Gesundheits-Apps.

Nachteile der ePA

- **Datenschutz- und Sicherheitsrisiken:** Trotz hoher Sicherheitsstandards besteht immer ein Restrisiko für Hackerangriffe oder unbefugten Zugriff.
 - **Komplexität für Patienten:** Nicht alle Patienten sind digital affin, besonders ältere Menschen haben Schwierigkeiten bei der Nutzung.
 - **Unvollständige Daten:** Die ePA ist nur so nützlich wie die Daten, die eingetragen werden. Wenn Ärzte oder Patienten Informationen nicht konsequent eingeben, bleibt die ePA lückenhaft.
 - **Technische Probleme:** Systemausfälle, Schnittstellenprobleme oder langsame Implementierung beeinträchtigen die Akzeptanz.
 - **Kosten für Einführung und Betrieb:** Die Entwicklung, Wartung und Schulung verursachen hohe Kosten im Gesundheitssystem.
 - **Akzeptanzprobleme bei Ärzten:** zusätzlicher Dokumentationsaufwand und Zeitverlust.
- Die ersten Erfahrungen von Ärzten mit der ePA in Deutschland sind insgesamt gemischt: Viele begrüßen die Vorteile für die Versorgung und Effizienz, äußern aber auch deutliche Kritik, insbesondere im Hinblick auf technische Umsetzung, Mehraufwand und Datenschutz.

Häufig berichtete Hürden in der Praxis (aus unterschiedlichen Quellen):

1. Technische Stabilität & Performance

Es können immer noch etwa 20 bis 30 Prozent der Praxen nicht auf die ePA zugreifen, oft aufgrund fehlender Updates oder Kompatibilitätsprobleme mit Praxisverwaltungssystemen (PVS).

Die Gematik hat Research Industrial Systems Engineering (RISE) im Entwicklerkonsortium mit BITMARCK sowie IBM Deutschland GmbH anlässlich des Starts der Pilotierung der ePA für alle in den Modellregionen am 15. Januar die Zulassungen für die Bereitstellung der Aktenkonten erteilt. Aktuell erfolgreich angeschlossene Einrichtungen an ePA (Stand Mai 2025): ca. 46 000 (Arztpraxen, Zahnärzte, Apotheken, Krankenhäuser); Gesamtzahl potentiell anschließbarer Einrichtungen: etwa 160 000.

Meine eigene Erfahrung: Seit dem Start Ende April 2025 (und bereits vorher) konnten wir in der Praxis problemlos mit der ePA arbeiten. Unser PVS-Anbieter hat bereits vor Monaten phantastische Tutorials erarbeitet, versorgt uns fortlaufend mit hilfreichem Lernmaterial und Updates, die von uns konsequent wahrgenommen und in Anspruch genommen werden.

2. Die technische Zuverlässigkeit variiert stark – etwa 10 Prozent der Zugriffe funktionieren nicht zuverlässig.

Seit Ende April 2025 hatten wir ca. zehnmal „Komplettausfälle“, das heißt: Der Zugriff gelang nicht, jegliche elektronischen Anwendungen kamen zum Erliegen, Versicherungskarten waren nicht einlesbar, der Zugriff auf die Aktenkonten RISE bzw. IBM war gesperrt, Erstellen von eAU und eRezept waren nicht möglich. Die Hotline unserer PVS war völlig überlastet, oft gelang ein Kontakt erst nach Stunden. Inzwischen werden wir regelmäßig und sofort von der PVS über ein „Info-Fenster“ infor-

miert, wenn es sich um einen „Systemfehler“ handelt, die PVS-Hotline also gar nicht weiterhelfen kann.

3. Lange Ladezeiten (z. B. 30 bis 45 Sekunden) stören den täglichen Ablauf erheblich

4. Integration & Benutzerfreundlichkeit: Die ePA bietet oft nur unstrukturierte PDF-Ablagen, durchsuchbare, strukturierte Daten fehlen. Fehlende Such-, Filter- oder Sortierfunktion erschweren die Bedienung und kosten Zeit

5. Unterschiedliche PVS-Systeme benötigen jeweils eigene Anpassungen – Interoperabilität ist nur lückenhaft gewährleistet

6. Praxen müssen oft (kostenpflichtige) Hotlines kontaktieren, die nicht immer zuständig sind, das sorgt zusätzlich für Frustration (s.o.)

7. Niedrige Patientenbeteiligung & Informationsdefizite, Patienten wurden kaum proaktiv informiert, viele sind überfordert oder nutzen die ePA nicht.

In diesem Punkt sehe ich derzeit das allergrößte Manko. Seit Monaten informieren wir Patienten über die ePA, seit Ende April 2025 ganz systematisch, indem wir zusätzlich ganz konkret fragen, ob sie der ePA widersprochen haben. Für unsere grundsätzliche Vorgehensweise ist das maßgeblich, denn nur wenn ein Widerspruch vorliegt, ist die Befüllung der Akte nicht erforderlich bzw. entfällt die damit für Ärzte und Psychotherapeuten verbundene Verpflichtung, Daten hochzuladen.

Wir haben in unserem PVS Kürzel geschaffen, die bei Eingabe den dazugehörigen Text in der Patientenkartei zeigen (z.B. ePAn/ePAj = Pat. hat der ePA widersprochen oder Pat. hat der ePA zugestimmt). In der Dokumentation sorgt das für eine enorme Erleichterung. Zeitaufwändig ist die Aufklärung!

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

Wie wir es zum Teil bereits seit 10/2021 bei der eAU und seit 1/2024 besonders auch bei dem eRezept erlebt haben, ist die Nicht-Kenntnis in Bezug auf die ePA erschreckend hoch. Nahezu jeder Patient hat unzureichende Kenntnisse, kann sich zunächst aus Unkenntnis nicht entscheiden. Der überwiegende Teil der Patienten hat noch nie etwas darüber gehört oder gelesen. Bei langen Sprechstundentagen mit 50 bis 70 zu versorgenden Patienten kostet es uns zusätzlich ein bis zwei Stunden pro Tag, um eine angemessene Aufklärung vorzunehmen und Fragen zu beantworten. Dabei ist das nicht die Aufgabe der Ärzte, sondern der Krankenkassen. Etwa 90 Prozent der Patienten teilen mit, nicht bzw. nicht angemessen informiert worden zu sein.

Wie schaffen wir die Stolpersteine beiseite? Informationsquellen nutzen!

Die KBV und die KV Hamburg sowie die Gematik bieten auf ihren Internetseiten eine Fülle an Informationen. Für alle, die die wichtigsten Informationen rund um die ePA gebündelt wünschen, empfiehlt sich das Serviceheft in der Reihe PraxisWissen. Ergänzend gibt es einseitige Infoblätter für den täglichen Praxisgebrauch, kurze Erklärvideos und Materialien für das Wartezimmer:

- Serviceheft in der Reihe PraxisWissen als Webversion mit allen wichtigen Informationen für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxisteams
- „Starterpaket“ für die Praxis
- Infoblatt für den täglichen Gebrauch: „Vom Befüllen bis zur Abrechnung“
- Schaubild zur ePA in der Praxis
- Tutorials über die PVS-Anbieter, Erklärvideos über Youtube
- ePA – Elektronische Patientenakte für alle (VNR: 2761102024058380009) – Fortbildung im KBV-Portal (6 FB-Punkte), um das eigene Wissen zu überprüfen
- Informationsmaterialien für Patienten

Wir werden über die entsprechenden Newsletter und Webpräsenzen der KBV, über das KVH-Journal und über das KVH-Telegramm bestens informiert. Das Lesen dieser Informationen ist in meiner Praxis Pflicht für jeden Mitarbeiter, ich persönlich empfinde diese Quellen als sehr hilfreich.

● Ärzte und Psychotherapeuten können die Patienten mündlich, aber auch schriftlich, zum Beispiel durch einen Aushang darüber informieren, welche Dokumente sie einstellen müssen und dass bei besonders sensiblen Daten ein Widerspruchsrecht besteht. Die KBV stellt ein Poster zum Ausdrucken bereit.

● Möchte ein Patient nicht, dass die Praxis ein gesetzlich vorgeschriebenes Dokument einstellt, dokumentieren Ärzte und Psychotherapeuten dies in ihrer Behandlungsdokumentation. Auch die Einwilligung, dass ein Patient auf Wunsch weitere Daten eingestellt haben möchte, muss festgehalten werden.

● Besondere Vorschriften gelten bei hochsensiblen Daten, die eine stigmatisierende Wirkung haben können. Widerspricht der Patient dem Einstellen solcher Daten, ist dies ebenfalls zu dokumentieren.

