

KVH journal



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

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

WIR KONSUMIEREN UNS KRANK!

*Höhere Steuern auf Tabak, Alkohol und Junkfood –
schon wäre das Finanzierungsproblem der GKV gelöst*



EIGENINITIATIVE

Sicherstellung der Onkologie in Norderstedt

HAUSÄRZTLICHES GESPRÄCH

Wie die GOP 03230 kontingentiert wird

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 4/2026 (April 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

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.



Liebe Leserin, lieber Leser!

Bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens hält die Technik dem Reformwillen nicht stand: Die Praxen werden mit rasant anwachsenden Vorgaben und Pflichten konfrontiert. Doch die digitalen Lösungen sind unausgereift. Die TI ist störanfällig, die Support-Hotlines der PVS-Hersteller sind überfordert. Elektronische Ausweise werden ausgegeben - nur um sie kurz darauf wieder einzusammeln, weil neue technische Anforderungen definiert werden.

Die Praxen haben mit Medienbrüchen und Parallelstrukturen bei der intersektoralen Kommunikation zu kämpfen. Zwar sind die Praxen selbst in hohem Maße digitalisiert. Doch die Krankenhäuser schicken weiterhin Faxe. Nur 0,5 Prozent der Dokumente in den ePA stammen aus dem Krankenhaus, den Rest haben die Praxen eingestellt. Damit ePA und KIM ihren Nutzen entfalten können, müssen sich die Akteure des Gesundheitswesens über die Sektoren hinweg an der sicheren digitalen Kommunikation beteiligen.

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken will in ihrer weiterentwickelten Digitalisierungsstrategie die ePA zu einem „zentralen Instrument“ der Versorgungssteuerung machen: Über dieses Instrument will sie eine digitale Ersteinschätzung, eine elektronische Überweisung und einen Ausbau der digitalen Terminvergabe laufen lassen.

Doch wer als Patient in seine Hausarztpraxis geht, muss nicht vorab durch eine digitale Zutrittskontrolle. Und in einem Primärarztssystem kann die patientengeführte ePA nicht als zentrales Instrument der Versorgungssteuerung fungieren, da sich die Weiterbehandler auf die Vollständigkeit der Daten verlassen können müssen. Deshalb schlägt das KV-System einen digitalen „Versorgungsfachdienst“ vor: Relevante Behandlungsdaten werden an die elektronische Überweisung gehängt und auf einem zentralen Server abgelegt, auf den die weiterbehandelnde Praxis zugreifen kann. Eine Primärversorgung kann nur funktionieren, wenn sie ärztlich verantwortlich ist.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

06_ Tabak, Alkohol, Zucker: Wie höhere Steuern auf ungesunden Konsum das Gesundheitssystem entlasten könnten

VERSORGUNG

12_ Sicherstellung in Eigeninitiative: Hamburger Onkologen gründen Zweigpraxis in Norderstedt

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

16_ Fragen und Antworten

18_ Hausärztliches "Gesprächsvolumen": Wie die GOP 03230 kontingentiert wird – und was bei einer Überschreitung passiert

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.

QUALITÄTSSICHERUNG

- 20**_ Ultraschall: KV prüft technische Bildqualität der Geräte

FORUM

- 21**_ Schwerpunktpraxen für obdachlose Menschen: Psychiater gesucht
- 22**_ Unstatistik-Check zur Darmkrebs-Vorsorge: Wie hoch ist der Nutzen wirklich?

SELBSTVERWALTUNG

- 37**_ Steckbrief: Dr. Christoph Großmann

**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 26**_ Planetary Health:
Warum die Gesundheit von Mensch und Planet auch in die Gesundheitsversorgung gehört

RUBRIKEN

- 02**_ Impressum
03_ Editorial

KOLUMNE

- 34**_ "Können wir uns die GKV bald nicht mehr leisten?"
von Dr. Bernd Hontschik

TERMINKALENDER

- 38**_ Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Eléonore Roedel
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7: Privat; Seite 12: HOPE; Seite 34: Barbara Klemm; Seite 38: Michael Zapf, Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

INTERVIEW

»Wir konsumieren uns krank!«

Dem Gesundheitssystem droht eine Milliardenlücke. Statt Beiträge zu erhöhen oder Leistungen zu kürzen, schlägt der Gesundheitsökonom **TOBIAS EFFERTZ** einen Weg vor, den andere Länder längst eingeschlagen haben: höhere Steuern auf Alkohol, Tabak und Junkfood. Das verhindert Krankheiten – und stabilisiert die Kassen.

Berechnungen des IGES-Instituts zufolge droht den Krankenkassen 2027 eine Finanzlücke von bis zu zwölf Milliarden Euro. Wie könnte das Gesundheitssystem entlastet werden?

EFFERTZ: Es gibt ja im Prinzip nur zwei Möglichkeiten: Entweder man steigert die Einnahmen. Ich glaube, alle sind sich darüber einig, dass die Abgabenlast nicht endlos erhöht werden kann. Oder man senkt die Kosten. Beispielsweise könnte man darüber diskutieren, Therapien zu streichen oder Leistungen zu rationieren: Lohnt es sich, für einen Patienten mit Kolonkarzinom in den

letzten vier Wochen seines Lebens noch teure Medikamente zu bezahlen? Sinnvoller und fairer als die Rationierung von Leistungen wäre es meiner Ansicht nach, ungesunde Lebensweisen teurer zu machen.

Sollten Menschen, die ungesund oder riskant leben, im Krankheitsfall höhere Zuzahlungen leisten?

EFFERTZ: Nein. Wenn eine Person krank wird, darf es keine Rolle spielen, ob sie dazu durch ihren ungesunden oder riskanten Lebensstil möglicherweise selbst beigetragen hat. Die GKV basiert auf dem Solidarprinzip. Ich plädiere dafür,

den Konsum von Alkohol, Tabak und ungesunden Lebensmitteln stärker zu besteuern. Das hat mehrere Effekte: Erstens zahlen Menschen, die Schnaps, Zigaretten oder Süßigkeiten kaufen, gleich an der Supermarktkasse einen Obulus an die Gesellschaft. Wichtiger aber ist, dass die Besteuerung präventiv wirkt und ungesundes Konsumverhalten reduziert, weil sie dieses verteuert. Da kann, denke ich, jeder mitgehen: Wir behalten das solidarische System, generieren zusätzliche Einnahmen und stärken die Prävention.

Darf sich der Staat so stark einmischen bei der Frage, was die Bürger



Privatdozent Dr. Tobias Effertz ist Wirtschaftswissenschaftler am Institut für Recht der Wirtschaft der Universität Hamburg. Er forscht zu öffentlicher Gesundheit und ihrer ökonomischen Bedeutung, insbesondere zu Kosten und Prävention ungesunder Lebensstile.

konsumieren sollten? Setzt man sich da nicht dem Vorwurf einer unzulässigen Bevormundung aus?

EFFERTZ: Ja, der Staat darf das und tut es in einigen Lebensbereichen seit jeher. Es gibt sicherlich Stimmen, die Alkohol, Tabak und Zucker als schützenswerte Kulturgüter verteidigen. Manch einer postuliert vielleicht das „Recht auf Rausch“. Doch es geht nicht um Verbote. Jeder hätte weiterhin das Recht auf ungesundes Konsumverhalten – es würde nur teurer werden. Der Punkt ist doch: Wir können uns einfach nicht mehr leisten, so weiter zu machen.

Um welche Summen geht es, wenn wir über die durch Tabak, Alkohol und Zucker angerichteten Schäden sprechen?

EFFERTZ: Zahlen von 2018 zufolge belaufen sich die gesellschaftlichen Kosten des Tabakkonsums auf 97 Milliarden Euro pro Jahr. Beim Alkohol werden die Kosten auf 58 Milliarden Euro geschätzt. Und bei Adipositas auf mindestens 60 Milliarden Euro. Wie gesagt: Das sind Zahlen von 2018 – ich vermute, dass sie seither deutlich gestiegen sind. Die gesamtgesellschaftlichen Kosten umfassen Schäden, die durch Frühverrentung, Arbeitslo-

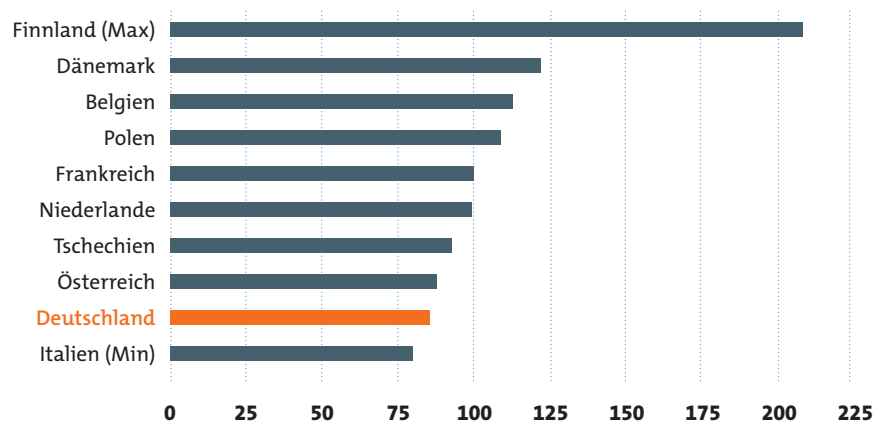
sigkeit, Suchtrehabilitation, Pflegekosten und medizinische Therapien entstehen. Was den Alkohol betrifft, kommen noch Sachschäden und Körperverletzungen infolge von Vandalismus und rauschbedingter Aggressivität hinzu. Unberücksichtigt bleiben auch die Folgen des psychischen Leidens im familiären Umfeld – beispielsweise von Kindern, die bei alkoholkranken Eltern aufwachsen.

Wie hoch sind die Kosten speziell für das Gesundheitssystem?

EFFERTZ: Man rechnet mit etwa 30 Milliarden Euro für das Rau-

ALKOHOLISCHE GETRÄNKE IN DEUTSCHLAND SO BILLIG WIE IN FAST KEINEM ANDEREN EU-LAND

Preisniveaus für alkoholische Getränke in ausgewählten EU-Staaten (Oktober 2025)
EU-Durchschnitt = 100



Die Preise alkoholischer Getränke im Einzelhandel lagen im Oktober 2025 in Deutschland 14 Prozent unter dem Durchschnitt der Staaten der Europäischen Union.

Quelle: Eurostat, Statistisches Bundesamt (Destatis), 2026

chen, 12 Milliarden Euro für Alkohol und 30 Milliarden für Adipositas. Insgesamt kommt man auf etwa 72 Milliarden Euro an Kosten für das Gesundheitssystem infolge von ungesundem Konsumverhalten.

Das ist eine gewaltige Zahl – deren Dimension noch klarer wird, wenn man sie in Relation setzt: Für die ambulante ärztliche Versorgung werden pro Jahr 54 Milliarden Euro ausgegeben. Die Gesamtausgaben der GKV belaufen sich auf über 350 Milliarden Euro.

EFFERTZ: Bitte bedenken Sie: Es fehlen aktuelle Zahlen. Ich schätze, dass die GKV mindestens ein Drittel der Kosten einsparen würde, wenn wir in Deutschland das Problem der ungesunden Lebensstile lösen würden.

Ist das nicht unrealistisch? Auch durch eine extrem hohe Besteuerung würde man ungesundes Konsumverhalten ja nicht auf Null bringen.

