

KVH journal



ePAPER
Lesen Sie das
**KVH-JOURNAL
DIGITAL!**
Anmeldung
[www.kvhh.net/
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

UMWÄLZUNG IN GROSS-SAND

*Welche medizinischen Strukturen
braucht Wilhelmsburg?*



PSYCHOTHERAPIE
Geänderte Honorarverteilung

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
Hypothesen in klinischen Studien

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 9/2025 (September 2025)



www.blauer-engel.de/uz195

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.



PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

In wenigen Wochen ist es tatsächlich so weit: Die Hausärztinnen und Hausärzte werden endlich vollständig für ihre Arbeit bezahlt. Ein Wendepunkt, auf den die Ärzteschaft lange warten musste. Die Bedeutsamkeit der Entbudgetierung kann meines Erachtens gar nicht genug gewürdigt werden, verschafft sie den hausärztlichen Praxen in Hamburg doch wieder Luft zum Atmen. Und bekanntermaßen trägt ein gutes Klima zur Gesundheit bei.

Schauen wir nur wenige Monate zurück: Die Ampel war gerade Geschichte und das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz noch nicht beschlossen, hatten viele von Ihnen nicht mehr daran geglaubt, die Entbudgetierung noch zu erleben. Die Zweifel waren groß. Zeitweise kämpften Sie, liebe Hausärztinnen und Hausärzte, mit Auszahlungsquoten von lediglich 68 Prozent!

Fast 40 Prozent aller in Hamburg tätigen Hausärzt:innen sind über 60 Jahre alt oder älter – einige von Ihnen dachten angesichts der dramatischen Lage ans frühzeitige Ausscheiden.

Ich bin froh, dass Sie nicht aufgegeben haben. Und dass wir einen Teil aus den Mitteln des Strukturfonds auffangen konnten.

Auch wenn aktuell noch die Versorgungs- und die Vorhaltepauschalen verhandelt werden: Der 1. Oktober 2025 markiert ein besonderes Ereignis und setzt ein kraftvolles Signal für die Zukunft der ambulanten Versorgung.

Ich hoffe, die Bundespolitik erkennt, dass auch die fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen vollständig bezahlt werden müssen.

Es liegen herausfordernde Zeiten vor uns, denen wir nur gemeinsam als starkes System begegnen können.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Wilhelmsburg: Welche Art von Versorgung braucht der Stadtteil nach Schließung des Krankenhauses Groß-Sand?
- 10_ STATAMED: Wie eine Weiterentwicklung zur Stadtteilklinik gelingen könnte

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_ Fragen und Antworten
- 16_ Ersatzbescheinigung als Versicherungsnachweis: rechtliche Grundlage und Verfahren
- 17_ Kindeswohlgefährdung: Verdachtsmeldung und Fallbesprechung können abgerechnet werden
Vermittlungscodes: Ab Januar nur noch digital
- 18_ Kampagne: Diabetes bei Kindern früh erkennen
- 19_ Schulung: Ausbildung zur Qualitätszirkelmoderator:in

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

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

ARZNEIMITTEL

19_ Verdachtsfälle Arzneimittelmissbrauch

VERGÜTUNGSSYSTEM

20_ Psychotherapie: geänderte Honorarverteilung

DIGITALISIERUNG

22_ Was Psychotherapeut:innen zur ePA wissen sollten

23_ ePA: Online-Fortbildungsveranstaltungen mit PVS-Herstellern im September

SELBSTVERWALTUNG

36_ Steckbrief: Dr. Katja Anamelechi

ÄRZTEHAUS

37_ Erneuerbare Energie: Photovoltaik-Anlage auf dem Dach des KV-Gebäudes

NETZWERK**EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

24_ Überlegenheit, Nicht-Unterlegenheit und Äquivalenz: eine Einführung in die verschiedenen Arten von Hypothesen klinischer Studien

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

FORUM

34_ Leserbrief zur Kolumne "Mind the science"

KOLUMNE

34_ "Darf man seine Praxis an einen Investor verkaufen?"
von Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENDER

34_ Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7: Wikimedia Commons TUBS; Seite 8: Commons Wikimedia Minderbinder; Seite 9: Michaela Kuhn www.Licht-Form-Arte.de; Seite 11: Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand; Seite 18: Jürgen Gerhardt & Martin Holder; Seite 21: Michael Zapf, Lisa-Marie Weishaupt; Seite 32: Jonathan Michaeli; Seite 37: Melanie Vollmert; Seite 38: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 40: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON DR. PETER WITZEL

VERSORGUNG IM UMBRUCH

Das **KRANKENHAUS GROSS-SAND** in Wilhelmsburg schließt – doch die geplante Stadtteilklinik ist möglicherweise noch Jahre entfernt. Welche medizinischen Strukturen braucht der Stadtteil?



Jahrelang hat das Erzbistum Hamburg vergeblich versucht, einen Käufer für das in finanzielle Schieflage geratene Krankenhaus Groß-Sand in Wilhelmsburg zu finden.

Das Ende kam dennoch überraschend: Am 27. Mai 2025 wurde bekannt, dass die Chirurgie und die Notaufnahme des Krankenhauses zum 15. Juli 2025 schließen. Weitere stationäre Bereiche (Geriatric, Frührehabilitation) sollen im kommenden Jahr ans Marienkrankenhaus verlegt werden, das ebenfalls vom Bistum getragen wird.

Wir niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Wilhelmsburg haben mit den Kollegen am Krankenhaus Groß-Sand gut und vertrauensvoll zusammengearbeitet. Es hätte sich gehört, dass uns das Bistum oder die Krankenhausleitung über die Schließung informiert. Doch es gab keine Ankündigung oder Vorwarnung. Wir erfuhren davon aus der Presse.

Die Stadt will das Grundstück und die Immobilie kaufen, um am Standort eine Stadtteilklinik einzurichten. Offenbar erwägt das Erzbistum, sich als Träger dieses neuen Versorgungsmodells wieder

ins Spiel zu bringen. Das finde ich schon erstaunlich, denn das Erzbistum hätte jede Möglichkeit gehabt, selbst einen nahtlosen Übergang zu organisieren.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Abbau des Krankenhauses jetzt so eilig vorangetrieben wird. Den Verantwortlichen muss klar gewesen sein, dass ein unkoordinierter Rückzug ein großes Loch in die medizinische Versorgung Wilhelmsburg reißen würde. Doch offenbar fehlte der Wille, den Betrieb eines vielleicht verkleinerten oder umstrukturierten Krankenhauses mit

Unterstützung der Sozialbehörde so lange aufrechtzuerhalten, bis klar ist, wie es weitergeht.

WAS BRAUCHEN WIR IN WILHELMSBURG?

Das von der Stadt präferierte Konzept einer Stadtteilklinik könnte meines Erachtens durchaus funktionieren. Eine Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Stadt, die KV und der Träger mit den Niedergelassenen in den Diskurs gehen und klären: Welche Art von Versorgung brauchen wir hier in Wilhelmsburg?

In den vergangenen Jahren hat das Krankenhaus Groß-Sand fachärztliche Sitze aufgekauft und an sein MVZ verlegt. Ein chirurgischer Sitz, der auch die berufsgenossen-

schaftliche Zulassung für Arbeitsunfälle hatte, wurde weiterverkauft und in einen anderen Stadtteil verlegt. Die Versorgung von Arbeitsunfällen ging ans Krankenhaus – in die chirurgische Abteilung.

Wer stellt sicher, dass es nach Schließung dieser Abteilung in Wilhelmsburg künftig eine berufsgenossenschaftliche Versorgung für Unfälle gibt? Wer stellt die chirurgische Versorgung sicher? Schon heute übernehmen die Hausärzte in Wil-

helmsburg viele chirurgische Tätigkeiten, weil es schwierig ist, jemanden zu finden, der Wunden versorgt und Verbände wechselt. Die Praxen arbeiten am Limit. Den chirurgischen Versorgungsbedarf, der bisher im Krankenhaus abgearbeitet wurde, werden die Praxen der Umgebung sicher nicht auffangen können.

Ungeklärt ist auch, wer die interistische Versorgung übernehmen soll, die bisher am Krankenhaus durchgeführt wurde – besonders im



Standort des Krankenhauses Groß Sand in Wilhelmsburg: "Den Verantwortlichen muss klar gewesen sein, dass ein unkoordinierter Rückzug ein großes Loch in die medizinische Versorgung des Stadtteils reißen würde."

Bereich der Gastroenterologie. Die niedergelassenen fachärztlichen Internisten sind immer weniger geworden, so haben wir nur noch eine nephrologische Filiale hier.

Und welchen Ersatz gibt es für die Notaufnahme? Einer Stellungnahme des Senats zufolge wurden im Jahr 2024 fast 13.000 Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme von Groß-Sand behandelt. Etwa 2.300 davon wurden im Anschluss stationär aufgenommen (Schriftliche kleine Anfrage, Drucksache 23/491 vom 3.6.2025). Was geschieht künftig mit solchen Patienten?

Zumindest eine Akutversorgung außerhalb der Praxis-Öffnungszeiten, die Unfälle und akute internistische Beschwerden abdeckt, sollte auf jeden Fall gewährleistet sein. Damit könnten die ambulanten Akutfälle weiterversorgt werden. Die stationären Fälle müssten dann in andere Stadtteile verlegt werden.

**DAS MVZ
ALS ANKERPUNKT**

Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer sieht das zum Krankenhaus Groß-Sand gehörende MVZ als „Ankerpunkt“ für die künftige Versorgung. Dort gibt es meines Wissens

drei Orthopäden und drei Hausärzte. Der Standort ist auch Teil des STATA-MED-Konzepts, das eine allgemeinmedizinische ambulante Versorgung mit einer allgemeinmedizinischen Kurzliege-Station kombiniert. Das ist ein gutes Konzept – doch allzu weit kommt man damit nicht.

Eine Stadtteilklinik, die einem Krankenhaus mit 200 Betten und 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachfolgt, muss eine robuste, leistungsfähige und breit aufgestellte ambulante Versorgung anbieten. Aufgabe der KV wäre es, diesen Bedarf auszuweisen, Niederlassungsmöglichkeiten zu schaffen und kon-



Außenansicht des Krankenhauses Groß-Sand: "Wer stellt künftig die chirurgische Versorgung sicher?"

krete Anreize zu bieten, um Praxen an den Standort zu locken.

Wie viele Betten braucht eine Stadtteilklinik? Die Beleg-Station der Stadtteilklinik Mümmelmannsberg (ein Standort, der ebenfalls gerade im Umbruch ist) verfügt über 15 Betten, hat aber einen kleineren Einzugsbereich. Auch in Wilhelmsburg wird die sektorenübergreifende Versorgung nur funktionieren, wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ihre Akutfälle einweisen, OP-Säle im Gebäude nutzen und die Betten belegen.

Ich höre von Seiten der Politik, dass ein großes Interesse daran besteht, die medizinische Versorgung in Wilhelmsburg zu sichern und dafür auch Geld in die Hand zu nehmen. Doch das Bistum hat versäumt, rechtzeitig den Übergang zu organisieren oder zu ermöglichen.

Es gab eine funktionierende Chirurgie am Krankenhaus. Es gab eine funktionierende Gastroenterologie. Es gab eine funktionierende Notaufnahme. Nun werden diese Strukturen abgebaut, und es kann einige Jahre dauern, bis eine Stadtteilklinik ihren Betrieb aufnimmt.

Die Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegekräfte leben unterdessen nicht von Arbeitslosengeld. Sie werden sich umorientieren. Man wird das Personal neu anwerben, neu einarbeiten müssen. Man wird die Versorgung aus dem Nichts wieder neu aufbauen müssen.

LETZTVERANTWORTUNG LIEGT BEI DER STADT

Immer wieder wird darüber diskutiert, ob die Stadt das Krankenhaus Groß-Sand selbst hätte übernehmen können. Rechtlich

wäre das möglich gewesen. Und ich bin schon der Ansicht, dass die Stadt in der Verpflichtung ist, für einen gleichwertigen Zugang all ihrer Bürgerinnen und Bürger zu medizinischer Versorgung zu sorgen.

Privatunternehmen und Investoren sind nicht gemeinwohlgelunden. Sie haben eine eigene Agenda, wollen Geld verdienen. Das funktioniert nicht immer im erwarteten Ausmaß – vor allem nicht in den ärmeren Stadtteilen. Die Besitzer der Versorgungseinrichtungen wechseln. Und wenn unrentable Bereiche geschlossen werden oder die Besitzer das Interesse am Standort verlieren, ist es die Stadt, die einspringen und sich um Sanierungskonzepte bemühen muss. Da wäre eine städtische Trägerschaft für grundlegende Gesundheitseinrichtungen in einigen Stadtteilen sicherlich die verlässlichste Lösung.

Das Erzbistum würde wohl ebenfalls für sich in Anspruch nehmen, gemeinwohlorientiert zu agieren. Und dem Vernehmen nach war es bisher ein guter Arbeitgeber. Doch es hat den Standort nicht weiterentwickelt, obwohl die Stadt dazu bereit war, einen zweistelligen Millionenbetrag für eine Modernisierung beizusteuern. Und auch das Bistum weiß natürlich: Letztverantwortlich für die Gesundheitsversorgung der Wilhelmsburger ist nicht die Kirche, sondern die Stadt.

