

KVH journal



ePAPER

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

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

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ

Welche Anwendungen bewähren sich im Praxisalltag?



SSB-VEREINBARUNG

Erste Erfahrungen aus den Prüfungen

MASERN-IMPFUNG

Kommunikation mit Faktensandwiches

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

IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 10/2026 (Oktober 2026)



www.blauer-engel.de/uz195

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

BD3

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

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



PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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



Liebe Leserin, lieber Leser!

Das Spargesetz ist, so hört man, nur ein Mosaikstein in einem größeren gesundheitspolitischen Reformprojekt. Dazu gehören die Einführung eines Primärarztsystems, eine Notfallreform und ein weiteres Digitalisierungsgesetz. Dass daraus am Ende ein stimmiges Gesamtbild entsteht, bezweifle ich.

Mit einem Spargesetz zu beginnen, war die falsche Entscheidung. Noch ist unklar, wann die geplanten Strukturreformen umgesetzt werden. Sicher ist nur: Bis dahin wird vieles beschädigt sein, was für die neuen Versorgungsstrukturen gebraucht wird.

Um das Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen, brauchen wir eine konsequente Ambulantisierung und eine bessere Patientensteuerung. Wir brauchen eine starke ambulante Versorgung. Doch genau die wird jetzt abgebaut oder zumindest eingegrenzt.

Sehr viel sinnvoller wäre eine andere Reihenfolge gewesen: Man hätte die Strukturreformen an den Anfang stellen und überlegen sollen, wie die Versorgungsebenen finanziell ausgestattet werden müssen, um das Gesamt-Gesundheitssystem effektiver und günstiger zu machen: Wo müssen wir investieren? Wo kann gespart werden? Ich bin überzeugt: Hätte man dieses Vorgehen gewählt, wäre niemand auf die Idee gekommen, ausgerechnet der ambulanten Versorgung Geld zu entziehen.

Ihr John Afful,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_** Künstliche Intelligenz: Welche Anwendungen bewähren sich im Praxisalltag? Erfahrungsbericht von Dr. Andreas Schemm
- 10_** Grünes Licht für den KI-Einsatz: Veranstaltung der KV Hamburg und der KBV im Ärztehaus

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_** Fragen und Antworten
- 16_** SSB-Vereinbarung: erste Erfahrungen aus den Prüfungen

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.

19_ Neues DMP Rheumatoide Arthritis

Anpassung des DMP Diabetes mellitus Typ 1

Anpassung des DMP Koronare Herzerkrankung (KHK)

Neues Versicherten-Teilnahmeformular

FORUM**30_ Mammazentrum Hamburg feiert Jubiläum****SELBSTVERWALTUNG****33_ Steckbrief: Dr. med. Dörte Wößmann****NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN****20_ Masernimpfung zwischen Evidenz und Desinformation: Wie Faktensandwiches die Impfkommunikation stärken können****RUBRIKEN****02_ Impressum****03_ Editorial****KOLUMNE****26_ "An den Psychotherapeuten wird ein Exempel statuiert – die Ärzte trifft es gleich danach" von Dr. Matthias Soyka****TERMINKALENDER****34_ Termine und geplante Veranstaltungen****BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Eléonore Roedel
 Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Matthias Friel; Seite 7 und 10 - 13: Kirsten Haarmann, www.kh-fotografie.com; Seite 30: Martin Zitzlaff; Seite 34: Michael Zapf; Iconmonster, Lesniewski/Fotolia; Seite 36: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON DR. ANDREAS SCHEMM

Mehr Zeit für Medizin - mit Hilfe von KI

Künstliche Intelligenz kann Praxen entlasten. Der Kinderarzt Dr. Andreas Schemm berichtet, welche KI-Werkzeuge sich im Arbeitsalltag bewähren – und wo der Mensch unverzichtbar bleibt.

Als Künstliche Intelligenz 2022 allgemein zugänglich wurde, begann ich, ihre Einsatzmöglichkeiten im Praxisalltag zu testen. Dabei kamen beruflicher Bedarf und persönliches Interesse zusammen: Ich bin der IT-Verantwortliche in unserer Praxis. Und ich fand es spannend, Anwendungen für verschiedene Arbeitssituationen systematisch aus-

zuprobieren: Lassen sich damit Abläufe vereinfachen, verbessern oder beschleunigen? Mein Ziel war, die Qualität unserer Arbeit zu erhöhen und das Praxisteam von zeitaufwendigen administrativen Aufgaben zu entlasten.

Das gelang nicht immer. Manche Prozesse funktionieren ohne KI besser. In anderen Bereichen aber zeigte sich schnell, wo die Stärken der KI liegen.

mer sorgfältig Korrektur gelesen werden. Bei Textsorten, die stets nach derselben Struktur erstellt werden, kann es sinnvoll sein, Textpassagen nicht jedes Mal neu erstellen zu lassen, sondern feste Textbausteine im PVS zu hinterlegen. Einige unserer Textbausteine werden durch automatisch errechnete Daten ergänzt. Beispielsweise: „Ihre nächste Untersuchung ist im Zeitraum von März bis April 2027.“

IN KOOPERATION

mit der Veranstaltung
„KI erleben – KI verändert Ihre Praxis.
Wissen Sie schon, wie?“

Veranstaltung der KV Hamburg und
der KBV am 9. September 2026.

• **Textverarbeitung:** Eine naheliegende Anwendung ist die Erstellung von Texten. Die KI hilft bei der Formulierung von E-Mails, Arztbriefen oder Anamnesen. Allerdings müssen KI-Texte im-

• **Praxisinternes Wissen:** Ein zweiter wichtiger Bereich ist die Organisation von Informationen, die in unserer Praxis vorhanden sind. Mit der in das



"Unser Ziel ist es, die Qualität unserer Arbeit zu erhöhen und das Praxisteam von zeitaufwändigen administrativen Aufgaben zu entlasten." Dr. Andreas Schemm, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderkardiologe in Eimsbüttel

Praxisverwaltungssystem integrierten KI können wir in unsere Patientenakten „hineinfragen“: „Durchsuche unsere Akten und stelle relevante Informationen über den Patienten zusammen.“ Ein Zero-Data-Retention-Vertrag stellt sicher, dass die Daten nach der Verarbeitung weder gespeichert noch weiterverwendet werden. Die Datenverarbeitung ist damit datenschutzkonform. Was bisher nicht funktioniert, sind KI-Abfragen zum Inhalt der elektronischen Patientenakte (ePA). Sie wird von der Patient:in selbst geführt und liegt außerhalb des PVS. Hierauf kann unsere KI (noch) nicht zugreifen.

• **Betriebswirtschaftliche Aufgaben:** Auch im betriebswirtschaftlichen Bereich setzen wir KI ein. Das PVS schlägt schon seit Langem auf Grundlage von Karteieinträgen und Diagnosen die passenden Abrechnungsziffern vor. Das ist durch fest definierte Regeln klassisch mit Code programmiert, dafür ist keine KI nötig. Doch die KI hilft dabei, diese Regeln zu erstellen, Abrechnungsfehler zu erkennen und Entwicklungen und Auffälligkeiten im Abrechnungsvolumen zu analysieren.

• **Dokumentation von Patientengesprächen:** Einige PVS bieten die Möglichkeit an, Patientengespräche

aufzuzeichnen. Das Gespräch wird über ein Mikrofon erfasst, die KI erstellt daraus eine Dokumentation und überträgt sie in die Kartei. Ob das im Alltag gut funktioniert, hängt meines Erachtens unter anderem von der Patientenklintel ab. In unserer pädiatrischen Praxis reden oft Kinder, Eltern und Ärzt:innen durcheinander. Solche Gesprächssituationen können noch nicht zuverlässig erfasst werden. In unserer Praxis jedenfalls hat sich diese Funktion (bisher) nicht bewährt.

• **KI am Telefon:** Wir haben uns bewusst gegen den Einsatz eines KI-Telefonassistenten entschie-

den. Solche Systeme nehmen Anrufe entgegen, erkundigen sich nach dem Anliegen und können beispielsweise Termine vereinbaren.

In unserer Praxis läuft der erste Kontakt meist über E-Mail, und wenn etwas telefonisch geklärt werden muss, rufen wir an. Die Telefonate führen wir immer selbst – auch weil wir die Rückmeldung bekommen, dass es den Patient:innen wichtig ist, mit uns direkt und persönlich zu kommunizieren.

PVS-Hersteller im offenen Wettbewerb

Die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme stehen derzeit unter einem hohen Innovationsdruck. Es ist ein offener Wettbewerb: Wem gelingt es am besten, die neuen technischen Möglichkeiten in seine Systeme zu integrieren?

Ärztliche Kolleginnen und Kollegen müssen meines Erachtens keine Angst haben, wichtige Entwicklungen zu verpassen. Sie können abwarten, was die PVS-Hersteller anbieten – und die KI-Tools bei Gelegenheit ausprobieren.

Die Hersteller verfolgen verschiedene Strategien: Manche bieten zusätzliche KI-Tools an, andere integrieren die Funktionen direkt in ihr Praxisverwaltungssystem. Auch die Möglichkeiten, eigene Einstellungen vorzunehmen oder selbst zu programmieren, unterscheiden sich deutlich.

Prompts und Programmierung

Unser PVS bietet viel Gestaltungsspielraum. Ist die Grundkonfiguration nach den individuellen Bedürfnissen der Praxis angepasst, lassen sich Prompts einbauen, die theoretisch unbegrenzt komplex sein können. Um diese Prompts zu erstellen, nutze ich eine externe KI.

Ein Beispiel ist die strukturierte Auswertung von externen Laborbefunden, die wir von den Patient:innen als PDF erhalten. Zur Erstellung des Prompts haben wir zunächst anonymisierte Laborbefunde verwendet, um zu erfassen, welche Laborparameter, Schreibweisen und Einheiten potentiell vorkommen können. Anschließend wurde festgelegt, wie diese Daten strukturiert und welche medizinisch relevanten Zusammenhänge berücksichtigt werden sollen. Der daraus entstandene Prompt wird inzwischen jedes Mal verwendet, wenn wir ein Laborbefund-PDF auswerten.