● Bei genetischen Untersuchungen oder Analysen im Sinne des Gendiagnostikgesetzes muss die ausdrückliche Einwilligung des Patienten in schriftlicher oder in elektronischer Form vorliegen.

Was ist außerdem wichtig für die Umsetzung?

Voraussetzung ist ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur. Dafür sind die bekannten Komponenten und Dienste erforderlich wie Konnektor und Praxisausweis. Zusätzlich muss das Praxisverwaltungssystem die ePA (3.0) unterstützen. Dafür ist ein entsprechendes Update erforderlich.

Um auf die ePA zugreifen zu dürfen, muss der Arzt oder Psychotherapeut neben der SMC-B auch über einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) verfügen. **Praxen sind verpflichtet**, ein aktuelles ePA-Modul einzusetzen. Ansonsten werden das Honorar und die TI-

PRAXISAUSHANG: DIESE DATEN STELLT DIE PRAXIS EIN



Ein von der KBV bereit gestellter Aushang informiert darüber, welche Dokumente und Daten die Praxen einstellen müssen und weist darauf hin, dass Patienten bei sensiblen Daten das Recht zum Widerspruch haben. Der Aushang ist hilfreich, weil die Praxen verpflichtet sind, ihre Patienten darüber zu informieren – mündlich oder per Aushang.

www.kbv.de/html/epa.php

Pauschale gekürzt. Laut Bundesgesundheitsministerium drohen zumindest in diesem Jahr keine Sanktionen.

Die PVS-Hersteller sind verpflichtet, für die ePA 3.0 ihre Software von der Gematik zertifizieren zu lassen. Nur Systeme, die das Verfahren zur Konformitätsbewertung (KOB) erfolgreich durchlaufen haben, dürfen nach einer gesetzlichen Vorgabe weiterhin für die Abrechnung eingesetzt werden. Diesen aus Sicht der KBV unhaltbaren Zustand konnte die KBV erfolgreich abwehren.

Die KBV hat erreicht, dass Praxen, die kein KOB-zertifiziertes PVS haben, dieses noch bis Jahresende für die Abrechnung einsetzen können. Die KBV lehnt jede Form der Sanktionierung der Vertragsärzteschaft im Zusammenhang mit Digitalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen ab. Sie ist vielmehr der Auffassung, dass digitale Anwendungen durch ihre Praxistauglichkeit und Nutzerfreundlichkeit die Anwender überzeugen müssen und daher deren Einführung keiner Sanktionierung bedarf. Hierfür setzt sich die KBV gegenüber dem Ministerium und dem Gesetzgeber weiterhin mit Nachdruck ein.

Auch die Versicherten können Daten einstellen, zum Beispiel Vitaldaten aus Fitness-Apps. Sie entscheiden, welche Daten in ihre ePA kommen und wer Einsicht nehmen darf. Praxen beispielsweise haben Zugriff auf alle Informationen in der ePA, sofern der Versicherte dem nicht widersprochen oder bestimmte Dokumente verborgen hat.

Die elektronische Patientenakte ist eine versicherungsführte Akte. Sie kann die Anamnese, Befunderhebung und Behandlung des Arztes oder Psychotherapeuten unterstützen. Sie ersetzt aber nicht die Behandlungsdokumentation des Arztes oder Psychotherapeuten im Praxisverwaltungssystem. Ärzte und Psychotherapeuten sind nach Gesetz und Berufsordnung verpflichtet, alle medizinisch relevanten Informationen für die Behandlung eines Patienten zeitnah zu dokumentieren – elektronisch oder auf Papier. An dieser Pflicht ändert sich mit der ePA nichts.

Die ePA ändert auch nichts an der innerärztlichen Kommunikation. Ein Arzt oder Psychotherapeut kann nicht sicher sein, dass der weiterbehandelnde Kollege Zugriff auf die ePA hat oder eine von ihm eingestellte Information wahrnimmt. Auch hat der Versicherte das Recht, Daten zu löschen. Ist ein professioneller Informationstransfer zwischen Kollegen oder zwischen medizinischen Einrichtungen nötig, muss weiterhin eine direkte Kommunikation stattfinden – beispielsweise über den Kommunikationsdienst KIM.

Die Übermittlung von Arztbriefen via KIM ist weiterhin erforderlich, denn Patienten können einem Arzt jederzeit den Zugriff auf die ePA entziehen oder den Arztbrief löschen. Dennoch ist es sinnvoll, den Arztbrief nicht nur an die Kollegin oder den Kollegen zu senden, sondern auch in die ePA einzustellen. So hat zu einem späteren Zeitpunkt auch ein anderer mitbehandelnder Facharzt oder ein Krankenhausarzt Zugriff auf die Informationen.

Mit dem Stecken der elektronischen Gesundheitskarte in das Kartenterminal erhält die Praxis automatisch für einen Zeitraum von 90 Tagen Zugriff auf die Inhalte der ePA. Wenn der Patient nicht möchte, dass die Praxis seine Daten in der ePA sehen kann, muss er den Zugriff per ePA-App oder bei seiner Krankenkasse sperren lassen. Der Arzt muss also nicht nachfragen.

Darüber hinaus gibt es Daten, die eine Praxis auf Wunsch des Patienten in die ePA einpflegen muss. Das Spektrum, das der Gesetzgeber vorsieht, ist breit: Es



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

Die KBV hat erreicht, dass Ärzte und Psychotherapeuten nicht verpflichtet sind, bei unter 15-jährigen Daten in die ePA zu übermitteln, sofern dem erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen. Gleiches gilt, soweit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes oder eines Jugendlichen vorliegen und die Befüllung der ePA den wirksamen Schutz des Kindes oder Jugendlichen in Frage stellen würde. Ärzte und Psychotherapeuten, die von diesem Recht Gebrauch machen, halten dies in ihrer Behandlungsdokumentation fest. Die KBV hat dazu in Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium eine Richtlinie erlassen.

Ärzte und Psychotherapeuten, die eine ePA als erste befüllen, rechnen die GOP 01648 (89 Punkte / 2025: 11,03 Euro) ab. Die GOP ist nur berechnungsfähig, wenn noch kein anderer Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut in einer Praxis oder einem Krankenhaus einen Befund oder ein anderes Dokument eingestellt hat (Inhalte der elektronischen Medikationsliste zählen nicht dazu). Sie ist also sektorenübergreifend nur einmal je Patient berechnungsfähig (auch nicht neben GOP 01647 und 01431).

Für die weitere Befüllung, wenn also bereits Dokumente in die ePA eingestellt wurden, wird die GOP 01647 (15 Punkte / 2025: 1,86 Euro) angesetzt. Der Zuschlag ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig (nicht neben GOP 01648). Erfolgt die Befüllung ohne persönlichen Patienten-Kontakt (auch nicht per Video) rechnen Praxen die GOP 01431 (3 Punkte / 2025: 37 Cent) ab. Dieser Zuschlag ist bis zu viermal im Arztfall berechnungsfähig (nicht mehrmals am Behandlungstag).

Fazit

Grundsätzlich gilt: Ärzte und Psychotherapeuten informieren ihre Patienten darüber, welche Daten sie im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung in der ePA speichern. Dies kann mündlich oder auch per Praxisausgang erfolgen (die KBV stellt hierzu ein Poster zum Ausdrucken bereit). Sollten Patienten widersprechen, ist dies in der Behandlungsdokumentation festzuhalten. Es ist außerdem Aufgabe der Praxis, die Patienten darauf hinzuweisen, dass sie Anspruch auf die Befüllung der Akte mit weiteren Daten haben. Wird dies gewünscht, muss die Praxis die Einwilligung des Patienten ebenfalls in der Behandlungsdokumentation des Arztes oder Psychotherapeuten erfassen.

Die ePA bietet großes Potential für eine effizientere, sicherere und patientenzentrierte Versorgung. Gleichzeitig stehen Datenschutz, Akzeptanz und technische Umsetzung als Herausforderungen im Raum. Ihr Erfolg hängt maßgeblich davon ab, wie konsequent sie genutzt wird und wie gut Patienten und Ärzte mit ihr umgehen können. Abgesehen von dem inakzeptablen enormen Zeitaufwand hinsichtlich der Aufklärungsarbeit, die wir täglich leisten, und den umfangreichen technischen Störungen, komme ich persönlich in der Anwendung der ePA zu einem positiven Ergebnis.

Alle Materialien auf der ePA-Themenseite der KBV:
www.kbv.de/html/epa.php



DR. MED. DIPL.-PSYCH.