Laut Morbiditätsatlas hat Wilhelmsburg eine überdurchschnittlich kranke Patientenpopulation. Die Lebenssituation vieler Einwohner ist gesundheitlich belastend.

Oftmals gibt es Sprachbarrieren, was die Behandlung aufwändiger macht – und eine Orientierung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem erschwert.

Derzeit hat Wilhelmsburg etwa 60.000 Einwohner. Doch es ist ein aufstrebender, wachsender Stadtteil. Durch die Entstehung von Neubaugebieten könnten in den nächsten Jahren etwa 20.000 Einwohner hinzukommen. Außerdem arbeiten etwa 40.000 Menschen im Einzugsbereich der Klinik. „120.000 Menschen: So viele Einwohner haben beispielsweise Bremerhaven (zwei Krankenhäuser), Bottrop (zwei) oder Göttingen (sechs)“, schreibt das Hamburger Abendblatt am 25. Juni 2025.

Der Aufbau medizinischer Versorgung ist immer etwas im Verzug, wenn die Bevölkerung eines Stadtteils zunimmt. Umso wichtiger ist, dass die Stadtteilklinik in Wilhelmsburg jetzt möglichst rasch ihren Betrieb aufnimmt – und die Stadt bei der Kalkulation des Behandlungsbedarfs auch die wachsenden Patientenzahlen berücksichtigt. ■



DR. MED. PETER WITZEL

Diabetologe in Wilhelmsburg und Vorsitzender des Vereins Wilhelmsburger Ärzteschaft

INTERVIEW

„Bevölkerung nicht im Stich lassen“

Welche Zukunft hat der Standort Groß-Sand vor dem Hintergrund der Krankenhausreform? **DR. MICHAEL GROENING** erklärt, warum grundlegende Strukturen für eine Stadtteilklinik bereits vorhanden sind – und wie der Übergang gelingen könnte.

Sie leiten die Innere Medizin des Wilhelmsburger Krankenhauses Groß-Sand und sind ärztlicher Leiter des dortigen MVZ. Wird es beides in einem Jahr noch geben?

GROENING: Die geriatrische Versorgung und die neurologische Frührehabilitation des Krankenhauses Groß-Sand sollen mittelfristig an das Katholische Marienkrankenhaus überführt werden. Das MVZ soll jedoch am Standort erhalten bleiben. Zudem ist vorgesehen, die verbleibenden Betten der bisherigen Inneren Abteilung in eine Stadtteilklinik zu überführen, die von der Stadt Hamburg ausgeschrieben wird. Damit bleibt ein wohnortnahes Versorgungsangebot für Wilhelmsburg bestehen.

Ein vollständiger Abbau der stationären Versorgung ist also nicht vorgesehen?

GROENING: Nein. Das Zielbild ist die Transformation in eine Stadtteilklinik. Im Rahmen der Krankenhausreform sind sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorgesehen – früher auch als „Level-1i-Häuser“ bezeichnet. Diese neuen Versorgungsformen beinhalten ausdrücklich auch stati-

onäre Bettenkapazitäten, allerdings in einem anderen Zuschnitt als klassische Krankenhäuser. Für eine solche Stadtteilklinik ist der Standort Groß-Sand gut geeignet, denn wir beteiligen uns beispielsweise schon heute am Modellprojekt STATAMED (stationäre Allgemeinmedizin) – einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Innovationsfondsprojekt von der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK Niedersachsen. Hier werden Patientinnen und Patienten behandelt, die eine kurzzeitige, niedrigschwellige stationäre Versorgung benötigen – zum Beispiel ältere Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen. Das Projekt zeigt, dass es zwischen ambulanter Versorgung und hochspezialisiert-

wohnortnah und zukunftsfähig zu gestalten. Ein vollständiger Abbau stationärer Angebote ist daher nicht vorgesehen, sondern vielmehr ihre Weiterentwicklung in neuer Form.

STATAMED könnte der Ausgangspunkt für die neue Stadtteilklinik werden?

GROENING: Ja, unbedingt. STATAMED ist ein gutes Modell, das auf die konkreten Bedarfe in einem Stadtteil wie Wilhelmsburg zugeschnitten ist. Es bietet die Chance, mit einem sektorenübergreifenden Ansatz Versorgungslücken zu schließen. Ich habe das Konzept entwickelt, weil ich aus meiner langjährigen Erfahrung als Leiter einer großen Notaufnahme weiß,

Ein vollständiger Abbau stationärer Angebote ist nicht vorgesehen, sondern ihre Weiterentwicklung in neuer Form.

ter Krankenhausmedizin einen relevanten Bedarf gibt. Genau hier kann eine zukünftige Stadtteilklinik ansetzen – mit dem Ziel, stationäre Versorgung bedarfsgerecht,

dass es viele Patientinnen und Patienten gibt, die ein Krankenhausbett brauchen – aber keine hochspezialisierte Fachabteilung. Wenn diese Menschen künftig in einer Stadt-



Dr. med. Michael Groening ist Allgemeinmediziner, Internist und Notfallmediziner. Er ist leitender Arzt der Klinik für Innere Medizin am Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand, ärztlicher Leiter des MVZ Groß-Sand und ärztlicher Projektleiter des Innovationsfondprojekt STATAMED des Gemeinsamen Bundesausschuss unter Konsortialführung der AOK/Rheinland-Hamburg, welches seit letztem Jahr an sechs Klinikstandorten in Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen umgesetzt wird.

teilklinik vor Ort versorgt werden können, ist das ein Gewinn für alle: für die Patientinnen und Patienten, für die Notaufnahmen der Maximalversorger – und nicht zuletzt für den Rettungsdienst.

Wie arbeitet STATAMED mit den einweisenden Ärztinnen und Ärzten zusammen?

GROENING: Die Zusammenarbeit soll persönlich, verlässlich und unkompliziert sein – genau so, wie sie aus Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte sein sollte. Ich kenne die-

se Perspektive gut, weil ich selbst im MVZ als Hausarzt tätig bin und meine allgemeinmedizinische Weiterbildung in einer Hamburger Praxis absolviert habe. Aus dieser Erfahrung heraus war es mir besonders wichtig, mit STATAMED ein Modell zu schaffen, das eine echte Brücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung baut. Konkret heißt das: Es gibt ein direktes Einweisungsgespräch zwischen der Praxis und dem leitenden Arzt auf Station. Absprachen erfolgen gemeinsam, die medizinischen Einschätzungen und Erwartungen aus der Praxis

fließen in die stationäre Versorgung ein – und werden nicht, wie früher oft erlebt, übergangen. Die Patientin oder der Patient wird aufgenommen, betreut und nach dem Aufenthalt durch sogenannte „Flying Nurses“ eng begleitet. Mittlerweile gibt es viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die Patienten über STATAMED nach Groß-Sand einweisen – übrigens nicht nur in Wilhelmsburg und Harburg, sondern auch in Altona, Sankt Pauli und Osdorf.

Wie passt die fachärztliche Versorgung zu diesem Konzept?

GROENING: Modelle wie STATA-MED und die geplante Stadtteilklinik leben davon, dass hausärztliche und fachärztliche Kompetenzen gut ineinandergreifen. Dafür ist eine enge Zusammenarbeit mit den Praxen unabdingbar.

Welche Notfallkapazitäten braucht Wilhelmsburg?

GROENING: Patienten mit Schlaganfall oder Herzinfarkt sind schon seit vielen Jahren nicht mehr nach

Eine Notaufnahme halten Sie nicht für notwendig?

GROENING: Es ist für die Bevölkerung natürlich immer beunruhigend, wenn eine Notaufnahme wegfällt. Ich weiß von einem Standort mit einem kleinen Krankenhaus, wo das schon vor einem Jahr geschehen ist. Dort wurde die Notfall-Versorgung auf die normalen Geschäfts-Öffnungszeiten reduziert. Inzwischen hat sich die Bevölkerung damit arrangiert. In

GROENING: Die Krankenhausreform bringt bundesweit Veränderungen mit sich – insbesondere für kleinere Standorte. Ziel ist es, Strukturen neu zu ordnen, Leistungen stärker zu bündeln und dabei gleichzeitig eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. In diesem Kontext ist auch die Neuausrichtung von Groß-Sand zu sehen. Wichtig ist: Der Standort bleibt erhalten – mit einem neuen medizinischen Profil und neuen Perspektiven. Für die Region Süderelbe ist es von großer Bedeutung, dass weiterhin eine wohnortnahe stationäre Versorgung angeboten wird – nicht zuletzt zur Entlastung der umliegenden Notaufnahmen in Harburg oder am Marienkrankenhaus. Die geplante Stadtteilklinik bietet die Chance, Versorgung neu und zukunftsfähig zu denken – orientiert am tatsächlichen Bedarf der Menschen vor Ort.

Jeder zweite Patient, den wir im MVZ behandeln, fragt uns: "Bleiben Sie denn hier?" Und ich antworte immer: "Ja, davon bin ich überzeugt."

Groß-Sand gebracht worden, weil wir für solche Notfälle gar nicht über die entsprechende Fachabteilung verfügen. In der IT-gestützten Dispositionslogik der Rettungsdienste war Groß-Sand nur mit den Abteilungen Allgemeine Innere und Chirurgie vorhanden. Was der Bevölkerung hier unter den Nägeln brennt, ist ja vor allem die Akutversorgung von Unfällen: Arbeits-Unfälle aus den umliegenden Betrieben, Schulweg-Unfälle, Sport-Unfälle, Unfälle im Haushalt. Diese Fälle passieren meist tagsüber – und lassen sich gut in einer klassischen Unfallambulanz behandeln. Das könnten auch niedergelassene Chirurgen sicherstellen.

der Nacht ist der Bedarf für eine Notfall-Ambulanz ja ziemlich gering. Herzinfarkte und Schlaganfälle können natürlich auch in der Nacht passieren. Doch ein Herzinfarkt- oder Schlaganfall-Patient wird mit Blaulicht in ein dafür gerüstetes Zentrum gebracht, wo die Technik, das Personal und das Know how 24/7 vorhanden sind. Dass er nicht in der Notaufnahme eines kleinen Krankenhauses versorgt wird, sondern in einem Zentrum, ist für ihn von Vorteil. Das verbessert nachweislich die Prognose.

Wäre die Schließung des Krankenhauses Groß-Sand im Rahmen der Krankenhausreform früher oder später unvermeidlich gewesen?

Wie reagieren Ihre Patienten auf die anstehenden Umbrüche in der Versorgungsstruktur?

GROENING: Verunsichert und besorgt. Jeder zweite Patient, den wir im MVZ behandeln, fragt uns: „Bleiben Sie denn hier?“ Und ich antworte immer: „Ja, davon bin ich fest überzeugt.“ Ich hoffe, dass dieser Weg erfolgreich umgesetzt wird – mit dem Ziel, die medizinische Versorgung für die Menschen weiterhin wohnortnah und verlässlich sicherzustellen. Die Bevölkerung in Wilhelmsburg hätte es nicht verdient, im Stich gelassen zu werden. ■

Palliativpflege
Wirkstoffvereinbarung
Krankentransport
Sprechstundenbedarf

Verbandmittel
Früherkennung
Arzneimittel

Richtlinien
Off-Label-Verordnung
Trendmeldung
Wirtschaftlichkeitsgebot
Digitale Gesundheitsanwendungen

Überweisung **Arzneimittelvereinbarung** *Krankenpflege*

Verordnung und Beratung

Hilfsmittel **Arbeitsunfähigkeit** **Rezepte**

Arzneimittelverordnung
Schutzimpfung
Rehabilitation
Heilmittel *Krebsvorsorge*
Entlassmanagement
Einweisung

Medizinprodukte
Impfvereinbarung

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

Sie verordnen – wir beraten!

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

Fragen Sie uns einfach!



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**

IMPFUNGEN

Für wen wird die RSV-Impfung empfohlen – und wann sollte sie idealerweise durchgeführt werden?

Seit dem 1. Januar 2025 kann in Hamburg die RSV-Impfung für Erwachsene ab 75 Jahren (Standardimpfung) sowie für Erwachsene ab 60 Jahren mit bestimmten Vorerkrankungen oder in Pflegeeinrichtungen (Indikationsimpfung) über die KV abgerechnet werden. Für die Standardimpfung geben Sie bitte die GOP 89137 und für die Indikationsimpfung die GOP 89138 an. Die Impfstoffe werden als Impfbedarf über die Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) bezogen.

Die RSV-Impfung sollte möglichst im September/Anfang Oktober erfolgen, um bereits in der darauffolgenden RSV-Saison (Oktober-März) einen bestmöglichen Schutz zu bieten. Es handelt sich um eine 1-malige Impfung. Inwiefern zu einem späteren Zeitpunkt Auffrischungsimpfungen nötig sind, kann auf Basis der aktuellen Datenlage noch nicht beantwortet werden.

Eine Übersicht des RKI mit Fragen und Antworten zur RSV-Impfung finden Sie hier: www.rki.de/SharedDocs/FAQs/DE/Impfen/RSV/FAQ_Liste_RSV.html

TERMINSERVICESTELLE

Wie kann ich mir die Kontaktdaten eines Patienten anzeigen lassen, der von der Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurde?