Anderes Beispiel: die Erstellung der Anamnese. Ein umfangreicher Prompt definiert deren Aufbau und legt fest, welche Informationen typischerweise berücksichtigt werden sollen. Vorherige Anamnesen und Epikrisen können aus dem PVS übernommen und um zusätzliche Angaben, beispielsweise das aktuelle Alter des Patienten, ergänzt werden. Der Prompt selbst ist als Textbaustein im PVS hin-

terlegt und wurde mit Hilfe einer externen KI erstellt. Ich drücke dann nur noch auf einen Button, es werden die erforderlichen Informationen zusammengestellt und an die interne KI übergeben. Innerhalb kurzer Zeit entsteht daraus ein strukturierter Anamnesetext, der anschließend nur noch geprüft und ergänzt wird.

Das sind zwei Beispiele, wie sich Praxisabläufe mit Hilfe von standardisierten Prompts automatisieren lassen. Bei einigen Praxisverwaltungssystemen ist es möglich, noch deutlich tiefer in die Softwarestruktur einzugreifen und eigene Codes einzufügen.

Ich habe Programmier-Kenntnisse, doch wenn es komplexer wird, kann das Schreiben der Codes ziemlich zeitaufwendig werden. Mittlerweile lasse ich solche Codes von einer externen KI schreiben. Ich muss nicht jedes Detail des Scripts verstehen, wenn ich feststelle: Ich erhalte ein vernünftiges Ergebnis. So kann ich eine individuelle Automatisierung von Abläufen ohne großen Programmier-Aufwand in der Software implementieren.

Wo anfangen, wenn das PVS keinen Ansatzpunkt bietet?

Nehmen wir an, ein Praxisinhaber hat wenig IT-Erfahrung und sein Praxisverwaltungssystem bietet keine sinnvollen KI-Tools an. Welche Möglichkeiten gibt es, sich

unabhängig vom PVS dem Thema KI anzunähern?

● Ein guter Einstieg sind gängige generative KI-Assistenten wie ChatGPT, Gemini oder Claude, die sich für die Textverarbeitung in der Praxis nutzen lassen. Man schreibt Stichpunkte ins Eingabefeld (beispielsweise Notizen aus einem Patientengespräch) und bittet die KI: „Erstelle daraus eine Anamnese.“ Das ist sehr niedrigschwellig – und funktioniert in vielen Fällen hervorragend. Bei externen KI-Assistenten sind allerdings datenschutzrechtliche Vorgaben zu beachten: Es genügt nicht, auf die Eingabe des Namens zu verzichten. Auch aus den übrigen Informationen darf nicht auf eine bestimmte Person zu schließen sein. Der Name und alle Informationen, die eine Person identifizierbar machen, dürfen also erst hinzugefügt werden, wenn der Text in die gesicherte Umgebung des PVS kopiert wurde.

● Manchmal ist es nützlich, von den Patient:innen schon im Vorfeld einige Informationen strukturiert abfragen zu können. Beispiel: familiäre Hypercholesterinämie. Dazu gibt es eine gute Leitlinie. Auf deren Grundlage kann die KI einen Fragenkatalog zu Symptomen, Vorbefunden und der Familienanamnese erstellen, der von mir überarbeitet und dann von der KI in ein Patientenformular überführt wurde. Ein Link zum Online-Formular wird Patient:innen, die sich zu die-

sem Thema vorstellen, vorab per E-Mail zugeschickt. Wenn sie in die Praxis kommen, sind wichtige Informationen bereits digital erfasst und erste Fragen geklärt.

● KI kann dabei unterstützen, externes Wissen für medizinische Entscheidungen aufzubereiten. Umfangreiche Fachartikel lassen sich zusammenfassen, verschiedene Leitlinien miteinander vergleichen und größere Informationsmengen schneller erschließen. Bei Recherchen mit KI ist jedoch Vorsicht geboten. KI-Systeme können Fehlinformationen erzeugen – sie „halluzinieren“. Außerdem sollte man sich des sogenannten „confirmation bias“ bewusst sein:

hoch, lasse daraus einen Podcast erstellen und höre ihn auf dem Weg zur Arbeit.

Bei aller Begeisterung für die Möglichkeiten der KI bleibt eines entscheidend: Der Mensch steht im Mittelpunkt. Die KI kann Vorschläge liefern und Arbeitsschritte unterstützen. Deshalb ist uns das Prinzip des „Human in the Loop“ besonders wichtig: Die KI unterstützt uns, aber ein Mensch behält den Überblick, prüft ihre Vorschläge und trifft die endgültigen Entscheidungen. Die Verantwortung für alle Entscheidungen und Prozesse bleibt beim medizinischen Fachpersonal. Wenn KI

Die PVS-Anbieter stehen unter Druck: Wem gelingt es am besten, KI-Tools in die Systeme zu integrieren?

Die KI ist immer sehr freundlich – und neigt dazu, jene Vorurteile zu bestätigen, die sich aus der Stoßrichtung der eigenen Prompts herauslesen lassen.

● Auch bei der eigenen Fortbildung kann KI hilfreich sein. Im Arbeitsalltag fehlt häufig die Zeit, wissenschaftliche Texte in Ruhe zu lesen. Einige Dienste wie Gemini Notebook können wissenschaftliche Artikel in Podcasts umwandeln – und das in erstaunlich guter Qualität. Für mich ist das mittlerweile Teil des Alltags geworden: Ich lade einen Fachtext

richtig eingesetzt wird, kann sie die Effizienz steigern und die Arbeitszufriedenheit erhöhen. Wir wollen, dass unsere fachliche und menschliche Kompetenz nicht in repetitiven Arbeitsschleifen verschwendet wird. Die KI verschafft uns mehr Freiräume für die medizinische Tätigkeit. Denn darum geht es am Ende: Unsere Praxis soll effizient arbeiten, damit wir Zeit für den persönlichen Kontakt mit unseren Patient:innen und Patienten haben und ihnen eine gute Versorgung bieten können. ■

VON ANTJE THIEL

Grünes Licht für KI-Einsatz in der Praxis

Chatbots, die dokumentieren, Algorithmen, die Befunde vorsortieren: Künstliche Intelligenz (KI) verspricht Arzt- und Psychotherapiepraxen spürbare Entlastung. Doch welche Tools und Anwendungsmöglichkeiten gibt es? Darf man sie überhaupt einsetzen? Und wo liegen die Grenzen?

Bei einer gemeinsamen Veranstaltung von KBV und KV Hamburg zeigten Fachleute aus der Selbstverwaltung und vier Beispielpraxen, wie der Einsatz sicher gelingt.

Die Digitalisierung ist in den meisten Arzt- und Psychotherapiepraxen bereits weit fortgeschritten. Doch an das Thema KI trauen sich viele Praxisinhaberinnen und -inhaber noch nicht recht heran. Dabei haben so gut wie alle schon einmal privat oder beruflich einen KI-Chatbot befragt. Als beim gemeinsamen Infoabend von KV Hamburg und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) am 9. September 2026

der Moderator (und KV-Geschäftsbereichsleiter Infrastruktur) Dr. Ghislain Kouematchoua fragte, wer noch nie KI genutzt habe, hob sich unter den rund 200 Teilnehmenden tatsächlich nur eine einzige Hand. Und doch herrscht aus Sorge um mögliche Datenschutz- oder Haftungsrisiken Unsicherheit: Was ist erlaubt? Welche Anwendung ist sinnvoll? Wo überwiegt das Risiko gegenüber dem Nutzen?

Vom Turing-Test zum Sprachmodell

Auch wenn erst seit einigen Jahren in der breiten Öffentlichkeit darüber diskutiert wird, ist KI kein neues Thema. Das machte Laura Nelde, Senior-Referentin im Stabsbereich Digitalisierung der KBV, mit einem kurzen historischen Abriss deutlich.

Die Wurzeln reichen bis in die 1950er Jahre zurück. So basiert der Turing-Test auf einem 1950 von Alan Turing vorgeschlagenen Gedankenexperiment: Wenn ein Mensch in einem Gespräch nicht sicher unterscheiden kann, ob er mit einem Menschen oder einer Maschine spricht, zeigt die Maschine menschenähnliche Intelligenz.

Bei einem Forschungstreffen in den USA, der Dartmouth Conference von 1956, wurde erstmals der Begriff „Künstliche Intelligenz“ geprägt. Er markiert den Startpunkt des neuen Forschungsfelds.

1966 folgte mit ELIZA der erste Psychotherapie-Chatbot, gefolgt von etlichen Jahren der Stagnation aufgrund von Limitationen bei der



Führte als Moderator durch die Veranstaltung: Dr. Ghislain Kouematchoua



Begrüßung durch KV-Vize-Vorstandsvorsitzende Caroline Roos



Industrierausstellung mit PVS-Anbietern: Rund 200 Gäste informierten sich darüber, wie sich KI sinnvoll und sicher in den Praxisalltag integrieren lässt.

Hardware. „Nach diesem KI-Winter kamen in den 1980er Jahren die ersten Entscheidungsunterstützungssysteme auf den Markt“, berichtete Nelde. Den eigentlichen Schub brachten datengetriebene Verfahren ab etwa 2010 – und die seit wenigen Jahren breit verfügbaren großen Sprachmodelle und generativen KI-Chatbots.

Nelde wies darauf hin, dass die Systeme trotz aller Fortschritte nicht „klug“ im menschlichen Sinn sind, sondern Wahrscheinlichkeiten berechnen. Sie können überzeugend formulieren, aber auch halluzinieren. Als weitere Herausforderungen insbesondere im medizinischen Kontext

nannte Nelde mangelnde Nachvollziehbarkeit, Verzerrungen in den Trainingsdaten und die begrenzte Übertragbarkeit auf andere Versorgungskontexte. „Eine KI, die mit Daten aus dem Krankenhaus trainiert wurde, wo die Menschen im Schnitt kränker sind, funktioniert nicht automatisch gut in der hausärztlichen Praxis“, erklärte die Digitalisierungsexpertin.