RITA R. TRETTIN ist

Fachärztin für Neurologie,
 Fachärztin für Psychiatrie,
 Fachärztin für Psychiatrie
 und Psychotherapie in
 Winterhude

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



Neues Verschlüsselungsverfahren für die TI

Bitte prüfen Sie, ob Ihre Komponenten ausgetauscht werden müssen

Zahlreiche Komponenten der Telematikinfrastruktur (TI) müssen bis Jahresende auf das neue Verschlüsselungsverfahren ECC umgestellt werden. Hintergrund ist eine Vorgabe des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik und der Bundesnetzagentur. Das bisher genutzte Verschlüsselungsverfahren RSA darf ab Ende des Jahres in Deutschland nicht mehr verwendet werden.

Von der Umstellung auf das Verschlüsselungsverfahren ECC sind nicht alle Praxen in gleichem Umfang betroffen. Entscheidend ist, welche der in der Praxis eingesetzten Komponenten bereits ECC-fähig sind.

Um diese Komponenten geht es:

- Konnektor
- Gerätekarte in den eHealth-Kartenterminals (gSMC-KT)
- Heilberufsausweis (eHBA) und Praxisausweis (SMC-B)
- Praxisverwaltungssystem & KIM

Konnektor

Bitte setzen Sie sich mit Ihrem IT-Dienstleister oder Anbieter in Verbindung, um mit ihm das weitere Vorgehen zu besprechen.

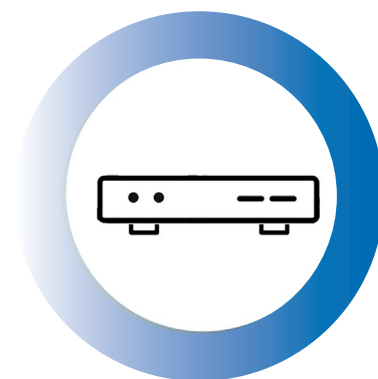
Bei Konnektoren, die in den Jahren 2020, 2021 und 2022 produziert wurden, müssen die Zertifikate um jeweils drei Jahre verlängert werden. Damit erfolgt automatisch auch eine Umstellung auf das neue Verschlüsselungsverfahren ECC. Die Umstellung kann normalerweise von extern durch den IT-Dienstleister erfolgen - ein Besuch vor Ort in der Praxis ist dafür nicht nötig.

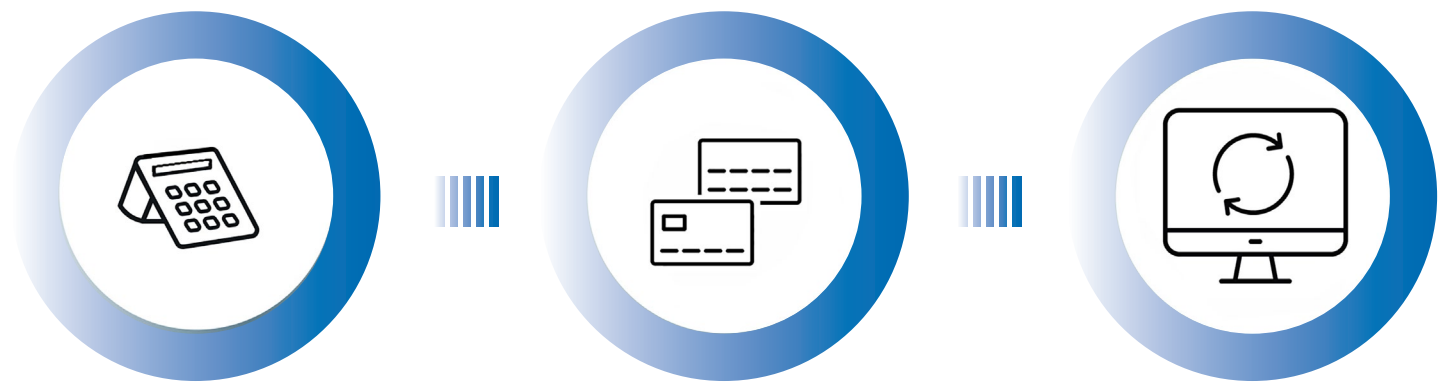
Konnektoren der Baujahre 2019 oder älter, bei denen das Zertifikat zum 31. Dezember 2025 ab-

läuft, müssen ausgemustert werden. Hier gibt es prinzipiell zwei Möglichkeiten: Die Praxis kann entweder einen neuen Konnektor kaufen oder sie beauftragt ein Rechenzentrum.

Bei der Rechenzentrums-Lösung benötigen die Praxen für die TI-Anbindung keinen eigenen Konnektor mehr. Die Praxis verbindet sich per sicheren VPN-Zugang mit einem Rechenzentrum, wo in geschützter Umgebung ein TI-Gateway steht. Konfigurationen, Wartungsarbeiten und das Einspielen neuer Updates erfolgen als „TI-as-a-Service“ zentral und werden durch den von der Gematik zugelassenen Anbieter durchgeführt.

Die Anbindung ans Rechenzentrum ist meistens jedoch mit Zusatzkosten verbunden, die durch die von der KV Hamburg ausbezahlten TI-Pauschalen nicht abgedeckt sind. Mehrkosten entstehen vor allem durch eine Firewall, um vor Ort Sicherheitsstandards zu erfüllen. Die Preismodelle sind hier sehr unterschiedlich und umfassen unterschiedliche Leistungen, sodass sich Praxen im Vorfeld informieren sollten. Die Anbindung an ein Rechenzentrum scheint etwas praktikabler zu sein als einen neuen Konnektor anzuschaffen – auch vor dem Hinter-





grund, dass die Gematik einen Übergang in die so genannte TI 2.0 plant, die ohne Hardware-Konnektoren auskommen soll. Konnektoren sollen in den Praxen nach Vorstellung der Gematik nur noch bis Ende 2030 eingesetzt werden. Egal für welche Variante sich eine Praxis entscheidet: Es sollte genügend Vorlaufzeit eingeplant werden, um einen Umstieg zum Jahreswechsel hinzubekommen.

Gerätekarte in den eHealth-Kartenterminals (gSMC-KT)

Bitte fragen Sie Ihren IT-Dienstleister, ob die in Ihrem e-Health-Kartenterminal installierte Gerätekarte (gSMC-KT) ausgetauscht werden sollte.

Die Nutzung einer gSMC-KT 2.0 wird ab Januar 2026 nicht mehr empfohlen, bleibt aber bis Ende Dezember 2026 zulässig. Spätestens bis zu diesem Zeitpunkt sollte die Karte gegen eine gSMC-KT 2.1 ausgetauscht werden.

Heilberufsausweis (eHBA) und Praxisausweis (SMC-B)

Alle Heilberufsausweise (eHBA) und Praxisausweise (SMC-B-Karten), die ausschließlich auf

dem Verschlüsselungsverfahren RSA basieren (Kartengeneration 2.0), dürfen ab Januar 2026 nicht mehr eingesetzt werden – unabhängig von dem auf der Karte ausgewiesenen Gültigkeitsdatum. Ein Wechsel zur Kartengeneration 2.1 ist zwingend erforderlich. Laut Gematik kontaktierten die Kartenanbieter von sich aus die Ärzte bzw. Psychotherapeuten, wenn ein Wechsel erforderlich ist.

Praxissoftware und KIM-Client aktualisieren

Bitte stellen Sie sicher, dass alle Softwarekomponenten das neue Verschlüsselungsverfahren ECC unterstützen.

Die Umstellung auf ECC ist nötig, um die Sicherheit der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. Praxen sollten frühzeitig handeln, um eine reibungslose Umstellung zu ermöglichen und ab dem 1. Januar 2026 weiterhin mit der TI arbeiten zu können. ■

Ansprechpartner:
KV Hamburg Online-Services
Tel: 040 / 22802 -554, -862
online-services@kvhh.de



Überarbeitete IT-Sicherheitsrichtlinie

Eindeutige Vorgaben sollen dabei helfen, Risiken in der Praxis zu minimieren

Die IT-Sicherheitsrichtlinie für Praxen ist an den Stand der Technik und an das Gefährdungspotential angepasst worden. Klare Vorgaben sollen helfen, Patientendaten sicher zu verwalten und Risiken wie Datenverlust oder Betriebsausfall zu minimieren. Praxen sind gehalten, sich mit den Anforderungen auseinanderzusetzen. Hier einige aus der Sicherheitsrichtlinie abgeleitete Tipps.

Umgang mit Spam

Der Umgang mit Spam bei E-Mails in der Praxis muss klar geregelt werden. Sensibilisieren Sie Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für Hinweise auf gefährliche E-Mails: 1. Ist der Übermittler bekannt? 2. Ist der Inhalt der Nachricht wirklich sinnvoll? 3. Werden Links oder Aufforderungen von dem Übermittler der Nachricht erwartet? Falls Zweifel bestehen, kann man den Absender über einen anderen Kommunikationskanal kontaktieren - zum Beispiel Telefon - und nachfragen, ob die E-Mail tatsächlich von ihm stammt.