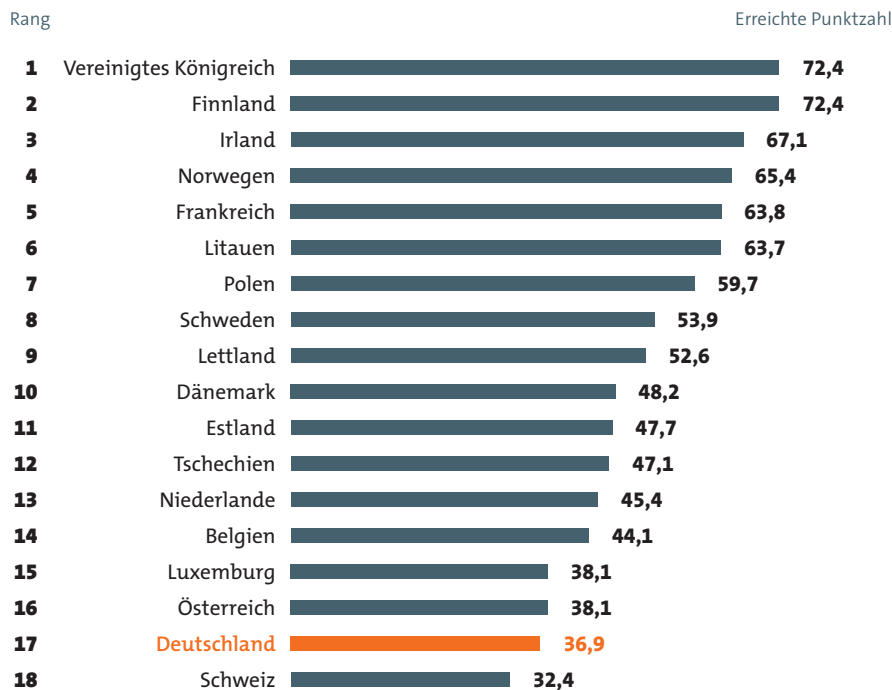
EFFERTZ: Ja, das stimmt. Die Frage ist tatsächlich: Welche Reduzierung ist möglich? Das ist letztlich auch eine empirische Frage. In Deutschland rauchen derzeit etwa 29 Prozent der Erwachsenen. Die Raucherquoten in skandinavischen Ländern sind viel niedriger, sie liegen bei etwa zehn bis fünfzehn Prozent. Die WHO hält es für möglich, eine Quote von fünf Prozent zu erreichen. Länder wie Frankreich, Belgien, Schweden oder die Niederlande haben die Fünf-Prozent-Marke als gesellschaftspolitisches Ziel festgeschrieben. Oder nehmen Sie Adipositas: Die Prävalenz von Adipositas unter Erwachsenen ist in Deutschland seit

den 1980er-Jahren stark angestiegen – auf 20 bis 25 Prozent. In Italien liegt die Adipositasrate im Bereich von zehn bis zwölf Prozent. Und was den Alkohol betrifft: In Deutschland trinken Erwachsene im Schnitt rund 10 bis 12 Liter reinen Alkohol pro Person und Jahr. In südlichen EU-Ländern wie Griechenland, Malta oder Zypern liegt der Pro-Kopf-Konsum bei fünf bis sieben Litern. Man sieht also: Wir konsumieren uns krank hier in Deutschland. Andere Länder machen es besser.

Wo steht Deutschland bei der Prävention im Vergleich zu anderen Ländern?

EFFERTZ: Beim Public Health Index des AOK-Bundesverbandes und des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), der den Gesundheitsschutz in europäischen Ländern

PUBLIC HEALTH INDEX: DEUTSCHLAND ABGESCHLAGEN AUF DEM VORLETZTEN PLATZ



Der vom AOK-Bundesverband und dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) 2025/2026 veröffentlichte Public Health Index (PHI) bewertet den Umsetzungsstand wissenschaftlich empfohlener Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in europäischen Ländern. Der Index konzentriert sich dabei auf die Handlungsfelder Tabak, Alkohol, Ernährung und Bewegung. Die Maßstäbe setzen Großbritannien, Finnland und Irland. Deutschland landet auf dem vorletzten Platz.

Quelle: AOK Bundesverband, dkfz: Public Health Index. Gesundheitsschutz im europäischen Vergleich, 2025. Seite 23
<https://www.aok.de/pp/public-health/index/>

vergleicht, ist Deutschland 2025 auf dem vorletzten Platz gelandet: Rang 17 von insgesamt 18. Deutschland tut deutlich zu wenig bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität sowie zur Eindämmung des Tabak- und Alkoholkonsums. Die Evidenz ist vorhanden, die Maßnahmen sind klar. Es mangelt am politischen Willen.

Was unternehmen andere Länder, um den Alkohol- und Tabakkonsum einzudämmen?

EFFERTZ: Es ist wichtig, die Anreize richtig zu setzen. Und das gelingt vor allem, indem man den ungesunden Konsum rigoros besteuert. Begleitet werden kann dies von Werbeverboten und kosteneffektiven Präventionskampagnen. Die skandinavischen Länder haben Alkohol schon vor vielen Jahrzehnten durch hohe Steuern sehr, sehr teuer gemacht. In Deutschland hingegen liegen die Preise für alkoholische Getränke deutlich unter dem EU-Durchschnitt. In Großbritannien und Irland kostet eine 20er-Packung

Zigaretten zwischen 15 und fast 19 Euro – in Deutschland weniger als halb so viel. Die Tabak- und die Alkoholindustrie verdienen unglaublich gut in Deutschland. Doch der ungesunde Konsum geht auf Kosten der Menschen, der Gesellschaft und des Gesundheitssystems.

Einige Länder erheben Steuern auf Limonaden und gezuckerte Getränke. Was halten Sie davon?

EFFERTZ: Da bin ich etwas skeptisch. Erwachsene und Kinder,

denen der Zugang zu Limonaden erschwert wird, können sich die Kalorien immer noch anderweitig holen. Alle hochkalorischen Lebensmittel mit hoher Schmackhaftigkeit lösen ein gewisses Suchtverhalten aus. Man weiß aus Studien, dass bestimmte Nährstoffkombinationen aus Fett und Zucker dafür sorgen, dass bei uns das Belohnungssystem anspringt.

"Ich schätze, dass die GKV ein Drittel der Kosten einsparen würde, wenn wir in Deutschland das Problem der ungesunden Lebensstile lösen würden."

Es gibt Süßigkeiten oder Snacks, die offenbar exakt auf diesen Effekt hin entwickelt wurden. Kinder sind eine der wichtigsten Zielgruppen der Lebensmittelindustrie. Ich würde empfehlen, gesunde Lebensmittel steuerlich zu entlasten und im Gegenzug dazu die ungesunden Lebensmittel insgesamt stärker zu besteuern.

Haben Gesundheitssteuern denn nachgewiesenermaßen eine Wirkung?

EFFERTZ: Ja. Die Effekte sind nachgewiesen. Es gab schon vor zwei Jahrzehnten eine sehr gute Metaanalyse von skandinavischen Kollegen, die gezeigt haben: Eine spürbar höhere Besteuerung reduziert den Konsum von Alkohol. Ähnliche Studien gibt es zum Tabakkonsum. Und dasselbe gilt, wenn auch in kleineren Effektgrößen, für ungesunde Lebensmittel. Und es gibt

Untersuchungen, die Präventionsmaßnahmen direkt mit medizinischen Endpunkten verlinken, also beispielsweise mit einer sinkenden Prävalenz von Herz-Kreislauf- oder Krebs-Erkrankungen. Häufig wird ja gesagt: Wenn eine ungesunde Lebensweise verteuert wird, weichen die Menschen auf etwas anderes aus, substituieren beispielsweise mit anderen Suchtmitteln. Das ist

offenbar nicht der Fall: Es gelingt nicht vollständig, und dadurch wird der Lebensstil gesünder.

Könnte man das Geld, das durch die Besteuerung ungesunden Konsums eingenommen wird, direkt in die GKV fließen lassen?

EFFERTZ: Nein, es gibt keine zweckgebundenen Steuern. Das heißt: Sie dürfen keine Steuern erheben, um sie direkt in das GKV-System fließen zu lassen. Über die Tabaksteuern werden heute schon etwa 15 Milliarden Euro pro Jahr eingenommen. Auch dieses Geld landet im großen Steuertopf. Allerdings könnte man Steuergelder auf Umwegen in die GKV lenken – wie bei den Steuerzuschüssen an die GKV, die es heute schon gibt. Da könnte man sicherlich eine juristische Konstruktion finden, wie zum Beispiel bei der Alkopopssteuer, wenn es sich um geringere Steueraufkommen

handelt. Der Haupteffekt für die GKV-Finanzien wird aber sein, dass die Ausgaben sinken, weil weniger Menschen in Folge von ungesundem Konsumverhalten medizinisch behandelt werden müssen. Diese gesundheitlichen Effekte halte ich mittelfristig in zwei bis drei Jahren nach Maßnahmeneinleitung für realistisch und messbar.

Wie schätzen Sie denn den politischen Gegenwind ein? Wäre eine höhere Steuer auf Alkohol, Tabak und ungesunde Lebensmittel überhaupt durchsetzbar?

EFFERTZ: Die Lobbygruppen sind in Deutschland sehr stark. Außerdem wären Steuererhöhungen auf Alkohol, Zigaretten und ungesunde Lebensmittel in Teilen der Bevölkerung wahrscheinlich zunächst ziemlich unpopulär. Um solche Maßnahmen durchzusetzen, braucht es eine klare Kommunikation: Wir müssen eine Entscheidung treffen. Aktuell gestaltet die Industrie das Ernährungsumfeld. Die deutsche Ernährungspolitik in ihrer Konsequenz bedeutet aktuell eine epidemiologische und ökonomische Last, die die Gesellschaft teuer bezahlen muss. Und vor die Wahl gestellt, ob GKV-Beiträge erhöht, Leistungen gekürzt oder die Steuern auf ungesunden Konsum angehoben werden sollen, würden die Mehrheit wohl letzteres vorziehen. Ich bin sicher, dass die meisten Bürgerinnen und Bürger es für vernünftig halten, das Finanzierungsproblem des Gesundheitswesens über hohe Steuern auf ungesunden Konsum zu lösen. ■

Interview: Martin Niggeschmidt

Fortbildungsveranstaltung 2026
Wir lotsen Sie durchs KV-System!

So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

Mittwoch, 15.04.2026 von 13.30 bis 18.00 Uhr

Information und Austausch in der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Anmeldung unter:
www.kvhh.de



Wir freuen uns auf Sie!
5 Fortbildungspunkte

VON ANTJE THIEL

Eigeninitiative schließt Versorgungslücke in Norderstedt

Der Zusammenbruch der Miamedes-/HOA-Strukturen traf Norderstedt und das Hamburger Umland hart. Rund 2.500 onkologische Patienten standen vor verschlossenen Türen. Der Hamburger Krebsmediziner Dr. Eray Gökkurt und sein Team reagierten kurzentschlossen, bauten eine Zweigpraxis auf und übernahmen Verantwortung. Ein Beispiel dafür, wie freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte und die Selbstverwaltung gemeinsam Versorgung sichern können.

Ende September 2025 gingen die Lichter in der hämatologisch-onkologischen Praxis der HOA SH GmbH in Norderstedt aus. Das Aus traf die zum Teil schwer erkrankten Menschen, die bis dahin dort in Behandlung waren, völlig unvorbereitet. Laufende Therapien, engmaschige Kontrollen, geplante Diagnostik – all das geriet ins Ungewisse. Für viele Betroffene war es nicht nur der Verlust einer vertrauten Anlaufstelle, sondern der Verlust von Sicherheit und Kontinuität.

Dass ihre onkologische Versorgung wieder sichergestellt ist, haben sie unter anderem der Initiative von Dr. Eray Gökkurt zu verdanken. Der niedergelassener Onkologe mit der Hämatologisch-Onkologischen Praxis Eppendorf (HOPE) als Hamburger Stammpraxis hat gemeinsam mit seinem Kollegen Prof. Alexander Stein eine Zweigpraxis in Norderstedt eröffnet, in der die gestrandeten



Dr. Eray Gökkurt, Mit-Inhaber der Hämatologisch-Onkologischen Praxis Eppendorf (HOPE): "Was normalerweise einen langen Vorlauf benötigt, musste nun unter erheblichem Zeitdruck umgesetzt werden."

Patientinnen und Patienten ihre Behandlung fortsetzen können.

UNKLARHEITEN ÜBER DIE FINANZIELLE LAGE

Schon vor der plötzlichen Schließung der Praxis hatte Gökkurt eine Anfrage der Miamedes-Betreiber erhalten: „Man hatte uns gefragt, ob wir die Praxis kaufen möchten. Noch vor dem Aus in Nor-

derstedt, aber nachdem die Presse schon über die Schließungen anderer Miamedes- bzw. HOA-Standorte berichtet hatte.“ Die Idee einer Übernahme wurde geprüft, jedoch verworfen. „Wir haben rasch verstanden, dass preisliche Vorstellungen, der aktuelle Zustand der Praxis und Unklarheiten über die finanzielle Lage das unmöglich machten. Damals waren ja schon Ge-



hälter nicht gezahlt worden“, erinnert sich Gökkurt.

Ein klassischer Praxis-kauf kam also nicht infrage. Stattdessen stellten Gökkurt und sein Team sich eine andere Frage: Wie lässt sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten stabilisieren, wenn bestehende Strukturen wegbrechen? „Wir sind ja keine profitorientierten Unternehmer oder Investoren, wir arbeiten selbst von morgens bis abends am Patienten. Aber wir fanden, dass es für die Versorgung in Hamburg und im näheren Umland sinnvoll wäre, aktiv zu werden.“

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN GENEHMIGTE SONDERBEDARF

Frühzeitig informierte Gökkurt die KV Schleswig-Holstein über sein Interesse an den freiwerdenden Praxissitzen. Die Selbstverwaltung zeigte sich offen für die Idee einer Zweigpraxis in Norderstedt, um die onkologische Versorgung vor den Toren Hamburgs sicherzustellen. Die KV Hamburg steuerte ebenfalls unbürokratisch die notwendigen Unterlagen bei. „So konnten wir mit unseren Hamburger Sitzen in Schleswig-Holstein

eine Zweigpraxis gründen“, erklärt Gökkurt.