Wissen verdoppelt sich alle 73 Tage

Warum Medizin KI braucht, begründete Dr. Philipp Stachwitz, Leiter des Stabsbereichs Digitalisierung

der KBV, mit einer Zahl: Während es 1950 noch 50 Jahre dauerte, bis sich medizinisches Wissen verdoppelte, sind es heute nur noch 73 Tage – Tendenz steigend. „KI ist eine Technologie, mit der wir die wachsende Komplexität bewältigen und beherrschen können“, sagte Stachwitz.

Zum KI-Werkzeugkasten der Medizin gehören Symptomchecker, Mustererkennung in EKG oder Bildgebung, Sprachverarbeitung, Entscheidungsunterstützung, konversationsbasierte Wissensdatenbanken, Robotik und Steuerung ebenso wie digitale Biomarker, die schon am Klang der Stimme eine beginnende Herzinsuffizienz erkennen – weit

früher, als es in der Sprechstunde auffallen würde. Und natürlich kann KI auch die Arbeitsorganisation in Praxen optimieren.

Die sieben Leitplanken der KBV

Auch juristisch spricht wenig gegen den Einsatz von KI in der Medizin, wie Dr. Christoph Weinrich ausführte. Der Leiter des Stabsbereichs Recht bei der KBV sagte: „Selbstverständlich können und dürfen Sie KI in der Praxis einsetzen!“ Ohnehin sei in den meisten Fällen juristisch alles erlaubt, was dem gesunden Menschenverstand nicht widerspricht. „Es ist wie beim Autofahren: Das ist per se auch gefährlich – aber mit Regeln erlaubt.“ Mit den richtigen Leitplanken ließen sich die Risiken von KI ebenso eingrenzen wie die des Straßenverkehrs.

Die KBV hat daher sieben Leitplanken für den rechtssicheren Ein-

satz von KI in der ärztlichen Praxis entwickelt:

- Es gibt eine klare Unterscheidung zwischen administrativer KI (die bei Verwaltungsaufgaben hilft) und medizinischer KI (die bei der Diagnosestellung und Therapieentscheidung hilft). Für die beiden Systemarten gelten unterschiedliche Anforderungen.
- Anwendende benötigen KI-Kompetenz – wie Fahrstunden beim Autofahren.
- Bei der Anwendung von KI bleibt menschliche Aufsicht Pflicht, die Verantwortung darf nicht abgegeben werden.
- Medizinische KI braucht ein CE-Kennzeichen. Das macht es für die Ärztinnen und Ärzte einfach. Sie müssen nur schauen: Hat das betreffende System eine CE-Zertifizierung für das jeweilige Einsatzgebiet? (Gängige Sprachmodelle wie ChatGPT und Claude haben keine CE-Zertifizierung.)



Dr. Alessa Heinrichs (Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Eppendorf)

- Wenn administrative KI eingesetzt wird (beispielsweise ein Spracherkennungssystem zur Unterstützung der Dokumentation), genügt es, die Patientinnen und Patienten über den Einsatz von KI-Systemen zu informieren. Oft liefern die Hersteller der Systeme eine Vorlage für einen entsprechenden Aushang oder Informationszettel mit. KI-Telefonassistenten müssen am Anfang des Gesprächs einen Hinweis geben: „Hallo, hier spricht der KI-Telefonassistent.“ Eine gesonderte Einwilligung der Patientinnen und Patienten ist nur in seltenen Ausnahmefällen nötig.

- In bestimmten Fällen ist eine Datenschutzfolgeabschätzung nötig – gute Hersteller liefern dafür Muster mit.

- Wenn Daten an externe Dienstleister weitergegeben werden, braucht es einen Auftragsverarbeitungsvertrag – für die meisten Praxen ohnehin Alltag.

„Wer die Leitplanken einhält, fährt sicher“, sagte Weinrich. Natur-



„Selbstverständlich dürfen Sie KI in der Praxis einsetzen.“ KBV-Referenten Dr. Christoph Weinrich (Leiter Stabsbereich Recht), Laura Nelde (Senior-Referentin Stabsbereich Digitalisierung) und Dr. Philipp Stachwitz (Leiter Stabsbereich Digitalisierung)



Jan-Martin Erich (Facharzt für Allgemeinmedizin in Kirchwerder)



Dr. Andreas Schemm (Pädiater und Kinder-Kardiologe in Eimsbüttel)



Dr. Iyad Darwich (Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Othmarschen)

lich gebe es Graubereiche. Für ihn liegt eine Grenze bei vollautonomen Systemen, die eigenständig Gutachten erstellen. Redaktionell bearbeitete Vorschläge eines Sprachmodells hingegen seien „kein Problem“.

Vier Praxen, vier Anwendungen

Wenn KI bei Dokumentation, Recherche und Organisation hilft, bleibt mehr Zeit für Patientinnen und Patienten. Wie der Praxisalltag mit KI-Unterstützung konkret aussehen kann, zeigten vier Hamburger Praxen.

Dr. Alessa Heinrichs, HNO-Fachärztin in Eppendorf, lernte bereits 2019/20 ein Telefonassistenten-System im Rahmen eines KI-Projekts der KBV kennen. Der KI-Telefonassistent beantwortet Anrufe außerhalb der Sprechzeiten und in Stoßzeiten. „Die halbe bis dreiviertel MFA-Stelle, die uns zuvor fehlte, brauchen wir dank des Systems gar nicht mehr“, berichtet Heinrichs – ein Argument mit

zusätzlichem Gewicht angesichts des Spargesetzes ab 2027.

Jan-Martin Erich, Facharzt für Allgemeinmedizin in Kirchwerder, lässt den KI-Assistenten seiner Praxis-Software Befunde auslesen und in die Patientenakte übertragen. Er könne mit dem PVS chatten und bekomme Antworten auf Basis der historischen Patientendaten, etwa auf Fragen wie „Warum nimmt diese Patientin kein Statin?“ Allerdings koste es Zeit, digitale Innovationen in den Praxisabläufen zu etablieren: „Ich habe ein tolles Team, aber das sind alle keine Nerds und sie stöhnen manchmal, wenn ich wieder mit einer neuen Idee um die Ecke komme“, schmunzelte er.

Dr. Andreas Schemm, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderkardiologe in Eimsbüttel, nutzt externe KI zur Entwicklung von Prompts: Damit bearbeitet die PVS-interne KI komplexe Befundfragen. Zudem hilft ihm externe KI, aufwändige Patientenformulare

zu programmieren (siehe Beitrag auf Seite 6).

Dr. Iyad Darwich, HNO-Facharzt, hat in seiner Praxis in Othmarschen bereits ein ganzes Ökosystem etabliert: Die Dokumentationssoftware hört das Gespräch mit, leitet EBM- und GOÄ-Ziffern ab und übergibt den Bericht nach Kontrolle an das PVS. Ein KI-Telefonassistent übernimmt Terminvergabe und Rezeptbestellungen, digitale Fragebögen ersetzen Papierstapel im Wartezimmer. Sein Fazit: „Der Mehrwert entsteht im Zusammenspiel, nicht in der Einzellösung.“

Der Abend war Teil einer Reihe von Infoveranstaltungen der KBV in Kooperation mit den regionalen KVen. Die KV Hamburg selbst plant weitere Termine für ihre Mitglieder: „Melden Sie sich gern mit Fragen und Themenwünschen“, gab Caroline Roos, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, den Teilnehmenden mit auf den Weg. ■



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**

HEILMITTEL

Muss ich Ergotherapie zwingend als Blankoverordnung ausstellen?

Nein, nicht zwingend. Seit dem 1. April 2024 ist die Blankoverordnung für Ergotherapie bei bestimmten Diagnosen möglich. Dabei stellt die Ärzt:in oder Psychotherapeut:in anhand der Diagnose die medizinische Indikation für Ergotherapie fest. Die Entscheidung über die konkrete Ausgestaltung der Therapie (Art, Dauer und Häufigkeit) trifft anschließend die Ergotherapeutin bzw. der Ergotherapeut.

Die Möglichkeit zur Blankoverordnung besteht zunächst nur für folgende drei Diagnosegruppen:

- Diagnosegruppe SB1: Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke und Extremitäten mit motorisch-funktionellen Schädigungen
 - Diagnosegruppe PS3: Wahnhaft und affektive Störungen / Abhängigkeitserkrankungen
 - Diagnosegruppe PS4: Dementielle Syndrome
- Ärzte können Blankoverordnungen für die Diagnosegruppe SB1 ausstellen. Für die Diagnosegruppen PS3 und PS4 können sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten Blankoverordnungen ausstellen.

Die Entscheidung, ob eine Blankoverordnung ausgestellt wird, liegt letztendlich beim Arzt bzw. Psychotherapeuten, der die Diagnose stellt. Die Verordnungssoftware unterstützt diese Entscheidung und kennzeichnet das unveränderte Heilmittelverordnungsformular Muster 13 als Blankoverordnung.

Für die Ergotherapeut:innen gelten dabei spezielle Regelungen zum Ablauf und zur

Durchführung der Blankoverordnung. Die Gültigkeit einer Blankoverordnung beträgt maximal 16 Wochen ab dem Verordnungsdatum.

In medizinisch begründeten Fällen kann weiterhin auch eine klassische (traditionelle) Heilmittelverordnung ausgestellt werden. Eine Blankoverordnung ist also nicht automatisch zwingend, nur weil eine Diagnose aus den genannten Diagnosegruppen vorliegt.

VIDEOSPRECHSTUNDE I

Ich möchte meinen Patienten gern Videosprechstunden anbieten. Welchen Videodienstanbieter kann ich hierfür nutzen?