Verdächtige E-Mails zu öffnen, ist kein Problem. Der Anhang einer verdächtigen Mail darf allerdings nicht geöffnet werden. Auf keinen Fall sollte man auf einen in einer verdächtigen Mail enthaltenen Link klicken.

Warnung vor gefälschten Briefen

Die Gefahr durch Cyberkriminelle ist akut. Erst kürzlich verschickten Kriminelle im Namen der apoBank Briefe und forderten die Adressaten auf, ihre Bankzugänge zu verifizieren. Auf keinen Fall darf der QR-Code auf solchen Briefen gescannt werden, da der Link auf eine gefälschte Internetseite führt. Auch per per E-Mail oder per Telefon versuchen Betrüger, an Zugangsdaten von Bank-Kunden zu kommen.

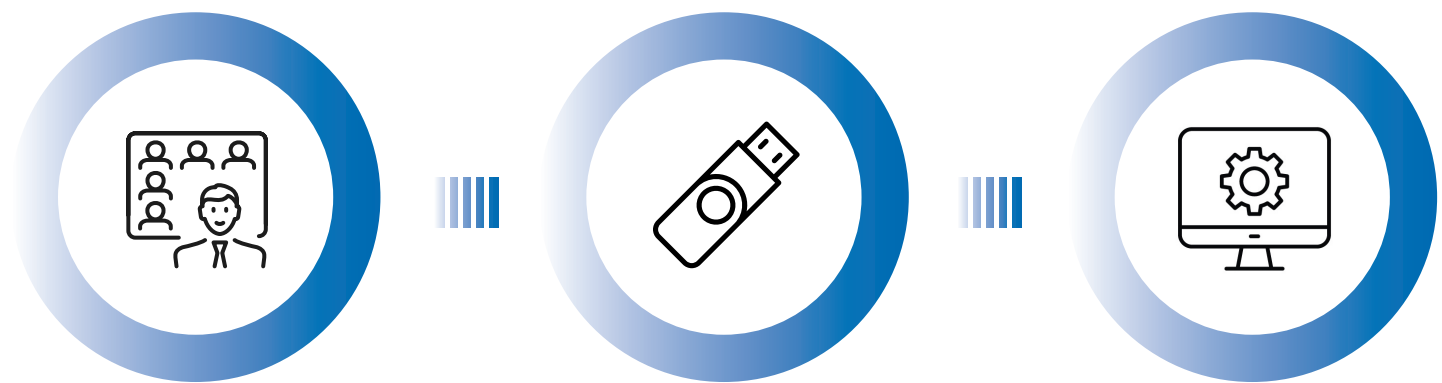


Mitarbeitende schulen

Mitarbeitende sind regelmäßig über Anforderungen, Handlungsanweisungen und Verfahrensweisen in Bezug auf Praxis-Sicherheit zu informieren. Beendet ein Mitarbeiter seine Tätigkeit in einer Praxis, müssen alle im Rahmen seiner Tätigkeit erhaltenen Unterlagen, Schlüssel und Geräte sowie Ausweise und Zutrittsberechtigungen zurückgegeben, geändert bzw. vernichtet werden. Das betrifft vor allem Passwörter. Vor der Verabschiedung sollte noch einmal auf die fortdauernden Verschwiegenheitsverpflichtungen hingewiesen werden.

Externes Personal

Personen, die nicht zum festen Praxisteam zählen - zum Beispiel Mitarbeiter von Dienstleistern, die Technik installieren - müssen dazu verpflichtet werden, den Datenschutz und die Sicherheitsvorkehrungen einzuhalten. Externe Mitarbeiter gilt es zu beaufsichtigen, insbesondere in sicherheitsrelevanten Bereichen. Zugangsberechtigungen sind so restriktiv wie möglich zu halten.



Keine Fehler vertuschen

Eine der wirkungsvollsten Maßnahmen ist die Etablierung einer transparenten und vertrauensvollen Fehlerkultur im Team. Hierdurch lässt sich wichtige Präventionsarbeit leisten und potenzieller Schaden begrenzen. Denn Vertuschen oder Verschweigen von Fehlern kann zu einer weiteren Verbreitung von Schadsoftware (Fachjargon: Malware) führen. Es ist daher wichtig, dass Fehler, wie zum Beispiel unbedachte Klicks, sofort eingestanden werden. Wichtig ist auch, die Kollegen und Kolleginnen zu informieren. Ein frühzeitiger Warnhinweis kann im Ernstfall viel Schaden verhindern.

IT-Dienstleister zur Datensicherheit finden

Die KBV hat eine Liste der IT-Dienstleister veröffentlicht, die speziell für die Umsetzung der Vorgaben aus der IT-Sicherheitsrichtlinie geprüft wurden. Die Liste wird laufend aktualisiert. Ab-rufbar unter: www.kbv.de/praxis/digitalisierung/it-sicherheit → (ganz unten:) Zertifizierte IT-Dienstleister

Risiko Wechseldatenträger

USB-Sticks oder externe Festplatten stellen ein besonders hohes Risiko für Datenverlust und Zugriff von Unbefugten dar. Die IT-Richtlinie weist auf die Notwendigkeit einer Datensicherung hin, regelt aber auch, dass Verantwortliche für die Datensicherung benannt werden und dass getestet werden soll, ob gesicherte Daten im Fall der Fälle auch wiederhergestellt werden können. Empfohlen wird eine Regelung, wer in der Praxis Medien mitnehmen darf.

Updates zeitnah installieren

Da ein großer Teil der unberechtigten Zugriffe auf Programme und Systeme auf fehlende Updates zurückgeht, wurde dieser Bereich in der IT-Sicherheitsrichtlinie ausführlich geregelt. So genannte „Patches“ (Updates, mit denen bekannt gewordene Sicherheitslücken beseitigt werden) sollten deshalb zeitnah installiert werden. Software oder Betriebssysteme, die nicht mehr mit Updates versorgt werden, müssen abgelöst oder vom allgemeinen Netzwerk getrennt betrieben werden.

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

KOSTENLOSES INFOHEFT: PRAXIS-SICHERHEIT AUF EINEN BLICK



Einen guten Überblick zur IT-Sicherheitsrichtlinie finden Sie im aktualisierten Serviceheft der KBV aus der Reihe „Praxis-Wissen“. Das 16-seitige Heft hilft das Sicherheitsbewusstsein in den Praxen zu schärfen. Es enthält neben Informationen zu den Sicherheits-

anforderungen auch eine Checkliste, Tipps sowie Beispiele für die Umsetzung von Schutzmaßnahmen in der Praxis. Das Heft ist abrufbar unter: <https://www.kbv.de/praxis/digitalisierung/it-sicherheit>

hinaus sind dort Musterdokumente und FAQs zu den Inhalten der Richtlinien verfügbar. Das kostenlose Angebot bündelt Wissenswertes und dient als zentraler Anlaufpunkt für den Datenaustausch und die Kollaboration im Gesundheitswesen. Die Umsetzung der Anforderungen aus der Richtlinie sollten Praxen am besten im Team sowie mit ihrem IT-Dienstleister oder dem Anbieter des Praxisverwaltungssystems (PVS) besprechen.

Umgang mit dem Praxisausweis (SMC-B)

Der Praxisausweis (SMC-B) ist in der Regel im stationären Kartenterminal dauerhaft gesteckt. Deshalb sollte man darauf achten, die SMC-B-Karte herauszunehmen, bevor man ein Kartenterminal entsorgt. Sie kann aufgrund ihrer geringen Größe schnell übersehen werden. Wenn der Inhaber der bisherigen SMC-B-Karte die Praxis verlässt, sollte er sie vom Anbieter sperren lassen und anschließend vernichten. Der verbleibende oder nachfolgende Arzt sollte rechtzeitig eine neue SMC-B-Karte für die Praxis beantragen.