Was unter normalen Umständen einen langen Vorlauf benötigt, musste nun unter erheblichem Zeitdruck umgesetzt werden. „Meine Hauptsorge zu diesem Zeitpunkt war, dass doch noch ein Investor auf der Bildfläche erscheint, der die Miamedes-Praxen und damit auch den Norderstedter Standort kauft. Das ist zum Glück aber nicht passiert“, berichtet der Onkologe. Binnen vier Wochen waren zumindest vorübergehende Räumlichkeiten gefunden, bereits am 24. November 2025 behandelte das Team die ersten Patientinnen und Patienten. Anfang Dezember 2025 wurde auch ein Sonderbedarfssitz bewilligt.

GRÜNDUNG IM EILTEMPO WAR IMMENSER KRAFTAKT

Organisatorisch war die Praxisgründung im Eiltempo ein immenser Kraftakt. Schließlich war die Hamburger Stammpraxis mit ihrem angegliederten Studienzentrum auch zuvor schon gut ausgelastet. „Ich habe mich vorübergehend aus dem Studiengeschäft zurückgezo-

gen, zwischen zwei Patienten immer wieder mit der KV telefoniert, abends ein paar Stunden drangehängt... wie man als Arzt halt arbeitet, das sind wir ja gewohnt“, schmunzelt Gökkurt.

Dass der Start der Zweigpraxis so rasch gelang, führt er aber in erster Linie auf sein bewährtes Team zurück: „Unsere Mitarbeitenden sind super organisiert und haben uns bei unserem Vorhaben unterstützt.“ Auch weitere Praxisangestellte kamen rasch an Bord: „Wir haben relativ schnell zwei Medizinische Fachangestellte, die vorher in Norderstedt gearbeitet haben, für die Zweigpraxis gewinnen können.“

KONTINUITÄT IN DER ÄRZTLICHEN BETREUUNG

Ärztlich gelang ebenfalls ein beinahe nahtloser Übergang: So schloss sich der zuvor bei der HOA SH angestellte Hämatologe und Onkologe Prof. Stefan Peters dem neuen Team an. „Er kennt viele der Patienten und hatte ihre Krankheitsgeschichten noch im Gedächtnis“, sagt Gökkurt. Gerade in der Onkologie, wo Therapiepläne auf Vorbefunden, Laborwerten und

Verlaufsdokumentationen aufbauen, ist Kontinuität ein entscheidender Faktor.

Nach dem Aus der Norderstedter HOA-Praxis hatte allerdings niemand Zugang zu den Behandlungsakten, lediglich vereinzelt brachten Patientinnen und Patienten die eine oder andere Unterlage in die Sprechstunde mit. Anderes hingegen musste rekonstruiert werden. „Man kommt über Umwege an die Laborwerte oder die verordneten Medikamente zur Chemotherapie heran, wenn man die Apotheke kennt – doch das alles macht natürlich viel Arbeit“, erzählt der Onkologe.

DANKBARE PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Um genug Zeit für derartige Nachforschungen zu haben, startete die Zweigpraxis zunächst mit reduzierten Sprechzeiten. Was Gökkurt seither besonders beeindruckt, waren die Reaktionen der Patientinnen und Patienten. „Sie reagieren großartig, sind sehr dankbar und freuen sich. Da merkt man wieder, warum man den Job macht.“ Noch sei vieles „ein bisschen klein und provisorisch“, neue Räumlichkeiten würden bereits gesucht, um der steigenden Nachfrage gerecht zu werden.

Dass es seit Anfang Februar 2026 mit der neuen onkologischen Praxis von Dr. Suna Hentschke eine weitere Anlaufstelle für Krebspatientinnen und -patienten in Norderstedt gibt, bereitet Gökkurt hingegen kein Kopfzerbrechen: „Wir waren im Vorfeld miteinander im Gespräch und hätten sie auch gern bei uns mit an Bord gehabt“, verrät er. „Die Kollegin hat sich dann aber entschieden,

eine eigene Praxis zu eröffnen – und das ist völlig in Ordnung. Ich wünsche Frau Hentschke viel Erfolg!“

KRITIK AN STRUKTURELLEN FEHLENTWICKLUNGEN

Für Gökkurt ist der Fall Norderstedt mehr als eine regionale Episode. Er sieht darin ein Lehrstück für strukturelle Entwicklungen im ambulan-

CHRONOLOGIE DER EREIGNISSE IM MIAMEDES-SKANDAL

2018: Gründung der MVZ-Kette Miamedes in Hamburg. In den Folgejahren Aufbau zahlreicher Standorte in Hamburg und Schleswig-Holstein mit Praxen für Onkologie, Urologie, Neurologie, Psychiatrie, HNO- und Hausarztmedizin.

Februar – März 2025: Plötzliche Schließungen einzelner Miamedes-Praxen.

Sommer 2025: Weitere Standorte geschlossen – darunter die onkologische Praxis der HOA SH in Norderstedt.

Herbst 2025: Übernahme einzelner Standorte durch ehemals dort angestellte Ärztinnen und Ärzte. Verkauf von Gesellschafteranteilen der übrigen Praxis-Kette. Sonderbedarfsentscheidungen zur Stabilisierung der Versorgung sowie Zusammenarbeit zwischen KV Schleswig-Holstein, KV Hamburg und den beiden Landesverbänden des Berufsverbands der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie (BNHO)

November 2025: Eröffnung der HOPE-Zweigpraxis in Norderstedt, um die onkologische Versorgung vor Ort sicherzustellen

Februar 2026: Hamburger Medien melden, die Miamedes-Kette habe den Betrieb eingestellt.



ten Bereich. Besonders kritisch bewertet er MVZ-Ketten mit komplexen Eigentümer- und Betreiberstrukturen. „Man kann das nicht anders als kritisch sehen, weil kein Investor ein intrinsisches Interesse an einer guten und sinnvollen medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten hat. Deren primäres Interesse ist es, Geld zu verdienen.“

Im Gesundheitswesen könne man nun einmal kein Geld damit verdienen, dass man abends noch bei Patientinnen und Patienten anruft und sich kümmert. „Es sind bestimmte Ziffern, die sich finanziell auszahlen, da gibt es bei Investoren klare Wertschöpfungsketten“, meint der Onkologe. Natürlich müssten auch Freiberufler wirtschaftlich denken. Doch sie stünden als freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte unmittelbar für Personal, Organisation und Versorgungsqualität ein. „Wir arbeiten schließlich direkt mit unseren Angestellten zusammen.“

EIGENTÜMERSCHAFT MACHT DEN UNTERSCHIED

In einer investorgeführten Einrichtung hingegen kenne der Eigentümer die darin arbeitenden Menschen oftmals gar nicht, sagt Gökkurt und ergänzt: „Es ist auch ein Unter-

schied, ob man angestellt oder freiberuflich arbeitet. Wer nur angestellt ist, fühlt sich nicht in gleichem Maße verantwortlich.“ In großen, kapitalgetriebenen Strukturen gehe dieses unmittelbare Verantwortungsgefühl leichter verloren.

Gökkurt plädiert deshalb für mehr Transparenz: „Es sollte klare Mindestanforderungen geben, was die Transparenz über die Inhaberschaft angeht. Wenn ich bei einem Kongress einen Vortrag halte, muss ich ja auch meine Interessenskonflikte offenlegen – so etwas muss es bei Eigentümerstrukturen also auch geben.“ Patientinnen und Patienten müssten nachvollziehen können, wer hinter einer Einrichtung steht.

UNTERNEHMERISCHES RISIKO MUSS SICH LOHNEN

Gleichzeitig richtet sich sein Blick auf die Zukunft der Freiberuflichkeit. Die Rahmenbedingungen hätten sich in den vergangenen Jahren verschärft. „Man muss wahn-sinnig viel arbeiten, um gut zu verdienen. Verzögerte KV-Auszahlungen, eine seit 1996 unveränderte GOÄ – das ist nicht attraktiv.“ Viele junge Ärztinnen und Ärzte stellten sich daher die Frage, ob das unternehmerische Risiko der

Niederlassung noch in einem angemessenen Verhältnis zum Verdienst stehe.

Gökkurts persönliches Fazit bleibt dennoch eindeutig positiv. „Ich habe den Schritt in die Niederlassung überhaupt nicht bereut, das war die beste Entscheidung meines Lebens. Ich gehe jeden Tag gern zur Arbeit und wundere mich, dass es kurz darauf schon 19 Uhr und damit Zeit für Feierabend ist.“ Sein Appell an jüngere Kolleginnen und Kollegen fällt entsprechend differenziert aus: „Traut euch, in die Niederlassung zu gehen. Es lohnt sich schon. Aber ich verstehe auch, warum jemand davor zurückschreckt. Die Bedingungen sind schwierig.“

Der Fall Norderstedt zeigt exemplarisch, was ambulante Versorgung im Kern trägt: Ärztinnen und Ärzte, die Verantwortung übernehmen, Teams, die unter Zeitdruck Außergewöhnliches leisten, und eine Selbstverwaltung, die flexible Lösungen ermöglicht – das waren zentrale Voraussetzungen dafür, dass aus einer drohenden Versorgungslücke binnen Wochen wieder ein stabiler Versorgungsstandort werden konnte. ■

ANTJE THIEL ist freie Journalistin



Fragen und Antworten

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

AU-BESCHEINIGUNG

Ich bin Hausarzt. Eine meiner Patientinnen befindet sich in teilstationärer psychiatrischer Behandlung und wurde von der Klinik arbeitsunfähig geschrieben. Die Patientin möchte nicht, dass ihr Arbeitgeber hiervon erfährt bzw. erkennen kann, dass die Krankschreibung aus einer psychiatrischen Einrichtung stammt. Darf ich sie zusätzlich arbeitsunfähig schreiben, um dies zu vermeiden?

Wenn die Klinik eine elektronische AU (eAU) ausgestellt hat, erhält der Arbeitgeber von der Krankenkasse nur die erforderlichen Minimaldaten. Das heißt: Der Arbeitgeber erfährt nicht, um welche Diagnose es sich handelt und welche Institution die AU ausgestellt hat. Sollte die Klinik noch eine Papier-AU verwenden, ist die Sache komplizierter: Auf der Ausfertigung der Papier-AU für den Arbeitgeber ist zwar ebenfalls kein Diagnosetext enthalten, doch es ist erkennbar, welche Praxis oder welches Krankenhaus die AU ausgestellt hat (Stempel und Unterschrift). Daraus kann der Arbeitgeber eventuell schließen, dass es sich um eine psychiatrische Erkrankung handelt.

Als Hausarzt dürfen Sie eine weitere AU ausstellen, wenn Sie die Patientin untersucht (oder fachlich ausreichend beurteilt) haben und zu der Überzeugung gelangen, dass eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Voraussetzung ist also eine eigene medizinische Feststellung; die Ausstellung einer weiteren AU darf nicht allein dem Zweck dienen, die zuvor behandelnde Einrichtung zu verschleiern. Eine AU soll grundsätzlich nicht rückwirkend ausgestellt werden. Eine Rückdatierung ist nur ausnahmsweise nach gewissenhafter Prüfung und maximal drei Tage (in Ausnahmefällen weiter) möglich.

TSVG

Nach einem durchgeführten TSS-Terminfall möchte ich die entsprechende Zuschlags-GOP, inkl. Buchstabenzusatz (B, C, D) abrechnen. Diese wird beim Speichern aber in eine andere Ziffer umgewandelt. Wieso passiert das, obwohl ich die für meine Fachgruppe richtige GOP abrechne?

Die automatische Änderung der Zuschlags-GOP durch das Praxisverwaltungssystem (PVS) ist in der Regel kein Fehler, sondern abrechnungssystematisch begründet.

Für die TSS-Zuschläge (und Hausarztvermittlungsfälle) werden keine festen Punktzahlen oder Eurobeträge ausgewiesen. Der Zuschlag wird vielmehr prozentual auf die jeweils altersgruppenspezifische Grund-, Versicherten- oder Konsiliarpauschale berechnet.

Da diese Pauschalen altersabhängig unterschiedlich hoch sind, existieren im EBM altersdifferenzierte Zuschlags-GOP. Das bedeutet: Die „Stamm-GOP“ (z. B. 06228 in der Augenheilkunde, 18228 in der Orthopädie usw.) ist technisch nur die Basisnummer.

Für die tatsächliche Abrechnung muss sie der korrekten Altersgruppe des Patienten zugeordnet werden. Viele PVS übernehmen diese Zuordnung automatisch und wandeln die eingegebene Zuschlags-GOP intern in die passende altersgruppenspezifische Variante um. Sollte Ihr Praxisverwaltungssystem keine automatische Umwandlung vornehmen, ist dies ebenfalls unproblematisch. In diesem Fall erfolgt die altersgruppenspezifische Zuordnung im Rahmen der KV-Abrechnung, sodass die korrekte Zuschlagsberechnung dennoch sichergestellt ist.

DATENSCHUTZ

Müssen wir von jedem Patienten eine Datenschutzerklärung unterschreiben lassen?