Müssen Sie (z. B. aus Krankheitsgründen) einen über die TSS vermittelten Termin verschie-

ben, haben Sie die Möglichkeit, die benötigten Patientendaten einzusehen. Loggen Sie sich hierfür im 116117 Terminservice über SNK in das Onlineportal mit Ihren Zugangsdaten an. Sie können direkt auf Ihren Terminkalender zugreifen, und Ihnen werden die Termine angezeigt, die Sie der TSS zur Verfügung gestellt haben. Vermittelte Termine sind blau hinterlegt. Mit Klick auf das blaue Uhrzeitenkästchen erscheinen die Kontaktdaten des entsprechenden Patienten.

Auch der Hinweis zum jeweiligen Buchstaben-suffix (B, C oder D) für die Abrechnung des TSS-Zuschlags wird hierüber angezeigt.

PSYCHOTHERAPIE

Ich habe mit einem Patienten die Akutbehandlung beendet. In welcher Frist muss nun die Probatorik stattfinden, damit ich die Kurzzeittherapie 2 beantragen kann?

Eine explizit festgelegte Frist zwischen dem Ende der Akutbehandlung und der Durchführung der probatorischen Sitzungen beziehungsweise der Antragsstellung für die Kurzzeittherapie gibt es nicht. Es wäre jedoch ratsam, sich bei einer Pause von mehr als sechs Monaten an die jeweilige Krankenkasse zu wenden. Nach Psychotherapie-Richtlinie gilt dieser Zeitraum bei einer laufenden Therapie als „Richtwert“ dafür, wie lange sie unterbrochen werden darf, ohne dass dies gegenüber der Krankenkasse begründet werden muss. Eine Pause von mehreren Monaten wäre also möglich, um nach einer beendeten Akutbehandlung die Probatorik durchzuführen.

KASSENWECHSEL

Ein Patient hat während des laufenden Quartals seine Krankenkasse gewechselt. Können wir die Versicherten- bzw. Grundpauschale erneut abrechnen?

Ja. Wenn ein Patient im laufenden Quartal die Krankenkasse wechselt, gilt dies als neuer Behandlungsfall. Dadurch ist die Versicherten- bzw. Grundpauschale erneut berechnungsfähig, und es wird für den Patienten ein zweiter Abrechnungsschein im Praxisverwaltungssystem angelegt.

Dies gilt nicht bei einem Statuswechsel (z. B. Mitglied → Rentner).

QUARTALSABRECHNUNG

Was ist bei der Abschaltung von KV-Connect zu beachten?

Der Kommunikationsdienst KV-Connect wird am 20. Oktober 2025 abgeschaltet - somit auch die Funktion der 1ClickAbrechnung.

Danach läuft der Datenaustausch für die meisten Anwendungen ausschließlich über den mittlerweile etablierten KIM-Dienst.

Die Umstellung auf KIM erfolgt im Hintergrund durch Softwarehersteller, KVen und Datenannahmestellen, sodass sich für die meisten Arztpraxen, die KV-Connect bisher nutzten, nichts ändert.

Sollten Praxen feststellen, dass ihre Anwendungen noch über KV-Connect laufen, sollten sie sich mit ihrem Softwarehersteller in Verbindung setzen.

Praxen, die KIM noch nicht nutzen, sollten den Kommunikationsdienst rechtzeitig einsetzen oder falls nötig bestellen. Sie können sich dazu an den Hersteller ihres Praxisverwaltungssystems oder an ihren IT-Dienstleister wenden.

Das Übermitteln der Abrechnungsdatei ist weiterhin über das WebNet bzw. SafeNet möglich.

VIDEOSPRECHSTUNDE

Die Obergrenze für Videosprechstunden wurde ein weiteres Mal geändert. Welche Regeln gelten jetzt?

Ärzte und Psychotherapeuten können bis zu 50 Prozent ihrer Patienten im Quartal ausschließlich im Rahmen einer Videosprechstunde versorgen. Dabei ist es egal, ob die Patienten der Praxis bekannt oder unbekannt sind – diese Unterscheidung entfällt. Die neue Regelung gilt rückwirkend ab 1. April 2025.

Die Obergrenze für bekannte Patienten war zum 1. April von 30 auf 50 Prozent erhöht worden. Für Patienten, die in den drei Vorquartalen nicht oder noch nie in der Praxis waren (unbekannte Patienten) blieb es bei den 30 Prozent. Mit der jetzt getroffenen Vereinbarung ist diese Regelung obsolet.

Praxen können somit mehr unbekannt Patienten ausschließlich per Video versorgen, ohne dass diese mindestens einmal im Quartal die Praxis aufsuchen.

Beispiel 1: Eine Praxis hat 1.000 Behandlungsfälle (BHF), davon 800 bekannte und 200 unbekannt Patienten. Sie kann in dem Quartal bis zu 500 bekannte und unbekannt Patienten (50 Prozent der 1.000 BHF) ausschließlich im Rahmen einer Videosprechstunde versorgen.

Beispiel 2: Eine neugegründete Praxis hat 800 BHF, alle Patienten sind unbekannt. Sie kann in dem Quartal bis zu 400 Patienten (50 Prozent der 800 BHF) ausschließlich per Video versorgen.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



Die Ersatzbescheinigung als Versicherungsnachweis

Die KV erhält derzeit viele Anfragen zum Ersatzverfahren. Deshalb erläutern wir hier die rechtlichen Grundlagen und praktischen Abläufe.

Für welche Fälle ist das Ersatzverfahren gedacht?

Das Ersatzverfahren ist nur in Ausnahmefällen zulässig. Es darf nur angewendet werden, wenn ein direkter Kontakt zwischen Arzt und Patient stattfindet, die elektronische Gesundheitskarte (eGK) aber nicht eingelesen werden kann – etwa wegen Verlust, technischer Probleme oder Verzögerungen bei der Ausstellung einer neuen Karte.

Im Rahmen telemedizinischer Kontakte darf das Ersatzverfahren nur genutzt werden, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt (per Telefon oder per Video) stattfindet und es sich außerdem um einen bereits bekannten Patienten handelt.

In diesen Fällen dient das Ersatzverfahren dazu, den Versicherungsstatus des Patienten vorläufig zu sichern. Eine Ersatzbescheinigung (z. B. auf Papier oder elektronisch) kann die Gesundheitskarte in diesem Ausnahmefall ersetzen.

Kein Rezept ohne Arzt-Patienten-Kontakt

Manche Patienten gehen fälschlicherweise davon aus, dass die Übermittlung einer Ersatzbescheinigung ausreicht, um eine Verordnung oder eine

Überweisung zu erhalten. Offenbar konnten Aussagen von Krankenkassen so verstanden werden.

Voraussetzung für die Ausstellung einer Verordnung oder einer Überweisung ist aber immer ein Arzt-Patienten-Kontakt. Ein Behandlungsfall im Sinne des Bundesmantelvertrags-Ärzte kommt nur zustande, wenn entweder ein persönlicher Praxisbesuch oder eine zulässige telemedizinische Konsultation erfolgt ist. Nur dann kann ein Rezept oder eine Überweisung ausgestellt oder eine vertragsärztliche Leistung abgerechnet werden.

Das Ersatzverfahren darf nicht dazu dienen, den Arzt-Patienten-Kontakte zu umgehen. Falls sich Patienten auf Aussagen ihrer Krankenkasse berufen, wonach die Ausstellung eines Rezepts oder einer Überweisung auch ohne Arzt-Patienten-Kontakt möglich sei, sollte freundlich, aber bestimmt auf die rechtlichen Grundlagen hingewiesen werden.

Elektronische Ersatzbescheinigung

Seit 1. Juli 2025 soll das Ersatzverfahren vorrangig digital erfolgen. Das Verfahren läuft folgendermaßen ab:

- Der Patient beantragt die elektronische Ersatzbescheinigung per App bei seiner Krankenkasse und gibt dabei die KIM-Adresse der Praxis an.

- Die Krankenkasse stellt daraufhin automatisch die Bescheinigung aus und sendet sie über KIM an die Praxis.

Da noch nicht alle Versicherten eine entsprechende App nutzen, wird noch einige Zeit vergehen, bis sich das digitale Verfahren etabliert hat.

Alternativ zum Verfahren mittels App kann die Praxis die elektronische Ersatzbescheinigung auch über das eigene KIM-Modul direkt bei der zuständigen Krankenkasse anfordern. Diesen Service können Ärzte freiwillig anbieten. Die KBV empfiehlt in diesen Fällen, die Einwilligung zum Einholen der eEB im eigenen PVS zu dokumentieren, um sie auf Nachfrage vorlegen zu können.

Es bleibt auch weiterhin möglich, sich die Ersatzbescheinigung in der herkömmlichen Papierform übermitteln lassen. ■

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

Kindeswohlgefährdung: Verdachtsmeldung und Fallbesprechung können abgerechnet werden

Die Stadt Hamburg und die KV Hamburg haben eine Kooperationsvereinbarung zum besseren Schutz von Kindern und Jugendlichen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung geschlossen.

Ziel der Vereinbarung ist es, die Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen sowie den Jugendämtern zu verbessern. Seit 1. Juli 2025 können Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen bei einem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung zwei neue EBM-Leistungen abrechnen.

- Die Meldung von Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt wird mit der GOP 01681 abgerechnet. Für die Übermittlung steht ein bereits vorhandener Meldebogen zur Verfügung.

www.hamburg.de → „Mitteilung Kindeswohlgefährdung“ in die Suche eingeben

- Mit der GOP 01682 können Fallbesprechungen mit dem Jugendamt (persönlich, telefonisch oder per Video) abgerechnet werden.

Die KVen sind nach § 73c SGB V dazu verpflichtet, solche Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz mit den Jugendämtern zu schließen. ■

Die vollständige Kooperationsvereinbarung im Internet: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Recht & Verträge → Verträge → Kindeswohlgefährdung

Kontakt zu den Kinderschutzkoordinatorinnen und -koordinatoren der Bezirke:
Hamburg Service: <https://www.hamburg.de/service/info/11260500/n0>

Ansprechpartner:
Mitgliederservice, Tel: 040 / 22802 -802

Vermittlungscodes: Ab Januar nur noch digital

Ab dem 1. Januar 2026 erfolgt eine Änderung im Umgang mit den Vermittlungscodes: Der postalische Versand wird eingestellt. Bis dahin erhalten Sie die Codes noch wie gewohnt per Post – danach werden diese ausschließlich digital zur Verfügung gestellt.

Die Anwendungen des 116117-Terminservice (Vermittlungscodes abrufen und TSS-Abrechnungsinformationen) sollen auf die sogenannte FHIR®-Restschnittstelle umgestellt werden. Die Praxis fordert dann über das PVS einen Vermittlungscodes an, der direkt auf den Überweisungsschein gedruckt wird. Ein separater Versand der Codes ist dadurch nicht mehr erforderlich.

Die Umsetzung der Anwendungen soll in den Software-Systemen durch den Hersteller implementiert werden.

Unabhängig davon können Sie die Vermittlungscodes auch weiterhin eigenständig im Online-Portal unter portal.kvhh.kv-safenet.de/eHealthPortal generieren: Unter „Anwendungen“ → „Terminservicestelle“ → „Vermittlungscodes“; voreingestellte Dringlichkeit „dringend“ beibehalten, gewünschte Anzahl auswählen, PDF speichern und ausdrucken. ■

Ansprechpartner:
Mitgliederservice,
Tel: 040 / 22802 -802



VON DR. SANDRA WENZEL UND DR. ANJA DESSAUVAGIE

Diabetes bei Kindern früh erkennen

Eine neue Initiative will Eltern und Fachkräfte in Kitas und Schulen für die Symptome eines Diabetes sensibilisieren – damit betroffene Kinder möglichst rasch behandelt werden.

Im April kommt ein knapp 4-jähriges Mädchen zu uns in die Notaufnahme des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift: Seit circa 14 Tagen bestehende Polyurie und Polydipsie, seit kurzem wieder nächtliches Einnässen.

Letzte Woche fieberhafter Infekt, vor 2 Tagen einmal erbrochen, kein Durchfall, nach Eindruck der Eltern wohl auch Gewichtsabnahme. Seit dem Vortag erschwerte Atmung. Vorstellung bei der Kinderärztin und Einweisung mit V. a. Pneumonie.

In der Notfallambulanz sehen wir ein Kleinkind in reduziertem AZ, mit vertiefter Atmung, blass-marmoriertem Hautkolorit und mit deutlicher Kreislaufzentralisation. RKZ peripher 5-6 sec, kalte Hände und Füße, Lippen trocken, Zunge belegt. Pulmo auskultatorisch frei. Im Labor zeigen sich eine Glukosurie und Ketonurie, ein Blutzucker von > 300 mg/dl und eine schwere Azidose (BGA: pH 7.01; pCO₂: 18 mmHg; HCO₃: 4.1 mmol/l; BE: -25.1 mmol/l).

Das Mädchen wird mit schwerer diabetischer Ketoazidose auf unsere Intensivstation aufgenommen. Nach 2 Tagen Intensivbehandlung ist eine ausgeglichene Stoffwechsellage erreicht; das Kind ist aber noch müde und schlapp. Die intravenöse Insulingabe kann auf eine Insulinpumpentherapie umgestellt werden.