Richtlinie & FAQs auf KBV-Onlineplattform abrufbar

Die überarbeitete Richtlinie zur IT-Sicherheit in Praxen steht auf der Onlineplattform „Hub zur IT-Sicherheit“ (<https://hub.kbv.de/display/itsrl>) bereit, wo zudem die Anforderungen in einer Übersicht dargestellt und entsprechend erläutert werden. Darüber

Zertifizierte Online-Fortbildung

Die KBV bietet Online-Schulungen zur IT-Sicherheit an – auch für MFA. Die Schulung vermittelt Grundlagen zum Schutz vor Cyberangriffen und Systemausfällen, zeigt technische, organisatorische und personelle Schutzmaßnahmen auf und gibt praxisnahe Tipps – von der Firewall bis zur Mitarbeiterschulung. Die Teilnahme ist kostenfrei und wird bei Bestehen mit zwei CME-Punkten honoriert. Die Schulungen stehen im Fortbildungsportal der KBV bereit (<https://fortbildungsportal.kv-safenet.de/snk/>). Für alle, die die Fortbildungsportale der KBV nicht nutzen wollen, stellt die KBV die Inhalte der Schulungen auch als PDF-Dateien zur Verfügung.

Ansprechpartner:
KV Hamburg Online-Services
Tel: 040 / 22802 -554, -862
online-services@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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Zink bei Erkältungen

Ein Blick auf die Cochrane-Evidenz

DR. MED. ALEXANDER BENKENDORFF, PROF. DR. MED. JÖRG MEERPOHL UND
DR. RER. NAT. BIRGIT SCHINDLER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Husten, Schnupfen, Heiserkeit – die Erkältung, eine milde, meist virale Infektion der oberen Atemwege, ist eine der häufigsten Atemwegsinfektionen. Kinder im Vorschulalter machen durchschnittlich fünf bis sieben Erkältungen pro Jahr durch, Erwachsene zwei bis drei [1]. In Zeiten mit hoher Inzidenz erkranken in Deutschland mehrere Millionen Menschen pro Woche [2]. Zur Behandlung dieser selbstlimitierenden Erkrankung greifen viele Menschen zu altbewährten Hausmitteln, rezeptfreien Medikamenten oder Nahrungsergänzungsmitteln, in der Hoffnung, die Symptome zu lindern oder die Krankheitsdauer zu verkürzen [3]. Häufig kommen dabei Zinkpräparate zum Einsatz [4, 5].

Zur möglichen Wirksamkeit von Zink zur Vorbeugung oder Behandlung von Erkältungskrankheiten werden zwei unterschiedliche potenzielle Wirkmechanismen diskutiert: Zum einen könnte Zink systemisch

wirken, indem es das Immunsystem unterstützt [6, 7]. Zum anderen gibt es Hinweise auf eine lokale Wirkung: Zink könnte die Anhaftung und Vermehrung von Erkältungsviren im Nasen- oder Mund-Rachenraum hemmen [8]. Letzteres würde jedoch spezielle Darreichungsformen erfordern – etwa Lutschtabletten oder nasale Anwendungsformen wie Sprays oder Nasengele [9].

Kann Zink also wirklich helfen, eine Erkältung schneller zu überwinden oder einer Erkältung vorzubeugen? Mit diesen Fragen beschäftigte sich ein im Jahr 2024 veröffentlichter Cochrane-Review [10]. Die Ergebnisse und deren Interpretation werden jedoch in der breiten Öffentlichkeit und in der Wissenschaft kontrovers diskutiert [11, 12].

Im **wissenschaftlichen Diskurs** bezieht sich die Kritik verschiedener Kommentatoren an der Ergebnisdarstellung und -interpretation hauptsächlich darauf, ob die Studien ausreichend ähnlich sind, um eine Metaanalyse zu rechtfertigen [12]. Kritik an Analysemethoden hatte bereits bei einem 2011 veröffentlichten Cochrane-Review zu diesem Thema [13] eine Überarbeitung notwendig gemacht [14] und schließlich (zusammen mit Plagiatsvorwürfen) sogar dazu geführt, dass dieser 2015 zurückgezogen wurde [15]. Auch der aktuelle Review wird jetzt wegen hoher Heterogenität in Metaanalysen wieder kritisch kommentiert [16].

Auch **außerhalb der Wissenschaft** stößt die Frage „Hilft Zink bei Erkältung?“ auf großes Interesse. Zinkpräparate werden zur Therapie und Vorbeugung von Erkältungskrankheiten beworben [5, 17]. Dabei wird auch der aktuelle Cochrane-Review als Beleg für die

DER COCHRANE-REVIEW IN KÜRZE

In den mit 202 Seiten und 66 Analysen sehr umfangreichen Cochrane-Review [10] wurden 34 Studien eingeschlossen:

- 15 Studien zur Prävention:
Zinkanwendung 4,5 Tage bis 18 Monate
- 19 Studien zur Behandlung:
Zinkanwendung: 7 bis 21 Tage. In den meisten Studien wurde die Behandlung innerhalb von 24 Stunden nach Beginn der Symptome begonnen.

Neben oral verabreichten Präparaten wurden dabei auch intranasale Applikationsformen (Nasengele, Sprays) berücksichtigt.

Ergebnisse: Eine präventive Wirkung von Zink gegen Erkältung ließ sich in dem Cochrane-Review nicht nachweisen, bei allerdings überwiegend mangelhafter methodischer

Qualität der zugrundeliegenden Studien oder fehlenden Studiendaten.

Eingesetzt zur *Behandlung* einer bereits existierenden Erkältung zeigte der Cochrane-Review, dass Zinkpräparate die Erkältungsdauer möglicherweise durchschnittlich um rund zwei Tage verkürzen (-2,37; 95%-Konfidenzintervall: -4,21 bis -0,53). Das klingt zunächst recht beeindruckend, allerdings ist das Konfidenzintervall breit, und die Vertrauenswürdigkeit in die Ergebnisse für die Verkürzung der Erkältungsdauer nach GRADE niedrig.

Bezüglich unerwünschter Wirkungen wird mit moderater Vertrauenswürdigkeit der Evidenz festgestellt, dass sich das Risiko von nicht schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen, wie Geschmacksstörungen, Übelkeit, Magen-Darm-Probleme, trockener Mund und Irritationen der Mundschleimhaut, wahrscheinlich erhöht.

ZINK IN ARZNEIMITTELN UND NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTELN

Die Indikation für Arzneimittel mit Zink als Wirkstoff zum Schlucken umfasst meist nur einen nachgewiesenen, mit der üblichen Ernährung nicht ausgleichbaren Zinkmangel [18]. In Deutschland wird die Zinkzufuhr jedoch überwiegend als ausreichend bewertet [19].

Für Zink in *Nahrungsergänzungsmitteln* gibt es eine Vielzahl erlaubter gesundheitsbezogener Aussagen, sogenannte „Health Claims“, u.a.: „Zink trägt zu einer normalen Funktion des Immunsystems bei“ [20]. Diese erlaubte Aussage bedeutet aber nicht, dass bei ausreichender Zink-Versorgung durch eine zusätzliche Supplementation positive Effekte auf eine Erkältungsprävention oder -behandlung nachgewiesen sind. Werbung für die Vorbeugung, Heilung oder Linderung von Krankheiten durch Nahrungsergänzungsmittel ist grundsätzlich nicht erlaubt (Artikel 7 LMIV [VO (EU) 2011/1169]).

Wirksamkeit bei Erkältungen angeführt [17] (ebenfalls aufgegriffen vom *arznei-telegramm* [11]).

WAS WIRD DISKUTIERT?

Die wissenschaftliche Kritik am Cochrane-Review bezieht sich hauptsächlich auf Aspekte, die für Heterogenität zwischen den Studienergebnissen verantwortlich sein können [12]. In den durchgeführten Metaanalysen wurden unterschiedliche Präparate mit unterschiedlichen Dosierungen und Anwendungsformen sowie unterschiedliche Patientenkollektive zusammengefasst. Dies führte zum Teil zu sehr großer (statistischer) Heterogenität sowie zu größerer Ungenauigkeit und vermindert so das Vertrauen in die Ergebnisse. Bei so großen Unterschieden in der Studiendurchführung und in den Ergebnissen fällt es schwerer, das gepoolte Ergebnis für die Praxis und den Einzelfall zu interpretieren.