Nein. Eine Information zur Datenverarbeitung in der Praxis ist zwar verpflichtend, doch der Patient muss nichts unterschreiben. Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ muss lediglich für Patienten gut ersichtlich zugänglich gemacht werden, zum Beispiel durch Aushang im Wartezimmer oder durch Auslage am Empfang. Auf diese Weise werden die Patienten darüber informiert, welche personenbezogenen Daten zu welchen Zwecken in der Praxis verarbeitet werden. Damit hat die Praxis ihre Informationspflichten nach DSGVO (EU-Datenschutzgrundverordnung) erfüllt.

In vielen Praxen wird die „Patienteninformation zum Datenschutz“ zusammen mit einer „Patienteneinwilligung“ vorgelegt. Dabei geht es um die Weitergabe von Befunden an andere Ärzte sowie beispielsweise um den Erinnerungsservice („Recall“) per SMS oder E-Mail. Hierfür muss der Patient tatsächlich seine Einwilligung geben, indem er unterschreibt.

Muster für eine „Patienteninformation zum Datenschutz“ sowie für eine „Patienteneinwilligung“ finden Sie auf der Website der KV: www.kvhh.de → Praxis → Recht & Verträge → Datenschutz → Mustervorlagen

QUARTALSABRECHNUNG

Im vergangenen Jahr wurde KV-Connect abgeschaltet. Ist es weiterhin möglich, die Quartalsabrechnung als 1ClickAbrechnung einzureichen?

Ja, die Einreichung der Quartalsabrechnung als 1ClickAbrechnung ist weiterhin möglich. Nach der Abschaltung von KV-Connect erfolgt die Übermittlung nun über KIM (Kommunikation im Medizinwesen). Die Abrechnung kann aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) direkt an die KV versendet werden. Dabei wird die Datei datenschutzkonform übermittelt. Eine separate Anmeldung ins Online-Portal ist nicht erforderlich. In der Regel ist die Funktion im PVS bereits freigeschaltet. Bei Fragen zur Einrichtung oder Nutzung wenden Sie sich bitte an Ihren PVS-Hersteller oder Ihren IT-Dienstleister.

PSYCHOTHERAPIE

Kann ich Psychotherapeutische Sprechstunden mit einem Patienten durchführen, der bereits zwei Sprechstunden bei einem anderen Therapeuten absolviert hat?

Ja. Durch den Wechsel des Psychotherapeuten beginnt ein neuer Krankheitsfall. Damit steht das vollständige Kontingent an Psychotherapeutischen Sprechstunden erneut zur Verfügung – auch dann, wenn die vorangegangenen Sprechstunden im selben Quartal stattgefunden haben. ■

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



Was bedeutet die Entbudgetierung der Hausärzte für mein Gesprächsvolumen?

Die GOP 03230 wird trotz Entbudgetierung nicht vollständig vergütet – weil eine Kontingentierung bestehen bleibt. Wie wird dieses Volumen berechnet? Und was passiert bei Überschreitung? Ein Rechenbeispiel zeigt, worauf es ankommt.

Mit der Entbudgetierung der allgemeinen hausärztlichen Leistungen (EBM Kapitel 3) werden die meisten der von Hausärzt:innen erbrachten Leistungen zu 100 Prozent vergütet. Eine Besonderheit, über die wir in diesem Artikel sprechen möchten, ist das Volumen für die Ziffer 03230.

Bislang gab es für diese Ziffer zwei Honorarkürzungsmechanismen, die nacheinander griffen: erstens eine Kontingentierung in Form eines Gesprächsvolumens und zweitens eine Budgetierung der Auszahlung. Mit der Entbudgetierung entfällt die Budgetierung der Auszahlung. Doch die Kontingentierung der Gesprächsleistungen bleibt bestehen.

Die Ziffer 03230 wird von Hausärzt:innen angesetzt, um ein problemorientiertes ärztliches Gespräch abzurechnen, das aufgrund der Erkrankung erforderlich ist. (Die Ziffer 04230 ist das Pendant dazu in der pädiatrischen Versorgung – die 04231 ein intensives pädiatrisches Gespräch mit erhöhtem Aufwand. Die Beispielerrechnungen sind auch für die beiden pädiatrischen Gesprächsziffern anwendbar.)

Wie wird das Volumen für die Gesprächsleistungen errechnet?

Im EBM (Nr. 9 und Nr. 10 der Präambel zum Abschnitt 3.1) wird festgelegt, dass für die Ziffer 03230 ein Volumen gebildet werden soll. Dort wird auch der Rechenweg vorgegeben. Demnach ergibt sich das Volumen aus der Multiplikation der folgenden Werte:

- 1.** des Fallwertes (der sich wie folgt berechnet: regionaler Punktwert x 64 Punkte)
- 2.** mit der Anzahl der relevanten Behandlungsfälle gemäß EBM.

Zu 1. Im Jahr 2025 betrug der regionale Punktwert für Hamburg 12,3934 Cent. Der EBM legt als Multiplikator 64 Punkte fest. Daraus ergibt sich folgender Fallwert: 12,3934 Cent x 64 Punkte = 7,93 € je Fall

Zu 2. Nehmen wir an, eine Praxis hat 900 Behandlungsfälle.

Berechnung des Volumens für Gesprächsleistungen: 7,93 € x 900 Fälle = 7.137 € Volumen. **Im Honorarbescheid wären die Zahlen der Rechnung auf einer gesonderten Seite zu finden (siehe unten):**

Volumen für Gesprächsleistungen - Präambel 3.1.9 / 4.1.12 EBM (GOP 03230, 04230, 04231 EBM – jeweils inkl. aller Suffixe)						
Arztgruppe	Anzahl BHF gem. Präambel 3.1.10 / 4.1.13 EBM	64 Punkte x regionaler Punktwert	Volumen	Honorar- anforderung	Über- schreitung	Unter- schreitung
Hausärzte	900	7,93	7.137,00	7.931,78 €	794,78 €	0,00

Honoraranforderung und Überschreitung

In den 900 Behandlungsfällen wurde die GOP 03230 insgesamt 500-mal abgerechnet. Laut EBM ist die Leistung mit 128 Punkten bewertet. Daraus ergibt sich folgende Honoraranforderung:

$$128 \text{ Punkte} \times 12,3934 \text{ Cent} \times 500 = 7.931,78 \text{ €}$$

Unsere Beispiel-Praxis überschreitet ihr Gesprächsvolumen um 794,78 €. Dieser Betrag wird nicht vergütet. Im Honorarbescheid würde das so ausgewiesen:

Volumen für Gesprächsleistungen - Präambel 3.1.9 / 4.1.12 EBM (GOP 03230, 04230, 04231 EBM – jeweils inkl. aller Suffixe)						
Arztgruppe	Anzahl BHF gem. Präambel 3.1.10 / 4.1.13 EBM	64 Punkte x regionaler Punktwert	Volumen	Honorar- anforderung	Über- schreitung	Unter- schreitung
Hausärzte	900	7,93	7.137,00	7.931,78 €	794,78 €	0,00

Auswirkung der Budgetierung

Während der vergangenen Jahre kam als weiterer Honorarkürzungsmechanismus noch die Budgetierung hinzu. In den ersten drei Quartalen des Jahres 2025 ergab das folgende Quoten und Auszahlungen:

Quartal	Auszahlungs- quote	Auszahlung (von 7.137,00 €)
3 / 2025	68,5 %	4.888,85 €
2 / 2025	75,9 %	5.416,98 €
1 / 2025	70,4 %	5.024,45 €

Nach der Entbudgetierung

Die Überschreitung von 794,78 € aus unserem Beispiel wird auch weiterhin nicht vergütet. Doch die Leistungen, die innerhalb des Gesprächsvolumens liegen (in unserem Beispiel 7.137 €), werden künftig vollständig und ohne Kürzung ausgezahlt. ■

Ansprechpartner:
Mitgliederservice
Tel: 040 / 22802 -802



KV Hamburg prüft Ultraschallgeräte

Im Rahmen der Konstanzprüfung ist ein aktuelles Wartungsprotokoll vorzulegen. Alternativ kann ein aktuelles B-Modus-Bild eingereicht werden.

In der Ultraschall-Vereinbarung ist geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in regelmäßigen Abständen die technische Bildqualität von Ultraschallgeräten prüfen (Konstanzprüfung). Die KV Hamburg wird in Kürze alle Hamburger Praxen und Einrichtungen, die ein Ultraschallgerät betreiben, anschreiben und zur Vorlage eines Wartungsprotokolls auffordern. Dem Protokoll muss zu entnehmen sein, dass die Leistungsfähigkeit des Ultraschallsystems hinsichtlich der technischen Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht. Das Wartungsprotokoll darf nicht älter als zwei Jahre sein.

Dass Wartungsprotokolle vorgelegt werden können, hat gegenüber der Vorlage von B-Modus-Bildern diverse Vorteile. Ein Wartungsprotokoll liegt aufgrund der Vorgaben des Herstellers, regelmäßige Wartungen durchzuführen, oftmals schon vor. Das zeitintensive Heraussuchen von Ultraschallbildern aus der Praxis-EDV oder der Patientenakte entfällt, und Komplikationen, die sich aus der Begutachtung insbesondere von ausgedruckten Bildern ergeben können, werden ausgeschlossen.

Die KV Hamburg empfiehlt, schon jetzt zu prüfen, ob ein Wartungsprotokoll vorliegt, und gegebenenfalls eine Wartung vornehmen zu lassen.

Wenn ein Wartungsprotokoll nicht vorgelegt werden kann, besteht auch die Möglichkeit, ein aktuelles Ultraschallbild (B-Modus) pro Gerät vorzulegen. In unserem Anforderungsschreiben finden sie alle wichtigen Informationen zum Wartungsprotokoll und zum Ultraschallbild. ■

**Ansprechpartner in der
Abteilung Qualitätssicherung:**
Ricarda Petersen
Tel: 040 / 22802 -305
ricarda.petersen@kvhh.de
Kay Siebolds
Tel: 040 / 22802 -478
kay.siebolds@kvhh.de

INBETRIEBNAHME UND AUSMUSTERUNG VON ULTRASCHALL- GERÄTEN MÜSSEN DER KV GEMELDET WERDEN

Die Inbetriebnahme neuer Ultraschallgeräte und die Ausmusterung alter Geräte müssen der KV Hamburg schriftlich angezeigt werden. Für neu erworbene Geräte ist eine Gewährleistungserklärung des Herstellers (Gerätenachweis) vorzulegen.

KV Hamburg,
Abt. Genehmigung,
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg

genehmigung@kvhh.de

Schwerpunktpraxen für obdachlose Menschen: Psychiater gesucht

Die Schwerpunktpraxen in der Notunterkunft Pik As und im Tagestreff CariCare suchen ab sofort jeweils eine Psychiaterin oder einen Psychiater.

Die Praxen richten sich an wohnungs- und obdachlose Frauen und Männer, die das reguläre medizinische Versorgungssystem nicht nutzen oder nutzen können. Angeboten wird eine niedrighschwellige medizinische und psychiatrische Grundversorgung.

Die beiden Einrichtungen suchen Psychiaterinnen und Psychiater für eine wöchentliche Sprechstunde von zwei bis drei Stunden pro Standort.

Erfahrung in der Arbeit mit der Zielgruppe ist wünschenswert, aber keine Voraussetzung. Die Ärztinnen und Ärzte arbeiten in einem engagierten und erfahrenen Team, dessen Mitglieder sich unterstützen.

Die Tätigkeit wird in Kooperation mit der KV Hamburg, den Krankenkassen sowie der Hamburger Sozialbehörde vergütet. Der Stundensatz beträgt 70 Euro. ■

Anschriften der Schwerpunktpraxen:

Notübernachtungsstätte Pik As
Neustädter Straße 31a
20355 Hamburg
Tagestreff CariCare
Altstädter Twiete 1-5
20095 Hamburg

Bei Interesse und für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:
Inna Weimer
Sozialbehörde /
Freie und Hansestadt Hamburg
Tel: 040 / 428 63 -5464
(Mo-Do von 9 bis 15 Uhr)
inna.weimer@soziales.hamburg.de

KVH

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

Antibiotika-Therapie

Krankengeld

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!

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



Unstatistik-Check zur Darmkrebs-Vorsorge: Wie hoch ist der Nutzen wirklich?

Simulationen versprechen eine enorme Senkung der Sterblichkeit durch Darmkrebs-Screenings von über 80 Prozent. Doch ein Blick auf klinische Studien mit echten Patienten zeigt: Die Zahlen aus dem Computer halten der Realität nicht stand. Wir erklären, warum die wichtigste Kennzahl für Patienten oft fehlt.