So dramatisch kann sich eine Diabetesmanifestation zeigen. Aktuell weist jedes dritte bis vierte Kind, bei dem ein Diabetes mellitus Typ 1 diagnostiziert wird, Symptome einer diabetischen Ketoazidose auf – wenn auch nicht immer so ausgeprägt wie in dem dargestellten Fall. Die Ketoazidose ist ein akuter medizinischer Notfall, mit der Gefahr eines Kreislaufschocks, eines Komas oder Hirnödems. Zusätzlich ist sie mit einer schlechteren Prognose assoziiert: einer kürzeren Remissionsphase, neurologischen Beeinträchtigungen und einer schlechteren Stoffwechsellage.

Beim Typ-1-Diabetes handelt es sich um eine der häufigsten Autoimmunerkrankungen bei Kindern. Knapp 35.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland



sind betroffen. Jährlich erkranken etwas mehr als 4.000 Kinder und Jugendliche neu; mit steigender Tendenz.

Kinderdiabetologinnen aus verschiedenen Hamburger Kinderkliniken haben gemeinsam mit der Hamburger Sozialbehörde und dem BVKJ-Landesverband Hamburg die Initiative „Diabetes bei Kindern: Früh erkennen – schnell handeln“ lanciert.

www.hamburg.de/go/diabetes-kinder

Ziel der Initiative ist es, Eltern und Fachkräfte, die mit Kindern arbeiten, für die Symptome eines Diabetes zu sensibilisieren, damit symptomatische Kinder frühzeitig diagnostiziert und behandelt werden und eine Ketoazidose verhindert wird.

Auch Sie können zum Gelingen der Initiative beitragen, indem Sie Eltern (insbesondere Eltern von Kleinkindern) zu Diabetes-Symptomen aufklären. ■

Postkarten und DIN-A4-Plakate zur Initiative können Sie kostenfrei bestellen.

E-Mail: publikationen@soziales.hamburg.de

DR. SANDRA WENZEL, Kath. Kinderkrankenhauses Wilhelmstift

DR. ANJA DESSAUVAGIE, Sozialbehörde Hamburg

Schulung: Ausbildung zur Qualitätszirkel- moderator:in

Die KV Hamburg bietet im September 2025 eine zweitägige Schulung für Ärztinnen und Ärzte an, die einen eigenen Qualitätszirkel aufbauen und moderieren möchten.

Qualitätszirkel sind kollegiale Treffen, bei denen die Teilnehmenden fachspezifisch oder fachübergreifend, themen- oder patientenbezogen ihre tägliche Arbeit gemeinsam reflektieren. So wird die eigenen Handlungsweise kritisch hinterfragt, voneinander gelernt – und es können vorhandene Leitlinien gemäß den Bedingungen der ambulanten Praxis gegebenenfalls modifiziert werden. Die Themen wählen die Gruppen selbst. Alle Treffen sind unabhängig und frei von externen Interessen; Sponsoring findet nicht statt.

Für die Qualitätszirkelarbeit gibt es Fortbildungspunkte. Die Moderation wird von der KV finanziell unterstützt. ■

Nächste Moderatorenschulung
(zweitägig):

Zeit: Fr. 19.9.2025 (15 – 20 Uhr)
und Sa. 20.9.2025 (9 – 18 Uhr)

Ort: KV Hamburg,
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Anmeldung:
Sabine Daub,
Sabine.Daub@kvhh.de
Tel: 040 / 22802 -659
Eine verbindliche Anmeldung
ist erforderlich.

Arzneimittelmiss- brauch Verdachtsfälle

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

45-jähriger Patient, AOK Baden-Württemberg, PLZ 20097; verlangt Pregabalin und Rivotril und wirkt intoxikiert. Er ist in der angeblich behandelnden Praxis nicht bekannt.

32-jähriger Patient, TK, 25813 Husum; nach Treppensturz vor 12 Jahren Rückenschmerzen, bekomme deshalb Pregabalin. Angegebener Hausarzt ist in Husum nicht bekannt.

79-jährige Patientin, HEK, 22880 Wedel; fragt nach Diazepam, geht nach Angaben der Hausärztin zu verschiedenen Ärzten.

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



VON DR. JOHANNES FREY

Psychotherapie: geänderte Honorarverteilung

Warum ist das den psychotherapeutischen Praxen zugeteilte PLB im dritten Quartal niedriger als zuvor? Grund dafür ist eine Änderung der Honorarverteilung: Die Grundpauschalen werden aus dem Budget herausgelöst und zu 100 Prozent vergütet. Der stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Johannes Frey, erklärt die Hintergründe.

Die KV-Vertreterversammlung hat eine Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) beschlossen. Die Änderungen treten mit dem 3. Quartal 2025 in Kraft und hängen mit dem knapper werdenden Budget für die Gruppe der Psychotherapeut:innen zusammen.

Warum wird das Budget der Psychotherapeut:innen knapper? Die Zahl der Leistungen, die wir abrechnen, steigt seit Jahren. Dies hängt unter anderem mit den zahlreichen Sitzteilungen zusammen. Dadurch ist die Zahl der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen deutlich gestiegen und auch die Anzahl der erbrachten psychotherapeutischen Leistungen, was die Versorgung verbessert. Auf der anderen Seite können nicht mehr alle Leistungen voll vergütet werden und müssen budgetiert werden.

Heißt das, dass auch Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie budgetiert werden? Nein. Alle bisherigen extrabudgetären Leistungen (KZT, LZT, Sprechstunde usw.) werden weiterhin vollständig bezahlt. Die extrabudgetären Leistungen sind von der Änderung nicht betroffen.

Welche Leistungen werden budgetiert? Budgetierte Leistungen sind zum Beispiel: psychotherapeutisches Gespräch, Testverfahren, Bericht an die Gutachter und Biografische Anamnese. Insgesamt handelt es sich um einen vergleichsweise kleinen Bereich: Er umfasst etwa zehn Prozent des Gesamthonorars.

Wie funktioniert die Honorarverteilung im budgetierten Bereich? Jede psychotherapeutische Praxis bekommt vor Quartalsbeginn entsprechend ihrem Tätigkeitsumfang das gleiche Budget (PLB) zugeteilt. Überschreitungen bis zum 1,5-fachen des Budgets können bei ausreichender Geldmenge noch voll vergütet werden. Darüber hinausgehende Leistungen werden quotiert (das heißt: nur zu einem bestimmten Prozentsatz) bezahlt.

Was ändert sich ab dem 3. Quartal 2025? Die Grundpauschalen werden aus dem Budget herausgelöst und zu 100 Prozent vergütet. Die restlichen Leistungen des budgetierten Bereichs werden weiterhin nach dem alten Verfahren budgetiert.

Warum wurde der HVM angepasst? Im KJP-Bereich gibt es eine höhere Grundpauschale, da hier in der Regel ein höherer Koordinierungsbedarf besteht, sodass das Budget schon für die Grundpauschalen nicht immer ausreicht hat. Dem Beratenden Fachausschuss Psychotherapie (BFA) war es ein Anliegen, hier einzugreifen, da das fehlende Geld im Budget bislang die KJP-Praxen unverhältnismäßig stark trifft. (Im PP-Bereich ist aufgrund der niedrigeren Grundpauschalen mehr „Luft“ im Budget.) Mit der Änderung möchten wir es unseren Kolleg:innen beispielsweise ermöglichen, weiterhin Testungen ohne zu starke Budgetierungen durchzuführen. Da im KJP-Bereich in der Regel mehr Testungen notwendig sind, halten wir es auch hier für besonders wichtig, das Budget im KJP-Bereich zu entlasten.

Warum wurde die Änderung nicht nur für KJP-Praxen vorgenommen? Da es nicht nur im KJP-Bereich Probleme mit dem Budget gibt, wäre eine Vergütung der Grundpauschalen zu 100 Prozent nur im KJP-Bereich zu Lasten der PP gegangen. Wir haben uns daher entschieden, für alle die Grundpauschalen zu 100 Prozent zu vergüten. Auch wenn die KJP hiervon mehr profitieren als die PP, halten wir dies für tragbar, da es auch deutlich weniger KJP-Behandlerinnen und Behandler gibt.

Wie kommt es eigentlich in der KV-Selbstverwaltung zu so einer Änderung? Als Selbstverwaltung können wir den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen selbstständig gestalten. Das Thema der geringen Auszahlungsquoten besonders im KJP-Bereich wurde in den Bera-

tenden Fachausschuss Psychotherapie getragen – ein Gremium, das den KV-Vorstand berät. Der Vorstand hat sich des Themas angenommen, verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten simulieren lassen und diese im Beratenden Fachausschuss vorgestellt. Die verschiedenen Möglichkeiten wurden dort diskutiert, und es gab ein eindeutiges Votum für eine Möglichkeit. Im nächsten Schritt stimmte das höchste Gremium der KV-Selbstverwaltung (die Vertreterversammlung – zusammengesetzt aus 40 Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen) über den Vorschlag ab. ■



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

Informationsveranstaltungen der Abteilung Mitgliederservice und Beratung (MSB)



Am 16. und 19. Juli 2025 fanden zwei Informationsveranstaltungen zur Änderung der Vergütungssystematik für Psychotherapeut:innen statt. Wir freuen uns über die Teilnahme von ca. 200 Psychotherapeut:innen aus ganz Hamburg und bedanken uns herzlich für das große Interesse und den engagierten Austausch.
Im Bild: Niklas Koch (links) und Damla Eymur

Weitere Informationen und die Veranstaltungs-Präsentation finden Sie auf unserer Website:

www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Mitgliederservice und Beratung → Änderung in der Vergütungssystematik für Psychotherapeuten

**Ansprechpartner: Mitgliederservice und Beratung, Tel: 040 / 22802 -802
mitgliederservice@kvhh.de**



Was Psychotherapeut:innen zur ePA wissen sollten

Hier einige wichtige Fragen, die Psychotherapeut:innen bei Fortbildungsveranstaltungen und Beratungen zum Umgang mit der ePA gestellt haben.

Welche Daten müssen Psychotherapeut:innen in die ePA einstellen? Auch Psychotherapeut:innen sind ab Oktober 2025 dazu verpflichtet, Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext einzustellen. Allerdings behandeln Psychotherapeuten in der Regel Erkrankungen, die eine stigmatisierende Wirkung haben können. Für solche Daten gelten besondere Informationspflichten. Das heißt: Der Psychotherapeut weist den Patienten ausdrücklich auf seine Widerspruchsmöglichkeiten hin und dokumentiert im Falle eines Widerspruchs dies ausdrücklich in seiner Behandlungsdokumentation.

Sollen Psychotherapeuten die PTV 11 einstellen? Wenn der Psychotherapeut es für sinnvoll hält, kann er dem Patienten vorschlagen, das PTV 11 in die ePA einzustellen. Es geht bei diesen Erwägungen immer um die Frage: Sind die Daten für die weiterbehandelnden Ärzte und Therapeuten relevant? Voraussetzung für das Einstellen des Dokuments in die ePA ist, dass es digital vorliegt und dass der Patient auf seine Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen wird und nicht widerspricht.

Müssen Psychotherapeuten die von ihnen geführte Patientenakte in die ePA einstellen? Der Patient kann verlangen, dass die Patientenakte, die der Psychotherapeut in der Praxis führt, eingestellt wird. Handschriftliche Gesprächsaufzeichnungen zur Unterstützung der Sitzung jenseits der Patientenakte brauchen nicht eingestellt zu werden.

Haben Psychotherapeuten dieselben Einsichtsrechte in die ePA wie Ärzte? Ja. Mit dem Stecken der elektronischen Gesundheitskarte haben Psychotherapeuten 90 Tage lang Zugriff auf alle Daten, die in der ePA gespeichert sind – vorausgesetzt, dass der Patient dem Psychotherapeuten den Zugang nicht entzogen hat beziehungsweise die Daten nicht ausgeblendet hat.

Müssen Psychotherapeuten die ePA aktiv nutzen und selbst Daten einstellen, um eine Honorarkürzung zu vermeiden? Nein. Psychotherapeuten und Ärzte müssen lediglich dazu in der Lage sein, die ePA zu nutzen. Das heißt: Sie benötigen ein aktuelles ePA-Modul für die „ePA für alle“ (zusätzlich zu den anderen zuvor schon verpflichtenden TI-Elementen). Bisher setzt das Bundesgesundheitsministerium auf Freiwilligkeit. Zumindest in diesem Jahr drohen noch keine Honorarkürzungen, wenn eine Praxis es versäumt, das aktuelle ePA-Modul zu installieren.

Welche Regeln gelten bei Kindern und Jugendlichen? Bei Kindern liegt die Verwaltung der ePA in den Händen der Eltern bzw. Sorgeberechtigten. Ab dem vollendeten 15. Lebensjahr können Jugendliche eigenständig über ihre ePA entscheiden. Ärzte und Psychotherapeuten sind nicht verpflichtet, bei unter 15-Jährigen Daten in die ePA zu stellen, wenn dem erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen. Gleiches gilt, wenn gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohles eines Kindes vorliegen und die Befüllung der ePA den wirksamen Schutz des Kindes in Frage stellen würde. Ärzte und Psychotherapeuten, die von diesem Recht Gebrauch machen, halten dies in ihrer Behandlungsdokumentation fest. ■

KBV-Themenseite zur ePA:
<https://www.kbv.de/html/69298.php>

INFOS DER PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hat Informationen für Praxen und Patienten zusammengestellt: www.bptk.de/praxis-infos/elektronische-patientenakte/

www.bptk.de/praxis-infos/elektronische-patientenakte-patienteninformationen/

Info-Forum mit Ihrem PVS-Hersteller

ePA erleben

Online-Fortbildungsveranstaltungen

September 2025 - live - für das gesamte Praxisteam

Ab Oktober 2025 wird die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) verpflichtend. Bereiten Sie sich vor! In kostenlosen Online-Seminaren zeigen die in Hamburg verbreitetsten PVS-Hersteller, wie Sie die ePA in Ihrer Praxissoftware nutzen können.

