

# KVH journal



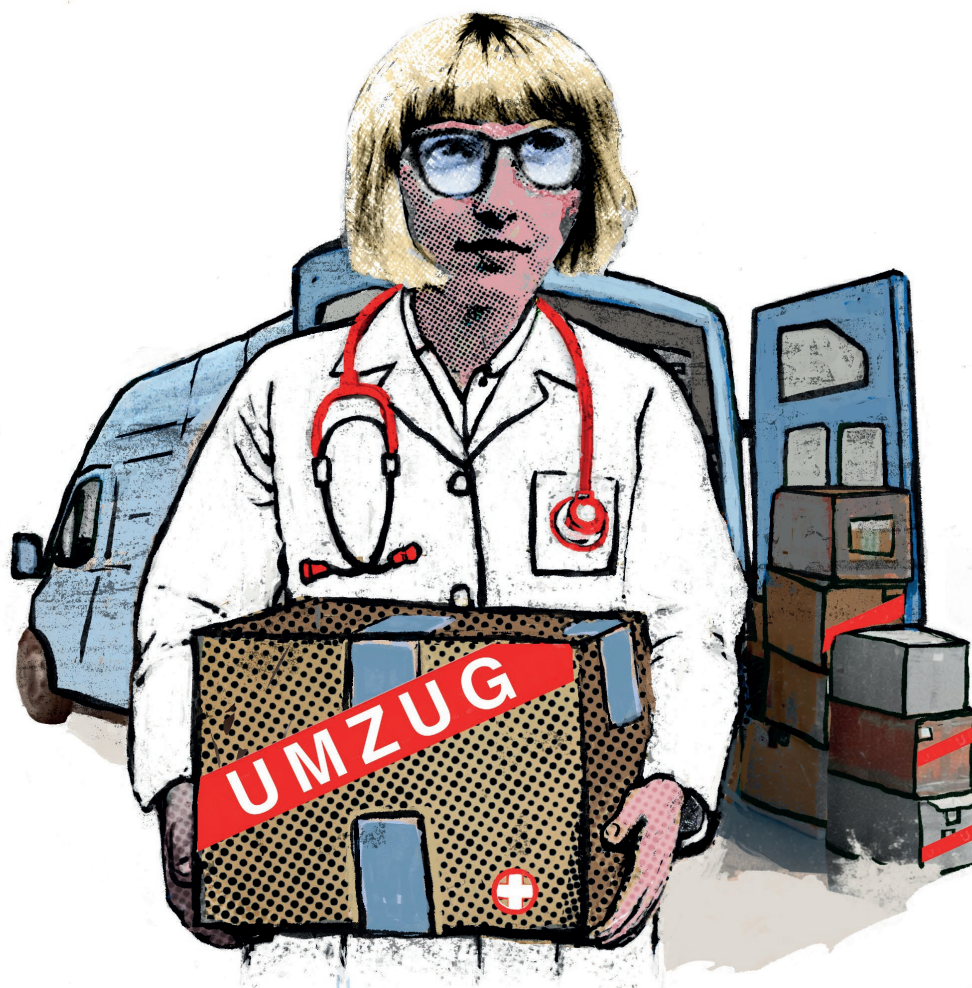
ePAPER

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

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

## WOHIN?

*Warum es schwierig ist,  
geeignete Praxisräume zu finden*



### ABRECHNUNG

*Versorgungspauschale für Chroniker*

### WISSENSINFRASTUKTUR

*Alternativen zur US-Datenbank PubMed*

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.

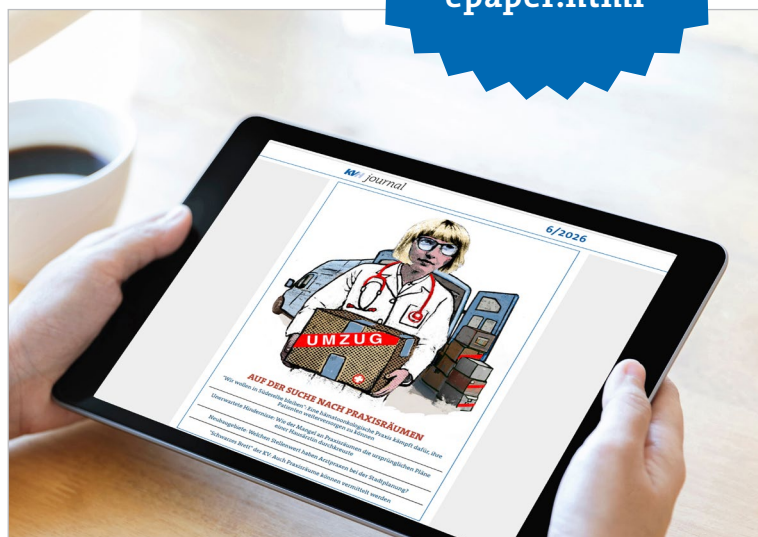
VISDP: John Afful

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 6/2026 (Juni 2026)



## 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.



[www.blauer-engel.de/uz195](http://www.blauer-engel.de/uz195)

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Rund 2,7 Milliarden Euro sollen der ambulanten Versorgung im kommenden Jahr entzogen werden – bei gleichzeitig unverändertem, im Notfallbereich sogar ausgeweitetem Leistungsversprechen. Das kann nicht funktionieren.

Der Entwurf des Notfallgesetzes sieht vor, dass die Patientinnen und Patienten über die 116117 bevorzugt in die ambulante Regelversorgung gesteuert werden. Doch die im GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz geplanten Sparmaßnahmen werden zwangsläufig einen massiven Abbau der Versorgungsstrukturen nach sich ziehen. Es wird nicht genug Termine geben, die für die Vermittlung über die 116117 zur Verfügung stehen.

Auch für Telemedizin, Integrierte Notfallzentren und den fahrenden Notdienst braucht es genug personelle Ressourcen und gut ausgebaute Strukturen. Es war ja immer das Ziel, das System wirtschaftlicher und durch stringente Steuerung effektiver zu machen. Doch wer die ambulanten Strukturen kaputtspart, verschiebt die Patientinnen und Patienten in die deutlich teureren Krankenhausstrukturen.

Gerade im Notfallbereich zeigt sich die Widersprüchlichkeit der geplanten Gesetzgebung besonders deutlich. Eine nachhaltige Reform müsste ganz andere Schwerpunkte setzen: Sie müsste die ambulanten Strukturen stärken und gezielt ausbauen. Wer Patientinnen und Patienten frühzeitig in die richtige Versorgungsebene lenkt, vermeidet Fehlinanspruchnahmen und stabilisiert das Gesamtsystem. Nur so lassen sich Qualität, Wirtschaftlichkeit und Zugänglichkeit der Versorgung langfristig sichern.

**Ihre Caroline Roos,**  
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

---

### KONTAKT

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

**Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)**



**SCHWERPUNKT**

- 06** \_ "Absurdistan" im Gesundheitswesen: Eine hämatoonkologische Praxis sucht Räume in Süderelbe
- 10** \_ Unerwartete Hindernisse: Wie der Mangel an Praxisräumen die ursprünglichen Pläne einer Hausärztin durchkreuzte
- 13** \_ Neubaugebiete: Welchen Stellenwert haben Arztpraxen bei der Stadtplanung?
- 15** \_ Schwarzes Brett der KV: Auch Praxisräume können vermittelt werden

**WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE**

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

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 16\_** Fragen und Antworten
- 18\_** Hausärzte: Abrechnung der neuen Versorgungspauschale für Chroniker
- 20\_** KBV-Praxisinfo: Bescheinigung eines erkrankten Kindes

**ARZNEIMITTEL**

- 21\_** Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

**SELBSTVERWALTUNG**

- 29\_** Steckbrief:  
Michael Wagner

**NETZWERK  
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 22\_** Warum Europa eine medizinische Literaturdatenbank braucht

**RUBRIKEN**

- 02\_** Impressum
- 03\_** Editorial

**KOLUMNE**

- 26\_** "Ärzte – die Leistungsträger und Stabilitätsanker im Gesundheitswesen" – von Dr. Matthias Soyka

**TERMINKALENDER**

- 30\_** Termine und geplante Veranstaltungen

**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Eléonore Roedel  
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7: Anna Mutter; Seite 9: tish11/Stock.Adobe.com; Seite 11: Michael Zapf; Seite 13: IBA Hamburg; Seite 14: IBA Hamburg/Bente Stachowske; Seite 19: Robert Kneschke/Stock.Adobe.com; Seite 25: ZB MED/Eric Lichtenscheidt; Seite 30: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON DR. BIRTE ANDRITZKY-LAACK UND PROF. DR. ECKART LAACK

# »Absurdistan« im Gesundheits- wesen

Eine hämatoonkologische Praxis wird von ihrem Standort verdrängt. Die Inhaber wollen ihre Patienten keinesfalls im Stich lassen – doch der Mangel an Praxisräumen und widrige Rahmenbedingungen bringen das Vorhaben fast zum Scheitern. Könnte man es den Ärztinnen und Ärzten nicht leichter machen, dort zu arbeiten, wo sie wirklich gebraucht werden?



**D**ie Kündigung unserer Praxisräume in Süderelbe aufgrund von Eigenbedarf kam für uns völlig unerwartet und überraschend. Wir waren seit über einem Jahrzehnt als Mieter gern gesehener Kooperationspartner und Einweiser auf dem Gelände eines privaten Krankenhausträgers. Am letzten Werktag vor Silvester 2023 standen plötzlich zwei Verwaltungsangestellte des Krankenhauses vor uns – mitten im Praxisbetrieb, einige Meter weiter

sprachen gerade Patienten mit Mitgliedern unseres Teams. Wir nahmen das Kündigungsschreiben entgegen, quittierten den Empfang. Und dann begann eine extrem belastende Zeit, die bis heute andauert.

Wir betreiben eine familiengeführte hämatologisch-onkologische Schwerpunktpraxis mit dem Hauptstandort Hamburg-Süderelbe und einer Nebenbetriebsstätte in Hamburg-Hoheluft. Am Hauptstandort Süderelbe behandeln wir pro Quar-

tal mehr als 1500 Patientinnen und Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen, der eigentliche Patientenstamm ist aber natürlich um ein Vielfaches höher.

Eine Sache stand für uns nach Erhalt der Kündigung sofort fest: Wir bleiben in Süderelbe und lassen unsere Patientinnen und Patienten nicht im Stich!

Am Silvestermorgen, zu Hause hatten wir schon Verwandte zu Besuch, begannen wir sofort mit



Dr. med. Birte Andritzky-Laack und Prof. Dr. med. Eckart Laack: "Was passiert mit den Patientinnen und Patienten, wenn wir nicht rechtzeitig passende Räumlichkeiten finden? Was passiert mit unserer Praxis und mit unserer privaten Existenz?"

der Recherche auf Immobilienportalen nach Praxis- und Büroräumlichkeiten, setzten uns ins Auto und fuhren durch die Süderelberegion auf der Suche nach geeigneten Immobilien. Wir hatten ein Jahr Zeit, neue Räumlichkeiten zu finden. Wie sich später herausstellte, war dies ein viel zu kurzer Zeitraum. Folgende Fragen stellten sich sofort: Was passiert mit den Patientinnen und Patienten sowie mit unserer Praxis und unserer

privaten Existenz, wenn wir nicht rechtzeitig passenden Räumlichkeiten finden? Wann unterrichten wir die Mitarbeiterinnen von der Kündigung, wann die Patientinnen und Patienten? Wie verhindern wir, dass zu früh Unruhe und Unsicherheit ausbricht?