Damit Leistungen im Rahmen der Videosprechstunde abgerechnet werden können, müssen Ärzte und Psychotherapeuten einen von der KBV zertifizierten Videodienstanbieter nutzen. **Eine Liste dieser Anbieter finden Sie hier: www.kbv.de → Praxis → Digitalisierung → Anwendungen → Videosprechstunde → Technische Anforderungen: Zertifizierte Videodienstanbieter**

Es ist sinnvoll, sich die Bedingungen der einzelnen Anbieter auf deren Homepage anzusehen. Eine Empfehlung darf die KV hierbei nicht aussprechen.

Wenn Sie sich für einen Anbieter entschieden haben, füllen Sie bitte das Anzeigeformular aus und schicken dieses zurück an die KV Hamburg:

www.kvhh.de → Formulare → Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → V → Videosprechstunde → „KVH-Anzeigeformular Videosprechstunde“

VIDEOSPRECHSTUNDE II

Ich habe gehört, dass ich Patientinnen und Patienten nicht ausschließlich per Videosprechstunde behandeln darf. Stimmt das?

Nein. Gerade in der Psychotherapie können grundsätzlich alle hierfür vorgesehenen Leistungen per Videosprechstunde erbracht und abgerechnet werden. Dazu zählen die psychotherapeutische Sprechstunde, probatorische Sitzungen, die Akutbehandlung sowie alle Therapieleistungen.

Allerdings gibt es seit dem 1. April 2025 eine Obergrenze für alle Fachgruppen: Maximal 50 Prozent der Behandlungsfälle dürfen ausschließlich per Videosprechstunde versorgt werden.

Diese Obergrenze gilt für Behandlungsfälle, bei denen im gesamten Quartal kein persönlicher Praxis-Kontakt stattfindet. Erfolgt im selben Quartal mindestens ein persönlicher Kontakt, fällt der Behandlungsfall nicht unter die Obergrenze.

Die Obergrenze wird je Betriebsstättennummer angewendet. Somit können einzelne Ärzte oder Psychotherapeuten aus einer Praxis die Obergrenze überschreiten. Entscheidend ist, dass die gesamte Praxis nicht darüber liegt.

Die Obergrenze schränkt daher nicht die Möglichkeit ein, eine psychotherapeutische Behandlung vollständig per Videosprechstunde durchzuführen. Sie begrenzt lediglich den Anteil der Behandlungsfälle, die innerhalb eines Quartals ausschließlich per Video versorgt werden.

KINDER- UND JUGENDPSYCHOTHERAPIE

Ich bin Kinder- und Jugendpsychotherapeut. Benötige ich bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen bereits während einer Sprechstunde die Zustimmung der Eltern?

Ja, bereits für die psychotherapeutische Sprechstunde, Diagnostik und Probatorik wird die Zustimmung eines Sorgeberechtigten benötigt. Wenn es zwei Sorgeberechtigte gibt und diese getrennt leben, müssen beide zustimmen. Bei Streitigkeiten sollte das Familiengericht kontaktiert werden, um zeitnah eine Entscheidung im Sinne des betroffenen Kindes herbeizuführen.

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IN WEITERBILDUNG

Ich bin Arzt in Weiterbildung und verfüge bereits über eine eigene Lebenslange Arztnummer (LANR). Darf ich meine erbrachten Leistungen über meine eigene LANR schon abrechnen?

Nein. Die eigene LANR eines Arztes in Weiterbildung wird zu statistischen Zwecken im Rahmen der bewilligten Weiterbildungsförderung erstellt. Ein Arzt in Weiterbildung darf seine erbrachten Leistungen daher nicht über die eigene LANR abrechnen, sondern rechnet diese über die LANR seines Weiterbilders ab.

Auch bei der Ausstellung von Verordnungen ist die LANR des Weiterbilders anzugeben. Ist ein Arzt in Weiterbildung nach Auffassung und Verantwortung des Weiterbilders ausreichend "weitergebildet", darf der Arzt in Weiterbildung Verordnungen unter Angabe von Name, Vorname und Berufsbezeichnung ("Arzt in Weiterbildung") unterschreiben bzw. elektronische Verordnungen mit ihrem eigenen eHBA signieren. ■

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



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



Neue SSB-Vereinbarung: erste Erfahrungen aus den Prüfungen

Wer Sprechstundenbedarf sicher und regressfrei verordnen will, muss sich mit der Vereinbarung vertraut machen – und die Aktualisierungen im Blick behalten

Seit dem 1. April 2025 gilt in Hamburg die umfassend neu gestaltete Sprechstundenbedarfsvereinbarung. Die Neufassung hat die bisherige Systematik grundlegend verändert, zahlreiche Regelungen präzisiert und an verschiedenen Stellen den medizinischen Handlungsspielraum erweitert. Zudem wird die Anlage 1 kontinuierlich überprüft und regelmäßig angepasst.

Die Neugestaltung bringt für die Praxen viele Verbesserungen mit sich – sie bedeutet aber auch: Altbekannte Routinen sind nicht automatisch weiterhin richtig. Gerade weil sich die Systematik und die Zuordnung einzelner Produkte verändert haben, ergeben sich neue Fehlerquellen und damit auch neue mögliche Prüfanlässe.

Die ersten beiden Prüfquartale liegen vor

Inzwischen liegen die Erfahrungen aus den ersten beiden Prüfquartalen vor. Sie zeigen ein gemischtes Bild: Neben Verordnungen, die aufgrund der neuen Regelungen anders – bisweilen durchaus kontrovers – beurteilt werden als früher, finden sich auch zahlreiche „Klassiker“, die schon in der Vergangenheit immer wieder zu Beanstandungen geführt haben.

Das macht deutlich: Die Beschäftigung mit dem Sprechstundenbedarf (SSB) ist keine einmalige Aufgabe – vielmehr lohnt es sich, die Sprechstundenbedarfsvereinbarung kontinuierlich im Blick zu behalten und die eigenen Verordnungsabläufe regelmäßig zu hinterfragen.

Insbesondere die Kategorie der Verbandstoffe macht Schwierigkeiten in der Umsetzung und führt zu (teils empfindlichen) Regressen. So sind zwar einige Produktgruppen hinzugekom-

men, wie zum Beispiel Hydrokolloide, Schaumstoffverbände, Wundauflagen mit Polyacrylat-superadsorbieren. Aber hier steckt der Teufel im Detail – beachten Sie bei der Produktauswahl daher unbedingt die Ausschlüsse zu den jeweiligen Produktgruppen in Anlage 1 der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (siehe Tabelle).

Achtung: Benötigt ein bestimmter Patient für seine individuelle Erkrankung einen im SSB ausgeschlossenen spezifischen Verbandstoff, erfolgt die Verordnung auf Muster 16 auf den Namen des Patienten zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse.

Bitte beachten Sie: auch bei konventionellen Wundschnellverbänden bzw. Wundpflastern gibt es deutliche Preisunterschiede – so sind Produkte mit besonders hautschonenden Silikonklebern (z.B. Cosmopor Advance, Dracopor sensitiv) in der Regel teurer und können zu Prüfanträgen führen.

Auch wenn die Neufassung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung deutliche Erweiterungen mit sich brachte, so mussten mit Blick auf das große Ganze auch auf einige beliebte Produkte verzichtet werden: So sind Heparin-Salben und -Gele seit April 2025 keine Sprechstundenbedarf mehr – ebenso wie Zugsalben (Ichtholan, Ilon Salbe) und kompakte, gebrauchsfertige Gasgemische als Sprays für die Kryochirurgie (Histofreezer, Askina Ski Freeze, Dermafreezer).

Und dann sind da noch die alten Bekannten ...

Neben den neuen Regelungen begegnen uns in den Prüfungen weiterhin Fehler, die eigentlich vermeidbar wären. Dazu gehören beispielsweise Verordnungen, bei denen die Vorausset-

BEISPIELE DER IN DEN QUARTALEN 2/25 UND 3/25 BEANSTANDETEN PRODUKTE, OHNE ANSPRUCH AUF VOLLSTÄNDIGKEIT, OHNE PRÄJUDIZ*

Produktgruppe	Ausschlüsse	Beispiel
Hydrokolloide	Hydrokolloide in Kombination mit Vaseline (Petrolatum), Lipokolloide als Fertigprodukt	Lomatuell Pro, Urgotül
Schaumstoffverbände/ Hydropolymere	a) keine selbsthaftenden Schaumstoffverbände oder Schaumstoffverbände mit Hafttrand b) Schaumstoffverbände mit Silber, Kohle, Ibuprofen, Polihexanid c) Schaumstoffverbände mit eingebetten Superadsorbern, mit Superadsorberdepot oder in anderer Kombination mit Superadsorbern (hochabsorbierende Polyacrylatfasern, superadsorbierende Streifen, superabsorbierenden Saugkern, Superadsorberschlusskern) als Fertigprodukt d) Schaumstoffverbände mit Hydrogelbeschichtung e) Schaumstoffverbände in Kombination mit Vaseline, Lipokolloide f) Keine anatomisch vorgeformten oder an bestimmte Körperteile angepassten Produkte g) keine Hydropolymerverbände h) Schaumstoffverbände mit Gelbildnern aus Natriumcarboxymethylzellulose	a) Allewyn Life, Mepilex Border, Dracofoam Easyfix, Dracofoam Haft, Cutimed Siltec, Suprasorb P selbstklebend a) e) Urgotüll Foam Border b) Dracofoam Infect, Mepilex AG d) Hydrotac Schaumverband e) UrgoStart Plus Absorb
Kompressen	Wundkontaktverbände mit Silikon	Dracotuell Silikon, Cuticell Contact
	Alginate	Cutimed Alginate
	Offenporige Schaumstoffverbände/Polyurethanfolien	Epigard

zungen für Sprechstundenbedarf nicht erfüllt sind, ein nicht aufgeführter Wirkstoff oder die falsche Darreichungsform gewählt wurde oder ein Mittel außerhalb des in der Vereinbarung vorgesehenen Anwendungsbereichs eingesetzt wird.