Termine:

- 12. September (14 Uhr): Turbomed (CGM)
- 12. September (16 Uhr): Elefant
- 17. September (14 Uhr): Praxis-Programm (MediSoftware)
- 17. September (16 Uhr): Smarty
- 19. September (14 Uhr): Medistar (CGM)
- 19. September (16 Uhr): M1 PRO (CGM)
- 24. September (14 Uhr): Psyprax
- 24. September (16 Uhr): Quincy (Frey)
- 26. September (14 Uhr): Medical Office
- 26. September (16 Uhr): Albis (CGM)

Anmeldung:

www.kvhh.de -> Praxis -> Veranstaltungen
Oder über QR-Code:



Fortbildungspunkte: 2





AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Überlegenheit, Nicht-Unterlegenheit und Äquivalenz

Eine Einführung in die verschiedenen Arten
von Hypothesen klinischer Studien

**VON MAXI SCHULZ IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)**

R

Randomisierte kontrollierte Studien (in Englisch: Randomized controlled trials, kurz RCT) gelten als die beste Methode, um die Wirksamkeit von neuen Therapien zu überprüfen. Dabei werden die Studienteilnehmenden zufällig in zwei Gruppen aufgeteilt und verglichen: eine Gruppe erhält die neue Therapie, die andere Gruppe dient als Kontrollgruppe.

Als Kontrollgruppe kommen häufig Placebo-Gruppen zur Anwendung. Placebo-kontrollierte Studien sind jedoch nur dann ethisch vertretbar, wenn es keine bewährte Standardbehandlung gibt. In solchen Fällen werden Studien durchgeführt, bei denen die neue Therapie mit einer Standardbehandlung anstelle einer Placebo-Behandlung verglichen wird (aktiv kontrollierte Studien).

Ein wichtiger Unterschied zwischen Placebo-kontrollierten Studien und aktiv kontrollierten Studien liegt in der Fragestellung, die sie beantworten möchten. Bei Placebo-kontrollierten Studien ist es wesentlich, ob die neue Therapie einen zusätzlichen Vorteil gegenüber einer Placebo-Behandlung liefert (Überlegenheit). Im Gegensatz dazu zielen aktiv kontrollierte Studien zumeist darauf ab, zu bestimmen, ob die neue Therapie gleich gut ist wie die Kontrolltherapie (Äquivalenz) oder ob sie nicht schlechter ist als die Kontrolltherapie (Nichtunterlegenheit).

Diese Fragestellungen können in Hypothesen übersetzt werden, die im Rahmen der klinischen Studie untersucht werden. Diese Hypothesen bestimmen maßgeblich die Testentscheidung, die Interpretation der Ergebnisse und die Planung der Studie. Um Studienergebnisse bewerten zu können, ist es daher zentral, die Unterschiede zwischen den Hypothesen und Studienarten zu kennen.

In diesem Artikel werden die verschiedenen Arten von Fragestellungen und Hypothesen klinischer Studien erläutert. Dazu werden Beispiele von Therapien zur Behandlung von Typ-2-Diabetes herangezogen. Studien, die die Wirksamkeit neuer Therapien untersuchen, beschäftigen sich in diesem Zusammenhang häufig mit der Veränderung von HbA1c-Werten. Eine Reduktion dieser Werte spricht für die Wirksamkeit einer neuen Therapie, da sie auf eine verbesserte Blutzuckerkontrolle hinweist.

PRINZIP DES STATISTISCHEN TESTENS

Am Anfang jeder klinischen Studie ist es wichtig, die Annahmen an die Studiendaten in Form von Hypothesen zu formulieren. Dazu wird ein Hypothesenpaar aufgestellt, bestehend aus der Nullhypothese (H_0) und der komplementären Alternativhypothese (H_1). Die Nullhypothese stellt die Annahme dar, die es zu widerlegen gilt, während die Alternativhypothese die Annahme darstellt, die es zu beweisen gilt. Grundsätzlich gilt, dass die Alternativhypothese nicht direkt bewiesen werden kann. Stattdessen bedienen sich Statistiker:innen dem Falsifikationsprinzip: Durch die Ablehnung der Nullhypothese kann man von der (vorläufigen) Gültigkeit der Alternativhypothese ausgehen.

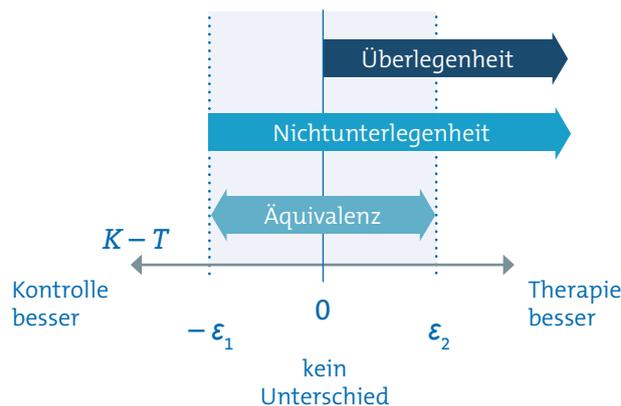
Das Ziel des statistischen Testens ist es, zu quantifizieren, inwieweit die vorliegenden Daten der Studie für oder gegen die Nullhypothese sprechen. Wenn die Daten stark von der Nullhypothese abweichen, wird die Nullhypothese abgelehnt, und es wird davon ausgegangen, dass die Alternativhypothese stimmt. Andernfalls wird die Nullhypothese beibehalten, die Studiendaten sprechen dann nicht genügend für die Alternativhypothese.

ARTEN VON HYPOTHESEN IN KLINISCHEN STUDIEN

Um die verschiedenen Hypothesen zu erklären, eignet sich das Beispiel einer zweiarmigen Studie, bestehend aus einer Kontrollgruppe (K) und einer Therapiegruppe (T). Der Unterschied zwischen dem Endpunkt der Kontrollgruppe und der Therapiegruppe wird als $(K - T)$ bezeichnet.

Eine positive Differenz ($K - T > 0$) bedeutet, dass die Therapiegruppe im Mittel niedrigere Werte hat als die Kontrollgruppe, eine negative Differenz ($K - T < 0$) be-

**ABBILDUNG 1:
SCHEMATISCHE DARSTELLUNG DES
UNTERSCHIEDS ZWISCHEN ÜBERLEGENHEIT,
NICHTUNTERLEGENHEIT UND ÄQUIVALENZ**



Auf der x-Achse variiert der Unterschied zwischen Kontroll- und Therapiegruppe ($K - T$). Für blutzuckersenkende Behandlungen gilt, wenn $K - T$ größer als 0 ist, dann ist die Therapie wirksamer als die Kontrolle und vice versa. Die Pfeile zeigen an, in welchen Bereichen von Überlegenheit, Nichtunterlegenheit und Äquivalenz gesprochen wird. Überlegenheit wird angenommen, wenn der Unterschied zwischen Kontrolle und Therapie mindestens größer ist als 0 (erster Pfeil von oben). Nichtunterlegenheit wird angenommen, wenn der Unterschied mindestens größer ist als die Nichtunterlegenheitsschwelle $-\epsilon_1$ (zweiter Pfeil von oben). Von Äquivalenz spricht man, wenn der Unterschied innerhalb des Äquivalenzbereichs zwischen $-\epsilon_1$ und ϵ_2 liegt (dritter Pfeil von oben).

deutet, dass die Therapiegruppe im Mittel höhere Werte hat als die Kontrollgruppe. Je nachdem, ob eine Studie auf den Nachweis von Überlegenheit, Äquivalenz oder Nichtunterlegenheit abzielt, unterscheiden sich die Annahmen über die Differenz ($K - T$). Mithilfe von Hypothesentests können diese Annahmen überprüft werden.

Dabei ist wichtig zu beachten, dass die Interpretation der Differenz von dem jeweiligen Anwendungskontext abhängt. Zum Beispiel sprechen niedrigere HbA1c-Werte nach Gabe eines neuartigen oralen Antidiabetikums für dessen Wirksamkeit, demnach würde eine positive Differenz ($K - T > 0$) für die neue Therapie sprechen. In anderen Fällen kann eine negative Differenz erwünscht sein. *Abbildung 1* zeigt, in welchen Be-



KASTEN 1: BEISPIEL EINER ÜBERLEGENHEITSSTUDIE

Semaglutid zur Kontrolle des Blutzuckerspiegels bei Typ-2-Diabetes-Patient:innen ⁽¹⁾

Studiendesign: Rodbard et al. untersuchten in der randomisiert-kontrollierten Studie SUSTAIN 5 von 2018 den Effekt von Semaglutid, einem Antidiabetikum, auf den Blutzuckerspiegel bei Patient:innen mit Typ-2-Diabetes unter Insulintherapie (1). Die Autor:innen verglichen die Gabe von Semaglutid einmal wöchentlich in zwei Dosen (0,5 mg bzw. 1,0 mg) mit der Gabe eines Placebos.

Hypothese: Ihre Alternativhypothese lautete, dass die Gabe von Semaglutid eine bessere Wirksamkeit als Placebo bei der Kontrolle des Blutzuckerspiegels für Patient:innen unter Insulintherapie hat. In anderen Worten: Die Autor:innen vermuteten, dass Semaglutid dazu führt, dass der Blutzuckerspiegel in den Therapiegruppen deutlicher gesenkt wird als in der Placebo-Gruppe. Dementsprechend lautete

die Nullhypothese, dass sich die Semaglutid-Gruppe nicht unterscheidet von der Placebo-Gruppe hinsichtlich des Blutzuckers.

Ergebnisse: Dafür maßen die Autor:innen die HbA1c-Werte der Studienteilnehmenden. Die Studienergebnisse zeigen, dass die HbA1c-Werte in der Therapiegruppe um 1,4% (Dosis 1) und 1,8% (Dosis 2) reduziert wurden im Vergleich zu einer Reduktion von 0,1% in der Placebo-Gruppe.

Schlussfolgerung: Die Nullhypothese, dass kein Unterschied zwischen Semaglutid und Placebo bei Patient:innen unter Insulintherapie existiert, konnte widerlegt werden. Man kann von einer besseren Wirksamkeit von Semaglutid ausgehen.

reichen man von Überlegenheit, Nichtunterlegenheit und Äquivalenz spricht, wenn eine positive Differenz ($K - T > 0$) für eine bessere Wirksamkeit der Therapie spricht. Im folgenden Text wird angenommen, dass eine positive Differenz einer höheren Wirksamkeit der Therapie entspricht.

ÜBERLEGENHEIT

Das Ziel von Placebo-kontrollierten Studien ist es, die Überlegenheit der neuen Therapie gegenüber dem Placebo zu demonstrieren.

Für die Behandlung von Typ-2-Diabetes ist zum Beispiel dann eine Therapie überlegen, wenn sie den Blutzuckerspiegel deutlicher senkt bzw. normalisiert als eine Placebo-Behandlung (siehe Beispielstudie in Kasten 1, vgl. Abbildung 1). Überlegenheit bedeutet also eine bessere Wirksamkeit der neuen Therapie gegenüber einem Placebo.

Die Hypothesenpaare definieren sich wie folgt:

H_0^U : Es gibt keinen Unterschied zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe (zumeist Placebo).

Die Nullhypothese besagt, dass sich die neue Therapie im Mittel nicht unterscheidet von der Kontrolltherapie. Mit anderen Worten: Die neue Therapie hat keine zusätzliche Wirkung gegenüber der Kontrolltherapie. Eine Überlegenheitsstudie möchte diese Nullhypothese widerlegen, um zu zeigen, dass die neue Therapie tatsächlich wirksamer ist.

Die Alternativhypothese beschreibt daher das Gegenteil der Nullhypothese:

H_1^U : Es gibt einen Unterschied zwischen der Therapie- und der Kontrollgruppe.

Sie besagt, dass die neue Therapie und die Kontrolltherapie unterschiedliche Ergebnisse haben. Wenn dies der Fall ist, kann man davon ausgehen, dass die neue Therapie wirksamer ist als die Kontrolltherapie.

Die Hypothesenpaare lassen sich auch etwas mathematischer notieren als

$$H_0^U: K - T = 0$$

$$H_1^U: K - T \neq 0$$

In der Beispielstudie SUSTAIN 5 (Kasten 1) misst der mittlere Unterschied zwischen der Kontroll- und der Therapiegruppe (Dosis 1) gleich 1,3% (= (-0,1) - (-1,4)). Dieser Unterschied ist größer als 0 und somit weit weg von der Nullhypothese, dass es keinen Unterschied zwischen Therapie und Kontrolle gibt ($H_0^U: K - T = 0$). Dabei zeigt die Therapiegruppe eine wesentlich deutlichere Reduktion der HbA1c-Werte.