In den ersten Wochen und Monaten des neuen Jahres 2024 besichtigten wir mehr als 30 Immobilien und zeichneten stundenlang nötige Umbaumaßnah-

men in Grundrisse ein. Die Makler sagten uns gleich zu Beginn: Wenn Sie eine ehemalige Bürofläche beziehen, benötigen Sie eine Nutzungsänderungsgenehmigung von Büro zu Praxis – und das kann viele Monate dauern. Für einen Praxisbetrieb gibt es spezifische Anforderungen, die oftmals größere Umbaumaßnahmen erforderlich machen: Zugangsbereich und Türen müssen behindertengerecht sein. Man benötigt einen Aufzug

mit bestimmter Mindestgröße. Es müssen getrennte Toiletten für Personal und für Patienten eingebaut werden. Ein umfassender Brandschutz muss gewährleistet sein. Nicht alle Büroflächen können mit vertretbarem Aufwand zu einer Praxis umgebaut werden.

Für unseren Fachbereich kommt noch erschwerend hinzu, dass wir große Räume für die Therapiestühle benötigen. Daraus ergibt sich eine benötigte Praxisfläche von mindestens 400 qm.

Die Anzahl der infrage kommenden Räumlichkeiten dezimierte sich in atemberaubendem Tempo. Einmal gab es gar keinen Aufzug, ein anderes Mal war der Aufzug zu klein, häufig waren die Größe und die Raumaufteilungsmöglichkeiten

lichkeiten wären für unsere Patienten nicht erreichbar gewesen.

Wir nahmen Kontakt zum zuständigen Bezirksamt auf, wo wir mit engagierten Mitarbeiterinnen zu tun hatten, die immerhin versuchten, uns zu helfen.

Die Stadt bot uns sogar den Kauf einer Fläche an, auf der wir selbst ein Ärztehaus hätten errichten können. Wir hatten aber nur ein Jahr Zeit, bis wir die Räume in der Klinik verlassen mussten. Und schnell etwas zu bauen – das ist in Deutschland unmöglich! Nicht mal die Bäume auf dem angebotenen Gelände hätte man fällen dürfen, damit hätte man bis Herbst warten müssen. Ein ganzes Haus hochziehen, wäre innerhalb der Frist, die uns von der Klinik für den Auszug

Hintergrund ist, dass die ärztlichen Leistungen von der Umsatzsteuer befreit sind. Daher kann der Vermieter nicht einfach die Umsatzsteuer auf die Miete ansetzen. Dies erschwert auch den Vorsteuerabzug für den Vermieter bei Investitionen. Um das auszugleichen, schrauben sie die Netto-Miete nach oben. Praxen müssen also häufig einen höheren Mietpreis bezahlen als umsatzsteuerpflichtige Unternehmen – und sind daher im Wettbewerb um die Anmietung von Gewerbeimmobilien oft im Nachteil.

Angesichts unserer schwierigen Lage versuchten wir noch einmal, mit der Klinikleitung zu verhandeln.

Unser Nachteil war, dass wir die letzten 15 Jahre eine der wenigen Konstanten auf dem Klinikgelände gewesen waren, wir in dieser Zeit aber mehr als zehn Klinikgeschäftsführer erleben durften, und kurz nach der Kündigung wechselten nun erneut Klinikgeschäftsführer und Regionalleitung des Klinikkonzerns. Diese wollten eine klinikeigene orthopädische Praxis auf das Klinikgelände verlegen und benötigten dafür Räumlichkeiten. Da wohl konzernintern keine Investitionsmittel zur Renovierung ungenutzter Flächen bewilligt wurden, wurde uns eben gekündigt. Das Schicksal von mehreren tausend Krebspatientinnen und -patienten in der Süderelbregion, die sehr gute Kooperation über fast 15 Jahre und die Existenzgefährdung für eine Familienpraxis spielten dabei keine Rolle.

Wir boten der Klinikleitung an, die Miete für zehn Jahre im Voraus zu zahlen, damit die Klinik von dem Geld ihre ungenutzte Fläche selbst für ihre orthopädische Praxis hätte

## Wir stellten schnell fest, dass Ärzte nicht zu den beliebtesten Mietern gehören. Immer wieder hörten wir, dass Ärzte "Steuerschädlinge" seien.

für eine onkologische Praxis mit vielen Therapiepatientinnen und -patienten komplett ungeeignet, am allerhäufigsten scheiterte es jedoch an den fehlenden Optionen der Einrichtung separater Sanitärbereiche.

Und auch die nähere Umgebung muss passen: Wir haben beispielsweise eine schöne Immobilie im Harburger Hafen besichtigt – doch davor verlief ein mit Pollern geschützter Fahrradweg. Kein Krankenwagen oder Taxi hätte hier halten können, um Patienten aussteigen zu lassen. Da war nichts zu machen: Die angebotenen Räum-

gesetzt wurde, auf keinen Fall zu schaffen gewesen.

Wir besichtigten einen Technikpark, in dem es viele freie Räumlichkeiten gab. Doch zum Ambiente der Tech-Firmen passte nicht, was mit dem Betrieb einer Krebs-Praxis einhergeht: Krankenwagen, viele Taxis, kahlköpfige Patientinnen und Patienten.

Wir stellten schnell fest, dass Ärztinnen und Ärzte auch sonst nicht zu den beliebtesten Mietern gehören. Immer wieder hörten wir den Satz, dass Ärzte „Steuerschädlinge“ seien.



"Wir wollen in Süderelbe bleiben – doch es wäre einfacher gewesen, über die Elbe nach Norden in die besser versorgten Stadtteile zu gehen."

umbauen können. Über Wochen wurden wir hingehalten, bis die Antwort kam: Das ist buchhalterisch nicht möglich. Immerhin wurde die Frist für den Auszug um ein halbes Jahr verlängert. Auch der lobenswerte Einsatz des KV-Vorsitzenden konnte die Klinik-Manager nicht umstimmen.

Einige der Patienten hatten mitbekommen, dass wir neue Räume suchten – und machten sich Sorgen. Die teils schwer kranken Menschen fürchteten, dass ihre Versorgung wegbrechen könnte. Die Zeit drängte bereits.

Wir entschieden uns daher, die schon seit einigen Jahren freistehenden Räumlichkeiten einer ehemaligen pneumologischen Praxis im Gesundheitszentrum Harburg befristet anzumieten. Die Räumlichkeiten sind viel zu klein und verwinkelt, viele Zimmer innenliegend und ohne Fenster – für eine hämato-onkologische Praxis gänzlich ungeeignet. Doch sie hatten einen entscheidenden Vorteil: Es musste keine Nutzungsänderungsgenehmigung eingeholt werden.

Wir haben das Husarenstück fertigbekommen, die Räume zu renovieren, den Umzug zu orga-

nisieren, die Praxis betriebsfertig zu machen – um wirklich auf den letzten Drücker dort Ende Juni 2025 einzuziehen. Wir mussten diese Zwischenlösung wählen, um die Versorgung unserer schwerkranken Patientinnen und Patienten nicht zu gefährden.

Parallel zum Umzug lief weiter die Suche nach einer geeigneten Fläche auf Hochtouren. Die Krönung dieser Geschichte war eigentlich noch, dass wir beim Zulassungsausschuss fristgerecht einen Antrag auf Genehmigung der Praxisverlegung stellen und eine Gebühr von 120 Euro zahlen mussten. Ordnung muss eben auch in Notsituationen sein.

Wir sind eigentlich hart im Nehmen und haben ein gutes Durchhaltevermögen. Aber der Druck durch die Doppel- und Dreifachbelastung war erheblich: Neben der Suche nach Räumlichkeiten mussten wir den Praxisbetrieb aufrechterhalten. Trotz schlafloser Nächte mussten wir weiterhin einen verantwortungsvollen Job machen, in Sekunden die Befunde der Patienten erfassen, ihnen Behandlungskonzepte anbieten. Wir tragen die Verantwortung für unsere 15 Angestellten, und wir haben eine Familie mit drei

Kindern – der Kleinste geht noch in die Grundschule. Er litt unter der Situation am meisten. Oft mussten wir ihn mitnehmen zu den Besichtigungen, wenn wir auf die Schnelle keine Kinderbetreuung organisieren konnten.

Der finanzielle Schaden, den wir aufgrund des Mangels an adäquaten Praxis-Immobilien in Süderelbe bisher erlitten haben, ist enorm. Schon auf dem Gelände der Klinik mussten wir im Verlauf der Jahre aufgrund von Klinik-Baumaßnahmen mehrfach umziehen – immer auf eigene Kosten. Handwerker, Umzugsunternehmen, da kamen Summen zusammen.

Für die Renovierung der Praxis, die wir jetzt als Zwischenlösung im Gesundheitszentrum Harburg nutzen, haben wir etwa 50.000 Euro ausgegeben.

Nun haben wir Räumlichkeiten im Harburger Hafen in Aussicht, in die wir dauerhaft einziehen wollen. Dort werden wir nochmals etwa 100.000 Euro für den Ausbau investieren müssen, um so den Mietpreis nicht exorbitant hoch starten zu lassen. Auch hier werden wir wieder einen Antrag auf Genehmigung der Praxisverlegung beim Zulassungsausschuss stellen müssen, und es wird eine Gebühr von 120 Euro fällig werden.

Es ist absurd, dass Investoren und private Klinikkonzerne derart massiv in das ärztliche System eingreifen können. Diese Akteure haben vor allem wirtschaftliche Interessen. Wir arbeiten hingegen selbstständig, sind dem ärztlichen Ethos und dem Gemeinwohl verpflichtet.

Die Bevölkerung und die Politik wünschen sich eine gute regionale

ärztliche Versorgung. Aber wenn eine Arztpraxis aufgrund von Klinikkonzerninteressen verdrängt wird und Praxisräume sucht, kommt sie in echte Not: Dann passen wir nicht ins Bild, bekommen es mit einer massiven Bürokratie zu tun und müssen als „Steuer-

Zumal auch die Fahrtkosten wesentlich steigen würden. Hier müssten die KV und der Zulassungsausschuss erheblich umsteuern.

Was den Mangel an Praxisräumen betrifft, so ist hier vor allem auch der Staat bzw. das Land und die Stadt gefragt. Es müssen Rah-

meinden teils geeignete Immobilien her, um sie günstig an Praxen zu vermieten.

● Bei den Planungen von Praxishäusern und Gesundheitszentren muss Berücksichtigung finden, dass einige Fachbereiche, wie z.B. die Hämatologie/Onkologie aber auch beispielsweise Dialysepraxen ausreichend große und erschwingliche Praxisräumlichkeiten benötigen.

Wir vermissen eine Diskussion darüber, wie den selbstständig tätigen Ärztinnen und Ärzten das Leben erleichtert werden könnte. Die ambulante Versorgung ist ein wichtiger Teil der sozialen Infrastruktur – und sowohl die Politik und die KV als auch die Patientinnen und Patienten haben ein großes Interesse daran, dass diese Struktur flächendeckend erhalten bleibt. Unsere Erfahrung ist: Wir wollen in Süderelbe bleiben – doch es wäre einfacher gewesen, über die Elbe nach Norden in die besser versorgten Stadtteile zu gehen. Unseren Patienten in Süderelbe die Treue zu halten, wurde uns wirklich nicht leicht gemacht.

Wir danken unseren ärztlichen Zuweiserinnen und Zuweisern, unseren Patientinnen und Patienten sowie unseren Mitarbeiterinnen für Ihre Treue in dieser schweren Zeit. ■

**DR. MED. BIRTE ANDRITZKY-LAACK UND PROF. DR. MED. ECKART LAACK** sind Fachärzte für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Hämatologie und Internistische Onkologie und Inhaber der Praxis „Hämatologie Hamburg, Prof. Laack und Partner“ in Süderelbe und Hoheluft.