Folgende Arzneimittel und sonstige Mittel sind unter anderen häufig Anlass für eine sachliche Berichtigung (beispielhafte Aufzählung der in den Quartalen 2/25 und 3/25 beanstandeten Produkte, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, ohne Präjudiz*):

- Antihistaminika zur systemischen Anwendung: Tabletten (Cetirizin, Desloratadin)
- Betablocker: Tabletten (Metoprolol, Bisoprolol); Ausnahme für Haus- und Heimbesuche und KVH-Notdienst
- Calciumantagonisten: Tabletten Amlodipin, Wirkstärke Nifedipin 5 mg
- Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System: Wirkstoffgruppe (Candesartan, Captopril)
- Blutzuckerteststreifen
- Blutlanzetten

→ Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

- Dermatika: Wirkstoff (Diclofenac Schmerzgel, Voltaren Schmerzgel)
- Einmalspritzen, Einmalkanülen, Insulinspritzen
- Harnteststreifen: Combur 5, Combur 6, Combur 9
- Kardiotstimulanzen/Antihypotonika: Adrenalinhaltige Fertigspritzen/Pens (Anapen, Jext, Epipen, Fastjekt usw.), Wirkstoff Etilefrin
- Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen: Wirkstoff (Budesonid)

Unterstützung für die Praxis: Liste der regressgefährdeten Mittel

Um die Praxen bei der täglichen Arbeit noch besser zu unterstützen, wird es künftig auf der Homepage wieder eine Liste der potentiell regressgefährdeten Mittel geben.

Diese Liste zeigt Ihnen, auf Basis der häufigsten Beanstandungen, bei welchen Mitteln die Verordnungsbedingungen besonders sorgfältig beachtet werden sollten. Sie versteht sich dabei als praktische Arbeitshilfe und nicht als Ersatz für die Sprechstundenbedarfsvereinbarung. Sie soll es erleichtern, kurzfristig das Verordnungsverhalten im SSB zu prüfen und ggfs. anzupassen, um so Regresse vermeiden zu können.

Bitte beachten Sie: Diese Aufzählung potentiell regressgefährdeter Mittel ist nicht ab-

schließend – es gibt immer eine Vielzahl von Regressen wegen Verstößen gegen die Sprechstundenbedarfsvereinbarung. Es ist daher zwingend notwendig sich zudem mit den Inhalten der Sprechstundenbedarfsvereinbarung vollständig vertraut zu machen und den genauen Wortlaut zu beachten. Bitte stellen Sie die Unterlagen auch Ihren dafür verantwortlichen Mitarbeiter/-innen zur Verfügung. Die Anforderung von Artikeln oder Medikamenten, die nicht explizit in der Sprechstundenbedarfsvereinbarung genannt werden, führt unweigerlich zum Regress. ■

* Ohne Präjudiz bedeutet in diesem Fall: Das ist der aktuelle Stand. Einige der Verfahren sind noch nicht abgeschlossen. Und es ist nicht sicher, dass auch in Zukunft so entschieden wird wie bei bereits abgeschlossenen Verfahren.

Sie finden den jeweils aktuellen Stand der Liste potentiell regressgefährdeter Mittel und alle weiteren relevanten Informationen zum SSB auf unserer Website: www.kvhh.de → Verordnungen → Sprechstundenbedarf

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

Neues DMP Rheumatoide Arthritis

Zwischen den Hamburger Krankenkassen und der KV Hamburg konnte das neue DMP Rheumatoide Arthritis vereinbart werden. Der Vertrag tritt zum 1. Oktober 2026 in Kraft. Ab diesem Zeitpunkt können Ärztinnen und Ärzte die Abrechnungsgenehmigungen für die Erbringung der Leistungen bei der KV Hamburg beantragen. Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte gem. § 73 Abs. 1a SGB V, Rheumatologen und Orthopäden.

Als Schulungsprogramme für Patienten wurden das „Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis - StruPi-RA“ und die „Basisschulung RA“ vereinbart. Um die Schulungen erbringen zu können, ist ebenfalls eine Abrechnungsgenehmigung bei der KV Hamburg zu beantragen. Notwendig dafür ist die Vorlage einer Schulungsbeurteilung.

Die Leistungen im Rahmen des DMP (z.B. Einschreibung von Patienten) dürfen erst ab dem 1. Januar 2027 erbracht und abgerechnet werden. ■

Anpassung des DMP Diabetes mellitus Typ 1

Zum 1. Oktober 2026 wurde der DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Hamburger Kassen und der KV Hamburg angepasst. Dies wurde notwendig, weil die Vorgaben in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aktualisiert wurden. Außerdem wurde die DMP-Patientenschulung „INPUT“ neu in den Vertrag aufgenommen und der Vertrag wurde um Leistungen zur Versorgung von Typ 1-Patienten mit diabetischem Fußsyndrom erweitert. ■

Weitere Informationen dazu finden Sie in der Pressemitteilung des G-BA:
<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1265/>

Neues DMP- Versicherten- Teilnahmeformular

Ab dem 1. Oktober 2026 muss für DMP-Einschreibungen die indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit Formularschlüssel 070F verwendet werden. Diese ist seit 1. September 2026 beim Paul Albrechts Verlag bestellbar. ■

Anpassung des DMP Koronare Herzer- krankung (KHK)

Der Vertrag zum DMP KHK wird zum 1. Oktober 2026 an Änderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) angepasst. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte u.a. Änderungen beschlossen, die die Diagnosekriterien, die individuelle Therapieplanung und die therapeutischen Maßnahmen betreffen. Außerdem wird die DMP-Patientenschulung „Kardio-Fit“ neu in den Vertrag aufgenommen. ■

Weitere Informationen dazu finden Sie in der Pressemitteilung des G-BA:
<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1253/>

Die vollständigen Verträge finden Sie im Internet unter: www.kvhh.de → Menü → Praxis → Recht & Verträge → Amtliche Bekanntmachungen

Ansprechpartner:
Mitgliederservice,
Tel: 040 / 22802 -802



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Masernimpfung zwischen Evidenz und Desinformation

Wie Faktensandwiches die Impfkommunikation stärken können

**VON PROF. DR. ANKE STECKELBERG UND DR. JANA HINNEBURG IM AUFTRAG DES NETZWERKS
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)**



Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten überhaupt und können erhebliche gesundheitliche Folgen haben und in schweren Fällen zu dauerhaften Behinderungen oder sogar zum Tod führen. Länder, in denen Impfprogramme nicht flächendeckend umgesetzt werden können und in denen die medizinische Versorgung teilweise eingeschränkt ist, sind immer noch stärker betroffen. Systematisch angelegte Impfprogramme haben in den sogenannten Ländern mit hohem Einkommen (high income countries) maßgeblich dazu beigetragen, die Zahl der Erkrankungen und ihrer Komplikationen deutlich zu reduzieren. Die hohe Ansteckungsfähigkeit der Masern ist ein wesentlicher Grund dafür, dass bereits wenige ungeimpfte Menschen ausreichen können, um Ausbrüche zu begünstigen (1).

Die Folgen einer Masernerkrankung unterscheiden sich je nach Lebensbedingungen und medizinischer Versorgung erheblich. Während die Sterblichkeitsrate in Ländern mit hohem Einkommen bei etwa 0,01 bis 0,1% liegt, kann sie in anderen Regionen 3 bis 30% erreichen (z. B. 5 bis 6% in Zimbabwe und Gambia (2)). Zu den häufigsten Komplikationen gehören Mittelohrentzündungen, die bei etwa 7 bis 9% der Erkrankten auftreten, sowie Lungenentzündungen mit einem Anteil von etwa 8%. Auch Durchfälle werden bei 1 bis 6% der Erkrankten beobachtet. Besonders gefährlich ist eine durch Masern verursachte Lungenentzündung. Diese stellt die häufigste tödliche Komplikation der Erkrankung dar (1). Eine weitere schwerwiegende Komplikation stellt die akute postinfektiöse Enzephalitis dar. Diese tritt in etwa bei 1 von 1.000 Fällen auf, bei etwa 10 bis 20% der Betroffenen endet sie tödlich, bei etwa 20 bis 30% muss mit bleibenden Schäden des zentralen Nervensystems gerechnet werden. Als seltene Spätkomplikation kann viele Jahre nach der Infektion eine Subakute Sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) auftreten (Häufigkeit: 4-11 SSPE-Fällen pro 100.000 Masernerkrankungen) (3).

Die Epidemiologie der Masern zeigt damit deutlich, dass die Krankheit zwar durch eine wirksame Impfung weitgehend verhindert werden kann, ist aber dort besonders gefährlich, wo nicht ausreichend Menschen geschützt sind (1).

IMPFFEN ALS GESELLSCHAFTLICHE UND POLITISCHE AUFGABE

Die Masernimpfung ist nicht nur eine medizinische, sondern auch eine gesellschaftliche und politische Aufgabe. Es handelt sich um einen Lebendimpfstoff, der als Kombinationsimpfstoff Masern, Mumps und Röteln (MMR) oder MMRV (zusätzlich Varizellen) verfügbar ist. Daher können z. B. Schwangere nicht geimpft werden, weil theoretisch das Risiko besteht, dass der Erreger auf das ungeborene Kind übertragen wird. In Deutschland wurde mit dem Masernschutzgesetz im März 2020 eine verbindliche Regelung zum Nachweis eines Masernschutzes eingeführt. Hintergrund waren wiederholte Masernausbrüche und die Tatsache, dass andere Maßnahmen allein nicht ausreichten, um die Impfquote ausreichend zu erhöhen. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts stieg der Anteil der Kinder im Alter von 24 Monaten, die zweimal gegen Masern geimpft waren, von rund 70% im Jahr 2019 auf 77% im Jahr 2023. Bei den sechsjährigen Kindern erhöhte sich der Anteil von 89 auf 92%. Trotz dieser Verbesserung sind weiterhin Kinder nicht ausreichend geschützt. Das Gesetz sieht vor, dass Kinder ab einem Alter von einem Jahr beim Besuch einer Kindertagesstätte oder Schule einen ausreichenden Masernschutz nachweisen müssen. Dieser kann beispielsweise durch zwei dokumentierte Impfungen oder einen entsprechenden labordiagnostischen Nachweis einer durchgemachten Erkrankung belegt werden. Je nach Situation können bei fehlendem Nachweis Konsequenzen für die Betreuung oder Bußgelder folgen. Die Nachweispflicht gilt auch für Personen, die in Betreuungseinrichtungen tätig sind. Der Nachweis muss in diesen Fällen der Leitung der Einrichtung vorgelegt werden. Die Umsetzung des Masernschutzgesetzes war mit Herausforderungen wie unklaren Zuständigkeiten, fehlenden Dokumentenvorlagen und rechtlichen Unsicherheiten verbunden. Auch Gefälligkeitsatteste traten auf und Kindertagesstätten und

Schulen fühlten sich mit der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben überfordert. Trotz dieser Schwierigkeiten zeigt sich insgesamt eine positive Entwicklung (4).