An dieser Stelle könnte man sich fragen, warum nicht direkt auf eine positive Differenz zwischen Therapie und Kontrolle, also $K - T > 0$, getestet wird (anstatt auf einen Unterschied ($K - T \neq 0$)), wenn doch das primäre Ziel der Studie ist, zu zeigen, dass die HbA1c-Werte deutlicher gesenkt werden (vgl. Abbildung 1).

Die Antwort ist: Ein sogenannter einseitiger Test ist nicht in der Lage, einen unerwarteten negativen Effekt der neuen Therapie zu erkennen, sprich: eine Erhöhung der HbA1c-Werte durch Semaglutid. Um einen unerwarteten negativen Effekt der neuen Therapie auszuschließen, testen klinische Studien den Unterschied in beide Richtungen.

Dies bedeutet, dass man nicht nur testet, ob die neue Therapie besser ist als die Kontrolltherapie, sondern auch, ob sie schlechter ist. Dieses Verfahren wird als zweiseitiger Test bezeichnet (2).

ÄQUIVALENZ

Eine weitere Art von Fragestellung beschreibt die Äquivalenzhypothese, die bei aktiv kontrollierten Studien von Interesse sein kann. Hierbei ist das Ziel, zu zeigen, dass die neue Therapie im Wesentlichen gleichwertig ist wie die aktive Kontrolle, also weder besser noch schlechter. Äquivalenzstudien kommen z.B. dann zum Einsatz, wenn der Patentschutz eines bereits zugelassenen biologischen Arzneimittels ausläuft und Biosimilars, sogenannte Nachahmerpräparate, auf den Markt kommen. Um zugelassen zu werden, muss gezeigt werden, dass keine klinisch relevanten Unterschiede

zwischen dem Referenz-Arzneimittel und dem Biosimilar bestehen. Ein Beispiel hierfür sind Studien, die die Gleichwertigkeit von Biosimilar-Insulinen mit Original-Insulinen für die Insulintherapie bei Typ-2-Diabetes untersuchen (siehe Beispielstudie in Kasten 2 – nächste Seite).

Das Hypothesenpaar lässt sich wie folgt definieren:

H_0^A : Die neue Therapie ist nicht äquivalent zur Kontrolle.
 H_1^A : Die neue Therapie ist äquivalent zur Kontrolle.

Da es praktisch unmöglich ist, die exakte Gleichwertigkeit zweier Therapien zu bestimmen, beginnt eine Äquivalenzstudie mit der Frage, innerhalb welcher Spanne die Gleichwertigkeit zweier Therapien angenommen werden kann. Dieser Bereich wird auch als Äquivalenzbereich bezeichnet (vgl. Abbildung 1). Ergebnisse, die außerhalb dieses Bereichs liegen, werden nicht mehr als Gleichwertigkeit betrachtet.

Der Äquivalenzbereich kann durch die Definition einer unteren Grenze $-\epsilon_1$ und einer oberen Grenze ϵ_2 festgelegt werden. Wenn die Ergebnisse einer Studie zeigen, dass der Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Therapiegruppe innerhalb dieses Bereichs $[-\epsilon_1, \epsilon_2]$ liegt, kann die Gleichwertigkeit der beiden Therapien geschlussfolgert werden (vgl. Abbildung 1).

Übertragen auf das Falsifikationsprinzip bedeutet das, dass unter der Nullhypothese geprüft wird, ob der Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Therapiegruppe $K - T$ außerhalb dieses Bereichs liegt. Genauer gesagt wird geprüft, ob der Unterschied entweder niedriger ist als die untere Grenze $-\epsilon_1$ oder höher ist als die obere Grenze ϵ_2 .

Die Nullhypothese kann dann wie folgt notiert werden:

$$H_0^A: K - T \leq -\epsilon_1 \quad \text{oder} \quad K - T \geq \epsilon_2$$



KASTEN 2: BEISPIEL EINER ÄQUIVALENZSTUDIE

Vergleich von Biosimilar-Insulin mit Referenzprodukt zur Insulintherapie bei Typ-2-Diabetes ⁽³⁾

Studiendesign: Christofides et al. untersuchten in ihrer randomisierten Studie von 2024 ein Biosimilar-Insulin zur Anwendung bei Insulintherapie von Typ-2 Diabetes (3). In der Untersuchung verglichen sie das Biosimilar-Insulin mit einem bereits zugelassenen Insulin hinsichtlich Immunogenität. Anders als bei Überlegenheitsstudien kam hier keine Placebo-Gruppe als Kontrolle zur Anwendung, sondern eine sogenannte aktiv kontrollierte Gruppe, die das Referenz-Insulin erhielt. Die Therapiegruppe erhielt das Biosimilar-Insulin. Als primären Endpunkt betrachteten die Autor:innen den Anteil der Studienteilnehmenden, die behandlungsinduzierte Anti-Insulin-Antikörper über einen Behandlungszeitraum von 26 Wochen entwickelten.

Hypothese: Die Nullhypothese lautete, dass das Biosimilar-Insulin nicht äquivalent zum Referenzprodukt ist. Dies würde bedeuten, dass das Biosimilar-Insulin deutlich weniger oder deutlich mehr Anti-Insulin-Antikörper verursachen würde als das Referenz-Insulin. Die Alternativhypothese, die es zu beweisen galt, lautete hingegen, dass die beiden Produkte äquivalent sind (also weder deutlich besser oder noch deutlich schlechter). Die Autor:innen hatten hierfür vorab einen Äquivalenzbereich von -10,7% bis 10,7% definiert.

Eine Differenz zwischen beiden Produkten von bis zu 10,7% konnte demnach als äquivalent betrachtet werden. Kommt es zu Abweichungen innerhalb dieses Bereichs, kann die Nullhypothese abgelehnt werden. Sind die Abweichungen zwischen beiden Produkten größer als dieser Bereich, kann nicht von Äquivalenz ausgegangen werden und die Nullhypothese nicht abgelehnt werden.

Ergebnisse: Die Studie zeigt, dass bei 19,2% der Studienteilnehmenden die Entwicklung von behandlungsinduzierten Anti-Insulin-Antikörpern auftrat, wenn sie das Biosimilar-Insulin erhielten. Dies ist vergleichbar mit der Kontrollgruppe, bei der 21,3% Anti-Insulin-Antikörper entwickelten. Die Differenz zwischen den beiden Produkten betrug 2,1 Prozentpunkte (90% Konfidenzintervall der Behandlungsdifferenz: -7.6%; 3.5%).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Differenz von 2,1 inkl. Konfidenzintervall zwischen den beiden Produkten innerhalb des Äquivalenzbereichs von -10,7% bis 10,7% liegt. Die Nullhypothese kann abgelehnt und es kann von Äquivalenz ausgegangen werden.

Unter der Alternativhypothese der Gleichwertigkeit befindet sich der Unterschied zwischen den Gruppen innerhalb des Bereichs $[-\epsilon_1, \epsilon_2]$:

$$H_1^A: -\epsilon_1 < K - T < \epsilon_2$$

NICHTUNTERLEGENHEIT

Die Fragestellung der Nichtunterlegenheit ist eng verwandt mit dem Äquivalenzproblem und beginnt ähnlich: Eine neue Therapie wird gegen eine etablierte Standardtherapie getestet. Im Unterschied zur Äquivalenzstudie zielt die Nichtunterlegenheitsstudie nicht

darauf ab, zu zeigen, dass die neue Therapie weder schlechter noch besser ist, sondern darauf, dass sie mindestens genauso gut ist wie die Standardtherapie.

Dies ist zum Beispiel von Interesse, wenn neue Therapien gegenüber Standardtherapien Vorteile wie geringere Nebenwirkungen, leichtere Verabreichung oder geringere Kosten in der Herstellung mit sich bringen. Ein Beispiel dafür ist ein neues orales Antidiabetikum für Typ-2-Diabetes-Patient:innen, das weniger Nebenwirkungen hat als die etablierte Tablette (*weiteres Beispiel im Kasten 3*). In diesem Fall genügt es, zu zeigen, dass das neue orale Antidiabetikum zur etablierten

KASTEN 3: BEISPIEL EINER NICHTUNTERLEGENHEITSSTUDIE**Orale Therapie gegen bewährte Standardtherapie zur Senkung des Blutzuckers bei Typ-2-Diabetes ⁽⁴⁾**

Studiendesign: Die Phase-3a-Studie PIONEER 4 von Pratley et al. untersuchte die Wirksamkeit von oral verabreichtem Semaglutid zur Senkung des Blutzuckerspiegels bei Patient:innen mit Typ-2-Diabetes (4). Diese Behandlung bietet eine Alternative zur (etablierten) subkutanen Injektion. Die Therapiegruppe, die das orale Semaglutid erhielt, wurde mit einer Kontrollgruppe, die die Standardtherapie Liraglutid per subkutaner Injektion erhielt, verglichen. Zum Vergleich wurden die HbA1C-Werte der Studienteilnehmenden gemessen.

Hypothese: Das Ziel der Studie war es, zu zeigen, dass die oral verabreichte Therapie mindestens genauso gut ist hinsichtlich der Reduzierung des Blutzuckers wie die injizierte Standardtherapie. Die Autor:innen hatten vorab eine Nichtunterlegenheitsgrenze von -0,4% definiert. Dies bedeutet, dass die Wirksamkeit von oralem Semaglutid

im Unterschied zum subkutanem Liraglutid bis zu -0,4% betragen durfte, um als nichtunterlegen betrachtet werden zu können. Die Nullhypothese lautete, dass das oral verabreichte Semaglutid nicht nichtunterlegen ist, während die Alternativhypothese lautete, dass oral Semaglutide mindestens genauso gut ist wie die Standardtherapie.

Ergebnisse: Die Studienergebnisse zeigen, dass sich die HbA1c-Werte im Mittel um 0,1 Prozentpunkte zwischen oralem Semaglutid und subkutanem Liraglutid unterschieden (95% Konfidenzintervall der Behandlungsdifferenz: -0,3 bis 0,0 Prozentpunkte).

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Differenz zwischen beiden betrachteten Therapien oberhalb der Grenze -0,4% liegt. Die Nullhypothese konnte abgelehnt, und es kann von Nichtunterlegenheit ausgegangen werden.

Standardtherapie höchstens eine klinisch vertretbare Effektivitätslücke aufweist und damit nicht wesentlich schlechter ist als die Standardbehandlung. Es ist also irrelevant, ob die neue Therapie möglicherweise sogar besser als die etablierte Therapie ist.

Das Hypothesenpaar lässt sich wie folgt definieren:

H_0^N : Die neue Therapie ist nicht nichtunterlegen gegenüber der Kontrolle.

H_1^N : Die neue Therapie ist nichtunterlegen gegenüber der Kontrolle.

Auch in Nichtunterlegenheitsstudien basiert die Überlegung auf einem Mindestniveau an Effektivität, das die neue Therapie gegenüber der Standardtherapie

erfüllen muss. Dieses Mindestniveau entspricht der unteren Grenzen des Äquivalenzbereichs $-\epsilon_1$. Im Gegensatz zur Äquivalenz wird jedoch keine obere Grenze definiert. Unter der Nullhypothese wird also getestet, ob der Therapieunterschied kleiner ist als der mindestvertretbare Unterschied.

$$H_0^N: K - T \leq -\epsilon_1$$

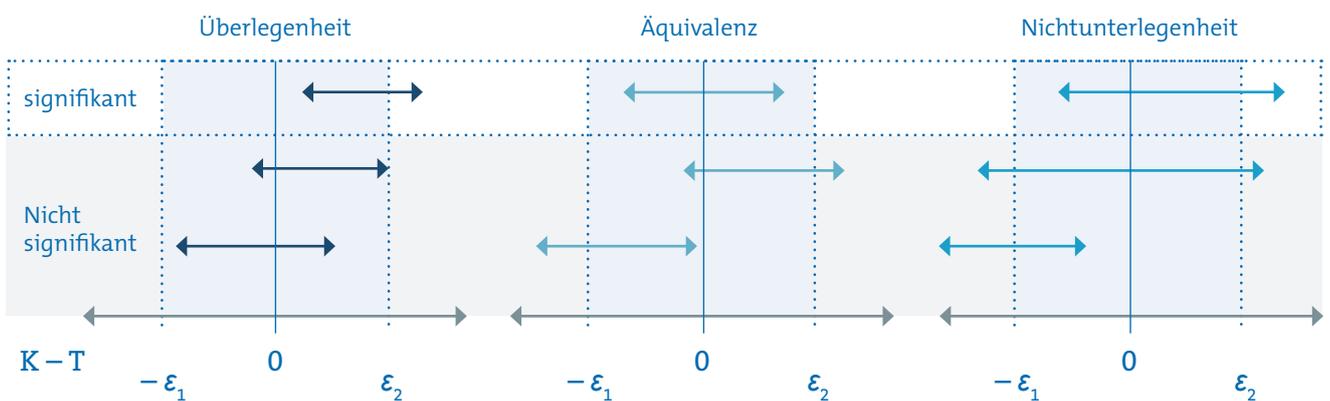
Für Nichtunterlegenheit muss der Unterschied zwischen Kontroll- und Therapiegruppe demnach mindestens größer sein als die untere Grenze $-\epsilon_1$ (vgl. Abbildung 1).

$$H_1^N: K - T > -\epsilon_1$$

Dabei stellt Nichtunterlegenheit lediglich eine Modifikation des Äquivalenzproblems dar. Denn: Die Äquivalenzhypothesen können zu Nichtunterlegenheitshypo-



ABBILDUNG 2:
TESTENTSCHEIDUNG MIT KONFIDENZINTERVALLEN, WENN EINE POSITIVE DIFFERENZ
ZWISCHEN KONTROLL- UND THERAPIEGRUPPE EINE HÖHERE WIRKSAMKEIT DER NEUEN
THERAPIE BEDEUTET



Die Pfeile bezeichnen die Länge des Konfidenzintervalls.

thesen umgewandelt werden, wenn ϵ_2 unendlich groß gewählt wird. Daher wird Nichtunterlegenheit auch häufig als einseitige Äquivalenz bezeichnet.