## Bei Nutzungsänderungsgenehmigungen der Behörden muss es einen Fast Track geben, damit Praxen nicht monatelang auf eine Entscheidung warten müssen.

schädlinge“ höhere Mieten zahlen als jedes Büro, jedes Unternehmen und auch jedes MVZ. Das ist doch Absurdistan.

### Wie könnte die Situation verbessert werden?

Zunächst muss man feststellen: Wir haben hier in der Süderelberegion einen massiven Ärztemangel. Es fehlen Hausärzte, es fehlen Fachärzte. Es fehlt an allen Ecken und Enden. Die Situation ist hier katastrophal. Wir sind einem stetig steigendem Ansturm von Patientinnen und Patienten ausgesetzt.

Und wenn man immer wieder hört: „Hamburg ist ein Planungsbeereich“ – dann fehlen uns die Worte. Die südlich der Elbe gelegenen Stadtteile Hamburgs sind nur durch zwei Nadelöre – den Elbtunnel und die Elbbrücken – mit den nördlichen Stadtteilen verbunden. Verkehrstechnisch geht hier kaum noch etwas, und es ist Krebspatienten kaum zumutbar, für eine Behandlung regelmäßig über die Elbe zu fahren.

menbedingungen geschaffen werden, dass geeignete Räumlichkeiten zur Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Das bedeutet:

● Den Praxen dürfen keine Nachteile daraus entstehen, dass sie nicht umsatzsteuerpflichtig sind. Für dieses Problem muss dringend eine Lösung gefunden werden.

● Bei der Nutzungsänderungsgenehmigung der Behörde muss es einen Fast Track geben, damit Praxen nicht monatelang auf eine Entscheidung warten müssen. Wünschenswert wäre eine Bearbeitungszeit von 2 Wochen.

● Wenn die Stadt die Verwendung ihrer Flächen plant, muss sie auch die Struktur für die ambulante Versorgung berücksichtigen. Warum errichtet die Stadt nicht selbst Ärztehäuser? Wenn eine gute und verlässliche Infrastruktur vorhanden wäre, würden auch mehr Ärzte nach Süderelbe gehen. Unser Wohnort befindet sich im nördlichen Niedersachsen – dort richten die Landkreise und Ge-

VON KAREN HAß

# Ende einer Odyssee

Wer Praxisräume sucht, stößt auf unerwartete Hindernisse. Eine Hamburger Hausärztin berichtet von bürokratischen Anforderungen und strukturellen Problemen, die ihre ursprünglichen Pläne durchkreuzten.

**Ü**ber den Mangel an Praxisräumen musste ich mir in den ersten Jahren meiner hausärztlichen Tätigkeit keine Gedanken machen. Als ich ins vertragsärztliche System kam, konnte ich in eine bereits existierende Praxis einsteigen. Das hat gut funktioniert, bis sich die Wege der Praxis-Eigentümerinnen trennten – und ich mich nach eigenen Praxisräumen umsehen musste.

Ich praktizierte damals in Farmen und wollte eigentlich in der Nähe bleiben. Die Patientinnen und die Patienten kannte ich teilweise seit vielen Jahren. Das soziale Umfeld gefiel mir gut: nette Menschen aus allen sozialen Schichten.

Ich wäre auch ins schlechter versorgte Steilshoop gegangen. Heute, nach jahrelanger Odyssee, habe ich eine Praxis im wohlhabenden Volksdorf. Ich bin also von einem durchschnittlich versorgten in ein besser versorgtes Gebiet umgezogen – gegen meine Absicht, denn ich fühle mich meinem Versorgungsauftrag im Rahmen des Sozialsystems durchaus verpflichtet.

Dass es so schwierig sein würde, geeignete Praxisräume zu finden, hätte ich nicht erwartet. Praxen sollten ja nicht abseits der belebten Gegenden in einem Gewerbegebiet liegen, doch in reinen Wohngebieten sind sie genehmigungspflich-



**Karen Haß: "Am Ende bin ich von einem durchschnittlich versorgten in ein besser versorgtes Gebiet umgezogen – gegen meine Absicht. Ich wäre auch ins schlechter versorgte Steilshoop gegangen."**

tig. Die Hamburger Bauordnung regelt, wie ein Gebäude genutzt werden darf. Eine Arztpraxis gilt als Nutzung mit Publikumsverkehr, es gibt strenge Anforderungen an Barrierefreiheit, Brandschutz und Rettungswege.

Drei Viertel der Räume, die auf dem freien Markt angeboten werden, werden dem nicht gerecht. Was an Angeboten übrig bleibt, wurde zuvor größtenteils nicht

als Praxis, sondern als Büro oder Laden genutzt.

Um daraus eine Praxis zu machen, muss man einen Nutzungsänderungsantrag einreichen. Es kann sehr lange dauern, bis eine Entscheidung vorliegt. Ärztinnen oder Ärzte auf der Suche nach Praxisräumen haben aber nicht endlos Zeit, denn sie müssen die Frist im Auge behalten, in der sie ihren Arztsitz unbespielt lassen dürfen.

Bei meinem Bemühen um ein Objekt, in dem zuvor eine Ergotherapeutin praktiziert hatte, war ich sehr zuversichtlich. Ich hatte gehofft, keinen Nutzungsänderungsantrag stellen zu müssen. Das Gebäude lag in einem Wohngebiet, aber das Stockwerk wurde für Gewerbe genutzt. Dann stellte sich heraus: Die Genehmigung für gewerbliche Nutzung erstreckte sich nur auf zwei Räume. Es gab Unsicherheiten, Diskussionen. Schließlich wurde das Mietangebot zurückgezogen.

Manchmal waren die Räume so groß, dass ich einen Untermieter hätte mit hineinnehmen müssen. Manchmal waren sie zu klein. Manchmal waren sie so teuer, dass mein Steuerberater sagte: „Vergessen Sie es, das kriegen Sie nicht finanziert.“ Oft wären Umbauten nötig gewesen. Ich war einige Male kurz davor, viel Geld zu investieren.

Sanitäranlagen, Raumaufteilung, Schallschutz für das Sprechzimmer. Rückblickend bin ich froh, dass ich es nicht gemacht habe. Angesichts der unberechenbaren Honorarsituation bin ich nicht sicher, ob sich die Kosten wirklich amortisiert hätten, bevor ich meinen 80. Geburtstag feiere.

Einige Objekte standen schon länger leer, einige sind noch immer nicht vermietet. Nach Auskunft meines Steuerberaters ist es für Vermieter manchmal steuerlich günstiger, die Räume leer stehen zu lassen, als sie zu einem günstigen Preis zu vermieten.

Ich habe wirklich einiges versucht, um an Praxisräume zu kommen. Ich habe Immobilienportale genutzt. Ich bin mit dem Fahrrad durch die Gegend gefahren und habe geschaut: Stehen da Räume leer? Käme das für meine Praxis in Frage?

Als ich davon erfuhr, dass die SAGA ein großes Neubaugebiet in Farmsen plant, dachte ich mir: „Mensch, das könnte doch was werden!“ Ich rief bei der SAGA an und verschickte mehrere E-Mails – bekam aber keinen Ansprechpartner genannt.

Ich schrieb an „Pflege & Wohnen“ und „Fördern & Wohnen“, die in Hamburg einige Heime und Unterkünfte betreiben. Ich hoffte auf die Vermittlung von Räumen und bot an, im Gegenzug eine ihrer Einrichtungen mitzubetreuen. Keine Reaktion. Ich schrieb an Wohnungsbau-Genossenschaften. Keine Reaktion. Nichts.

Ich wollte auf jeden Fall selbstständig als Hausärztin weiterarbeiten – etwas anderes konnte (und kann) ich mir nicht vorstellen. Ich übernahm so viele Notdienste wie möglich, war ein Dreivierteljahr zur Untermiete bei einem Kollegen.

Mein Traum war, eine Praxis zusammen mit zwei hausärztlichen Kolleginnen oder Kollegen zu betreiben. Für die Patienten ist das die beste Betriebsform – weil die Praxis auch geöffnet bleiben kann, wenn ein Inhaber im Urlaub oder krank ist.

In Zweier- und Dreier-Praxen gibt es zudem die Möglichkeit, ärztlichen Nachwuchs an die Niederlassung heranzuführen. Wenn junge Ärztinnen und Ärzte in die vertragsärztliche Versorgung kommen, ist es ideal, wenn sie zunächst mit Kolleginnen und Kollegen zusammenarbeiten, die schon Erfahrung haben. Doch die Strukturen vieler in Frage kommender, schon als Praxis betriebener Räume sind für solche Konzepte nicht geeignet.

Wie könnten die Ärztinnen und Ärzte bei der Suche nach Praxisräumen besser unterstützt werden? Ich hätte mir eine zentrale Stelle bei der KV gewünscht, die eine Begleitung durch das bürokratische Dickicht anbietet. Die sagt: „Ah, da ist jemand, der sich auch in einem schlechter versorgten Gebiet niederlassen möchte. Da können wir organisatorisch unterstützen.“

Diese Beratungsstelle hätte nicht nur zulassungsrechtliche, sondern auch betriebswirtschaftliche und baurechtliche Kenntnisse und exzellente Kontakte zu Behörden und zur SAGA.

Man hört ja immer wieder, dass ländliche Gemeinden den Ärztinnen und Ärzten einen roten Teppich ausrollen: „Ihr bekommt Praxisräume gestellt, für die Ihr während der ersten fünf Jahre keine Miete bezahlen müsst. Wir helfen Euch bei der Suche nach einem Wohnhaus. Wir

unterstützen Euch bei der Akquise von Personal.“

So viel Entgegenkommen wird man in einer Großstadt nicht erwarten können. Doch auch die Hamburger Bezirke sollten sich überlegen, wie sie Ärztinnen und Ärzte für sich gewinnen können. In jedem Bezirksamt sollte es Ansprechpartner geben, die einen Überblick haben über Gewerberäume und mögliche Praxisstandorte. Die wissen, wer geeignete Räume vermietet. Die möglicherweise sogar selbst Räume vermitteln können.

Im Hamburger Koalitionsvertrag steht: „Es wird geprüft, in welcher Weise die Stadt selbst als Vermieter von Räumlichkeiten für Haus- und Kinderarztpraxen in unterversorgten Stadtteilen fungieren kann.“ Die Sozialbehörde teilte der KV auf Nachfrage mit: „Wir haben hierzu den entsprechenden Prozess angestoßen, um mit allen hierfür relevanten Akteuren ins Gespräch zu gehen.“ Das ist ein Anfang.