USA: WENN IMPFLÜCKEN ZUR GESUNDHEITSKRISE WERDEN

In den USA hat sich dieses Jahr die Masernsituation erheblich verschärft: Bis zum 13. August wurden 2.566 Fälle gemeldet – der höchste Stand seit 1991 (5). Zugleich sank die MMR-Impfquote bei Kindergartenkindern von 95,2% (Schuljahr 2019/2020) auf 92,5% (Schuljahr 2024/25) und damit unter die für den Gemeinschaftsschutz wichtige Schwelle von etwa 95% (Herdenimmunität) (5, 6). Die meisten Erkrankten waren ungeimpft oder hatten einen unbekannten Impfstatus (5). Neben Impflücken trägt auch politisch verbreitete Fehlinformation zur Verschärfung der Masernsituation bei: Zweifel an der Sicherheit und Wirksamkeit der MMR-Impfung werden zunehmend von politischen Akteuren und über soziale Medien verbreitet, schwächen das Vertrauen in Gesundheitsbehörden und erschweren eine konsequente Impfpolitik (7, 8). Dadurch steigt das Risiko, dass die USA ihren Status der Maserneliminierung verlieren (7), der im Jahr 2000 erklärt wurde (5). Diese Entwicklung spiegelt ein allgemeines weltweites Wiederaufkommen der Masern wider: Am 26. Januar 2026 verloren auch sechs europäische Länder ihren Eliminierungsstatus, darunter Großbritannien und Spanien (7).

DIGITALE FEHLINFORMATION

Die Kommunikation über Impfungen spielt dabei eine wichtige Rolle. Das Internet hat der Impfgegnerbewegung seit ihren Anfängen Möglichkeiten eröffnet, ihre Positionen schnell und über große Entfernungen zu verbreiten. Gleichzeitig bietet das Internet enorme Chancen für inhaltlich richtige Gesundheitskommunikation. Informationen über Krankheiten und Impfungen sind heute



für fast alle Menschen jederzeit verfügbar. Das Problem: Nicht alle Inhalte sind wissenschaftlich geprüft. Informationen können unvollständig, irreführend oder schlicht falsch sein. Gerade in sozialen Medien können sich solche Inhalte besonders schnell verbreiten. Beiträge werden geteilt, kommentiert und weiterempfohlen, wodurch einzelne Behauptungen innerhalb kurzer Zeit ein großes Publikum erreichen können. Negative oder verunsichernde Informationen über Impfungen werden dabei häufig als ein wichtiger Faktor für Impfskepsis angesehen (9).

IMPFSKEPSIS IST KEIN EINHEITLICHES PHÄNOMEN

Das Phänomen ist nicht neu. Impfgegner hat es auch schon damals bei der Pockenimpfung gegeben (10). Dabei ist es wichtig, zwischen Impfgegnern und impfkritischen oder unsicheren Menschen zu unterscheiden. Impfskepsis bildet ein Kontinuum. An einem Ende stehen Menschen, die lediglich bei einzelnen Impfungen unsicher sind oder Impfungen aufschieben möchten. Am anderen Ende stehen Menschen, die Impfungen grundsätzlich ablehnen. Untersuchungen von impfkritischen Internetseiten zeigen, dass sich die Argumentation häufig um drei zentrale Themen dreht: die vermeintliche Sicherheit und Wirksamkeit von Impfstoffen, die Sorge vor staatlicher Einflussnahme sowie die Bevorzugung alternativer Gesundheitsansätze (9).

WARUM IMPFMYTHEN SO ÜBERZEUGEND WIRKEN

Warum können impfkritische Inhalte im Internet so erfolgreich sein? Ein entscheidender Faktor ist die Art und Weise, wie solche Inhalte präsentiert werden. Impfkritische Beiträge sind häufig sehr nutzerorientiert gestaltet und versuchen, die Aufmerksamkeit des Publikums unmittelbar zu gewinnen. Persönliche Geschichten und Erfahrungsberichte spielen dabei eine wichtige Rolle. Sie wirken emotional und können für Leser:innen überzeu-

gender erscheinen als abstrakte wissenschaftliche Daten. Auch die verwendete Sprache unterscheidet sich häufig. Während impfbefürwortende Inhalte eher von „erforderlichen Impfungen“ und „Nebenwirkungen“ sprechen, finden sich in impfkritischen Beiträgen beispielsweise Formulierungen wie „vorgeschriebene Impfungen“ oder „unerwünschte Wirkungen“. Die Wortwahl kann somit die Wahrnehmung beeinflussen. Hinzu kommt, dass soziale Medien besonders stark von visuellen und emotionalen Inhalten geprägt sind. Videos, Bilder und persönliche Erfahrungsberichte lassen sich häufig leichter konsumieren und teilen als längere wissenschaftliche Texte. In impfkritischen Videos treten zudem vergleichsweise häufig prominente Personen auf. Ihre Bekanntheit kann dazu beitragen, dass Aussagen glaubwürdiger wirken, obwohl Prominenz allein natürlich keine wissenschaftliche Expertise ersetzt (9).

MIT EMPATHIE UND EVIDENZ INS GESPRÄCH KOMMEN

Wie lassen sich Menschen erreichen, die Impfungen kritisch gegenüberstehen? Eine wichtige Erkenntnis ist, dass nicht alle Menschen mit Impfskepsis auf dieselbe Weise angesprochen werden können. Die Kommunikation sollte deshalb an die jeweilige Einstellung und die konkreten Sorgen der Person angepasst werden. Die kleinste Gruppe bilden die überzeugten Impfverweigerer. Sie machen weniger als 2% der Bevölkerung aus und lehnen Impfungen häufig aus persönlichen, weltanschaulichen oder religiösen Gründen grundsätzlich ab. Manche vertrauen dabei stärker auf alternative Gesundheitsangebote als auf die von ihnen so genannte Schulmedizin. Bei dieser Gruppe sollte ein Gespräch nicht in erster Linie darauf abzielen, die andere Person sofort von der eigenen Position zu überzeugen. Vielmehr kann es sinnvoll sein, zunächst Vertrauen aufzubauen und Raum für Fragen und Sorgen zu geben. Ziel kann beispielsweise sein, Eltern dazu zu bewegen, weiter über das Thema nachzudenken und

TABELLE 1: FAKTENSANDWICH: MMR-IMPfung UND AUTISMUS (12).

Fakt	Autismus-Spektrum-Störungen stehen vor allem mit genetischen und frühkindlichen Entwicklungsprozessen des Gehirns in Zusammenhang.
Warnung vor dem Irrglauben	Manche glauben fälschlicherweise, die MMR-Impfung könne Autismus auslösen.
Trugschluss erklären	Der Mythos entstand unter anderem in den 1990er-Jahren durch eine Veröffentlichung, in der ein Zusammenhang zwischen der MMR-Impfung und Autismus behauptet wurde. Später stellte sich heraus, dass die wissenschaftliche Grundlage dieser Veröffentlichung erhebliche Mängel aufwies und Daten manipuliert wurden. Die Veröffentlichung wurde zurückgezogen und der verantwortliche Arzt verlor seine ärztliche Zulassung. Seitdem haben zahlreiche große wissenschaftliche Studien untersucht, ob Impfungen tatsächlich mit der Entstehung von Autismus zusammenhängen. Die Ergebnisse zeigen keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen der MMR-Impfung und Autismus. Ein Grund dafür, dass der Mythos dennoch so überzeugend wirken kann, ist der zeitliche Zusammenhang: Erste Auffälligkeiten einer Autismus-Spektrum-Störung werden häufig in einem Alter sichtbar, in dem Kinder diese Impfung erhalten. Aus einem zeitlichen Zusammentreffen lässt sich jedoch keine Ursache ableiten.
Fakt	Die MMR-Impfung verursacht keinen Autismus. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Impfung und Autismus-Spektrum-Störungen.

gegebenenfalls ein weiteres Gespräch zu führen. Eine hilfreiche Einstiegsfrage kann sein, welchen Stellenwert der Schutz des eigenen Kindes vor vermeidbaren Infektionskrankheiten für die Eltern hat. Anschließend können konkrete Bedenken zur Sicherheit oder Wirksamkeit von Impfungen angesprochen werden. Auf diese Weise lassen sich Fehlannahmen erkennen und gezielt korrigieren (11). Hier können auch evidenzbasierte Gesundheitsinformationen hinzugezogen werden.

DAS FAKTENSANDWICH: FALSCHINFORMATIONEN GEZIELT KORRIGIEREN

Eine weitere Strategie ist das sogenannte *Debunking* (Entlarven, Entzaubern), also das gezielte Widerlegen von Falschinformationen. Dabei reicht es allerdings nicht immer aus, lediglich zu sagen, dass eine Behauptung falsch ist. Wirksamer kann es sein, zunächst die korrekte Information zu nennen, anschließend den Mythos kurz als solchen zu benennen und danach wieder auf die wissenschaftlich belegte Tatsache zurückzukommen. Dieses Vorgehen wird als „Faktensandwich“ bezeichnet. Tabelle 1 zeigt ein Faktensandwich zum widerlegten Mythos des Zusammenhangs zwischen der MMR-Impfung und Autismus (siehe Tabelle 1).