Eine im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Simulationsstudie aus Heidelberg berichtet, dass Screening mit Stuhlbluttest oder Koloskopie die Darmkrebssterblichkeit jeweils um 82 Prozent verringern könne, die Kombination beider Methoden sogar um 89 Prozent. (Sergeev, D et al. Koloskopie versus Test auf Blut im Stuhl versus keine Vorsorgeuntersuchung. Dtsch Arztebl 2026; 123: 40–5. DOI: 10.3238/arztebl.m2025.0208)

Die Autoren schlussfolgern, dass die beiden Verfahren hochwirksam seien und man die Bevölkerung durch wiederholte Einladungen zur Teilnahme bewegen sollte.

Über diese Studie mit hypothetischen 100.000 Männern und 100.000 Frauen im Alter von 50 bis 85 Jahren ist viel Positives zu sagen: Die Autoren erläutern, was die *relative* Reduktion von 82 bzw. 89 Prozent in *absoluten* Zahlen bedeutet. Die höchste Reduktion von 89 Prozent heißt konkret: Das Risiko, an Darmkrebs zu sterben, sinkt von 4,5 Prozent (ohne Screening) auf 0,5 Prozent (mit Screening). Das bedeutet: Vier Prozent der Teilnehmenden haben diesen Nutzen, 96 Prozent nicht.

Positiv hervorzuheben ist auch, dass die Annahmen der Simulation transparent gemacht werden. Dazu gehören etwa die geschätzten Prävalenzen der verschiedenen Stadien in der Entwicklung von Krebs, deren Übergangswahrscheinlichkeiten, sowie die Annahme, dass alle Personen zu sämtlichen vorgesehenen Screeningterminen erscheinen – was bei Weitem nicht der Fall ist.

Wenn Simulationen die Realität überholen

Allerdings handelt es sich um eine Simulation, die zeigt, was sein könnte, nicht um eine empirische klinische Studie, die zeigt, was ist. Als beste empirische Evidenz gelten randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) mit echten Menschen. Und dort sind die Effekte deutlich geringer.

- Stuhlbluttest: Die vier RCTs, die im Cochrane Collaboration-Review analysiert wurden, berichten lediglich von einer relativen Senkung der Inzidenz um 5 Prozent und der Darmkrebsmortalität um 14 Prozent. (Holme, Ø et al. Flexible sigmoidoscopy versus faecal occult blood testing for colorectal cancer screening in asymptomatic individuals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD009259. DOI: 10.1002/14651858.CD009259.pub2)
- Koloskopie: Wie die Autoren selbst anmerken, fand der erste RCT zur Koloskopie eine relative Sterblichkeitsreduktion von lediglich 10 Prozent (Bretthauer, M. et al. Effect of Colonoscopy Screening on Risks of Colorectal Cancer and Related Death. N Engl J Med 2022 Oct 27;387(17):1547-1556. DOI: 10.1056/NEJMoa2208375)

Hier besteht also eine beträchtliche Diskrepanz zwischen randomisierten Studien mit realen Menschen und Simulationen mit hypothetischen Personen. Dieser Unterschied lässt sich zum Teil durch die Besonderheiten der RCTs –

etwa unvollständige Teilnahme an den Screeningterminen – sowie durch die Abhängigkeit der Simulationsergebnisse von ihren spezifischen Annahmen erklären.

Die Zahl, über die niemand spricht: Null

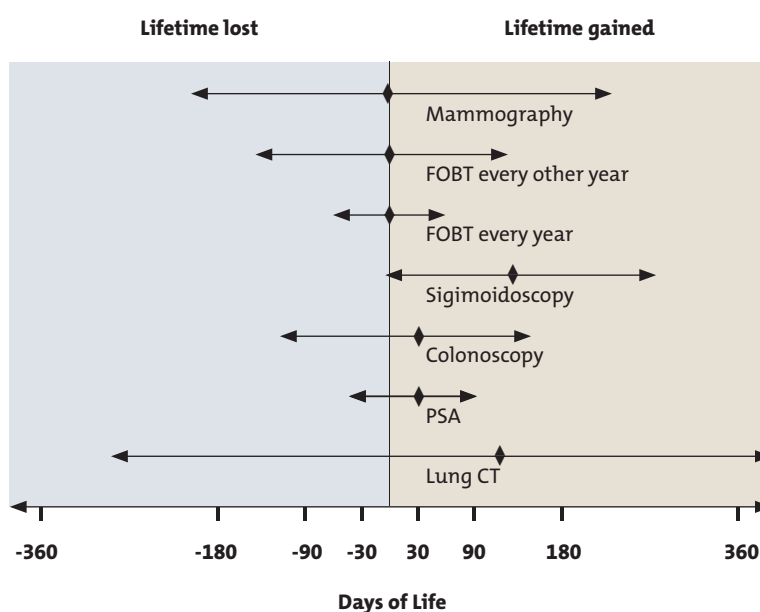
Der Hauptgrund, warum wir diese Studie zur „Unstatistik des Monats“ gewählt haben, ist jedoch eine Zahl, die weder in Informationsbroschüren noch in dem ansonsten vorbildlich dokumentierten Artikel im Ärzteblatt auftaucht. Es ist die Zahl „0“.

Eine Metaanalyse (Bretthauer, M et al. Estimated Lifetime Gained With Cancer Screening Tests A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Intern Med August 28, 2023;183;(11):1196-1203. DOI:10.1001/jamainternmed.2023.3798) von RCTs aus dem Jahr 2023 mit über zwei Millionen Teilnehmenden untersuchte die entscheidende Frage: Leben Menschen, die an der Krebsfrüherkennung teilnehmen, insgesamt länger als jene, die nicht teilnehmen? Für den Stuhlbluttest wurde eine durchschnittliche Verlängerung der Lebenserwartung von genau 0 Tagen gefunden – unabhängig davon, ob der Test jährlich oder zwei-jährlich durchgeführt wurde (Abbildung 1).

Für die Koloskopie wurde ebenfalls kein Beleg gefunden, dass ein Tag gewonnen würde. Der Wert lag zwar im positiven Bereich, war jedoch statistisch nicht signifikant von 0 Tagen verschieden. Lediglich die Sigmoidoskopie (kleine Koloskopie), die in Deutschland nicht zur

ABBILDUNG 1: SIEBEN VERBREITETE KREBS- FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN

Hinweis zur Abbildung: Die schwarzen Rauten zeigen die beste Schätzung, um wie viele Tage jede Methode das Leben verlängert oder verkürzt. Die Pfeile geben das 95%-Konfidenzintervall an. Enthält es die Null, wird von keinem gesicherten Effekt ausgegangen. Beim Stuhlbluttest (FOBT) liegt der Wert exakt bei null – auch bei jährlicher Durchführung. Die einzige Methode mit möglicher Lebensverlängerung (das 95%-Konfidenzintervall schließt jedoch die Null ein) ist die Sigmoidoskopie.



Quelle: Bretthauer, M et al. Estimated Lifetime Gained With Cancer Screening Tests A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Intern Med August 28, 2023 ;183;(11):1196-1203. DOI:10.1001/jamainternmed.2023.3798

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

Routine-Früherkennung von Darmkrebs gehört, zeigte eine mögliche Verlängerung der Lebenserwartung um 110 Tage.

Die blinde Stelle: Gesamtmortalität

Dieses Ergebnis – dass Screening die Gesamtlebenserwartung nicht verlängert, sondern lediglich die krebspezifische Mortalität senkt – ist nicht nur für Stuhlbluttest und Koloskopie dokumentiert, sondern auch für Mammographie, PSA-Test und Niedrigdosis-CT zur Lungenkrebsfrüherkennung (siehe Abbildung 1). Warum ist das so?

1. Unklare Todes-Ursachen: Die Bestimmung der exakten Todesursache ist oft schwierig. In einer Prostatakrebs-Studie beispielsweise waren sich Experten in 17 Prozent der Fälle nicht einig, ob Männer an Prostatakrebs oder einem anderen Krebs verstorben sind. (De Koning, H J et al. Determining the cause of death in randomized screening trial(s) for prostate cancer, *BJU Int.* 2003 Dec;92 Suppl 2:71-8. DOI: 10.1111/j.1465-5101.2003.04402.x) Daher ist die Gesamtmortalität ein verlässlicheres Kriterium als die krebspezifische Mortalität.

2. Nebenwirkungen: Die Gesamtmortalität berücksichtigt auch die negativen Folgen der Vorsorge. So können Darmperforationen bei Koloskopien oder Herzinfarkte bei radikalen Prostatektomien das Leben verkürzen. (Bretthauer M et al. Estimated Lifetime Gained With Cancer Screening Tests: A Meta-Analysis of Randomized Clini-

cal Trials. *JAMA Intern Med.* 2023;183(11):1196–1203. DOI:10.1001/jamainternmed.2023.37989) Diese Todesfälle fließen nicht in die berichtete Reduktion der Darmkrebssterblichkeit ein.

Fazit: Ehrlichkeit statt Überredung

Wenn wir das Vertrauen in das Gesundheitssystem erhöhen wollen, sollten wir der Bevölkerung vollständige Informationen geben – und nicht jene Teile weglassen, die die Teilnahmequoten am Screening senken könnten. Bereits 2015 kündigte der Nationale Krebsplan einen entsprechenden Kurswechsel an: Das Ziel der informierten Entscheidung sei nun wichtiger als die bloße Erhöhung der Teilnahmeraten. (Gigerenzer, G. Towards a paradigm shift in cancer screening: informed citizens instead of greater participation. *BMJ* 2015;350:h2175 DOI: 10.1136/bmj.h2175)

Die Menschen sind nicht so leichtgläubig. Nicht alle verstehen statistische Details, aber viele spüren, wenn sie überredet werden sollen und Informationen primär der Steigerung von Teilnahmequoten dienen. Eine ehrliche Kommunikation, die auch die „Null“ beim Lebenszeitgewinn nicht verschweigt, wäre ein wichtiger Schritt, um mehr Vertrauen zu gewinnen. ■

PROF. DR. GERD GIGERENZER, Leiter des Harding-Zentrums für Risikokompetenz an der Universität Potsdam
gigerenzer@mpib-berlin.mpg.de

Dieser Text ist Teil der Artikelserie „Unstatistik des Monats“. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung. Mit der „Unstatistik des Monats“ hinterfragen der Berliner Psychologe Gerd Gigerenzer, der Dortmunder Statistiker Walter Krämer, die STAT-UP-Gründerin Katharina Schüller und RWI-Vizepräsident Thomas K. Bauer jeden Monat sowohl jüngst publizierte Zahlen als auch deren Interpretationen. Alle „Unstatistiken“ finden Sie im Internet unter: <https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/unstatistik>



In der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine unbefristete Stelle als

Ärztlicher Fachberater (m/w/d)

in Voll- oder Teilzeit (zwei Stellen mit ca. 50%) zu besetzen.

Zu Ihren Aufgaben zählen u.a.:

- Sie beraten und und informieren unsere Mitglieder, den Vorstand und die Fachabteilungen des Hauses in allen Fragen rund um die vertragsärztliche Leistungserbringung, insbesondere zum Versorgungs- und Ordnungsmanagement.
- Schwerpunktmäßig gehört dazu auch die Beratung unserer Mitglieder im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren.
- Ggf. vertreten Sie die KVH in Fachgremien und Projekten.

Sie bringen u.a. mit:

- Eine erfolgreich abgeschlossene Facharztausbildung (vorzugsweise der patientenunmittelbaren Versorgung) sowie Erfahrungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung
- Kenntnisse der Grundzüge des deutschen Gesundheitssystems
- Eine sehr gute mündliche und schriftliche Ausdrucksweise und sicherer Umgang mit MS Office Programmen
- Ausgeprägte Kommunikationskompetenzen sowie eine hohe Team- und Serviceorientierung

Wir bieten Ihnen u.a.:

- Sicherer Arbeitsplatz
- Flexible Arbeitszeiten mit Gleitzeit und individuellen Teilzeitmodellen
- 30 Tage Urlaub und zusätzliche Wintertage
- Zuschuss zum Deutschlandticket
- Bezuschusstes Mittagessen in unserer hauseigenen Kantine
- Mitarbeiter-Rabatte
- Betriebssportangebote und bezuschusste Mitgliedschaft bei Wellpass
- Vielfältige Fortbildungsangebote

Für Erläuterungen und weitergehende Informationen steht Ihnen unser Abteilungsleiter Herr Dr. Walter (Tel. 040 22 80 2 – 455) gern zur Verfügung.

Bewerbungen von schwerbehinderten oder ihnen gleichgestellten Menschen sind erwünscht.

Für das Arbeitsverhältnis gelten grundsätzlich die Vorschriften des TV-Länder. Die Eingruppierung erfolgt in Entgeltgruppe 15.

Wir freuen uns auf Ihre vollständige schriftliche Bewerbung unter Angabe der **Kennziffer VB 04.2026** per Post oder per E-Mail ausschließlich als PDF-Datei an bewerbung@kvhh.de. Bewerbungen, die Dokumente in anderen Formaten beinhalten, können nicht berücksichtigt werden.