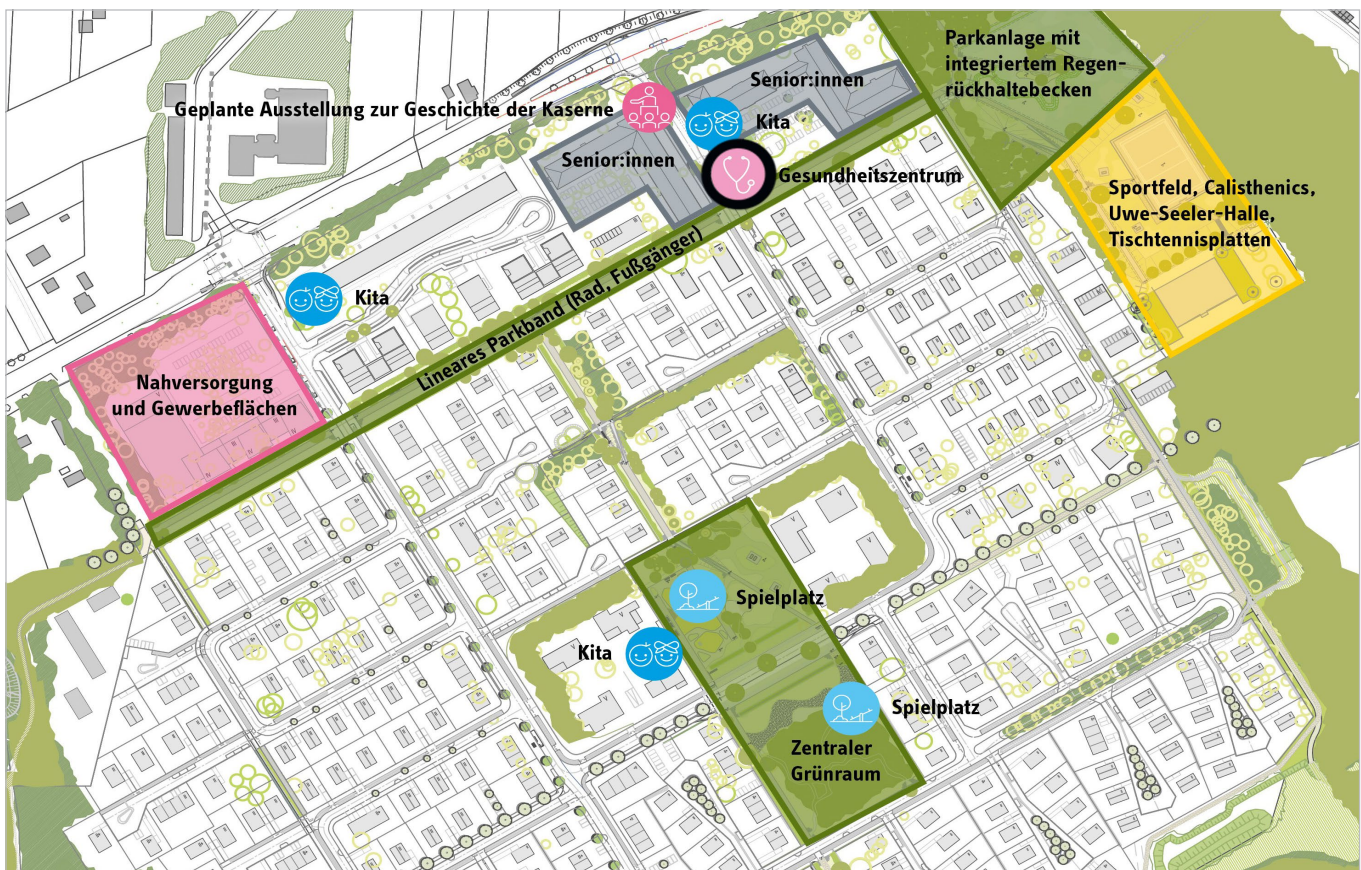
Andere Kolleginnen und Kollegen mögen bei der Suche nach Praxisräumen bessere Erfahrungen gemacht haben als ich. Doch fest steht: Bei der Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten gibt es erhebliches Verbesserungspotenzial. Wenn wir als Gesellschaft eine flächendeckende, wohnortnahe hausärztliche Versorgung sichern wollen, sollten wir alle Hürden abbauen und den Ärztinnen und Ärzten attraktive Angebote machen. ■

**KAREN HAS** ist Fachärztin für Allgemeinmedizin in Volksdorf

## INTERVIEW

# „Das Bewusstsein für Versorgungssicherheit nimmt zu“

Die Stadtplanerin **PHILIPPA DOROW** erläutert, wie gesundheitsbezogene Schwerpunkte in Neubaugebieten geplant werden – und welche Schwierigkeiten es bei der Realisierung gibt.



Neubaugebiet Fischbeker Heidbrook: Stadtplaner legen fest, wo Kitas, Gewerbe und Grünanlagen entstehen – und definieren Flächen mit "Gesundheitsbezug".

## Welchen Stellenwert hat die ambulante ärztliche Versorgung bei der Planung von Neubaugebieten?

**DOROW:** In einem Bebauungsplan gibt es sogenannte „Gemeinbedarfsflächen“. Diese Flächen

sind für öffentliche oder soziale Einrichtungen reserviert, die für das Funktionieren eines Stadtteils wichtig sind – beispielsweise Kitas oder Schulen. Arztpraxen sind nicht explizit verzeichnet, aber die Stadtplanerinnen und Stadtplaner denken natürlich darüber nach,

wie in einem Neubaugebiet funktionierende Versorgungsstrukturen entstehen können. Deshalb werden Stellen definiert, die einen gesundheitsbezogenen Themenschwerpunkt bekommen: beispielsweise ein Gesundheitszentrum oder ein Ärztehaus. → Fortsetzung nächste Seite

→ Fortsetzung

**Zuletzt haben Sie ein Gesundheitszentrum im Neubaugebiet Fischbeker Heidbrook geplant. Arbeiten dort schon grundversorgende Praxen?**

**DOROW:** Nein, bisher nicht. Die MVZ-Kette Avi Medical hat dort Räume gemietet, stellte den Betrieb aber wenige Monate nach der Eröffnung schon wieder ein. Wir haben uns sehr bemüht, Anreize für hausärztliche und kinderärztliche Praxen zu schaffen. Zwei Grundstücke für Einzelhäuser wurden für Ärztinnen und Ärzte reserviert, die sich dort niederlassen wollen: Die Ärztinnen und Ärzte hätten direkt ein Grundstück kaufen können, um dort ein Haus zu bauen – doch davon hat niemand Gebrauch gemacht. Der Fischbeker Heidbrook liegt an der Landesgrenze zu Niedersachsen. Wir haben gehört, dass dort für die Neueinrichtung einer Praxis Zuschüsse gezahlt werden. Das könnte bei Niederlassungsentscheidungen eine Rolle gespielt haben.

**Nochmal zurück zu den Prozessen der Stadtplanung: Sie definieren Flächen mit Gesundheitsbezug. Wie geht es dann weiter? Wie werden diese Immobilien realisiert?**

**DOROW:** Wir machen eine Ausschreibung, um das Grundstück zu

vergeben. Die von uns definierte Nutzung für die Gesundheitsversorgung ist Bestandteil des Kaufvertrages: Es wird festgelegt, dass ein Gebäude für medizinische Berufe entstehen muss.

**Bewerben sich auch kommunale oder öffentliche Unternehmen wie die SAGA oder Fördern & Wohnen für solche Projekte?**

**DOROW:** Nein. Diese Unternehmen bewerben sich eher auf Grundstücke, auf denen Wohnungsbau oder soziale Projekte umgesetzt werden sollen.

**Würden gemeinwohlabundene Akteure bevorzugt, wenn sie sich bewerben?**

**DOROW:** Wenn wir Grundstücke ausschreiben, sind das neutrale, transparente Verfahren. Jeder kann sich bewerben. Niemand wird bevorzugt.

**In Mümmelmannsberg oder Steilshoop haben zentrale Gebäude, in denen Arztpraxen untergebracht waren, immer wieder den Besitzer gewechselt. Die Immobilien wurden renovierungsbedürftig, Praxen finden in der Umgebung keine Ausweich-Standorte. Wäre es sinnvoll, Flächen mit Gesundheitsbezug unter städtischer Kontrolle zu behalten?**

**DOROW:** Das ist eine große politische Diskussion. Ich persönlich glaube: Das Bewusstsein für diese Problematik nimmt zu. Die Stadt vergibt heute viele Grundstücke nur noch im Erbbaurecht, um nicht die Tuchfühlung zu verlieren. Und die Stadt hat 2025 das Pflegeunternehmen Pflegen & Wohnen zurückgekauft, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten und die Kontrolle über wichtige Immobilien zu behalten. ■



**PHILIPPA DOROW** entwickelt und plant seit mehr als 20 Jahren Projekte. Die Leitung der Quartiersentwicklung in Neugraben Fischbek für die IBA Hamburg hat sie in 2019 übernommen.

# »Schwarzes Brett« der KV: Auch **Praxisräume** können vermittelt werden

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg · Schwarzes Brett

**PRAXIS**

## Schwarzes Brett der KV Hamburg

### // Gesuche und Angebote

Art des Eintrags | Praxis-/Behandlungsräume | Fachgruppen | Stadtteil | Filter zurücksetzen

Suchergebnisse 25 EINTRÄGE

Angebot	#2026-04-0017	Angebot	#2026-04-0015	Angebot	#2024-08-0037
<b>Praxis-/Behandlungsräume</b> Psychotherapeuten (analytische Psychotherapie), Psychotherapeuten (Systemische Therapie), Psychotherapeuten (Tiefenpsychologie), Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie) Gruppenraum zur anteiligen Untervermietung in Eimsbüttel Ich habe einen Gruppenraum in...		<b>Praxis-/Behandlungsräume</b> Psychotherapeuten (analytische Psychotherapie), Psychotherapeuten (Tiefenpsychologie) Ab Juni 2026 wird in Hamburg-Fuhlsbüttel eine Praxisfläche frei. Die Praxis wurde die letzten Jahr...		<b>Praxis-/Behandlungsräume</b> alle Fachgruppen Schöne und ruhige Praxisräume in Winterhude unterzuvermieten. Ich biete charmante und...	
<b>Weiterlesen</b> ♥ Eimsbüttel <small>Für eine Kontaktaufnahme ist eine Registrierung notwendig.</small>		<b>Weiterlesen</b> ♥ Fuhlsbüttel <small>Für eine Kontaktaufnahme ist eine Registrierung notwendig.</small>		<b>Weiterlesen</b> ♥ Winterhude <small>Für eine Kontaktaufnahme ist eine Registrierung notwendig.</small>	

Die KV Hamburg hat auf ihrer Homepage einen Bereich eingerichtet, in dem Angebote und Suchanfragen hinterlegt werden können. Dabei geht es um Urlaubsvertretung, Anstellung, Praxisnachfolge, Job-Sharing-Partner oder MFA-Personal. Auch Praxisräume können angeboten und gesucht werden.

Sowohl Mitglieder als auch Außenstehende können Einträge einstellen. Zur Nutzung ist ein kurzer Registrierungsprozess notwendig. Neben den Eckdaten, die für das spätere Filtern benötigt werden, steht ein Freitextfeld zur Verfügung, in dem das individuelle Anliegen ausformuliert werden kann. Eine

Veröffentlichung von Kontaktdaten ist nicht notwendig, da Anfragen auf Einträge direkt an die im Account hinterlegte E-Mail weitergeleitet werden. ■

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Menü → Praxis → Schwarzes Brett

**Ansprechpartner:**  
[oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de](mailto:oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de)



## Fragen und Antworten

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

### G-BA-PATIENTENINFORMATIONEN

#### Wo können wir G-BA-Patienteninformationen zu Blutttests auf Trisomien, zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs oder zur Bestimmung des Rhesusfaktors in der Schwangerschaft beziehen?

Die Informationsmaterialien des G-BA können Praxen unkompliziert und kostenfrei über den Paul Albrechts Verlag bestellen. Der Verlag ist von der KV Hamburg beauftragt, sowohl Formulare der vertragsärztlichen Versorgung als auch diese Patienteninformationen bereitzustellen und übernimmt die direkte Belieferung der Praxen. [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → **Formulare für die Praxis** → **PAV-Formulare: Praxisformulare/Vordrucke für die kassenärztliche Versorgung/GBA-Patienteninformationen**

### DATENSCHUTZ

#### Ist es erlaubt, mit einem Akten-Schredder Patientendaten oder andere Unterlagen nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist datenschutzgerecht zu vernichten?