Zum Widerlegen von Falschinformationen können grundsätzlich vier Schritte helfen: Fakt, Warnung vor dem Irrglauben, Erklärung des Trugschlusses und erneute Bestätigung des Fakts (siehe Abbildung 1):

ABBILDUNG 1: VIER SCHRITTE ZUM WIDERLEGEN VON FALSCHINFORMATIONEN


KI-gestützte Bearbeitung und Neugestaltung der ursprünglichen Abbildung aus (13), CC BY 3.0, Text modifiziert und neu gestaltet mit Perplexity Pro am 19.08.2026. Inhaltliche Prüfung durch die Autorinnen.

FAZIT

Masern sind keine harmlose Kinderkrankheit, sondern eine hoch ansteckende Infektion, die insbesondere bei unzureichendem Impfschutz zu schweren Komplikationen führen kann. Impfprogramme haben in vielen Ländern dazu beigetragen,



die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle erheblich zu reduzieren.

Gleichzeitig stellt die Verbreitung von Fehlinformationen über Impfungen eine kommunikative Herausforderung dar. Soziale Medien ermöglichen es, wissenschaftlich nicht belegte Behauptungen schnell und emotional zu verbreiten. Persönliche Geschichten, Bilder, Videos und eine zugespitzte Sprache können dabei besonders wirkungsvoll sein.

Umso wichtiger ist eine verständliche und zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Menschen mit Fragen oder Unsicherheiten sollten nicht pauschal als „Impfgegner“ abgestempelt werden. Stattdessen können sachliche Informationen, empathische Gespräche und Strategien wie das Debunking dazu beitragen, Fehlvorstellungen zu korrigieren und Vertrauen in wissenschaftlich fundierte Gesundheitsinformationen zu stärken (11, 13). ■



**PROF. DR. ANKE STECKELBERG UND
DR. JANA HINNEBURG**

Institut für Gesundheits-, Hebammen- und
Pfl egewissenschaft
Medizinische Fakultät
Universitätsmedizin Halle
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
anke.steckelberg@medizin.uni-halle.de

Referenzen

1. Di Pietrantonj C, Rivetti A, Marchione P, Debalini MG, Demicheli V. Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;11(11):Cd004407.
2. Wolfson LJ, Grais RF, Luquero FJ, Birmingham ME, Strebel PM. Estimates of measles case fatality ratios: a comprehensive review of community-based studies. *Int J Epidemiol*. 2009;38(1):192-205.
3. Robert Koch-Institut. RKI-Ratgeber Masern. *Epid Bull*. 2024(46):3-24.
4. Einführung der Masernimpfpflicht: Experten sehen Teilerfolg. 2025
[Available from: www.aerzteblatt.de/news/einfuehrung-der-masernimpfpflicht-experten-sehen-teilerfolg-004180dc-124d-47f4-a899-d1102717816e.
5. Measles cases and outbreaks. Updated on August 14, 2026: U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2026
[Available from: www.cdc.gov/measles/data-research/index.html].
6. Martoma RA, Martoma JC, Majumder MS. Measles vaccination coverage after a postelimination outbreak. *JAMA Network Open*. 2025;8(9):e2533732-e.
7. Bishops AC, Hulland EN, Patzakis M, Majumder MS. Will the USA lose its measles elimination status? *Lancet*. 2026;407(10540):1679-81.
8. Rubin EJ. Risk and benefit. *N Engl J Med*. 2025;393(15):1533-4.
9. Wawrzuta D, Jaworski M, Gotlib J, Panczyk M. Characteristics of antivaccine messages on social media: systematic review. *J Med Internet Res*. 2021;23(6):e24564.
10. Meyer C, Reiter S. [Vaccine opponents and sceptics. History, background, arguments, interaction]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2004;47(12):1182-8.
11. Betsch C. The role of the Internet in eliminating infectious diseases. Managing perceptions and misperceptions of vaccination. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2013;56(9):1279-86.
12. Faktensandwich zum Thema Sicherheit. Impfmythen: Falschinformationen wirksam aufklären. Berlin: Robert Koch-Institut; 2025
[Available from: www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Informationsmaterialien/Impfmythen/Sicherheit_Autismus.html].
13. Lewandowsky S, Cook J, Ecker U. K. H., Albarracín, D., Amazeen, M. A., Kendeou, P., Lombardi, D., Newman, E. J., Pennycook, G., Porter, E., Rand, D. N., Rapp, D. N., Reifler, J., Roozenbeek, J., Schmid, P., Seifert, C. M., Sinatra, G. M., Swire-Thompson, B., van der Linden, S., Vraga, E. K., Wood, T. J., Zaragoza, M. S. *The Debunking Handbook* 2020. 2020.

14. Tag der Allgemeinmedizin

Spezialisiert auf den ganzen Menschen

14.11.2026
UKE Hamburg

Anmeldung
bis 6.11.2026

→ www.uke.de/tda

tda@uke.de

unabhängige Fortbildungen für das
gesamte Praxisteam
in 28 Workshops

für das
gesamte
Praxisteam

Keynote
Iris Schluckebier

„Schwierig“ ist nicht der Patient
– sondern die Situation.
Oder doch?

UKE

Institut und Poliklinik
für Allgemeinmedizin





An den Psychotherapeuten wird ein Exempel statuiert – die Ärzte trifft es gleich danach

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

Die ersten Opfer des geplanten Kahlschlags im Gesundheitswesen sollten nach dem Willen der Kassen die psychologischen Psychotherapeuten werden – und damit ausgerechnet jene Gruppe im KV-System, die gemeinsam mit den Kinderärzten finanziell am schlechtesten gestellt ist.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte auf Antrag der Kassen beschlossen, das psychotherapeutische Honorar zum 1. April um 4,5 Prozent zu kürzen. Für eine durchschnittliche psychotherapeutische Praxis hätte diese Absenkung einen Umsatzverlust von rund 6.400 Euro pro Jahr bedeutet. Zum Glück entschied das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg inzwischen, dass die beschlossene Absenkung zumindest bis zur endgültigen Entscheidung ausgesetzt wird.

Die psychotherapeutischen Kollegen haben zwar deutlich geringere Kosten als die Ärzte, sie sind aber im Umfang ihrer Tätigkeit stärker begrenzt. Psychotherapie kann man nicht beliebig ausweiten. Sie besteht ausschließlich aus „sprechender Medizin“. Ein Psychotherapeut kann nicht nebenher eine etwas besser bezahlte Injektion geben oder eine Ultraschalluntersuchung machen. Auch die Beanspruchung der eigenen

psychischen Kräfte begrenzt die Arbeitsmenge und damit die Umsätze der Psychotherapeuten. Daher hatte das Bundessozialgericht schon vor Jahren entschieden, dass die Psychotherapeuten ein Anrecht auf eine „angemessene Vergütung je Zeiteinheit“ hätten.“ Die Angemessenheit wird regelmäßig vom Erweiterten Bewertungsausschuss geprüft. Der befand im März 2026, dass es angemessen sei, die Psychotherapie-Honorare um die erwähnten 4,5 Prozent zu kürzen. Die erstaunliche Begründung lautete: Die Psychotherapeuten haben viel niedrigere Kosten als Arztpraxen, vor allem als die mit einem hohen apparativen Aufwand. Ach so! Auf einmal gibt es viel Verständnis der Kassen für die hohen Kosten der Arztpraxen. Aber nicht, um den Ärzten die gestiegenen Kosten zu ersetzen, sondern um die Psychotherapeuten abzustaffeln.

Besonders perfide: Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sieht die Überprüfung der Psychotherapeuten-Honorare durch den Bewertungsausschuss als Schutzmechanismus. Sie soll eigentlich ein Mindestniveau der Psychotherapie-Honorare sichern und wird jetzt von den Kassen als Obergrenze zweckentfremdet. Sie ist mit dieser Sichtweise und dem

Honorarraub erfolgreich, weil der Vorsitzende des Erweiterten Bewertungsausschusses Jürgen Wasem als Zünglein an der Waage wieder einmal mit den Kassen stimmte.

Hinzu kommt, dass auch die Psychotherapeuten ab 2027 budgetiert werden sollen. In Zukunft werden im Bundesdurchschnitt nur noch 59, statt wie bisher durchschnittlich 65 psychotherapeutische Behandlungsfälle bezahlt. Das wird nicht nur die Psychotherapeuten, sondern auch die Patienten schwer treffen. Denn immer mehr Menschen warten auf eine psychotherapeutische Behandlung.

Der Honorarraub beschränkt sich nicht auf das untere Ende der Honorarskala. An deren oberen Ende müssen sich z.B. die Radiologen auf Honorareinbußen von 28 bis 29 Prozent ihrer Einnahmen gefasst machen. Selbst Ärzte, die sich sonst über den Sozialneid aufregen, der sie persönlich trifft, haben mitunter wenig Mitleid mit den Radiologen (ebenso wie mit den Labormedizern), weil sie der Meinung sind, deren Gewinne seien sowieso schon sehr hoch. Dabei wären die Folgen der Einbußen bei den Radiologen die gleichen wie bei den Psychotherapeuten – Patienten werden sehr viel länger warten müssen, Ärzte werden Schwierigkeiten haben, Termine

für ihre Patienten zu bekommen, Nachfolger für die Praxen wird es oft nicht mehr geben.

Wer sich darüber beschwert, dass die Gewinne der Radiologen höher sind als die anderer Berufsgruppen, hat nicht begriffen, dass der Gewinn eines Unternehmens, auch einer Arztpraxis, in einem ver-

der Gewinn zuvor größer war als das normale „Oberarztgehalt“.