BESONDERHEITEN VON ÄQUIVALENZ UND NICHTUNTERLEGENHEIT

In Studien, die die Überlegenheit einer neuen Therapie gegenüber einem Placebo ermitteln, können herkömmliche zweiseitige statistische Tests zur Anwendung kommen. Eine Testentscheidung kann dann mittels p-Wert und Konfidenzintervall getroffen werden.

Eine Testentscheidung in Äquivalenz- und Nichtunterlegenheitsstudien ist wiederum etwas kniffliger. Falsch wäre es nämlich anzunehmen, dass Äquivalenz gegeben ist, wenn die Nullhypothese der zweiseiti-

gen Überlegenheitshypothese nicht abgelehnt werden kann (5). Zur Erinnerung: Die Nullhypothese des Überlegenheitsproblems lautet: $H_0^U: K - T = 0$. Wenn ein Überlegenheitsproblem also nicht signifikant ist (die Nullhypothese nicht abgelehnt wird), heißt es nicht, dass Gleichwertigkeit zwischen Therapie und Kontrolle angenommen werden kann.

Für die Testentscheidung bei Äquivalenz- und Nichtunterlegenheitsstudien sollte auf das Konfidenzintervall zurückgegriffen werden. Zwar gibt es auch geeignete Tests, diese sind aber deutlich komplizierter als herkömmliche. Das Testverfahren anhand von Konfidenzintervallen ist in *Abbildung 2* veranschaulicht.

Bei Überlegenheitsstudien ist eine Therapie überlegen, wenn das Konfidenzintervall der Differenz

zwischen Kontroll- und Therapiegruppe größer als 0 ist (Zeile 1 in *Abbildung 2*), also nicht die 0 umschließt. Umschließt das Konfidenzintervall die 0, kann die Nullhypothese nicht verworfen werden (Zeile 2 und 3 in *Abbildung 2*).

Für Äquivalenzstudien gilt: Wenn das Konfidenzintervall vollständig innerhalb des Bereichs $[-\epsilon_1, \epsilon_2]$ liegt (wie in Zeile 1 von *Abbildung 2*), dann kann die Nullhypothese verworfen und Äquivalenz angenommen werden. Liegt das Konfidenzintervall zum Teil oder ganz außerhalb des Äquivalenzbereichs (Zeile 2 und 3 in *Abbildung 2*), kann die Nullhypothese nicht abgelehnt und Äquivalenz nicht gefolgert werden.

Bei Nichtunterlegenheitsstudien kann die Nullhypothese verworfen werden, wenn das Konfidenzintervall vollständig über dem Wert $-\epsilon_1$ liegt (Zeile 1 in *Abbildung 2*). Dann spricht man von Nichtunterlegenheit. Umschließt das Konfidenzintervall $-\epsilon_1$ oder liegt darunter, dann kann die Nullhypothese nicht verworfen werden (Zeile 2 und 3 in *Abbildung 2*).

Fatal wäre es auch, die gleichen Verfahren für alle drei Arten von Studien zu verwenden, um die erforderliche Anzahl an Studienteilnehmenden zu ermitteln. Da sich die statistischen Tests unterscheiden, sind auch die Planungsverfahren unterschiedlich. Für Nichtunterlegenheits- und Äquivalenzstudien sind in der Regel höhere Stichprobenumfänge erforderlich als für Überlegenheitsstudien.

Der Bereich, in dem Äquivalenz oder Nichtunterlegenheit angenommen werden kann, ist zudem entscheidend für die richtige Interpretation von Studienergebnissen. Um Verzerrungen zu verhindern,

muss dieser Bereich unbedingt vor der Datenanalyse spezifiziert werden. Denn es können nachträglich immer Bereichsgrenzen gewählt werden, die Äquivalenz und Nichtunterlegenheit beweisen (6). Außerdem sollte die Wahl dieser Grenzen ausreichend klinisch begründet sein, damit die Studienergebnisse aussagekräftig sind.

FAZIT

Die Wahl der Vergleichsgruppe hängt eng mit der Fragestellung zusammen, die eine klinische Studie beantworten möchte. Während Placebo-kontrollierte Studien Fragen der Überlegenheit adressieren, sind Äquivalenz und Nichtunterlegenheit häufiger bei aktiv kontrollierten Studien relevant. Äquivalenz und Nichtunterlegenheit sind jedoch häufig komplexer und schwieriger zu verstehen als Überlegenheit.

Um Studienergebnisse richtig einordnen zu können, ist es wichtig, die Unterschiede in den Hypothesen, in der statistischen Analyse und der Interpretation der Ergebnisse zwischen den verschiedenen Studienarten zu kennen. Insbesondere bei Äquivalenz- und Nichtunterlegenheitsstudien ist es wichtig zu wissen, dass Testentscheidungen vorrangig mithilfe von Konfidenzintervallen getroffen werden bzw. geeignete statistische Tests zur Anwendung kommen müssen. Darüber hinaus hängt die erforderliche Anzahl an Studienteilnehmenden davon ab, welche Hypothese untersucht wird, und eine Studie ist lediglich dann aussagekräftig, wenn die Grenzen der Nichtunterlegenheit und Äquivalenz vor der Studiendurchführung spezifiziert und ausreichend begründet sind.

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

Erklärung über die Nutzung von KI

Während der Vorbereitung dieses Artikels kamen eine lokal gehostete Version von Llama 3.3 70B Instruct und Llama 3.1 SauerkrautLM 70B Instruct zum Korrekturlesen und zur Textoptimierung zur Anwendung. Nach der Nutzung dieses Tools überprüfte die Autorin den Inhalt und redigierte ihn nach Bedarf. Sie übernimmt die volle Verantwortung für den Inhalt des veröffentlichten Artikels.



MAXI SCHULZ

Institut für Medizinische Statistik,
Universitätsmedizin Göttingen,
Humboldtallee 32, 37073 Göttingen
maxi.schulz@med.uni-goettingen.de

Literatur

1. Rodbard HW, Lingvay I, Reed J, La Rosa R de, Rose L, Sugimoto D et al. Semaglutide Added to Basal Insulin in Type 2 Diabetes (SUSTAIN 5): A Randomized, Controlled Trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2018; 103(6):2291–301.
2. Dunnett CW, Gent M. An alternative to the use of two-sided tests in clinical trials. *Stat Med* 1996; 15(16):1729–38.
3. Christofides EA, Puente O, Norwood P, Denham D, Maheshwari H, Lillestol M et al. Immunogenicity, efficacy, and safety of biosimilar insulin glargine (Gan & Lee glargine) compared with originator insulin glargine (Lantus®) in patients with type 2 diabetes after 26 weeks' treatment: A randomized open label study. *Diabetes Obes Metab* 2024; 26(6):2412–21.
4. Pratley R, Amod A, Hoff ST, Kadowaki T, Lingvay I, Nauck M et al. Oral semaglutide versus subcutaneous liraglutide and placebo in type 2 diabetes (PIONEER 4): a randomised, double-blind, phase 3a trial. *Lancet* 2019; 394(10192):39–50.
5. Wellek S, Blettner M. Establishing equivalence or non-inferiority in clinical trials: part 20 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(41):674–9.
6. Committee for Proprietary Medicinal Products. Points to consider on switching between superiority and non-inferiority. *Br J Clin Pharmacol* 2001; 52(3):223–8.

Weitere Quellen

- Kishore K, Mahajan R. Understanding Superiority, Noninferiority, and Equivalence for Clinical Trials. *Indian Dermatol Online J* 2020; 11(6):890–4.
- Hilgers R-D, Bauer P, Scheiber V. Einführung in die medizinische Statistik. Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio: Springer; 2003. (Statistik und ihre Anwendungen).
 - Wiens BL. Choosing an equivalence limit for noninferiority or equivalence studies. *Control Clin Trials* 2002; 23(1):2–14.
 - Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG, Pocock SJ, Evans SJW. Reporting of noninferiority and equivalence randomized trials: an extension of the CONSORT statement. *JAMA* 2006; 295(10):1152–60.
 - Wellek S. Testing statistical hypotheses of equivalence. Boca Raton, Fla.: Chapman & Hall/CRC; 2003. Available from: URL: <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0646/2002031307-d.html>.
- D'Agostino RB, Massaro JM, Sullivan LM. Non-inferiority trials: design concepts and issues - the encounters of academic consultants in statistics. *Stat Med* 2003; 22(2):169–86.





Leserbrief

Zu "Mind the science" – Kolumne von Dr. Christine Löber, KVH-Journal 7-8/2025, S. 23

Das ist nur ein möglicher Blick auf die Welt

Sicher kann man viel Kritisches über den amerikanischen Gesundheitsminister sagen, und auch ansonsten kann ich Ihnen in einigen Punkten zustimmen. Bezüglich der "allwissenden Pseudowissenschaften" hätte ich mir allerdings mehr Differenziertheit gewünscht. Wer keine transzendenten Erfahrungen kennt, schätzt die Spiritualität nicht.

Der wissenschaftliche Blick ist nur ein Blick auf die Welt. Es gibt Gründe dafür, warum Menschen die Homöopathie schätzen oder zu Anti-Vaxxern werden. Denn es gibt beispielsweise Impfschäden, die dann bedeuten, dass Eltern zu Pflegekräften werden (Darstellung eines Fallbeispiels im GEO 3/2019).

Das sind sicher tragische Einzelfälle, dennoch haben diese Menschen keine Lobby und erleben sich als nicht ernst genommen – oft sogar im Gegenteil – und von unserer wissenschaftlichen Sicht auf die Welt mit Arroganz behandelt.

Diese Menschen fallen durch die sozialen Raster und erleben sich allein gelassen, suchen dann andere Wege der Heilung, insbesondere dann, wenn sie einen gesundheitlichen Schaden durch die moderne, wissenschaftliche Medizin erlitten haben. Wir sollten uns die Mühe machen, nicht nur Science zu kommunizieren, sondern auch uns bemühen zu verstehen, aus welchen Gründen jemand andere Methoden schätzt.

Ansonsten tragen wir lediglich zu einer weiteren Spaltung der Gesellschaft bei und erheben uns in wissenschaftlicher Anmaßung über andere.

Dipl.-Psych. Kristin Weigel,
Psychologische Psychotherapeutin
in Bahrenfeld

KVH

Antibiotika
Prüfverfahren
Hilfsmittel

Regress

Rezepte

Sprechstundenbedarf

Wirtschaftlichkeitsgebot

Pharmakotherapieberatung

Schutzimpfungen

Cannabis-Verordnung

Arzneimittel

Aut idem

Richtlinien

Heilmittel

Off-Label-Verordnung

Verbandmittel

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 Arzneimittel-daten zu Ihrem persönlichen Verordnungs-verhalten, sondern zu allen Grundsatzfragen des Verordnungsmanagements.

Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoff-vereinbarung“, „Wirtschaftlichkeitsgebot“ und „gute Versorgung“ in Einklang.

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

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



Darf man seine Praxis an einen Investor verkaufen?

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

Eine der schönsten Seiten am Kolumnenschreiben sind die sich daraus ergebenden Gespräche mit Kollegen. Man bekommt zustimmende und ablehnende E-Mails, wird angerufen oder findet sich in anregenden Diskussionen wieder – zum Beispiel über den Praxisverkauf.

Ziemlich oft wurde ich schon nach meiner Meinung gefragt, ob es moralisch in Ordnung sei, die eigene Praxis an einen Investor oder eine Klinikette zu verkaufen.

Denn bekanntlich finde ich es nicht gut, dass immer mehr inha-bergeführte Praxen in den Besitz

Honorarsituation. Deutschland gibt lieber Geld für 100 Krankenkassen aus, als seine Ärzte vernünftig zu bezahlen. Das Investitionsklima ist inzwischen so nachhaltig ruiniert, dass sogar gut gehende Praxen Schwierigkeiten bei der Nachfolge haben.

Die Politik weiß das und sie will offensichtlich nichts daran ändern. Stattdessen erzählt sie lieber das Märchen, junge Ärzte würden sich so sehr um ihre Work-Life-Balance kümmern, dass sie eine Anstellung vorziehen. So als ob ein Angestelltenjob in der ambulanten Medizin das reine Zuckerschlecken sei.

selbst in der größten Krise ein „Wert an sich“. Die Mehrheit der alten und erfahrenen Kollegen würde daher – genau wie auch ich – immer wieder die selbständige Praxis bevorzugen.