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

Geplante Subgruppenanalysen

Die Autor:innen des aktuellen Cochrane-Reviews geben im Methodenteil an, dass sie die folgenden Ursachen für Heterogenität im Blick hatten und entsprechende Subgruppenanalysen durchführen wollten, wenn ausreichend Daten vorgelegen hätten:

- Verschiedene Applikationsformen (Tabletten, Kapseln, Pulver zum Auflösen, Sirup, Lutschtabletten, intranasale Applikationsformen),
- Unterschiedliche Zink-Salze (Zinkgluconat, Zinksulfat, Zinkacetat, Zinkorotat u.a.) oder weiterer Faktoren, die die Bioverfügbarkeit beeinflussen können
- Unterschiedliche Dosis (Zink-Dosierungen von < 75 mg/Tag versus 75 mg/Tag oder höher)
- Verschiedene Patientenkollektive: Kinder, Erwachsene, Ältere, Menschen mit Zinkmangel

Nicht alle der geplanten Subgruppenanalysen konnten allerdings durchgeführt werden:

Für die **Prävention** (primärer Endpunkt: „Entwicklung einer Erkältung“) konnten wegen unzureichender Daten gar keine Subgruppenanalysen durchgeführt werden. Für die **Behandlung** (primärer Endpunkt: „mittlere Dauer der Erkältungssymptome“) wurden zwar Lutschtabletten versus intranasal angewendete Zinkpräparate untersucht. Für den primären Endpunkt gab es jedoch keine Studie, die systemisch wirksame Zinkpräparate (z.B. Tabletten) untersuchte. Auch eine Analyse getrennt nach Studien mit Kindern versus Studien mit Erwachsenen war für den primären Endpunkt nicht durchführbar. Die Subgruppen nach Dosis wurden etwas anders eingeteilt als geplant: hohe (≥ 85 mg/Tag) versus niedrige Zinkdosierung (geplant war < 75 mg versus 75 mg oder höher). Hier fällt zudem auf, dass bei der Subgruppe mit < 85 mg die Studie von Hirt et al. 2000 das Ergebnis stark zugunsten von Zink beeinflusst. Diese Studie hat ein hohes Risiko für Reporting-Bias und in fünf anderen Domänen ein unklares Biasrisiko und ist hinsichtlich eines möglichen Nutzens von Zink ein deutlicher Ausreißer. Ohne die Studie von Hirt et

al. hätte diese Subgruppenanalyse möglicherweise auf eine bessere Wirksamkeit von höheren Zinkdosierungen hingewiesen.

Definition von „Erkältung“ ebenfalls heterogen

Zwischen den Studien variierte zudem die Definition von „Erkältung“ (in einigen Studien auch „Infektion der oberen Atemwege“ statt „Erkältung“ benannt). Während einige Studien über ein festgelegtes Zeitfenster die Teilnehmenden befragten, ob sie am Ende noch eine Erkältung hatten, maßen andere die Zeit zwischen dem Beginn der Symptome und deren (vollständigem) Verschwinden (wobei „Verschwinden“ ebenfalls uneinheitlich definiert war).

WELCHE GRÜNDE GIBT ES FÜR DIE SCHIEFLAGE IN DER INTERPRETATION DES REVIEWS FÜR DIE PRAXIS?

Cochrane-Reviews geben neben der Stärke des Effektes einer Intervention auch die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse nach dem vierstufigen GRADE-Bewertungssystem an. Im vorliegenden Fall wird die Vertrauenswürdigkeit in das Ergebnis, dass Zink die Dauer der Erkältung verkürzt, als niedrig eingestuft. Insgesamt ist die Beweislage für Zink bei einer ausgebrochenen Erkältung also alles andere als eindeutig. In Industrie-finanzierten Artikeln wird die niedrige Ergebnissicherheit hingegen teils nicht erwähnt [17]. Auch andere Ergebnisse des Cochrane-Reviews - zu unerwünschten Wirkungen oder zu fehlender präventiver Wirkung - finden keine Berücksichtigung [17].

In der Zusammenfassung in einfacher Sprache und im Abstract des Cochrane-Reviews wird nicht explizit auf die Auswirkungen unterschiedlicher Applikationsformen oder Dosierungen eingegangen. Erst durch einen genaueren Blick auf die Studien, welche den zahlreichen Analysen zugrunde liegen, und die Subgruppenanalysen werden mögliche Heterogenitätsfaktoren deutlich. Die Variabilität der Interventionen war hoch, so dass die beste Applikationsform und Dosierung

unklar bleiben. Einige dieser Unklarheiten können auch im Volltext des Cochrane-Reviews nicht vollständig ausgeräumt werden.

Zur Schieflage in der öffentlichen Wahrnehmung könnte auch beigetragen haben, dass die Diskussion der Cochrane-Autor:innen sich sehr stark auf die Beschreibung formaler Kriterien fokussiert. Die Auswirkung der Heterogenitätsaspekte auf Fragen, die sich in der Praxis stellen, werden hingegen nicht ausreichend adressiert.

FAZIT

Die Ergebnisse eines Cochrane-Reviews zu einer möglichen Verkürzung der Erkältungsdauer durch Zinkpräparate sorgen für viel Diskussionsstoff in der Wissenschaft und Öffentlichkeit. Die Ergebnisse beruhen auf einer Metaanalyse aus Studien mit unterschiedlichen Darreichungsformen, Alterskollektiven und Dosierungen. Für größere Klarheit wäre eine differenziertere

Betrachtung mit weitergehenden Subgruppenanalysen wichtig; dies ist aufgrund der aktuellen Studienlage aber nur bedingt möglich. Wünschenswert wäre auch eine dezidierte Diskussion der Auswirkungen möglicher Heterogenitätsfaktoren auf das Ergebnis oder möglicherweise der Verzicht auf das Berichten eines gepoolten Effektschätzers.

Beim Lesen und Referenzieren von Cochrane-Reviews sollte neben der Effektstärke auch immer die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz mitbetrachtet und mit angegeben werden. Mögliche positive Effekte sollten vor einer Therapieentscheidung stets im Verhältnis zu potenziellen unerwünschten Wirkungen sowie dem damit verbundenen Aufwand und den Kosten betrachtet und abgewogen werden. Eine entsprechende Einordnung der Relevanz der Ergebnisse für die Praxis sollte im Kontext von entsprechenden Leitlinienempfehlungen erfolgen. ■

→ Referenzen nächste Seite



**DR. MED.
ALEXANDER BENKENDORFF**
wissenschaftlicher Mitarbeiter
des Instituts für Evidenz in der
Medizin des Universitätsklinikums
Freiburg



**PROF. DR. MED.
JÖRG MEERPOEHL**
Direktor Cochrane Deutschland
und Direktor des Instituts für
Evidenz in der Medizin des
Universitätsklinikums Freiburg



**DR. RER. NAT.
BIRGIT SCHINDLER**
wissenschaftliche Mitarbeiterin
der Cochrane Deutschland Stiftung



REFERENZEN ZUR EBM-KOLUMNE "ZINK BEI ERKÄLTUNGEN"

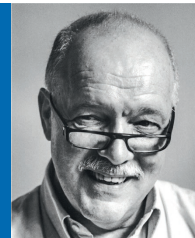
1. Sexton DJ, McClain MT. UpToDate: The common cold in adults: Diagnosis and clinical features [online]. 2025 [Zugriff: 13.05.2025].
URL: https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-adults-diagnosis-and-clinical-features?search=common%20cold&topicRef=6868&source=see_link
2. Robert Koch Institut. Surveillance akuter Atemwegserkrankungen [online]. 2025 [Zugriff: 13.05.2025].
URL: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/ARE-Surveillance/ARE_gesamt.html#entry_16869644
3. Frank D, Mühlbauer R. Erkältung: Was hilft am besten? Apotheken Umschau 2024.
4. Aerni S. Nahrungsergänzungsmittel: Hilft Zink wirklich gegen Erkältungen? Süddeutsche Zeitung 2023.
5. Niedersächsisches Landesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit. Nahrungsergänzungsmittel mit Vitamin C und Zink – was können sie wirklich? [online]. [Zugriff: 13.05.2025]. URL: <https://www.laves.niedersachsen.de/startseite/lebensmittel/lebensmittelgruppen/nahrungserganzungsmittel/nahrungserganzungsmittel-mit-vitamin-c-und-zink-was-konnen-sie-wirklich-73925.html>
6. Maares M, Haase H. Zinc and immunity: An essential interrelation. Archives of Biochemistry and Biophysics 2016; 611: 58-65.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.abb.2016.03.022>
7. Wessels I, Maywald M, Rink L. Zinc as a Gatekeeper of Immune Function. Nutrients 2017; 9(12): 1286.
8. Hulisz D. Efficacy of Zinc Against Common Cold Viruses: An Overview. Journal of the American Pharmacists Association 2004; 44(5): 594-603.
<https://doi.org/10.1331/1544-3191.44.5.594.Hulisz>
9. Eby GA. Zinc lozenges as cure for the common cold – A review and hypothesis. Medical Hypotheses 2010; 74(3): 482-492.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mehy.2009.10.017>
10. Nault D, Machingo TA, Shipper AG et al. Zinc for prevention and treatment of the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024; (5).
<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD014914.pub2>
11. Zink gegen Erkältungen? Arzneitelegamm 2025; a-t 2025; 56: 7.
12. Hemilä H, Chalker E. Shortcomings in the Cochrane review on zinc for the common cold (2024). Frontiers in Medicine 2024; Volume 11 - 2024.
<https://dx.doi.org/10.3389/fmed.2024.1470004>
13. Singh M, Das RR. Zinc for the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; (2).
<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001364.pub3>
14. Singh M, Das RR. Zinc for the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013; (6).
<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001364.pub4>
15. Singh M, Das RR. Zinc for the common cold. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015; (4).
<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001364.pub5>
16. Hemilä H. Concerns with validity of the Cochrane review on zinc for the common cold [online]. 2024 [Zugriff: 13.05.2025].
URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014914.pub2/detailed-comment/en?messageld=442953585>
17. Wörwag Pharma GmbH & Co. KG. Tipps für die Beratung: Mit Zink das Immunsystem aktivieren. Deutsche Apotheker Zeitung 2025.
18. Rote Liste Service GmbH Fachinfo-Service. Fachinformation Wörwag Pharma GmbH & Co. KG Zinkorot 25 mg Tabletten [online]. [Zugriff: 13.05.2025].
URL: <https://www.fachinfo.de/fi/pdf/007544>
19. Gemeinsame Expertenkommission zur Einstufung von Stoffen.
Stellungnahme zur Einstufung von zinkhaltigen Produkten (Nr. 01/2023) [online]. 2023 [Zugriff: 13.05.2025].
URL: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/ZulRelThemen/abgrenzung/Expertenkommission/stellungnahmen/2023-01.html>
20. European Commission. Food and Feed Information Portal Database Version 5.3. Health Claims. EU register [online]. [Zugriff: 13.05.2025].
URL: <https://ec.europa.eu/food/food-feed-portal/screen/health-claims/eu-register>