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Die komplette Stellenanzeige können Sie unter dem QR-Code oder auf www.kvhh.de -> [Über uns](#) -> [Karriere](#) -> [Unsere Stellenangebote](#) einsehen.





 AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Planetary Health

Warum die Gesundheit von Mensch und Planet
auch in die Gesundheitsversorgung gehört

VON DR. MARIA-INTI METZENDORF, ANNIKA ZIEGLER UND DR. CATHLEEN MUCHE-BOROWSKI IM
AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Unter dem Konzept “Planetary Health” wird nicht nur die Gesundheit des Planeten verstanden, sondern eine ganzheitliche Betrachtung der Gesundheit der menschlichen Zivilisation im Zusammenhang mit dem Zustand der natürlichen Systeme, von denen sie abhängt [1].

Planetare Grenzen sind wissenschaftlich fundierte, ökologische Schwellenwerte, die aufzeigen, wie weit der Mensch die Erde verändern darf, ohne das globale Ökosystem zu destabilisieren. Dazu gehören, absteigend gelistet nach ihrem derzeitigen Grad der Überschreitung:

- 1.** Verlust der Artenvielfalt,
- 2.** Einführung neuer Substanzen (chemische Belastung, Plastik),
- 3.** Störung des Phosphor- und Stickstoffkreislaufs (biogeochemische Stoffkreisläufe),
- 4.** Klimawandel,
- 5.** Landnutzungsänderung,

- 6.** Hydrologischer Wandel (Süßwassernutzung),
- 7.** Ozeanversauerung, sowie die beiden noch nicht überschrittenen Grenzen
- 8.** Aerosolbelastung der Atmosphäre und
- 9.** Abbau der stratosphärischen Ozonschicht.

Die Überschreitung von sieben der insgesamt neun planetaren Grenzen [2,3], bringt erhebliche Risiken für die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschheit mit sich. Verantwortungsvolle Führung im Jahr 2026 bedeutet daher, Umweltaspekte in die evidenzbasierte Medizin und Gesundheitsversorgung zu integrieren, um eine nachhaltige, resiliente und wirksame Gesundheitsversorgung sicherzustellen, die sowohl heutigen als auch zukünftigen Generationen zugutekommt. Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige weiterer Gesundheitsfachberufe, aber auch Gestaltende der Gesundheitspolitik sollten daher die Planetare Gesundheit bei ihren Entscheidungen berücksichtigen. Evidenzsynthesen und klinische Leitlinien bilden, im Zusammenspiel mit klinischer Expertise und den Werten der Patientinnen und Patienten, die Grundlage dieser Entscheidungen.

Jede planetare Grenze wird durch verschiedene Indikatoren beschrieben, deren Entwicklungen fortlaufend gemessen werden [3]. Dabei stehen planetare Grenzen, trotz ihrer konzeptionellen Einteilung, im Zusammenhang miteinander und beeinflussen sich gegenseitig: Der Klimawandel verstärkt beispielsweise Hitze- und Extremwetterereignisse, gefährdet die Nahrungsmittel- und Wasserversorgung und verschärft durch Vektoren übertragene Krankheiten. Der Verlust der biologischen

Vielfalt verringert die Widerstandsfähigkeit der Ökosysteme und erhöht das Auftreten zoonotischer Krankheiten. Die Luftverschmutzung, die größtenteils durch die Verbrennung fossiler Kraft- und Brennstoffe und Emissionen aus der Landwirtschaft verursacht wird, ist eine der Hauptursachen für Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen [2]. Die am stärksten gefährdeten Menschen gehören vornehmlich zu den sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, darunter Menschen in Armut, mit chronischen oder multiplen Erkrankungen, sowie Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung. Sie sind häufig überproportional betroffen, sei es durch Luftverschmutzung oder Extremwetterereignisse [2].

Der Zusammenhang zwischen planetaren Grenzen, menschlicher Gesundheit und sozialer Gerechtigkeit wird immer deutlicher. So wurden bereits sieben der acht sicheren und gerechten Erdsystemgrenzen (Earth System Boundaries, ESB) überschritten. Dieses Konzept erweitert die planetaren Grenzen um eine explizite Gerechtigkeitsperspektive [4]. Die ESB basieren auf drei zentralen Gerechtigkeitskriterien:

1. Gerechtigkeit zwischen den Arten und Stabilität des Erdsystems, wonach menschliche Aktivitäten die Rechte anderer Arten und die Integrität der Ökosysteme respektieren müssen, um die Stabilität der Lebenserhaltungssysteme zu erhalten,

2. Generationenübergreifende Gerechtigkeit hebt die ethische Verantwortung hervor, die natürlichen Systeme der Erde für heutige und zukünftige Generationen zu schützen und die natürlichen Ressourcen nicht auf

Kosten des zukünftigen Wohlergehens zu erschöpfen oder die Systeme zu destabilisieren, und

3. Generationsinterne Gerechtigkeit, die sich mit der Gerechtigkeit innerhalb der heutigen Generation befasst und anerkennt, dass Umweltrisiken und ihre Ursachen unterschiedlich auf Länder, Gemeinschaften und Einzelpersonen verteilt sind.

Diese Grundsätze unterstreichen die dringende Notwendigkeit von Maßnahmen, um die planetaren Grenzen zu wahren und gleichzeitig die Gerechtigkeit zwischen Arten, Generationen und sozialen Gruppen zu fördern.

RELEVANTE AKTEURE IN DEUTSCHLAND

In Deutschland haben sich inzwischen zahlreiche Institutionen und Initiativen etabliert, die sich mit Planetary Health beschäftigen. Nachfolgend werden einige relevante Akteure genannt, die insbesondere im Bereich der evidenzbasierten Medizin und Gesundheitsversorgung agieren und Anlauf- und Informationsstellen für Gesundheitsfachpersonal darstellen.

Ad-hoc-Kommission Klima-Umwelt-Gesundheit der AWMF: Im Jahr 2023 wurde eine AG Planetary Health der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gegründet. Das Ziel der AG war zum einen die Sensibilisierung der Leitlinienerstellenden, zum anderen die Erarbeitung von Hilfestellungen für das Einbringen von Planetary Health in Leitlinien sowie in die Patient:innen-Kommunikation. Hierfür erarbeitete die AG eine interaktive Handreichung für Leitliniengrup-



pen [5]. Im Jahr 2025 wurde die AG in eine Ad-hoc-Kommission Klima-Umwelt-Gesundheit der AWMF überführt. Neben der Sensibilisierung nimmt sie weitere Themen in den Blick, wie z.B. klimagerechte Ausrichtung von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die nachhaltige Gestaltung von Veranstaltungen und die Initiierung von Forschungsaktivitäten bzw. Berücksichtigung von Klimaaspekten bei Forschungsanträgen. Außerdem haben sich viele medizinische Fachgesellschaften bereits mit internen Arbeitsgruppen oder Kommissionen zum Thema Klima bzw. Planetary Health auf den Weg gemacht.

Die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) ist ein 2017 gegründeter Verein, der das Wissen, die Kommunikation über und die Umsetzung von Planetary Health Aspekten im Gesundheitssektor fördert (<https://www.klimawandel-gesundheit.de>). Neben eigenen Projekten und Kooperationen gingen aus KLUG weitere Institutionen und Initiativen hervor: Das **Centre for Planetary Health Policy (CPHP)** ist eine Denkfabrik, die wissenschaftliche, evidenzbasierte Politikberatung betreibt (<https://cphp-berlin.de>). Das **Kompetenzzentrum für Klimaresiliente Medizin und Gesundheitseinrichtungen (KLIMEG)** besteht aus einem Zusammenschluss von Kliniken, die sich für eine klimaneutrale und resiliente Transformation von Gesundheitseinrichtungen einsetzen (<https://klimeg.de>). Die **Planetary Health Academy** bietet kostenfreie Fortbildungen an (<https://planetary-health-academy.de>). Darüber hinaus initiierte KLUG das aktivistische Bündnis **Health for Future**, das Angehörige der Gesundheitsberufe umfasst (<https://healthforfuture.de>).

Das **Institute for Planetary Health Behaviour (IPB) der Universität Erfurt**: Das IPB forscht und lehrt zu verschiedenen interdisziplinären Fragestellungen, die

den Einfluss des Verhaltens von Menschen auf die eigene und die planetare Gesundheit betreffen. Ziel ist es, Gesundheit sowie Klima- und Umweltschutz zusammenzudenken und zu fördern. In allen Bereichen stellen wissenschaftliche Evidenz und ihre Vermittlung die Grundlage dar (<https://www.uni-erfurt.de/institute-for-planetary-health-behaviour>).

Die Arbeitsgruppe Klimawandel und Gesundheit des EbM-Netzwerks: Die AG hat zum Ziel, im deutschsprachigen Kontext eine Vernetzung zwischen den Methoden der evidenzbasierten Medizin und dem Thema Klimawandel und Gesundheit zu schaffen, (methodische) Herausforderungen zu erkennen und eine Anlaufstelle für Zusammenarbeit und Austausch zu bieten.

AUSWAHL RELEVANTER GLOBALER AKTEURE

Der wichtigste globale Akteur ist die **Planetary Health Alliance** (<https://planetaryhealthalliance.org>), ein weltweites Netzwerk von Forschenden und Organisationen, das sich dafür einsetzt, das Konzept der Planetaren Gesundheit bekannter zu machen und in Forschung, Politik, Gesundheitsversorgung und Bildung zu integrieren. Im EbM-Kontext sind zwei weitere Gruppen zu nennen, die explizit Planetary Health Perspektiven berücksichtigen. Zum einen, die im September 2024 gegründete **Cochrane Planetary Health Thematic Group** (<https://www.cochrane.org/about-us/who-we-are/our-groups/planetary-health>), die Cochrane Reviews und methodische Forschung zur Evidenzsynthese zu Planetary Health erstellt und unterstützt, sowie die **GRADE Planetary Health Group** (<https://www.gradeworkinggroup.org>), die sich auf Methodenleitlinien für die Berücksichtigung der planetaren Gesundheit im Rahmen der Evidenzsynthese und der Entwicklung von Leitlini-

en befasst und deren Leitfaden in den nächsten Wochen erscheinen wird.

VERANTWORTUNG DES GESUNDHEITSWESENS UND DER EBM

Gesundheitssysteme haben in der planetaren Krise eine widersprüchliche Rolle: Sie schützen die Gesundheit, tragen aber selbst zur Umweltbelastung bei. Im Jahr 2021 verursachte das Gesundheitswesen rund 4,6 % der globalen Treibhausgasemissionen, überwiegend in wohlhabenden Ländern [6]. Deutschland liegt mit knapp 6 % (bezogen auf das Jahr 2019) sogar deutlich über dem globalen Durchschnitt [7]. Hinzu kommen Luft-, Wasser- und Bodenverschmutzung sowie ein hoher Ressourcenverbrauch [2, 6].

Gleichzeitig hat der Gesundheitssektor eine besondere Verantwortung und Gestaltungsmacht. Als großer Arbeitgeber, Einkäufer und vertrauenswürdige Stimme kann er Veränderungen anstoßen, etwa durch nachhaltige Beschaffung, Abfallvermeidung und politische Einflussnahme. Klimaschutz im Gesundheitswesen ist nicht nur ökologisch sinnvoll, sondern auch gesundheitlich und wirtschaftlich: Die gesundheitlichen Gewinne („Co-Benefits“), etwa durch bessere Luftqualität, übersteigen voraussichtlich deutlich die Kosten der Klimaschutzmaßnahmen. Auch die Reduzierung medizinischer Leistungen mit geringem oder keinem Nutzen bietet hier Potenzial. Zukunftsfähigkeit im Gesundheitswesen bedeutet daher, die gesundheitlichen Folgen von Klimawandel und Umweltzerstörung anzuerkennen und ihnen aktiv gegenzusteuern. Dazu gehört, planetare Gesundheit in Leitlinien und Entscheidungen einzubeziehen, aber auch praktische Hürden wie die Umsetzung des Wissens durch Zeitmangel, Ressourcenknappheit und eingespielte Routinen zu

überwinden. Konkret heißt das: Sich selbst zu Planetary Health und den eigenen Handlungsoptionen weiterbilden, Patient:innen über die planetare Gesundheit informieren, Fortbildungen hierzu anbieten, Praxen und Versorgungssysteme klimaresilient und umweltschonend aufstellen, in nachhaltige Infrastruktur investieren und alltagstaugliche Maßnahmen umsetzen, die Verhaltensänderungen erleichtern. Wie diese Umweltveränderungen beispielsweise die Allgemeinmedizin betreffen und eine Planetary Health Perspektive umgesetzt werden kann, wurde bereits 2024 beschrieben [8]. Im November 2025 erschien ein weiterer Kurzleitfaden zur Berücksichtigung der planetaren Gesundheit in der evidenzbasierten Medizin [9].