Ja, ein herkömmlicher Reißwolf (Schredder) kann grundsätzlich als Vernichtungsmethode genutzt werden, um Akten in einer Arztpraxis zu zerstören – allerdings gibt es dabei einige wichtige Punkte, die beachtet werden sollten:

- Sicherheitsstufe des Reißwolfs: Der Reißwolf muss eine ausreichend hohe Sicherheitsstufe haben, damit die personenbezogenen Daten nicht mehr rekonstruierbar sind. Akten, die personenbezogene Daten enthalten, sollten

mindestens mit Sicherheitsstufe P-4 (nach DIN 66399) zerkleinert werden. Diese Stufe sorgt dafür, dass die Dokumente in kleine Partikel zerlegt werden, die nicht mehr lesbar oder rekonstruierbar sind.

- Dokumentation der Vernichtung: Bei der Verwendung eines Reißwolfs zur Vernichtung von Akten ist es wichtig, dass der Prozess nachvollziehbar ist. In vielen Fällen wird eine externe Vernichtungsfirma genutzt, die eine Vernichtungsbescheinigung ausstellt. Wenn Sie den Reißwolf selbst nutzen, sollten Sie den Vernichtungsprozess dokumentieren, falls dies später nachgewiesen werden muss.

- Zugangsschutz und Kontrolle: Beim Einsatz eines Reißwolfs in der Praxis muss der Zugang zum Gerät und zu den zu vernichtenden Akten kontrolliert werden. Nur befugte Mitarbeiter sollten Zugang zu den Akten und dem Schredder haben, um Missbrauch zu verhindern.

Für besonders sensible Daten oder große Mengen an Akten kann ein professioneller Entsorgungsdienst empfehlenswert sein, um rechtliche und datenschutzrechtliche Risiken zu minimieren.

### VERTRETUNG

#### Ich bin Vertragsärztin und möchte demnächst meinen Urlaub antreten. Muss ich meinen Urlaub der KV mitteilen?

Zum Versorgungsauftrag gehört, bei eigener Abwesenheit ab dem ersten Tag die Patientenversorgung zu regeln, entweder durch einen Vertreter in der eigenen Praxis oder in Absprache mit einer Praxis gleicher Fachrichtung in

der Nähe. Bitte denken Sie bei Ihrer Urlaubsplanung daran, rechtzeitig eine Urlaubsvertretung zu organisieren. Ein pauschaler Verweis auf die umliegenden Ärzte, eine Notfallpraxis oder den kassenärztlichen Notdienst ist nicht zulässig.

Sollte Ihre Abwesenheit länger als sieben Kalendertage andauern, müssen Sie ferner die Vertretung gegenüber der KV anzeigen. Das Formular zur Anzeige dieser Vertretung finden Sie auf unserer Homepage in unserem Formularbereich unter „V“.

Alternativ können Abwesenheiten und Vertretungen auch unkompliziert über das Online-Portal gemeldet werden: Nach dem Anmelden wählen Sie den Bereich „Anwendungen“ aus. Dort finden Sie den Menüpunkt „Formularcenter“. Klicken Sie anschließend auf „Neuen Vorgang starten“ und füllen das Online-Formular aus.

#### BLUTZUCKERTESTSTREIFEN

### Wenn ein ambulanter Pflegedienst bei insulinpflichtigen Diabetes-Patienten mit der Blutzuckermessung beauftragt ist: Wer ist für die Bereitstellung der Blutzuckerteststreifen verantwortlich?

Blutzuckerteststreifen und Lanzetten sind im Rahmen der häuslichen Krankenpflege grundsätzlich nicht vom Pflegedienst bereitzustellen, sondern vom behandelnden Arzt zulasten der GKV zu verordnen.

Der Pflegedienst erbringt nur die verordnete Leistung der Blutzuckermessung.

Bitte beachten Sie, dass bei nicht insulinpflichtigem Diabetes mellitus Verordnungs-

einschränkungen gelten. Diese sind unter Nr. 52 der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie veröffentlicht.

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) → Richtlinien → Arzneimittelrichtlinie → Anlage III

#### PSYCHOTHERAPIE

### Wie aktuell muss ein Konsiliarbericht für die Beantragung einer Psychotherapie bei der gesetzlichen Krankenkasse sein?

Für die Beantragung einer ambulanten Psychotherapie ist gemäß § 7 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein ärztlicher Befundbericht oder Konsiliarbericht erforderlich. Dieser Bericht muss die Diagnose, den Schweregrad der psychischen Erkrankung sowie die Indikation zur Psychotherapie enthalten.

Die Richtlinie legt keine feste zeitliche Grenze für die Gültigkeit des Berichts fest. Entscheidend ist, dass der Bericht aktuell und inhaltlich zutreffend ist. In der Praxis verlangen Krankenkassen häufig Berichte, die nicht älter als drei bis sechs Monate sind, um den aktuellen Gesundheitszustand verlässlich beurteilen zu können. Ältere Berichte können durch eine aktualisierende ärztliche Stellungnahme ergänzt werden. ■

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



# Versorgungspauschale GOP 03100: Update zur Abrechnung

Im KVH-Journal 5/2026 haben wir ausführlich über die neue Versorgungspauschale für chronisch Kranke berichtet, die ab 1. Juli 2026 in Kraft tritt. Seitdem haben sich weitere Details zu Abrechnungsfragen geklärt. Diese Klarstellungen stellen wir Ihnen in diesem Update vor.

## **Die Versorgungspauschale GOP 03100 – das Wichtigste in Kürze**

Für Leserinnen und Leser, die sich erstmals mit dem Thema befassen, hier die wesentlichen Eckpunkte:

**Grundidee:** Die neue GOP 03100 ermöglicht es, Patienten mit einer einzigen, stabilen chronischen Erkrankung über zwei aufeinanderfolgende Quartale abzurechnen – auch wenn diese im Folgequartal nicht persönlich in der Praxis erscheinen.

### **Voraussetzungen:**

- Patient zwischen 18 und 74 Jahren
- Nur eine chronische Erkrankung aus einem definierten Katalog (Hypothyreose, Hyperlipidämie, essentielle Hypertonie oder idiopathische Gicht)
- Nur ein verschreibungspflichtiges Medikament zur Behandlung
- Kontinuierliche Betreuung in den letzten vier Quartalen
- Keine weiteren hausärztlich behandlungsbedürftigen chronischen Erkrankungen

### **Vergütung:**

- 18 bis 53 Jahre: 356 Punkte (45,50 €)
- 54 bis 74 Jahre: 403 Punkte (51,51 €)
- Zusätzlich: automatisch zugesetzte Vorhaltepauschale (GOP 03043 bis 03048, je nach Erfüllung der Kriterien)

Die GOP 03100 ist höher bewertet als die herkömmliche Versichertenpauschale mit Chronikerzuschlag und kann maximal zweimal im Krankheitsfall, aber nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen und nur von einer Praxis abgerechnet werden. Eine Prüfung, ob die 03100 von mehreren Praxen und mehrmals im Krankheitsfall berechnet wurde, wird durch die KV über alle Hamburger Ärzte geprüft. Eine bundesweite Prüfung erfolgt voraussichtlich ab dem Quartal 4/2026.

Kommt der Patient im Folgequartal aufgrund seiner chronischen Erkrankung erneut in die Praxis, kann der Zuschlag nach der 03110 in 8 Prozent der Fälle abgerechnet werden, in denen im Vorquartal die 03100 in Ansatz gebracht wurde.



Besucht der Patient aus anderen Gründen die Praxis, können die entsprechenden Leistungen nach EBM abgerechnet werden, sofern sie nicht im Leistungsinhalt der Versorgungspauschale enthalten sind und kein Ausschluss besteht.

Kann keine EBM-Leistung abgerechnet werden, kennzeichnen Sie den Fall mit der Pseudoziffer 88230 (bzw. 88220 bei Videokontakt). Somit werden solche Fälle im Abrechnungsquartal für die Fallzählung im EBM berücksichtigt – auch dann, wenn keine Vergütung erfolgt, etwa im Hinblick auf das Gesprächsbudget, die Vorhaltepauschale und den Wirtschaftlichkeitsbonus (WiBo).

**Zusammengefasst sind folgende wichtige Hinweise zur Abrechnung zu beachten:**

- Die Gebührenordnungsposition 03100 ist erstmalig zu berechnen, wenn  
 > in den letzten vier Quartalen (einschließlich des aktuellen Quartals) dieselbe gesicherte

chronische Erkrankung kontinuierlich mit einem bestimmten Medikament behandelt wurde  
 > und zudem in mindestens drei dieser vier Quartale je ein Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Praxis stattgefunden hat

- Die GOP ist nur zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig, aber nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen.
- Bitte beachten sie die Abrechnungsausschlüsse gemäß EBM, die bei der Abrechnung der GOP 03100 EBM im Quartal bzw. Folgequartal zu berücksichtigen sind.
- Die GOP 03100 EBM kann nur von einer Praxis im Quartal abgerechnet werden!
- Die GOP 03100 EBM ist nur bei Vorliegen einer der im EBM vorgegebenen genannten gesicherten Diagnosen gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig.
- Bei Patienten mit mehr als einer chronischen Erkrankung, die einer ärztlichen Behandlung bedürfen, ist die Gebührenordnungsposition 03100 EBM nicht berechnungsfähig. ■

Alle grundlegenden Details zur Versorgungspauschale GOP 03100 – einschließlich vollständigem Diagnosekatalog, allen Berechnungsausschlüssen und Zuschlagsregelungen – finden Sie auf der Seite der KBV:  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de) → Praxis → Tools & Services → PraxisNachrichten → Meldung → 12.3.2026



# Neue PraxisInfo zur Bescheinigung eines erkrankten Kindes

Eine neue PraxisInfo der KBV erläutert das Formular 21 zur Bescheinigung eines erkrankten Kindes. Vor rund zwei Jahren wurde das Formular angepasst. Seither bestehen in manchen Arztpraxen Unsicherheiten beim Ausfüllen.

## Normalerweise muss nur Betreuungszeitraum angegeben werden

Die PraxisInfo stellt klar: Bei der Bescheinigung eines erkrankten Kindes müssen Ärztinnen und Ärzte in der Regel nur angeben, in welchem Zeitraum das Kind betreut werden muss.

Die zusätzlich hinzugekommenen drei Ankreuzfelder (zwei für Unfälle und eines für das soziale Entschädigungsrecht, abgekürzt mit „SER“) auf dem Formular sind nur für besondere Fälle gedacht. Liegen diese Fälle nicht vor, bleiben die Felder leer.

auf dem Bundesversorgungsgesetz. Es greift bei Personen, die einen gesundheitlichen Schaden erlitten haben, weil sie sich im gesamtgesellschaftlichen Interesse verhalten haben. Abgedeckt werden unterschiedliche Schädigungstatbestände, beispielsweise Impfschäden, gesundheitliche Störungen aufgrund von Gewalttaten oder aus anderen Gründen, die im SGB XIV aufgeführt sind.

Wichtig hierbei: Den Nachweis über eine anerkannte Schädigungsfolge stellen ausschließlich die zuständigen Versorgungsverwaltungen der Bundesländer aus, zum Beispiel das Landesamt für Soziales oder das Versorgungsamt. Dieser Nachweis muss dem Arzt oder der Ärztin vorgelegt werden, damit auf der Kind-Krank-Bescheinigung das Feld „SER“ angekreuzt werden darf. ■

## Erkrankung nach Unfall

Die ersten beiden Ankreuzfelder betreffen Unfälle: Muss das Kind betreut werden, weil es einen Unfall hatte, wird entweder „Kita- oder Schulunfall / -folgen“ oder „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“ angekreuzt.