8.11.2025
UKE Hamburg

tda@uke.de

„Patientensteuerung – sinnvoll für das Praxisteam, oder kann das weg?“

Logo of the Deutsche Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (DGA), featuring stylized figures and the text "DEGAM".



Antikontakt-Gebühr

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

Fünfzig Jahre und ein Jahr ist es her, dass Heiner Geißler, damals Sozialminister des Landes Rheinland-Pfalz, wider besseres Wissen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen erfand. Damals sagte er voraus, dass „im Jahr 2000 ein Beitragssatz von rund 70 vH zur Deckung der Ausgaben erforderlich sein“ werde. Dieses Horrorszenario ist nicht eingetreten, aber die ständig steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind seitdem dennoch ein Dauerthema.

Da sind die aktuellen Schlagzeilen vergleichsweise noch moderat: Der CDU-Politiker Steffen Kampeter, Geschäftsführer der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, will mit einer bei jedem Arztbesuch fälligen Gebühr „unnütze Arztbesuche“ beenden. Der Euphemist nennt das eine Kontaktgebühr! Das ist doch eher eine Kontaktverhinderungsgebühr.

Und was unnütz ist, entscheidet Herr Kampeter? Dadurch soll es nur noch Arztbesuche geben, die Kran-

festgestellt, dass die Folgekosten durch weniger Arztbesuche, durch verzögerte Notfallbehandlungen und durch verschleppte Krankheiten höher sind als alle Einsparungen und Einnahmen durch Zuzahlungen zusammen. Durch das Gestrüpp aller Zuzahlungen werden ausschließlich einkommensschwache Patienten vom Arztbesuch abgehalten und chronisch Kranke über Gebühr belastet, ganz zu schweigen von dem enormen bürokratischen Aufwand, der in Arztpraxen fällig würde.

Zuzahlungen sind eine reine Strafgeld, sie sind ökonomisch eine Milchmädchenrechnung und medizinethisch eine Schande. Vielleicht erfüllen sie aber doch ihren – allerdings heimlichen – Zweck, nämlich als ein Teil eines erwünschten sozialpolitischen Umschwungs, der die Krankheitskosten mehr und mehr von der Solidargemeinschaft auf den einzelnen Kranken abwälzt. Und deswegen gibt es nur zwei Möglichkeiten: Entweder macht man die Zuzahlungen so hoch, dass kaum noch jemand zum Arzt geht, oder alle Gebühren und Zuzahlungen werden endlich abgeschafft, ganz und gar!

Es gäbe einfachere Lösungen als erste Schritte, ohne die Grundlagen des solidarischen Sozialsystems anzutasten. Als erstes fallen mir da die sogenannten „versicherungsfremden Leistungen“ ein, mit

Studien über Zuzahlungen zeigen: Die Folgekosten durch weniger Arztbesuche und verschleppte Krankheiten sind höher als alle Einsparungen zusammen..

So hat vor wenigen Jahren ein Freiburger Lobbyist der „Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft“ (INSM) namens Professor Bernd Raffelhüschen nicht für zehn Euro, auch nicht für hundert Euro Zuzahlung bei jedem Arztbesuch plädiert, sondern er sorgte mit der zuvor noch nie dagewesenen Forderung nach einer Eigenbeteiligung von 2000 Euro im Jahr für Aufsehen. Die „Neue Soziale“ Marktwirtschaft ist wohl als eine ziemlich Unsoziale gedacht.

ken helfen, um gesund zu werden. Und die Patientenströme sollen gesteuert, sprich eingedämmt und reduziert werden. Das soll endlich zu stabilen Krankenkassenbeiträgen führen. Eigentlich ist es eine Zumutung, dass man sich solchen Unfug regelmäßig immer wieder anhören muss.

Schon 2009 hatte die London School of Economics 173 Studien aus fünfzehn Nationen über Zuzahlungen im Gesundheitswesen ausgewertet. Es wurde definitiv

denen Politiker verschiedenster Couleur seit langer Zeit immer wieder Kosten den Krankenkassen zugeschoben haben, die mit ihrem eigentlichen Auftrag überhaupt nichts zu tun haben.

Das Bundesministerium für Gesundheit definiert sie folgendermaßen: „Als versicherungsfremde Leistungen bezeichnet man Leistungen, die familienpolitisch motiviert oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind“: Da sind zum Beispiel das Krankengeld, die beitragsfreie Mitversicherung des Ehepartners und der Kinder, die Krankenversicherung von Bürger-

geldempfängern, die medizinische Versorgung während Schwangerschaft und Geburt oder Leistungen zur künstlichen Befruchtung und zur Empfängnisverhütung.

Das alles sind enorm wichtige und unverzichtbare Sozialleistungen, aber sie haben mit dem Auftrag der Krankenversicherungen nichts zu tun. Sie müssten staatlich finanziert werden. Damit würde der Krankenkassenetat mit über 60 Milliarden Euro entlastet! Und eine angemessene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze könnte den Krankenkassen weitere Milliarden bringen.

Und wenn ich mir am Schluss noch eine letzte Bemerkung erlauben darf (*ceterum censeo*!): Wieviel Geld könnte man außerdem einsparen, wenn es nur eine einzige Krankenkasse gäbe. Schließlich sind die Krankenkassen ja keine kapitalistischen Betriebe, nicht auf Gewinn angelegt. Man kann bei dem gesetzlich festgelegten Auftrag gar nichts durch Konkurrenz erreichen. ■

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 Ärztezeitung – 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)

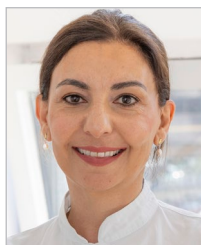
Kostenlos für KV-Mitglieder

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





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Nuray Can**
Mitglied im beratenden Fachausschuss hausärztliche Versorgung

Name: **Nuray Can**

Geburtsdatum: **29.06.1978**

Familienstand: **verheiratet, drei Söhne**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **Mitglied im erweiterten Vorstand des Hausärztinnen- und Hausärzterverbandes, Berufsbildungsausschuss (ÄK), 1. Vorsitzende der Jenfelder Interessengemeinschaft für Gewerbetreibende**

Hobbys: **Gärtnern, Klavier spielen, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Definitiv. Ich habe meine Praxis komplett neu gegründet und selbst gestaltet. Dabei konnte ich meine Stärken wie Organisation, Struktur und Belastbarkeit voll einbringen. Ich liebe meine Arbeit als Hausärztin.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Zusammenhalt und Diversität sind mir sehr wichtig. Ich habe schon immer Ideen eingebracht und Mißstände angesprochen, viele Anregungen wurden umgesetzt. Jetzt kann ich meine Haltung in der Gemeinschaft einbringen. Veränderungen sind sinnvoll, wenn sie das Miteinander erleichtern und Abläufe beschleunigen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Als Ärztin, die eine Praxis komplett neu gegründet hat, weiß ich, wie viele Hürden es gibt. Ich möchte mich dafür einsetzen, dass Gründung und Niederlassung erleichtert und attraktiver werden.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Patientensteuerung ist eine tägliche Herausforderung. Dank meines Netzwerks zu Spezialisten gelingt es mir jedoch, Patienten zeitnah zu versorgen. Das wird von meinen Patienten sehr geschätzt.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Mein Traum war schon immer der Aufbau eines Gesundheitszentrums. Mit Beratungsangeboten wie Sozialberatung und türkischsprachiger Krebs- und Patientenberatung wächst dieser Traum in meiner Praxis bereits. Und privat gilt für mich: Work hard and enjoy your life: aktuell auch mit einem kleinen Traum vom Pool im Garten.