INTEGRATION VON ASPEKTEN PLANETARER GESUNDHEIT IN LEITLINIEN

Klinische und gesundheitspolitische Leitlinien sind eine zentrale Grundlage der evidenzbasierten Medizin und unterstützen Ärztinnen und Ärzte bei Entscheidungen im Praxisalltag. Leitlinien berücksichtigen nicht nur Wirksamkeit und Sicherheit, sondern auch mögliche Vor- und Nachteile, den Ressourceneinsatz, die Umsetzbarkeit sowie die Werte und Präferenzen der Patient:innen. Internationale Rahmenwerke wie GRADE werden hierfür weltweit genutzt.

Um eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu sichern, sollten Leitlinien zukünftig auch die Planetare Gesundheit berücksichtigen. Das bedeutet: Wenn zwei Behandlungen gleich wirksam und sicher sind, sollte diejenige mit dem geringeren ökologischen Fußabdruck leichter erkennbar sein und bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung berücksichtigt werden. Leitlinien können zudem helfen, wenig wirksame und ressourcenintensive Maßnahmen zu reduzieren,



Maßnahmen also, die sowohl der Gesundheit als auch der Umwelt zugutekommen. Die Umsetzung ist allerdings anspruchsvoll. Viele Leitliniengremien verfügen noch nicht über ausreichend Wissen, Motivation oder Ressourcen, um Umweltaspekte systematisch einzubeziehen. Zwar können Instrumente wie Lebenszyklusanalysen Umweltwirkungen sichtbar machen (Lebenszyklusanalysen sind systematische Verfahren zur Bewertung der Umweltwirkungen eines Produkts, Prozesses oder einer Dienstleistung – von der Rohstoffgewinnung bis zur Entsorgung), sie werden bisher jedoch selten genutzt. Zudem erfordert planetare Gesundheit Fachwissen über die Medizin hinaus, etwa aus Biologie, Umwelt- oder Sozialwissenschaften, was eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig macht. Ein weiteres Spannungsfeld entsteht, wenn medizinische Maßnahmen kurzfristig nützen, langfristig aber Umwelt und damit die Gesundheit anderer oder zukünftiger Bevölkerungsgruppen belasten. Ein Beispiel ist der nicht strikt indizierte Einsatz von Antibiotika, die einzelnen Patient:innen kurzfristig nutzen, langfristig aber zur Umweltbelastung und zur Entstehung antimikrobieller Resistenzen beitragen. Leitlinien müssen solche Zielkonflikte transparent machen und globale Ungleichheiten berücksichtigen, um unbeabsichtigte gesundheitliche und soziale Folgen zu vermeiden [10].

Weil formelle Leitfäden für die systematische Berücksichtigung von planetarer Gesundheit in Leitlinien noch nicht veröffentlicht sind, werden im Folgenden Beispiele von Leitlinien/Handlungsempfehlungen aus Deutschland aufgeführt, die bereits Planetary Health Aspekte berücksichtigen oder sich mit den Auswirkungen der Gesundheitsversorgung auf die planetare Gesundheit befassen. Dazu gehören derzeit:

- S1-Handlungsempfehlung Klimasensible Gesundheitsberatung für hausärztliche Praxen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V., <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-061#anmeldung>)
- S1-Leitlinie Nachhaltigkeit in der Intensiv und Notfallmedizin (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V., <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/113-004>)
- S2e-Leitlinie Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden (Living Guideline) (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V., <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-045LG>)
- S2k-Leitlinie Klimabewusste Verordnung von Inhalativa (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. und Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-059>)
- S2k-Leitlinie Arbeiten unter klimatischen Belastungen (Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/002-045>)
- S3-Leitlinie Prävention von Hautkrebs (Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und Deutsche Dermatologische Gesellschaft e.V., <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-052OL>)

WAS KÖNNEN NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE FÜR DIE PLANETARE GESUNDHEIT TUN?

Ärztinnen und Ärzte gehören auch im Jahr 2025 zu einem Beruf, dem Menschen in Deutschland in hohem Maße Vertrauen schenken [11]. Im niedergelassenen Bereich, gerade im hausärztlichen, stehen sie im persön-

lichen Kontakt zu weiten Teilen der Bevölkerung. Laut den Grundprinzipien der EbM sind die Werte und Präferenzen der Patient:innen ebenso in Entscheidungen einzubeziehen wie die wissenschaftliche Evidenz. Aus dieser Konstellation ergibt sich eine potenziell große Hebelwirkung in Bezug auf die planetare Gesundheit, und das auf mehrfache Weise:

1. Wie bereits die Auswahl der Leitlinien und die AWMF-Handreichung zeigt, können sich medizinische Fachgesellschaften, aber auch einzelne Personen, an der Etablierung von Planetary Health in der Leitlinienerstellung beteiligen. Die Mitarbeit, sei es als stimmberechtigtes Mitglied einer Leitliniengruppe oder bei Übernahme der Koordination, bietet die Möglichkeit, Klimasensibilität von Beginn an mitzudenken oder in bereits bestehende Leitlinien zu integrieren.

2. Die Anwendung empfohlener Maßnahmen aus den o.g. Leitlinien ist ein erster Schritt, der unmittelbar in die Praxis umgesetzt werden kann. Die S2k-Leitlinie zur Verordnung von Inhalativa ist ein anschauliches Beispiel dafür, wie die Auswahl von Medizinprodukten (hier Pulverinhalatoren anstelle von Dosieraerosolen) zu einem geringeren ökologischen Fußabdruck führen kann.

3. Mit einer positiven Einstellung zum Thema und beidseitigem Interesse liegt eine weitere Möglichkeit in der Kommunikation von Wissen und das Besprechen von Planetary Health Zusammenhängen im Arzt-Patient:innen-Kontakt. Zum einen kann über das Zusammenspiel von individueller, bevölkerungsbezogener und planetarer Gesundheit im Sinne des Planetary Health Konzepts informiert und eventuellen Fragen im Gespräch begegnet werden. Darüber hinaus könnten Patient:innen konkret und individuell über für sie relevante klimabedingte Risiken aufgeklärt werden oder

Tipps zum gesundheitsförderlichen Verhalten erhalten (z.B. Hinweise zum Verhalten während Hitzewellen, auch unter Zuhilfenahme von lokalen oder überregionalen Hitzeaktionsplänen).

4. Ein weiterer Wirkungsbereich besteht in der klimaresilienteren Gestaltung des eigenen Arbeitsumfeldes. Materialien wie das Buch „Die grüne Arztpraxis“ [12] oder Qualitätssiegel wie „Nachhaltige Praxis“ (<https://www.aqua-institut.de/produkte-dienstleistungen/qualitaetssiegel-nachhaltige-praxis/nachhaltige-praxis>) bzw. „Die Grüne Praxis“ für Zahnarztpraxen (<https://www.grüne-praxis.com>) bieten praxisnahe Tipps zur Umsetzung.

5. Auch die konsequentere Fokussierung auf Prävention kann eine große Chance darstellen, sowohl im Sinne einer gesundheitsförderlichen als auch einer klimaresilienten Gesundheitsversorgung. Zwar gibt es präventive Maßnahmen, die diesem Credo entgegenstehen (z.B. bestimmte Screenings mit unklarem Nutzen), doch in der Verminderung individueller Gesundheitsrisiken und nachfolgender Behandlungen liegt auch Potenzial (z.B. das verminderte Lungenkrebsrisiko durch Rauchentwöhnung oder die Ernährungsumstellung zur Vermeidung der Medikation bei Bluthochdruck). Hier kann die o.g. Leitlinie zur Vermeidung von Über- und Unterversorgung Hilfestellung leisten.

FAZIT

Die Gesundheitsversorgung steht vor einer großen Herausforderung: Neben der Behandlung von Patient:innen muss sie heute auch die Auswirkungen von Entscheidungen auf die Umwelt berücksichtigen. Klimawandel, Artensterben und Umweltverschmutzung beeinflussen direkt die Gesundheit. Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen selbst ein großer Verursacher



von Umweltbelastung: jede verschriebene Medikation, jeder diagnostische Test oder jede Behandlung hat eine ökologische Fußspur. Doch bisher fehlt oft die Evidenzgrundlage, um diese Umweltauswirkungen abzuschätzen und in medizinische Entscheidungen einfließen zu lassen.

Planetary Health bietet einen neuen Blickwinkel, der die menschliche Gesundheit mit dem Erhalt der natürlichen Lebensgrundlagen verbindet. Es geht also nicht nur um eine gute Gesundheitsversorgung hier und jetzt, sondern auch um die Sicherstellung der Gesundheit zukünftiger Generationen. Dazu brauchen wir evidenzbasierte Entscheidungshilfen, die auch Umweltauswirkungen berücksichtigen. Das Wissen um den Zusam-

menhang zwischen Umwelt und Gesundheit ist vorhanden, der Hebel der Multiplikation durch Gesundheitspersonal potenziell groß und die Motivation durch gesundheitliche und ökonomische Vorteile gegeben. Doch im Gesundheitswesen wird Planetary Health noch zu selten konsequent ins Handeln übersetzt. Nachhaltigkeit sollte nicht als Zusatzaufgabe, sondern als Teil der evidenzbasierten Medizin begriffen werden, damit wissenschaftliche Erkenntnisse in konkrete Entscheidungen überführt werden können. Wenn wir Gesundheitsziele nicht mit dem Schutz unserer natürlichen Lebensgrundlagen verbinden, gefährden wir langfristig genau das, was wir täglich schützen wollen: die Gesundheit der Patient:innen – heute und in Zukunft. ■



**DR. PH MARIA-INTI
METZENDORF**

Co-Direktorin der Cochrane Planetary Health Thematic Group am Centre for Health and Society der Medizinischen Fakultät der Heinrich Heine Universität Düsseldorf; Potsdam Institut für Klimafolgenforschung



ANNIKA ZIEGLER, MPH

wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Evidenz in der Medizin, Universitätsklinikum Freiburg



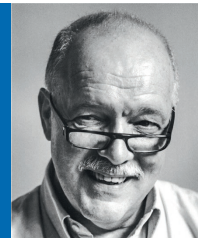
**PD DR. CATHLEEN MUCHE-
BOROWSKI, MPH**

wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE Hamburg; AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IM-Wi), Philipps Universität Marburg

Referenzen

1. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet*. 2015;386:1973–2028. doi: [10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1)
2. Romanello M, Walawender M, Hsu SC, et al. The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change: climate change action offers a lifeline. *Lancet*. 2025 Dec 13;406(10521):2804-2857. doi: [10.1016/S0140-6736\(25\)01919-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01919-1)
3. Planetary Boundaries Science (PBScience), 2025: Planetary Health Check 2025. Potsdam Institute for Climate Impact Research (PIK), Potsdam, Germany. Online unter: <https://www.planetaryhealthcheck.org/>
4. Rockström J, Gupta J, Qin D, et al. Safe and just Earth system boundaries. *Nature*. 2023 Jul;619(7968):102-11. doi: [10.1038/s41586-023-06083-8](https://doi.org/10.1038/s41586-023-06083-8)
5. AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi). Planetary Health in Leitlinien - eine Handreichung zum Anklicken. 2025. Online unter: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/downloads_regelwerk/2025-06-Planetary_Health_Handreichung_interaktiv_1.0.pdf
6. Lenzen M, Malik A, Li M, et al. The environmental footprint of health care: a global assessment. *Lancet Planet Health*. 2020; 4:e271–279. doi: [10.1016/S2542-5196\(20\)30121-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30121-2)
7. Pichler P. Sachbericht zum Projekt Evidenzbasis Treibhausgasemissionen des deutschen Gesundheitswesens GermanHealthCFP. 2022. Online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/GermanHealthCFP_Sachbericht.pdf
8. Lenzer B, Muche-Borowski C, Bühn S, et al. Planetary Health in der Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2024; 100(2):75-82. doi: [10.1007/s44266-023-00169-2](https://doi.org/10.1007/s44266-023-00169-2)
9. Cecconi E, Herrmann A, Bognanni A, et al. A primer to planetary health in evidence-based medicine and clinical decision-making. *BMJ Evid Based Med*. 2025 Nov 20;bmjebm-2025-113904. doi: [10.1136/bmjebm-2025-113904](https://doi.org/10.1136/bmjebm-2025-113904).
10. Metzendorf MI, Aloosh M, Benton L, et al. Integrating planetary health considerations into health guidelines: decision-making bodies must show leadership. *BMJ Lead*. 2025 Jul 29;leader-2025-001277. doi: [10.1136/leader-2025-001277](https://doi.org/10.1136/leader-2025-001277).
11. Rudnicka J. Ansehen von verschiedenen Berufe in der Gesellschaft in Deutschland 2025. Statista, 2025. Online unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/163400/umfrage/ansehen-der-berufe-in-der-gesellschaft/>
12. Von Gierke F, Keller G, Mezger N. Die grüne Arztpraxis. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2024.





Einschnitte

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

Wir können uns dieses System, das wir heute so haben, einfach nicht mehr leisten“, sagte der CDU-Chef und Kanzler Friedrich Merz im vergangenen Jahr auf dem nordrhein-westfälischen Landesparteitag der Christdemokraten in Bonn.