## Noch seltener: „SER“

Das Feld „SER“ ist anzukreuzen, wenn der Grund für die Erkrankung eine anerkannte gesundheitliche Schädigung ist. Die Abkürzung „SER“ steht für soziales Entschädigungsrecht und beruht ursprünglich

**Arztliche Bescheinigung 21 für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes**

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Kostenträger: \_\_\_\_\_

Kostensträgerkennung: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_ Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit vom **1 1 0 3 2 6** bis einschließlich **1 3 0 3 2 6**

Kita- oder Schulunfall / -folgen  
 sonstiger Unfall, Unfallfolgen  
 SER

**Verbindliches Muster**  
 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**KBV KASSENÄRZTLICHE JUNGSVEREINIGUNG**

**KIND-KRANK-BESCHEINIGUNG**  
 HINWEISE UND BEISPIELE ZUM AUSFÜLLEN

Die ärztliche Bescheinigung eines erkrankten Kindes (Kind-Krank-Bescheinigung) erfolgt auf dem Formular 21, das im Juli 2024 an mehreren Stellen angepasst wurde. Aufgrund der zusätzlichen Ankreuzfelder für Unfälle und soziales Entschädigungsrecht (SER) bestehen zum Teil Unsicherheiten beim Ausfüllen. Diese PraxisInfo bietet hierzu Hinweise und praktische Beispiele.

**DARUM GEHT ES**  
 Kann ein Elternteil aufgrund eines erkrankten Kindes nicht arbeiten, wird in der Regel eine ärztliche Bescheinigung (Formular 21) benötigt. Damit werden Eltern gegenüber dem Arbeitgeber und der Krankenkasse nach, dass das Kind krank ist und betreut werden muss. Und das betreuende Elternteil beantragt damit das Krankengeld.

**DIESE ANGABEN SIND IMMER NOTIG**

- Personalfeld mit Kostenträger
- Zeitraum der Betreuung

**DIESE ANGABEN SIND NUR IN BESTIMMEN FÄLLEN NOTIG**

- Ankreuzfeld „Kita- oder Schulunfall / -folgen“:  
 Wird angekreuzt bei einem Unfall in der Kita oder Schule.
- Ankreuzfeld „sonstiger Unfall, Unfallfolgen“:  
 Wird angekreuzt bei einem sonstigen Unfall.
- Ankreuzfeld „SER“:  
 Wird nur angekreuzt bei Nachweis über eine Schädigung nach dem sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV).

Liegt keine dieser Voraussetzungen vor, bleiben die Ankreuzfelder leer.

**Voraussetzung Kinderkrankengeld:** Das erkrankte Kind ist versichert und noch nicht 12 Jahre alt und es muss vom Elternteil betreut, beaufsichtigt oder gepflegt werden. Auch für ein erkranktes Kind nach Vollendung des 12. Lebensjahres, wenn es eine Behandlung hat und darauf auf Hilfe angewiesen ist, kann einem Elternteil Kinderkrankengeld gewährt werden.

Mehr Informationen zur Kind-Krank-Bescheinigung:  
<https://www.kbv.de/press/verordnungen/erkrankteskind.html>

Seite 1 von 6 / KBV PraxisInfo Kind-Krank-Bescheinigung / April 2025

PraxisInfo



## Arzneimittelmissbrauch Verdachtsfälle

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

**35-jährige Patientin, Mobil Krankenkasse, PLZ 22085** Patientin wünscht Oxycodon wegen BSV, (Rezept verloren, Reserve für Urlaub)

**56-jähriger Patient, AOK Rheinland/Hamburg, PLZ?**, angebl. Z.n Polytrauma, nach Brand aus Lüneburg nach Hamburg gezogen; wünscht Diazepam

**36-jähriger Patient, AOK Rheinland/Hamburg, PLZ 22769**; der Patient wünscht Diazepam wegen einer Epilepsie, sei 2 Jahre im Koma gewesen. Er sei gerade von Lüneburg nach Hamburg umgezogen.

**45-jähriger Patient, AOK Rheinland/Hamburg, PLZ 22547**; wünscht Pregabalin; alter Medikamentenplan, falsche Angaben zu den behandelnden Ärzten.

**41-jähriger Patient, AOK HH Rheinland, PLZ 22117**; wünscht Oxycodon wegen Bechterew.

**45-jähriger Patient, AOK HH Rheinland, PLZ 22547**; wünscht Pregabalin, falsche Angaben zu den behandelnden Ärzten.

**39-jährige Patientin, DAK, PLZ 210131**; wünscht Zopiclon; nach der ePA mehrere verordnende Praxen.

Auf der Seite der KV Hamburg finden Sie eine Liste der Patienten, die bereits als Doc hopper aufgefallen sind:

[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → (oben rechts) Menü → Praxis → Verordnung → Arzneimittel → Verdachtsfälle Arzneimittelmissbrauch

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](http://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](mailto:verordnung@kvhh.de)

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

## Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

Die **Pharmakotherapieberatung** ist ein für Sie kostenloser Service der Abteilung „Verordnung und Beratung“. In individuellen Einzelgesprächen beraten unsere erfahrenen Ärzte Sie nicht nur anhand Ihrer Arzneimitteldaten zu Ihrem persönlichen Verordnungsverhalten, sondern zu allen Grundsatzfragen des Ordnungsmanagements.

Bringen Sie die Begriffe „Wirkstoffvereinbarung“, „Wirtschaftlichkeitsgebot“ und „gute Versorgung“ in Einklang.

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

☎ 040 22 802 571/572  
[verordnung@kvhh.de](mailto:verordnung@kvhh.de)



---

**AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

---

# Der stille Infarkt der medizinischen Wissensinfrastruktur

Warum Europa eine eigene biomedizinische Literaturdatenbank braucht

---

**VON DR. MIRIAM ALBERS IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.  
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)**

---



Ein 54-jähriger Mann betritt die Praxis. Firmenchef, großer Arbeitgeber in der Region, Familienvater. Übergewichtig, Raucher, Typ-2-Diabetes. Er klagt über Übelkeit und Erbrechen seit dem Morgen. Zuhause kursierte diese Woche eine Magen-Darm-Erkrankung unter den Kindern. Die offensichtliche Diagnose lautet Magen-Darm-Infekt, bzw. virale Gastroenteritis. Und trotzdem würde eine erfahrene Ärztin oder ein erfahrener Arzt nicht ohne EKG einfach weiterbehandeln, um auch andere wahrscheinliche Krankheitsbilder nicht zu übersehen. Bei diesem Risikoprofil kann Übelkeit auch als die geringste Manifestation eines akuten Myokardinfarkts gewertet werden, ein stiller Infarkt, der sich hinter einer scheinbar banalen Differenzialdiagnose versteckt.

Man geht auf Nummer sicher. Nicht weil man das Schlimmste erwartet, sondern weil die Konsequenz des Nichterkennens inakzeptable Konsequenzen nach sich ziehen würde.

Diese klinische Logik für die zielführende Ursachenerkennung am Krankenbett gilt genauso für die medizinische Infrastruktur. Und doch hat die medizinische Fachwelt in Europa in den letzten Jahrzehnten eine kritische Abhängigkeit aufgebaut, die dieser vorausschauenden Logik widerspricht: für den ärztlichen Bereich besteht eine nahezu vollständige Nutzung von PubMed als alleinige Quelle für den systematischen Nachweis für qualitätsgeprüfte biomedizinische Fachliteratur.

Das Tückische daran ist, wie beim stillen Infarkt, dass es zunächst nicht auffällt oder wehtut. Solange PubMed/Medline (scheinbar reibungslos) funktioniert, ist das Risiko unsichtbar und eine Gefahr ist nicht sichtbar. Die Politik erkennt es nicht, will es nicht wahrhaben, und dementsprechend fehlt die Finanzierung, um gegenzusteuern.

## **PUBMED UND DIE GRENZEN EINER ABHÄNGIGKEIT**

PubMed ist die weltweit wichtigste biomedizinische Literaturdatenbank mit über 38 Millionen offen zugänglichen Datensätzen und rund 10 Millionen Suchanfragen pro Tag.<sup>1</sup> Sie wird von der National Library of Medicine (NLM) betrieben und von den National Institutes of Health (NIH) finanziert. Ärztinnen und Ärzte, Forschende und Studierende weltweit nutzen sie täglich für Leitlinienrecherchen, systematische Reviews und evidenzbasierte Entscheidungen. Die Bedeutung von PubMed für die evidenzbasierte Medizin kann kaum überschätzt werden: Systematische Reviews, Leitlinienentwicklung

und klinische Entscheidungen basieren maßgeblich auf Recherchen in dieser Datenbank und der Weiterleitung zu den zugrundeliegenden Fachartikeln.

Seit der Wahl Donald Trumps im November 2024 und den folgenden politischen Entwicklungen in den USA hat sich diese Abhängigkeit von einem theoretischen zu einem realen Risiko ausgeweitet. Im April 2025 blockierten die NIH den Zugang zu mehreren Datenbanken für Forschende aus China, Russland, Iran und Nordkorea.<sup>2</sup> Parallel dazu wurden zahlreiche Webseiten von US-amerikanischen Behörden offline genommen oder deren Inhalte massiv reduziert.<sup>3</sup> Besonders besorgniserregend ist, dass die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) im Februar 2025 die Rücknahme oder Aussetzung bereits angenommener Forschungsmanuskripte anordnete, damit politischen Einfluss nahm und die Fundamente wissenschaftlichen Arbeitens in Frage stellt.<sup>4</sup> Die Zeitschrift *Science* beschreibt die Situation der NIH als "under siege" und dokumentiert systematische Angriffe auf die wissenschaftliche Integrität der Institution.<sup>5</sup>

Daneben wächst ein inhaltliches Risiko, das bislang weniger Aufmerksamkeit erhält. PubMed indexiert primär angloamerikanische Literatur, und die US-amerikanische Forschungslandschaft selbst unterliegt derzeit einem tiefgreifenden politischen Umbau. Wenn ganze Forschungsfelder in den USA systematisch schrumpfen, verändert sich die Evidenzbasis in PubMed direkt und damit indirekt auch die Leitlinienentwicklung in Europa, die sich zu großen Teilen auf US-amerikanische Studien stützt.

Im Januar 2026 traten hochrangige NIH-Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Protest zurück. In einem offenen Brief schrieben sie, sie könnten ihre eigene Glaubwürdigkeit nicht länger für eine Organisation riskieren, die ihre Integrität verloren habe.<sup>6</sup> Sie beschrieben Zustände, die einer systematischen Zensur wissenschaftlicher Anträge und einer Kultur der Angst innerhalb der Institution entsprechen.

## ALTERNATIVEN UND IHRE GRENZEN

Es gibt Alternativen zu PubMed, die in der klinischen Praxis bekannter sein sollten. Allerdings weist jede ihre eigenen Einschränkungen auf.

LIVIVO<sup>7</sup> ist ein Fachportal für Literatur- und Informationssuche in den Lebenswissenschaften, entwickelt und betrieben von ZB MED in Köln. Es durchsucht routinemäßig und systematisch zahlreiche biomedizinische Datenbanken, darunter MEDLINE als Datenbasis von PubMed, kostenlos und qualitätsgesichert. Die Kontrolle über diese Infrastrukturlösung liegt in Europa. Da LIVIVO jedoch dieselbe MEDLINE-Datenbasis nutzt, reduziert es das Infrastrukturrisiko, aber die inhaltlichen Risiken bleiben bestehen.