Wie schön wäre es erst und wie würde es die Motivation steigern, wenn das auch noch gerecht bezahlt würde. Man könnte sich vor potentiellen Praxiskäufern kaum retten.

Aber die Politik will das nicht. Stattdessen präferiert sie das Eindringen von Klinikkonzernen und Investoren in den ambulanten Bereich.

Warum also sollte ein verkaufswilliger Arzt die niedrigen Honorare der letzten Jahre auch noch mit einem niedrigen Kaufpreis krönen?

Die Industrialisierung der Medizin kann man nur politisch bekämpfen, durchaus auch im Kleinen, zum Beispiel im Gespräch mit seinen Patienten.

Was nicht funktioniert, ist die Kompensation der politisch gewollten Misere durch einen Akt des massiven Altruismus am Ende seines Berufslebens. Zumal der Erfolg noch nicht einmal sicher wäre. Wer seine Praxis günstiger verkauft in der Hoffnung, dass die Nachfolger diese in seinem Sinne fortführen, kann heftige Enttäuschungen erleben. Nicht einmal bei den eigenen Kindern wäre das garantiert – erst recht nicht bei fremden Dritten. Es kann ja passieren, dass sich der Nachfolger, von

Selbst der Kaufpreis muss oft eingeklagt werden, während man schon beim Gegner dieser Klage angestellt ist.

von Kapitalgesellschaften überführt werden. Ich glaube, dass durch die Industrialisierung der Medizin der Schaden, den die Bürokratie am Gesundheitswesen angerichtet hat, noch einmal potenziert wird.

Trotzdem kann ich nichts Verwerfliches daran finden, seine Praxis an einen Investor oder einen Konzern zu verkaufen. Oft findet man ja gar keine anderen Nachfolger, oder der angebotene Preis ist viel schlechter als das Angebot eines Investors.

Der Grund für dieses Problem ist seit Jahren bekannt – die miserable

Natürlich kann man als angestellter Arzt eine Krankheit eher auskurieren als ein Selbständiger. Man ist auch weniger direkt mit Bürokratie beschäftigt. Auch um die Personaleinstellungen muss man sich nicht kümmern. Aber hier wird schon ein Nachteil der Anstellung deutlich. Man kann auch nicht entscheiden, mit wem man zusammen den Praxisalltag erlebt.

Natürlich arbeiten Selbstständige oft „selbst und ständig“, aber sie entscheiden auch selbst, wann und wieviel und mit wem. Und das ist

dem man sich so viel versprochen hat, als gierig oder fachlich weniger kompetent erweist als gedacht. Auch die Behandlung des eigenen Personals entspricht möglicherweise nicht dem, was sich der Praxis-Abgeber erhoffte. Wenn die Praxisphilosophie erodiert, weil schon kurz nach dem Ausstieg die ersten MFA flüchten, kann man eigentlich auch gleich an einen Investor verkaufen. Allein um solche Enttäuschungen zu vermeiden, sollte man beim Praxis-Verkauf seine Interessen nicht vergessen.

Zumal bei einem Verkauf an einen Investor auch nicht der Weltuntergang droht. Viele Kollegen arbeiten ja gern als angestellte Ärzte und machen gute Arbeit, zumal diejenigen, die zuvor in eigener Praxis gearbeitet haben.

Moralisch gibt es also keinen wirklich guten Grund, auf einen Verkauf an einen Investor zu verzichten. Man sollte aber bedenken, dass man selbst noch drei Jahre bei dem Konzern oder dem Investor als Angestellter arbeiten muss. Das ist nicht nur eine gesetzliche Regelung, sondern auch für den Käufer von Vorteil. Er kauft nicht nur die Patientenbindung, sondern auch das Know-how und die Arbeitseinstellung des ehemals Selbstständigen mit ein.

Viele Kollegen, die ihre Praxis verkauften, sind mit ihrer angestellten

Tätigkeit zufrieden, aber bei Weitem nicht alle. Einige erleben die Nachteile der Nicht-Selbstständigkeit als sehr belastend und wissen erst im Nachhinein, was sie an der Selbstständigkeit hatten. Sie klagen über unmotivierte Medizinische Fachangestellte, bürokratisierte Abläufe und immer häufiger auch über echte Zumutungen.

Statt wie versprochen seine alten Patienten weiter zu behandeln, wird der Arzt zum Beispiel als Heimarzt eingesetzt, weil dies lukrativer sei als eine normale Sprechstunde. So haben sich viele ihre letzten Berufsjahre auch nicht vorgestellt. Andere quälen sich damit, dass der Anschluss an eine Klinik bedeuten kann, dass Empfehlungen für Operationen und Operateure nicht mehr ganz so frei ausgesprochen werden dürfen.

Und neuerdings – die Leser Hamburger Zeitungen wissen es – gibt es immer häufiger noch ein anderes Problem. Es ist nämlich gar nicht so sicher, dass das vereinbarte Gehalt auch zuverlässig gezahlt wird. Immer häufiger müssen Kollegen um ihr Gehalt prozessieren, weil der Investor in finanzielle Schwierigkeiten geraten ist. Selbst der Kaufpreis muss oft eingeklagt werden, während man schon beim Gegner dieser Klage angestellt ist.

Denn immer häufiger geraten Investoren in wirtschaftliche Schieflage – die Folge ihrer Hybris. Viele forsche Investoren glauben die Lüge, dass die Einnahmen in der ambulanten Medizin schon völlig ausreichend sind und es nur einer besseren wirtschaftlichen Führung bedürfe, um Praxen profitabel werden zu lassen.

Dabei haben die meisten Ärzte ihre Praxisabläufe in den letzten Jahren immer mehr optimiert und mit einer gehörigen Portion Selbstausbeutung ergänzt. Viel mehr lässt sich aus einer Praxis nicht herausholen. Der Umsatz reicht keineswegs für ein zusätzliches Geschäftsführergehalt und eine ordentliche Profitmarge. Mich wundern die Probleme vieler Investoren daher nicht.

Deshalb muss sich ein Praxisverkäufer zwar keine moralischen Sorgen machen, wenn er an einen Investor verkauft, aber einige finanzielle. Mein persönlicher Praxistipp: Geben Sie das Kommando erst aus der Hand, wenn der Kaufpreis auf einem Notar-Anderkonto eingezahlt ist. ■

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Katja Anamelechi**
Stv. Mitglied im beratenden Fachausschuss für Angestellte Ärzte
und Psychotherapeuten

Name: **Dr. Katja Anamelechi**

Geburtsdatum: **25.08.1977**

Familienstand: **verheiratet, 2 Kinder**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **Leitende angestellte Ärztin in der Praxis Family Care Ruckteschellweg**

Hobbys: **Mich körperlich und geistig fit halten, um meinen herausfordernden Beruf langfristig ausüben zu können und mir selbst und meiner Familie gerecht zu bleiben; Reisen, Philosophie, Bücher, Filme**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ursprünglich hatte ich die FA-Weiterbildung für Pneumologie angestrebt. Durch glückliche Umstände konnte ich dann in die Allgemeinmedizin wechseln. Die gute Vereinbarkeit der Arbeitszeiten mit meinem Privatleben schätze ich sehr. Ich würde immer wieder die Anstellung wählen.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Erst mal Basiskenntnisse über die Arbeit der KV sowie Einblicke in die Berufspolitik erwerben. Die Strukturen im Gesundheitswesen besser verstehen und durch meine Mitarbeit im Fachausschuss die Position der angestellten Ärzte stärken.

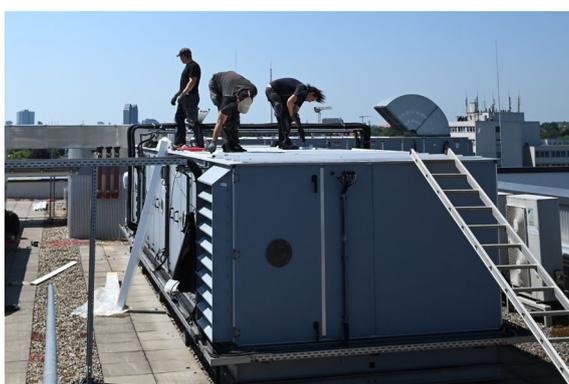
Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Ich habe den Eindruck gewonnen, dass man in der Berufspolitik über viel Geduld, Hartnäckigkeit und einen langen Atem verfügen muss. Auch zukünftig kann ich mir vorstellen, mich im Fachausschuss für die Rechte der angestellten Ärzte zu engagieren.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Es gibt wohl keine Fachrichtung, die einen breiteren Einblick in die Medizin erlaubt, als die Allgemeinmedizin. Die Vielfalt der Probleme, mit denen die Patienten zu uns kommen, ist groß. Das macht mir Freude, da jeder Tag eine Herausforderung darstellt und wir täglich als Praxisteam gemeinsam ein hohes Patientenaufkommen stemmen. Es ist oft nicht nur mein medizinisches Wissen gefragt, sondern auch meine Lebenskompetenzen im Allgemeinen. Sorge machen mir die Verhältnisse in den Pflegeheimen, die ich durch wöchentliche Visiten mitbetreue (Pflegerotstand). Von meinen Patienten würde ich mir wünschen, dass sie mehr Verständnis für die Notwendigkeit der Primärprävention von Krankheiten bekommen. Das fängt meines Erachtens schon in der Schule und im Elternhaus an.

Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Eigener Garten, noch viele Reisen unternehmen.



Nachhaltige Energie: Photovoltaikanlage auf dem Dach der KV



Im Sommer 2025 wurde auf dem Dach des KV-Gebäudes eine Photovoltaikanlage installiert. Sie hat eine Leistung von 76 kWp und produziert jährlich rund 60.000 Kilowattstunden Strom – genug, um ca. 17 Einfamilienhäuser vollständig mit Strom zu versorgen.

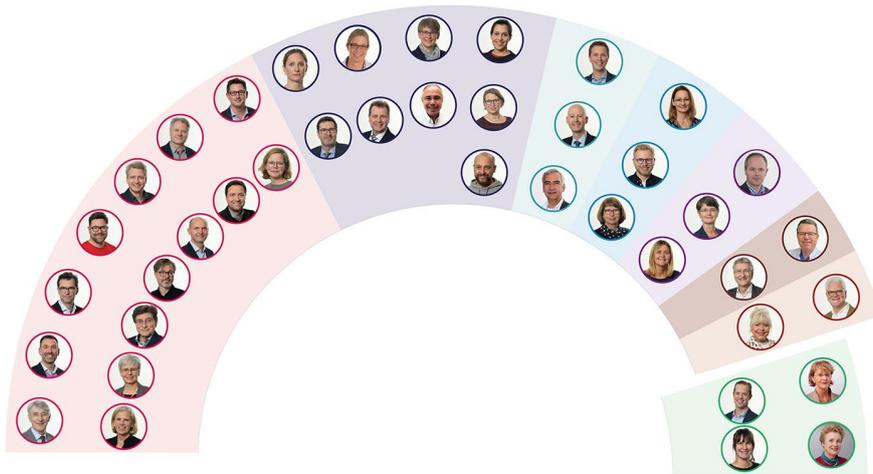
Die Anlage deckt durchschnittlich sieben Prozent des täglichen Strombedarfs des KV-Gebäudes. Die Investitionskosten werden sich voraussichtlich in knapp zehn Jahren amortisiert haben.

Die Initiative für die Anschaffung der Photovoltaikanlage kam aus der Abteilung Gebäudemanagement. Der KV-Vorstand und die Spitzen der Selbstverwaltung unterstützten das Vorhaben. ■

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 15. Oktober 2025 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS 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



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Gewaltprävention (online)

Mo. 8.9.2025 (15 - 18.30 Uhr)

Teilnahmegebühr 119€

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ausbildung QMB (online, dreitägig)

Di. 9.9.2025 (9 - 14 Uhr)

Do. 18.9.2025 (9 - 14 Uhr)

Do. 2.10.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr: 329 €

Hygiene in der Arztpraxis (online)

Do. 11.9.2025 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Schutzkonzepte in medizinischen Einrichtungen (online)

Di. 30.9.2025 (15 - 18.30 Uhr)

Teilnahmegebühr: 119 €

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Datenschutz Basisseminar (Präsenz)

Di. 7.10.2025 (9.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr 149€

12 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartner:

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

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



Oder
über den
QR-Code

DIE NEUE SPRECHSTUNDEN-BEDARFSVEREINBARUNG

Workshops für Praxisteams

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

Mi. 24.9.2025 (15 - 17 Uhr) Online
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

JEWEIFS 3 FORTBILDUNGSPUNKTE

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



Oder über den QR-Code

WINTERHÜDER QUALITÄTSZIRKEL

Bewegung – der perfekte Stressabbau

Couch vs. Sport – der große Unterschied

Mi. 17.9.2025 (18 - 22 Uhr)

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

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-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

Aktuelle Infos:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Ansprechpartnerin:

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

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2025!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

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

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

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

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Information und Austausch in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



Mi. 10.9.2025 (13 - 18 Uhr)

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

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

Oder über den QR-Code

Wir freuen uns auf Sie!

KVH



Kurze Info gefällig?

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

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

 **040 22 802 802**

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