Da fragte man sich sogleich, warum wir uns „dieses System“ jahrzehntelang leisten konnten, und jetzt plötzlich nicht mehr. Was war passiert? „Das wird schmerzhaft Einschnitte bedeuten“, erklärte Merz. Zwar seien Kranken-, Pflege und Rentenversicherung „die großen Errungenschaften unseres Sozialstaates“, aber damit diese nicht verloren gehen, leistungsfähig bleiben und nicht überfordert seien, müsse auch die Eigenverantwortung stärker werden, denn der deutsche Sozialstaat sei „nicht mehr

und als Trumpf eingesetzt, von immer den gleichen Akteuren. Zuallererst ist da die CDU zu nennen, gleich darauf tönen die „Wirtschaftsweisen“ in das gleiche Horn, und die vielen Arbeitgeberorganisationen vervollständigen das Orchester: Eigenbeteiligung!

Erste Frage: Warum sind die Ausgaben plötzlich so hoch, nicht mehr bezahlbar?

Das hat viele Gründe. Ein Hauptgrund sind die versicherungsfremden Leistungen. Dieser nirgends exakt definierte Begriff umschreibt Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen, die nachträglich zu ihrem eigentlichen Auftrag hinzugefügt wurden, wie zum Beispiel Leistungen der Prävention und Krankheitsverhütung. Auch Gesundheitskampagnen, Aufklärungsmaßnahmen und

Sie gehören zu den Aufgaben staatlicher Daseinsvorsorge.

Was hat denn eine Krankenkasse mit dem Aufbau der Telematik-Infrastruktur zu tun?

Wieso müssen die Gesetzlichen Krankenkassen mehr als 90 Prozent der Kosten tragen, die durch die Lauterbach'sche „Krankenhausrevolution“ entstehen?

Warum müssen Krankenkassen für die Refinanzierung der Krankenhauskosten bezahlen, wo dies doch allein Ländersache ist?

Warum müssen Krankenkassen einen Zuschuss zum Bürgergeld leisten? Gleiches gilt für die Digitalisierung des Gesundheitswesens oder die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften.

Die Liste ließe sich immer weiter fortsetzen, aber diese Art von Kosten haben alle eines gemeinsam: Es handelt sich um Kernaufgaben des Staates im sozialen Bereich, die aus dem Steueraufkommen finanziert werden müssten. In einem Gutachten werden versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 59,8 Mrd. Euro identifiziert. Diese Summe entspricht bei Versicherten mit durchschnittlichem Einkommen einer versicherungsfremden Belastung von circa 750 Euro im Jahr.

Zum anderen muss man fragen, wofür wir eigentlich 94 gesetzliche Krankenkassen brauchen. 1970 waren es noch knapp zweitausend! Krankenkassen sind kei-

Ist das System bald nicht mehr bezahlbar? Der GKV werden zu viele Aufgaben aufgebürdet, für die sie eigentlich gar nicht zuständig ist.

finanzierbar“. Kein Tag vergeht inzwischen, an dem nicht aufgeregt die Unfinanzierbarkeit unseres Sozialsystems behauptet wird.

Ist die Diskussion erst so weit eskaliert, so wird an dieser Stelle seit Jahren regelmäßig und immer wieder die gleiche Karte gezogen

infrastrukturelle Maßnahmen zur Modernisierung von Gesundheitseinrichtungen sind ohne Zweifel wichtig, aber keine originären Leistungen einer Gesetzlichen Krankenkasse, denn sie sind keine Absicherung eines gesundheitlichen Schadensfalles.

ne Wirtschaftsbetriebe, sie haben keinen Gewinn zu erwirtschaften und sie haben in ihrem gesetzlichen Auftrag keinerlei Konkurrenz zueinander. Eine Krankenkasse wäre genug – 94 Krankenkassen sind reine Verschwendung.

Wenn unser Bundeskanzler öffentlich behauptet, dass ein großer Teil der hohen Kosten im Gesundheitswesen dadurch entstünde, dass die Deutschen mit im Schnitt zehn Arztbesuchen pro Kopf und Jahr einen „einsamen europäischen Rekord“ aufstellten, dann macht er damit deutlich, dass er vom Gesundheitswesens nichts

versteht. Die Anzahl der Arztbesuche kann nicht europäisch verglichen werden, denn die verschiedenen Gesundheitssysteme in Europa haben völlig verschiedene Versorgungswege.

Beispiele: In den Niederlanden braucht es für eine Krankmeldung oder ein Wiederholungsrezept keinen Arztbesuch, denn das wird in Sozialzentren geregelt. In Schweden regeln qualifizierte Pflegepersonen die Versorgung, auch den Zugang zu ärztlicher Versorgung.

Nichts spricht gegen eine Überprüfung der Ausgaben der

Sozialversicherungen. Wem da aber nur die „Eigenbeteiligung“ einfällt, der will das System auf Kosten der Beitragszahlenden gesundstoßen.

Stattdessen könnte man doch über ein „Sondervermögen Sozialstaat“ nachdenken. Der Sozialstaat war bezahlbar, ist bezahlbar und wird bezahlbar bleiben. Man muss es aber auch wollen. ■

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

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

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

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

Geschichte der KV Hamburg (1919 – 2019)

Kostenlos für KV-Mitglieder

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

KV-Mitglieder können die Bücher kostenlos bestellen.

E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de



mit
Gastreferentin
Prof. Jutta
Allmendinger

6. Veranstaltung der Reihe „Selbstverwaltung braucht uns Frauen“

Zwischen Erfahrung und Aufbruch: Frauen gestalten die Zukunft der Niederlassung

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

Wie ticken die nachrückenden ärztlichen und psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen? Haben sie eine andere Einstellung zu Familie und Beruf als ihre Vorgänger:innen? Wie müssen die strukturellen Voraussetzungen für die ambulante Medizin und Psychotherapie angepasst werden, damit die jüngeren Generationen den Sprung in die Niederlassung oder die Anstellung im ambulanten Versorgungssystem wagen? Wir möchten in unserer 6. Veranstaltung gemeinsam mit Vertreterinnen der Generationen Y und Z über dieses Thema sprechen und Perspektiven aufzeigen.

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

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

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

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

Podiumsdiskussion: Wie gelingt die Praxisübergabe an die nachfolgende Generation?

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

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

Anmeldung: www.kvhh.de
Fortbildungspunkte beantragt





STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Christoph Großmann**
Organisator/Moderator des Qualitätszirkels Gynäkologie
Hamburg Süd und des Qualitätszirkels des Brustzentrums an
der Helios Mariahilf Klinik

Name: **Dr. med. Christoph Großmann**

Geburtsdatum: **03.09.1976**

Familienstand: **verheiratet, 2 Töchter (2 u. 7 Jahre)**

Fachrichtung: **Gynäkologie und Geburtshilfe**

Weitere Ämter: **Leitender Arzt und Gesellschafter der Gynäkologischen Praxisklinik**

Hamburg-Harburg, Ärztlicher Leiter des Brustzentrums an der Helios Mariahilf Klinik

Hobbys: **meine Familie, Kunst, Reisen, Sport**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Die meist erfolgreiche Arbeit mit den Patientinnen und die positiven Rückmeldungen stehen im Mittelpunkt und motivieren täglich. Die teils doch komplexen politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen waren in der Relevanz so sicher nicht zu erwarten.

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Das Engagement in den Qualitätszirkeln ermöglicht eine sehr enge Zusammenarbeit mit den regional niedergelassenen Kolleg:innen des Fachbereichs. Wir halten uns gegenseitig immer auf dem neuesten Stand und konnten ein gutes regionales Netzwerk aufbauen.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Was sind die Herausforderungen? Die Schwerpunkte des QZ Gynäkologie Hamburg Süd liegen recht breit gefächert in allen Bereichen der Gynäkologie. Die gewählten Themen werden durch Vorträge, auch teils mit externen Referenten, vorgestellt und dann an Hand von Fallbeispielen aus den eigenen Reihen diskutiert. Auch berufspolitische Themen stehen regelmäßig im Mittelpunkt. Die Herausforderung liegt in der Bindung der niedergelassenen Kolleg:innen durch möglichst aktuelle und praxisrelevante Themenschwerpunkte.

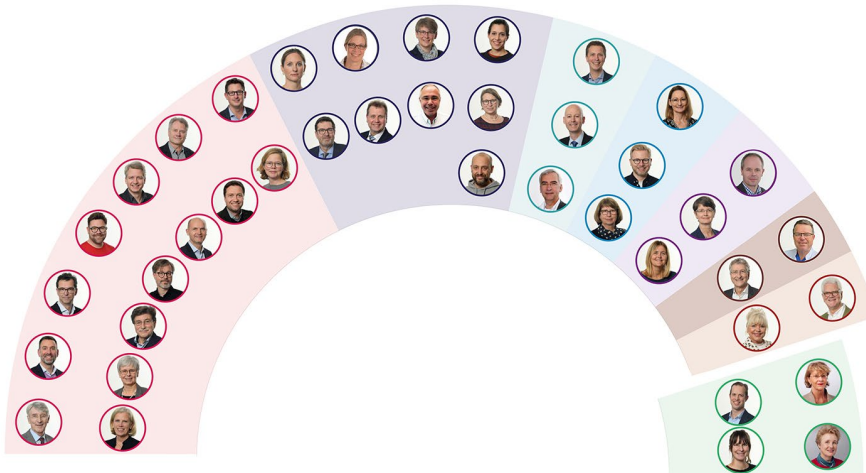
Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Es sollte uns gelingen, die Faszination für unseren Beruf auch nachfolgenden Generationen durch eine gut strukturierte Weiterbildung und möglichst attraktive Arbeitsbedingungen zu vermitteln.

Welchen privaten oder beruflichen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Ich wünsche mir, meine wundervollen Töchter ohne ständige Vatersorgen in einem friedlichen Umfeld aufwachsen zu sehen. Beruflich erhoffe ich mir den Erhalt der Selbstständigkeit – aller Widrigkeiten zum Trotz ist unser Job sicher einer der besten überhaupt! ■

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 20. Mai 2026 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWEIFS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 22

(Bramfeld, Steilshoop, Wellingsbüttel, Sasel, Poppenbüttel, Hummelsbüttel, Lemsahl-Mellingstedt, Duvenstedt, Wohldorf-Ohlstedt, Bergstedt)
Kreisobmann: PD Dr. Till Eichenauer
Stellvertreter: Dr. Lutz Krüger

Programm:

- Vorstellung neuer Kolleg:innen
- Bericht des KV-Vorstandsvorsitzenden John Afful: aktuelles aus der KV
- Wie wird in Zukunft mit dem Verkauf von Praxen an Investoren verfahren?
- Zuständigkeit Krea/TSH vor radiologischen Untersuchungen
- Wahl/Ernennung eines neuen Stellvertreters, ggf. Kreisvertreter

Weitere Themenvorschläge bitte an:
 t.eichenauer@urologikum-hamburg.de

CME-Punkte sind beantragt.

Do, 16.4.2026 (19 Uhr)

**Ort: Restaurant La Madera
 Saseler Chaussee 101
 22393 Hamburg**



QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINAR

Datenschutz in der Praxis (online)

Mi. 23.4.2026 (9 - 14 Uhr)
 Teilnahmegebühr 139 €
9 CME

Hygiene für Fortgeschrittene (online)

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

Datenschutz Refresherkurs (online)

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

QEP Aktuell (online)

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

QEP-Einführungskurs für Arzt- und Psychotherapiepraxen (Präsenz)

Zweitägig: Fr. 19.6.2026 und Sa. 20.6.2026
20 CME

Termimsystem (online)

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

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.kvhh.de →

(oben rechts) Menü → Praxis → Veranstaltungen

Oder über den QR-Code:



Ansprechpartner:

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

DIE NEUE SPRECHSTUNDEN-BEDARFSVEREINBARUNG

Workshops für Praxisteams

- 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. 21.4.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz
Di. 7.7.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz
Di. 6.10.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz

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

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

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



Oder über den QR-Code

WINTERHUDER QUALITÄTSZIRKEL

Demenz! Was nun?

Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen kognitiver Störungen

Mi. 10.6.2026 (18 -22 Uhr)

Neuropathische Schmerzen und Depression

Ursachen – Differentialdiagnostik – Therapieoptionen

Mi. 23.9.2026 (18 -22 Uhr)

Differentialdiagnose der sensiblen Störungen

Könnte es Multiple Sklerose sein?

Mi. 4.11.2026 (18 -22 Uhr)

4 - 6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

FORTBILDUNGSAKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

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

Ansprechpartnerin:

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

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2026!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

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

aerztekammer-hamburg.org/mfa-fortbildung

KVH



Kurze Info gefällig?

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

Mitgliederservice – Wir begleiten Sie durch das KV-System.

 **040 22 802 802**

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