Europe PMC<sup>8</sup> bietet über 45 Millionen Publikationen mit starker Open-Access-Ausrichtung und ist ebenfalls kostenlos zugänglich. Es spiegelt jedoch weitgehend die Daten von PubMed wider und wäre bei einem Verlust des Zugriffs auf PubMed-Daten ebenso ohne Ausweichmöglichkeiten davon betroffen.<sup>9</sup>

Die Cochrane Library liefert systematische Übersichtsarbeiten von hoher Qualität, ist aber für Institutionen ohne Lizenzvertrag kostenpflichtig. Ähnliches gilt für die kommerziellen Datenbanken Embase<sup>10</sup>, Web of Science<sup>11</sup> und Scopus<sup>12</sup>, die eine breite Abdeckung bieten, für die meisten Praxen ohne Institutionszugang jedoch nicht zugänglich sind. Kommerzielle Lösungen bieten somit nicht den gleichen gesellschaftlichen Beitrag, den PubMed bereits über viele Jahrzehnte mit großem Erfolg leistet.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) veröffentlichte im August 2025 gemeinsam mit G-BA und Cochrane Deutschland ein Dokument mit Handlungsoptionen für den Fall, dass PubMed nicht mehr verfügbar sein sollte.<sup>13</sup> Die Analyse zeigt: Ein vollwertiger Ersatz existiert bislang nicht, und kommerzielle Lösungen werden der Gesellschaft schaden.

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

### **OLSPUB UND DIE FRAGE DER FINANZIERUNG**

Als Reaktion auf diese Situation hat ZB MED das Projekt OLSPub (Open Life Science Publications Database) initiiert.<sup>14</sup> Ziel ist eine europäische, offene und nachhaltige Komplementär-Infrastruktur zu PubMed, gehostet auf der Cloud-Infrastruktur des German Network for Bioinformatics Infrastructure (de.NBI), DSGVO-konform und als Open-Source-Software entwickelt. Über 40 Institutionen haben ihre Unterstützung durch Letters of Support bekundet, darunter EMBL-EBI, Cochrane, G-BA, IQWiG, RKI, Charité, mehrere Universitätsbibliotheken sowie Verlage wie Springer Nature und Frontiers.

Der Budgetvorschlag der US-Regierung für 2026 sieht vor, die NLM als Betreiberin von PubMed in ein anderes Institut zu integrieren.<sup>15</sup> Im Januar 2026 kündigten die USA zudem den Austritt aus 66 internationalen Organisationen an.<sup>16</sup> Diese systematische Abkehr von wissenschaftlicher Infrastruktur macht deutlich: Die Frage ist nicht mehr, ob Schutzmaßnahmen nötig sind, sondern wie schnell sie umgesetzt werden können in Anbetracht eines unbekanntes, aber eventuell begrenzten Zeithorizonts.

Und hier liegt das eigentliche Dilemma. Wer ausschließlich PubMed nutzt, verlässt sich vollständig auf einen US-kontrollierten Dienst. Eine Abhängigkeit, die wie der „stille Infarkt“ selbst lange keine Symptome zeigt und genau deshalb so gefährlich ist. Was nicht als Risiko erkannt wird, erfordert in der Wahrnehmung vieler auch keine Absicherung. Genau das erschwert die Diskussion über notwendige Schutzmaßnahmen.

Zwei Förderanträge bei der DFG wurden abgelehnt, unter anderem weil die Gutachtenden verbindliche Kooperationen mit US-Institutionen forderten, die sich zu dem Zeitpunkt genau nicht zu diesen Kooperationen bekennen wollten oder konnten. Deshalb verfolgt ZB MED seit Anfang 2026 einen

Fundraising-Ansatz und sucht Unterstützende aus Wissenschaft, Gesundheitswesen und Industrie.<sup>17</sup> Die Tatsache, dass eine kritische Infrastruktur auf Spenden angewiesen ist, zeigt, wie weit das politische Bewusstsein für dieses Risiko noch von der Realität entfernt ist.

### **WAS BEDEUTET DAS FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS?**

Für Ärztinnen und Ärzte, die täglich auf Leitlinien, Studien und systematische Reviews zugreifen, ergeben sich konkrete Handlungsempfehlungen.

Wer bisher ausschließlich PubMed nutzt, sollte LIVIVO und Europe PMC als Standardalternativen in den eigenen Workflow integrieren. Beide sind kostenlos und qualitätsgesichert. Die Angebote werden nicht von politischen Aktivitäten beeinflusst.

Es lohnt sich zudem, kritisch zu lesen, woher die Evidenz stammt. Wenn bestimmte Forschungsfelder in den USA systematisch eingeschränkt werden, verändert sich auch das, was in PubMed zu finden ist und was nicht. Das gilt besonders für Leitlinien in Bereichen, die stark von US-amerikanischen Studien abhängen.

Und schließlich: Europäische Infrastrukturinitiativen wie OLSPub können nur dann zur tragfähigen Infrastruktur werden, wenn sie Rückhalt aus dem Gesundheitswesen erfahren. Die Stimme niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie klinischer Fachgesellschaften hat in diesem Prozess Gewicht.

### **FAZIT**

Die Auffindbarkeit qualitätsgesicherter biomedizinischer Literatur ist keine Selbstverständlichkeit, sondern das Ergebnis institutioneller Planung, Entscheidungen und Aktivitäten. OLSPub ist ein erster Schritt, diese Unterstützung auf eine europäische Grundlage zu stellen. Ob dieser gelingt, hängt davon

ab, ob das Risiko rechtzeitig erkannt wird – bevor der „stille Infarkt“ auffällig wird, jedoch die Zeit für Intervention abgelaufen ist. Sylvia Chou, eine erfahrene Krebsforscherin, die auf Grund der bestehenden Zustände und Zensur zurückgetreten ist, formuliert es so "People are gonna get hurt. There's gonna be a lot more health challenges and even deaths, because we need science in order to help people get healthy."<sup>18</sup> ■



### DR. MIRIAM ALBERS

Komm. Leiterin der Bibliothek  
ZB MED – Informationszentrum  
Lebenswissenschaften, Köln

#### Literatur

- 1) MEDLINE PubMed Production Statistics, National Library of Medicine, 30.04.2024, [https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline\\_pubmed\\_production\\_stats.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/medline_pubmed_production_stats.html).
- 2) Incorvaia, Darren: NIH blocks researchers in China, Russia and other countries from multiple databases, Fierce Biotech, 08.04.2025, <https://www.fiercebiotech.com/research/nih-bans-researchers-china-russia-and-other-countries-multiple-databases>.
- 3) Wikipedia: 2025 United States government online resource removals, [https://en.wikipedia.org/wiki/2025\\_United\\_States\\_government\\_online\\_resource\\_removals](https://en.wikipedia.org/wiki/2025_United_States_government_online_resource_removals).
- 4) CDC Orders Retraction or Pause in Publication of Research Manuscripts, Sabin Center for Climate Change Law, Columbia Law School, <https://climate.law.columbia.edu/content/cdc-orders-retraction-or-pause-publication-research-manuscripts>.
- 5) Kaiser, Jocelyn: NIH under siege, in: Science 388 (6747), 2025, S. 578–580.
- 6) Chou, Sylvia u. a.: The NIH has lost its scientific integrity. So we left, in: STAT News, 10.01.2026, <https://www.statnews.com/2026/01/10/nih-resign-protest-four-leaders-cite-interference-censorship/>.
- 7) LIVIVO, ZB MED – Informationszentrum Lebenswissenschaften, <https://www.livivo.de>.
- 8) Europe PMC, EMBL-EBI, <https://europepmc.org>.
- 9) Vgl. Albers, Miriam; Förstner, Konrad U.; Rebholz-Schuhmann, Dietrich: Der stille Infarkt der medizinischen Wissensinfrastruktur, o-bib 2026, <https://doi.org/10.5282/o-bib/6223>.
- 10) Embase, Elsevier B.V., <https://www.embase.com>.
- 11) Web of Science, Clarivate Analytics, <https://www.webofknowledge.com/>.
- 12) Scopus, Elsevier B.V., <https://www.scopus.com/>.
- 13) IQWiG: Auswirkungen der US-Politik auf die Literaturrecherche. Handlungsoptionen, falls PubMed (MEDLINE) und ClinicalTrials.gov nicht mehr verfügbar sind, <https://www.iqwig.de/presse/im-fokus/us-wissenschaftspolitik/auswirkungen-der-us-politik-auf-die-literaturrecherche/>.
- 14) OLSPub – Open Life Science Publications Database, ZB MED, <https://www.zbmed.de/forschen/laufende-projekte/olspub>.
- 15) National Library of Medicine: NLM Congressional Justifications, <https://www.nlm.nih.gov/about/appropriations.html>.
- 16) U.S. to exit 66 international organizations in further retreat from global cooperation, NPR, 07.01.2026, <https://www.npr.org/2026/01/07/g-s1-104999/united-states-exits-international-organizations-united-nations>.
- 17) OLSPub-Fundraising, ZB MED, <https://www.zbmed.de/forschen/laufende-projekte/olspub/olspub-fundraising>.
- 18) Pradhan, R., & Houghton, K. (2026, March 5). NIH scientists who left share what work they've abandoned. KFF Health News / CNN. <https://edition.cnn.com/2026/03/05/health/nih-scientists-work-kff-health-news>



# Ärzte – die Leistungsträger und Stabilitätsanker im Gesundheitswesen

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

**A**ngeblich soll jede Gruppe im Gesundheitswesen einen Beitrag zur Konsolidierung des maroden Systems beitragen. Seltsam, dass ausgerechnet die Gruppe am stärksten belastet wird, die am meisten Patienten behandelt und relativ zu ihrer Bedeutung am schlechtesten bezahlt wird – die niedergelassenen Ärzte.

Der Sparbeitrag der Krankenkassen hingegen wird aus der Portokasse bezahlt. Während die Honorare der niedergelassenen Ärzte um 3 Milliarden Euro gekürzt werden sollen, wird von den Krankenkassen ein homöopathisch wirkender symbolischer Betrag von 0,1 Milliarde gefordert. Selbst die ebenfalls symbolisch gemeinten Mini-Begrenzungen von Vorstandsbezügen werden von den Kassen nicht hingenommen.

In dem Referentenentwurf der Ministerin gibt es einen Punkt (von vieren), der nennenswerte Einsparungen der Krankenkassen erbringen wird: „Ermöglichung des Versands digitaler Informationsschreiben bei Anpassungen des Zusatzbeitrages“. Am Porto sparen – das ist mehr oder weniger alles, was von den Kassen verlangt wird.

An diesem Missverhältnis ist zu sehen, dass die Ministerin vor lauter Eifer beim Kostensparen nicht einmal im Ansatz begriffen hat, was die wirklichen Probleme im Gesundheitswesen sind und wer sie lösen kann.

Der Verwaltungsapparat der Krankenkassen ist ein teurer Kostenblock (13 bis 15 Milliarden Euro), der den Namen „Kostentreiber“ wirklich verdient. Er ist mit seinem regulatorischen Wahn auch eine gigantische Produktivitätsbremse für effektive, an den Menschen orientierte Gesundheitsarbeit; sowie ein Motor für die aktive Demoralisierung der im Gesundheitswesen arbeitenden Menschen.

## Das Geld ist ja da – es wird nur falsch ausgegeben, nämlich in den Palästen der Krankenkassenbürokratie.

Weil die Boomer in den Ruhestand gehen (viele auch noch vorzeitig), werden die Einnahmen knapper. Insgesamt wird in Zukunft weniger eingezahlt und mehr Leistung benötigt.