Eigene Praxis oder angestellt?

Niederlassung bleibt auch weiterhin ein attraktives Modell für Ärzt:innen

Über 80 Prozent der Niedergelassenen würde sich erneut für die eigene Praxis entscheiden. Das ergab eine repräsentative Online-Befragung der Stiftung Gesundheit.

Als Hauptgrund nannten 96,5 Prozent die berufliche Selbstbestimmung – zum Beispiel die freie Wahl von Diagnostik, Therapien und medizinischen Schwerpunkten oder die Möglichkeit, sich intensiver mit seinen Patient:innen auseinanderzusetzen.

„Die Niederlassung ist und bleibt für Ärztinnen und Ärzte der Goldstandard“, kommentierte Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes, die Umfrage-Ergebnisse.

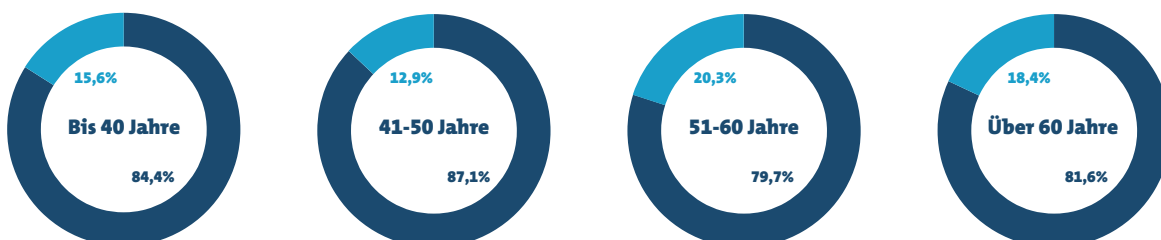
Fast ein Fünftel der niedergelassenen Ärzt:innen würde eine angestellte Tätigkeit wählen, wenn die Entscheidung heute nochmals anstünde. Diese Ärzt:innen nannten als Hauptargument, dass ihnen diese Beschäftigungsform die Möglichkeit gebe, sich auf die

tatsächliche ärztliche Tätigkeit zu konzentrieren. Neun von zehn Ärzt:innen sehen außerdem ein geringeres Maß an Bürokratie, da sie sich als Angestellte nicht selbst um Abrechnung, Steuerfragen oder andere verwaltungstechnische Themen kümmern müssten.

Am attraktivsten ist die angestellte Tätigkeit für die Altersgruppe 51 bis 60 Jahre. Am wenigsten Interesse an einer Anstellung zeigt die Altersgruppe 41 bis 50 Jahre. ■

NIEDERGELASSEN ODER ANGESTELLT - WOFÜR WÜRDEN SIE SICH HEUTE ENTSCHEIDEN?

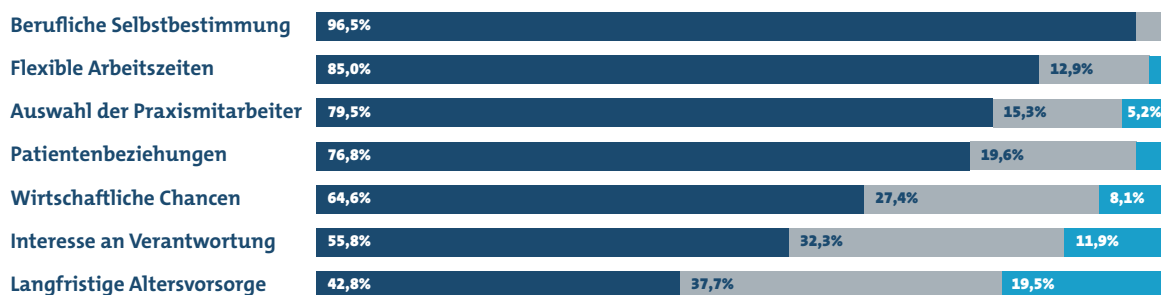
■ Eigene Niederlassung ■ Angestellte Tätigkeit



Antworten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (n=754)

WAS SPRICHT FÜR EINE EIGENE NIEDERLASSUNG?

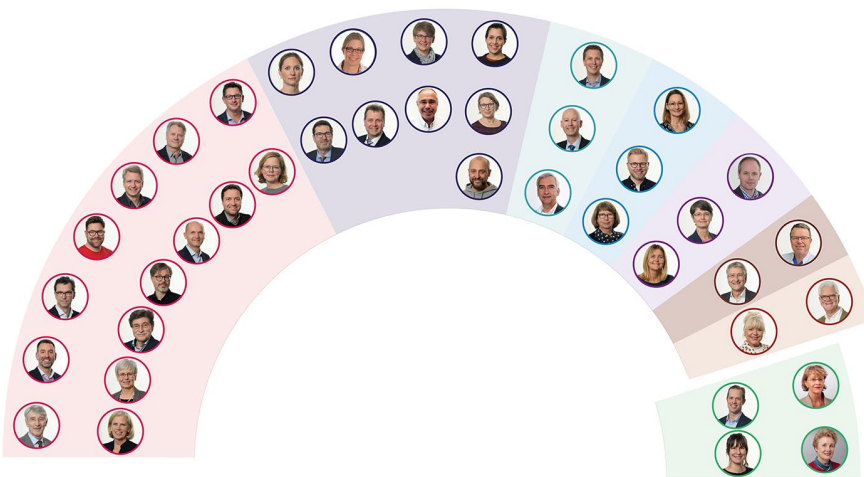
■ Wichtig ■ Neutral ■ Unwichtig



Antworten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die sich auch heute wieder für eine eigene Niederlassung entscheiden würden (n=619 bis 621 für die einzelnen Antwortoptionen) Quelle: Stiftung Gesundheit, Ad-hoc-Befragung „Im Fokus“ 2. Quartal 2025

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG
Mi. 15. Oktober 2025 (19 Uhr)

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


QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE
Datenschutz Basisseminar (Präsenz)
Di. 7.10.2025 (9.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr 149€

12 FORTBILDUNGSPUNKTE#
Praxisorganisation an der Anmeldung (online)
Di. 18.11.2025 (15 - 18:30 Uhr)

Teilnahmegebühr 119 €

6 FORTBILDUNGSPUNKTE
Arbeitsrecht (online)
Do. 11.12.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

8 FORTBILDUNGSPUNKTE
**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**
ABGABE DER ABRECHNUNG
JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS
KREISVERSAMMLUNG
KREIS 2

(Winterhude)

Kreisobfrau: Dr. Rita R. Trettin
Mi. 8.10.2025 (18 - 21 Uhr)
**Ort: Ärztehaus, Saal 5 + 6
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**
ENTFÄLLT
Neuer Termin
wird bekannt
gegeben

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

 Oder
über den
QR-Code

DIE NEUE SPRECHSTUNDEN-BEDARFSVEREINBARUNG

Workshops für Praxisteams

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

Mi. 8.10.2025 (15 - 17 Uhr) Online

Mi. 5.11.2025 (15 - 17 Uhr) Online

Mi. 17.12.2025 (15 - 17 Uhr) Präsenz

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

JEWELS 3 FORTBILDUNGSPUNKTE

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



Oder
über den
QR-Code

BERGEDORFER SPORTMEDIZIN- SYMPOSION 2025

**Der Kampf des Sports gegen
die Couch
Sa. 15.11.2025 (9.30 - 18.30 Uhr)**

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

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

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

Anmeldung:
Beratung.Kretschmann@icloud.com

WINTERHÜDER QUALITÄTSZIRKEL

Alkoholabhängigkeit und Epilepsie
Zusammenhänge – therapeutisches
Vorgehen – differentialdiagnostische
Besonderheiten
Mi. 19.11.2025 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Ansprechpartnerin:
Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

FORTBILDUNGS-AKADE- MIE DER ÄRZTEKAMMER

**Fortbildungen für Ärztinnen und
Ärzte**

Aktuelle Infos:

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

Ansprechpartnerin:

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

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



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

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

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



Kurze Info gefällig?

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

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

 **040 22 802 802**

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