Die Mitversicherung von Familienangehörigen ist eine versicherungsfremde Leistung, die die Gesundheitskassen belastet. Es handelt sich um eine familienpolitische Maßnahme, also eine genuin staatliche Aufgabe. Unabhängig davon, wie man zu dieser Maßnahme steht, sollte allen klar sein, dass, ginge es gerecht zu, alle Steuerzahler dafür aufkommen müssten und nicht nur die gesetzlich Versicherten. Doch die

Gesundheitsministerin hat diese Klarheit nicht oder nicht genug, um daran wirklich etwas ändern zu wollen. (Verrückterweise wollen vor allem die Politiker den gesetzlich Versicherten diese Sonderaufgabe weiter aufdrücken, die ansonsten begeistert für ein Ende des Ehegattensplittings sind.)

Die Kosten der Migration sind in allen Bereichen enorm, auch im Gesundheitswesen. Auch diese Lasten

müssten gerechterweise von allen getragen werden. Doch die Regierung will auch in Zukunft die Kosten für die umfangreiche medizinische Behandlung von Flüchtlingen und anderen Bürgergeldempfängern zu einem großen Teil den gesetzlich Versicherten allein aufbürden.

Die Kosten für Medikamente steigen immens. Aber anders als früher sind heute nicht die Pseudoinnovationen die Ursache. Die Kosten steigen, weil es so viele gute innovative Medikamente gibt, die das Leben der Menschen signifikant verbessern und verlängern und die man deshalb niemandem vorenthalten möchte und rechtlich auch nicht

vorenthalten könnte. Die Kostenexplosion im Medikamentenbereich bewirkt mit fast 60 Milliarden Euro eine große finanzielle Druckwelle.

Die von Karl Lauterbach und Ulla Schmidt initiierte Kapitalisierung des Krankenhaussektors treibt dort die Kosten. Verstärkt wird dies noch durch die wahnwitzige Subventionierung der Personalkosten für die Pflege, die fast sieben Milliarden Euro verschlingt.

Die Gesundheitsmisere liegt auch an der sinkenden Gesundheitskompetenz. Die Google- und KI-Besserwisserie kontrastiert mit einer oft grotesken Hilflosigkeit schon bei kleinen Gesundheitsstörungen. Beides führt zur verstärkten Inanspruchnahme von Ärzten und Klinikambulanzen.

Der Trend zur Krankschreibung erreicht nicht nur in der Berliner Stadtverwaltung neue Höchststände.

Eine Gesundheitsministerin, die ein bisschen mit der Situation im Gesundheitswesen vertraut wäre und sich ein wenig in Patienten und Beschäftigte hineinversetzen wollte, würde leicht verstehen, dass von den vielen Problemen in ihrem Ressort kein einziges durch eine zu hohe Bezahlung der Ärzteschaft verursacht wird.

Stattdessen verweigert sich die überforderte Ministerin – verstärkt durch die Einflüsterungen der Bürokratielobby – der Erkenntnis, dass das marode Gesundheitsschiff nur zu retten

ist, wenn die arbeitende Mannschaft sich engagiert und sich auch engagieren kann.

Für einen rationellen Umgang mit Medikamenten braucht man ausgeglichene und motivierte Ärzte, die sich auf die Auswahl der Medikamente und die Gespräche mit ihren Patienten konzentrieren können. Wer von lauter überflüssigen bürokratischen Nebenüberlegungen und Dokumentationspflichten abgelenkt wird, hat nicht die Kapazitäten, das einen Arbeitstag lang fokussiert durchzuhalten. Wer sich Sorgen um seine finanzielle Existenz macht, kann sich weniger konzentrieren als derjenige, der aufgrund einer angemessenen Bezahlung wirtschaftliche Sorgen ausblenden kann.

Auch um überflüssige Operationen zu vermeiden oder Hilfs- und Heilmittel rationell zu verordnen, benötigt man Ärzte, die voll bei der Sache sind. Erst recht gilt das für die Entscheidung, ob ein Arbeitnehmer krank geschrieben werden soll oder nicht. Die Fähigkeit zu Entscheidungen ist endlich, ermüdbar und trainierbar. Ärzte sind gewohnt, täglich sehr viele Entscheidungen zu treffen. Sie haben ihre Entscheidungskraft trainiert wie andere ihre Muskeln. Aber diese Fähigkeiten werden jetzt schon täglich überfordert durch Überregulierung, Überökonomisierung und die schmerzhaft Konditionierung durch Regresse.

Wenn zusätzlich noch wirtschaftliche Sorgen den Praxisalltag dominieren, weil Zusagen zur Entbudgetierung

faktisch zurückgenommen werden, oder die zugesicherten Honorare für offene Sprechstunden und Terminvermittlung wieder entzogen werden, eskaliert die Situation. Das Vorgehen der Regierung wird von der Mehrzahl der Ärzte (auch der weniger betroffenen) als Verrat empfunden. Und dieser Verrat ruiniert nicht nur die Konzentrationsfähigkeit, sondern auch die innere Motivation. Statt die wichtigsten Stützen des Gesundheitssystems immer mehr zu überfordern, zu demotivieren und auszubrennen, sollte die Ministerin gerade in der jetzigen Situation ihre Leistungsträger besonders gut behandeln. Ohne diese Leistungsträger wird es keine Rettung des Gesundheitswesens geben. Es muss nicht einmal am Finanziellen scheitern. Das Geld ist ja da – es wird nur falsch ausgegeben, nämlich in den Palästen der Krankenkassenbürokratie. Die 10 Milliarden, die man, wenn man wollte, hier problemlos holen kann, würden das ambulante System, auf das es jetzt so ankommt, zu ganz neuer Blüte bringen.

Man müsste vielleicht etwas lauter sprechen, damit die Ministerin das versteht. ■

---

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

# HELDEN GESUCHT BITTE SUBSTITUIEREN SIE!

Sie suchen eine spannende und abwechslungsreiche Tätigkeit? Helfen Sie, chronisch kranke Opioidabhängige zu substituieren. Eine professionelle Herausforderung und eine erfüllende Aufgabe. Weitere Infos finden Sie unter dem QR-Code:



[WWW.KVHH.DE/SUBSTITUTION.HTML](http://WWW.KVHH.DE/SUBSTITUTION.HTML)



## STECKBRIEF

Leiter des Qualitätszirkels „Intervisionszirkel Walddörfer“  
**Michael Wagner**

Name: **Michael Wagner**

Geburtsdatum: **21.05.1960**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Psychologischer Psychotherapeut**

Hobbys: **Maritimes, Leben am Meer, Kochen + Genießen, Wandern und Radfahren, Philosophie, Literatur**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Ja, in jeder Hinsicht.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel?** Nun, wenn ich den Begriff Qualität aufgreife, dann sehe ich, dass sich in unserer sprechenden Disziplin etwas menschlich allzu Menschliches ereignet, das sich nicht an objektiven Kriterien bemessen lässt, auch wenn hieran Fluch und Segen zugleich gekoppelt sind.

**Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Was sind die Herausforderungen?** In unserem Qualitätszirkel treffen sich in monatlichen Abständen zwei Kinder- und Jugendlichen- sowie vier Erwachsenen-Psychotherapeut:innen vor dem Hintergrund der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Im Mittelpunkt steht die intervisionäre Betrachtung/Reflexion der Therapieverläufe aus den Praxen.

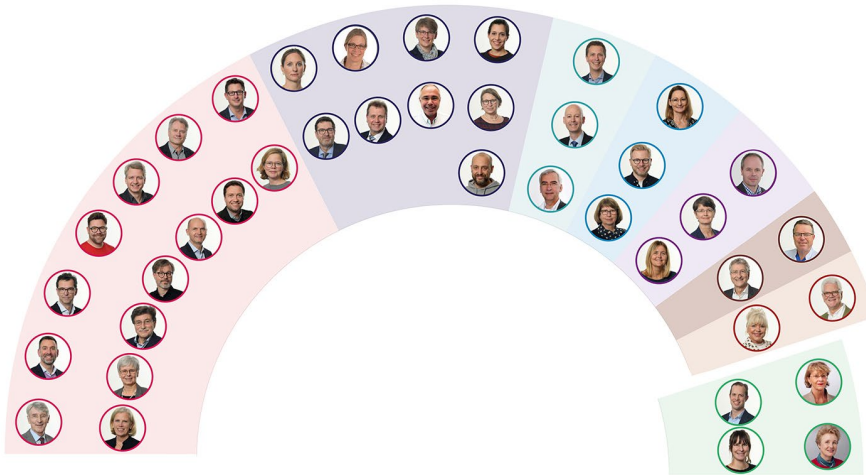
**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Neben der ausgesprochen hohen Akzeptanz aus der Bevölkerung, die sich in den hohen Nachfragewerten abzeichnet, gilt es in diesen Wochen vordringlich die gesetzlichen Krankenversicherungsverbände wie auch die jetzigen Vertreter in der schwarz-roten Koalition von der Unverzichtbarkeit der sprechenden Medizin zu überzeugen und der widersinnigen und gefährlichen Tendenz, die durch den jetzt beschlossenen Sparkurs eingeschlagen wird, entschieden entgegenzutreten.

**Welchen privaten oder beruflichen Traum möchten Sie gern verwirklichen?** Nachdem die Option einer Weltumsegelung wie auch die Erklommung eines der höchsten Berge dieser Welt bereits aussortiert wurde, bleibt der eher utopische Wunsch Martin Luther King's, dem ich mich hier bedingungslos anschließen möchte. ■

**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

**Mi. 7. Oktober 2026 (19 Uhr)**

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



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

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

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

**So gelingt der erfolgreiche  
PRAXISSTART**

Information und Austausch in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



**Mi. 30.9.2026 (13.30 - 18 Uhr)**

**5 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

**QUALITÄTSMANAGEMENT-  
SEMINAR**

**QEP Aktuell (online)**

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

**QEP-Einführungskurs für Arzt- und  
Psychotherapiepraxen (Präsenz)**

Zweitägig: Fr. 19.6.2026 und  
Sa. 20.6.2026  
**20 CME**

**Terminsystem (online)**

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

**Ausbildung Praxismanager:in  
(Präsenz)**

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

**Die digitale Arztpraxis (online)**

Mi. 1.7.2026 (15 - 18.30 Uhr)  
Teilnahmegebühr 119 €  
**6 CME**

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

Zweitägig: Do. 20.8.2026 und  
Fr. 21.8.2026  
Teilnahmegebühr 298 €  
**15 CM**

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



Oder  
über den  
QR-Code

**Ansprechpartner:**

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

**DIE NEUE SPRECHSTUNDEN-BEDARFSVEREINBARUNG**

**Workshops für Praxisteam**

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

**Di. 7.7.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz**  
**Di. 6.10.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz**

**Ort: Ärztehaus (Saal 5 + 6)**  
**Humboldtstr. 56**  
**22083 Hamburg**

**3 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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



Oder über den QR-Code

**WINTERHÜDER QUALITÄTSZIRKEL**

**Neuropathische Schmerzen und Depression**

Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen

**Mi. 23.9.2026 (18 - 22 Uhr)**

**Differentialdiagnose der sensiblen Störungen**

Könnte es Multiple Sklerose sein?

**Mi. 4.11.2026 (18 - 22 Uhr)**

**4 - 6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Rita Trettin  
[praxis@neurologiewinterhude.de](mailto:praxis@neurologiewinterhude.de)

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER**

**Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte**

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

**Ansprechpartnerin:**

Bettina Rawald, Fortbildungsakademie, Tel: 202299-306, [akademie@aekhh.de](mailto:akademie@aekhh.de)

**Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2026!**



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

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

[aerztekammer-hamburg.org/mfa-fortbildung](https://aerztekammer-hamburg.org/mfa-fortbildung)

# KVH



## Kurze Info gefällig?

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

**Mitgliederservice – Wir begleiten Sie durch das KV-System.**

 **040 22 802 802**

Oder nutzen Sie unser Kontaktformular auf [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de). Wir rufen Sie gern zurück!