In den letzten Jahren haben die Radiologen in Hamburg offensichtlich im Vertrauen auf die Zusagen der Politik einiges investiert, sodass inzwischen auch Kassenpatienten niedrige Wartezeiten auf ein MRT haben. Diese Entwicklung dürfte

Platz gehen. Selbst die vor Kurzem erst eingeführte Abortivform (um nicht zu sagen Mogelpackung) einer Entbudgetierung der Hausärzte soll schon wieder abgeschafft werden. Die Techniker Krankenkasse greift sogar das Erfolgsmodell der Hausarztzentrierten Versorgung an, weil sie meint, das Gleiche mit Hilfe des Warkengesetzes deutlich billiger zu bekommen. Laut Gesetz werden neue HZV-Patienten ab 2027 ohnehin schlechter, weil budgetiert bezahlt. Statt von einer Primärärztlichen Versorgung spricht die TK jetzt sowieso nur noch von Primärversorgung. Nicht der Hausarzt, erst recht nicht der Patient, sondern die Krankenkasse und eine von ihr kontrollierte App stehen dann im Mittelpunkt der „Patientenreise“. (Ja, dieses Wort verwenden sie wirklich in „Experten“kreisen). Es wird immer deutlicher, dass die Kassen und auch die von ihnen souffierte Regierung für die Hausärzte nur die Rolle von miserabel bezahlten Kassendienern vorgesehen haben.

Selbstständige und freie Fachärzte kommen in den Allmachtsphantasien des medizinisch bürokratischen Komplexes sowieso nicht mehr vor. Die „Abschaffung der doppelten Facharztschiene“ scheint ihren Protagonisten zum Greifen nah. Es trifft

Was soll die Gynäkologin ihrer Patientin denn sagen? "Kommen Sie in einem Jahr wieder"?

nünftigen Verhältnis zu den Investitionen und den laufenden Kosten stehen muss. Hohe Investitionen will, kann und sollte nur derjenige wagen, der als Ausgleich mit einem höheren Gewinn rechnen kann. Das ist nicht nur eine Frage der Gerechtigkeit. Die hohen Investitionen markieren auch eine höhere Fallhöhe, wenn das Geschäft einmal schlechter laufen sollte. Im GKV-Bereich kann das schon der Fall sein, wenn eigene Krankheit oder der Ausfall von angestellten Ärzten größere Umsatzlücken reißen. Solche „Dellen“ im Umsatz kann man sich nur leisten, wenn

jetzt zurückgedreht werden. Wie die anderen Arztgruppen müssen auch die Radiologen verstärkt auf die Privat- und Selbstzahlermedizin ausweichen. Selbst Praxisschließungen sind kein unrealistisches Szenario mehr. Im Endergebnis könnte es wieder so werden, wie es früher war, als es MRT nur in den Kliniken gab.

Spätestens dann sind auch die Hausärzte direkt betroffen, weil sie keine MRT-Termine für ihre Patienten mehr bekommen. Anders als von Vielen erwartet, können auch die Hausärzte nicht gerade als Gewinner des GKV-Spargesetzes vom

die ambulanten Operateure aller Fachrichtungen, weil deren Tätigkeit jetzt budgetiert wird. Es trifft aus dem gleichen Grund die HNO-Ärzte oder die Orthopäden, sowie viele andere Fachgruppen.

Besonders betroffen sind auch die Gynäkologen, weil ein Großteil ihrer Leistungen bisher zwar schlecht bezahlt, aber unbudgetiert war – die Vorsorge ebenso wie die Schwangerschaftsbetreuung. Bei letzterer treibt die Budgetierung seltsame Blüten. Wer in einem Quartal ein Budget für 100 Schwangere hat, kann nicht darauf bauen, es im nächsten Quartal auch noch zu haben, vielleicht reicht es dann nur für 90 Schwangere. Eine Schwangerschaft dauert aber 9 Monate, wird sich also meistens über 4 Quartale erstrecken. Was also soll die Gynäkologin ihrer Patientin sagen? "Kommen Sie in einem Jahr wieder"?

Die Fachgebiete, die zunächst weniger von der Verschärfung der Budgetierung betroffen sind, werden den Sinn des Gesetzes trotzdem schon bald zu spüren bekommen. Das Mittel dazu ist die „Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“. Diese bedeutet, dass man von möglichen Honorarerhöhungen nicht mehr träumen kann. Sie sollen begrenzt werden durch die Erhöhung der Grundlohnsumme (als Obergrenze, nicht als Mindestgrenze! In 2026 und 2027 zusätzlich noch um 1% gemindert!). „Man kann nur so viel ausgeben, wie man eingenommen

hat“, tönte Nina Warken. So als gäbe es die 2,8 Billionen Euro Staatsschulden nicht.

Sie verschwieg den Bürgern auch, dass den Ärzten und Psychotherapeuten in dieser Situation gar nichts anderes übrigbleibt, als ihre Leistungen an den Einnahmen zu orientieren. Man kann auf Dauer auch nicht mehr arbeiten, als man eingenommen hat.

Das GKV-Spargesetz heißt zurecht so, denn es kennt keine Gewinner, außer den Krankenkassenbürokratien und dem mit ihnen verflochtenen Medizinisch Bürokratischem Komplex.

Die Opfer sind neben den Ärzten und Psychotherapeuten vor allem die Bürger und Patienten. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen werden kalt enteignet. Sie haben zwar jahrelang ihre Beiträge gezahlt. Doch durch die Kürzungssorgie bei den ambulanten Leistungsträgern wird ihnen der daraus abgeleitete Anspruch auf die nötigen medizinischen Leistungen vorenthalten. An ihnen wird gespart, weil ihre Versicherungsbeiträge zur Querfinanzierung der Staatsverschuldung herangezogen werden. Die Krankenkassenbeiträge sind ja nicht deshalb so hoch, weil die ambulanten Leistungen so teuer sind oder weil die Deutschen zu oft zum Arzt gehen. Die Beiträge sind so hoch, weil dadurch versicherungsfremde Leistungen

in Höhe von 58 Milliarden Euro querfinanziert werden. Diese Querfinanzierung will die Regierung nicht antasten. Sie leistet seit Jahren minimale, rein symbolische Ausgleichszahlungen, die noch nicht einmal ein Viertel der versicherungsfremden Leistungen decken, und die sie in einem an Orwell erinnernden Neusprech auch noch „Bundeszuschuss“ nennt. Diesen Symbolbeitrag hat sie jetzt noch einmal um 2 Milliarden Euro gekürzt – um den Preis der Zerstörung eines funktionierenden ambulanten Systems.

Wenn Ärzte und Psychotherapeuten sich gegen die Zerstörung der ambulanten Medizin zur Wehr setzen, handeln sie daher nicht nur im eigenen Interesse und betreiben keine einseitige Standespolitik. Effektive Gegenwehr wäre ein Akt staatsbürgerlichen Widerstands gegen eine apokalyptische Dystopie eines Landes ohne funktionierende und menschliche Medizin. ■

DR. MATTHIAS SOYKA ist Orthopäde und Buchautor. Aktuell im Buchhandel: „Dein Rückenretter bist du selbst“, Ellert&Richter, Hamburg. Demnächst erscheint „Das Gesundheits-Dschungelbuch“, aus dem Teile dieser Kolumne stammen. www.dr-soyka.de ; Youtube Kanal „Hilfe zur Selbsthilfe“

HELDEN GESUCHT BITTE SUBSTITUIEREN SIE!

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



WWW.KVHH.DE/SUBSTITUTION.HTML



Mammazentrum Hamburg feiert Jubiläum

Vor 30 Jahren gründeten Dr. Timm Schlotfeldt und Prof. Dr. Eckhard Goepel das Mammazentrum am Krankenhaus Jerusalem. Heute ist es das größte Brustkrebszentrum Deutschlands.



Gründer, Partner:innen und angestellte Ärzt:innen des Mammazentrums (von links): Dr. Judith Maria Kampe, Prof. Dr. Christian Schem, Prof. Dr. Linn Wölber, Prof. Dr. Felix Hilpert, PD Dr. Kay Friedrichs, Dr. Timm Schlotfeldt, Dr. Olaf Katzler, Prof. Dr. Eckhard Goepel, Frederike Harten, Dr. Sara Lezon, Nadine Kniebusch, Dr. Anne-Sophie Adam

Das Mammazentrum Hamburg feierte am 26. August 2026 sein 30-jähriges Bestehen. Zum Jubiläum kamen rund 200 Wegbegleiter, Zuweiser und Kooperationspartner in einem Restaurant an der Außenalster zusammen.

Als das Mammazentrum Hamburg 1996 am Krankenhaus Jerusalem von Dr. Timm Schlotfeldt und Prof. Dr. Eckhard Goepel gegründet wurde, stand dahinter eine für die damalige Zeit besondere Idee: hoch spezialisierte Brustkrebsmedizin, interdisziplinär organisiert und zugleich mit einer persönlichen ärztlichen Betreuung über alle Phasen der Erkrankung hinweg. 30 Jahre später ist das Mammazentrum Hamburg mit jährlich mehr als 1.300 Patientinnen mit primärem Mammakarzinom das größte Brustkrebszentrum Deutschlands.

Das Prinzip der sogenannten longitudinalen Betreuung prägt das Mammazentrum Hamburg am

Krankenhaus Jerusalem bis heute: Dieselbe Ärztin oder derselbe Arzt begleitet die Patientin von der Diagnose über die Therapie bis in die Nachsorge und bleibt auch bei Komplikationen oder einem Wiederauftreten der Erkrankung Ansprechpartner:in. Die medizinischen Entscheidungen werden interdisziplinär in der Tumorkonferenz getroffen.

In den vergangenen zehn Jahren wurde das Mammazentrum nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) zertifiziert, ein eigenes Zentrum für Klinische Studien gegründet und die Zusammenarbeit mit dem Universitären Cancer Center Hamburg (UCC) und anderen Fachdisziplinen intensiviert.

Seit 2021 betreibt das Zentrum zudem in Kooperation mit dem UKE das Dysplasiezentrum Hamburg. Seit 2025 gehört auch die frauenärztliche Praxis am Krankenhaus Jerusalem dazu. ■



Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

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

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. med. Dörte Wößmann**
Moderatorin eines psychotherapeutischen Qualitätszirkels
in Volksdorf

Name: **Dr. med. Dörte Wößmann**
Geburtsdatum: **60 Jahre**
Familienstand: **verheiratet, drei Kinder**
Fachrichtung: **Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
– tiefenpsychologisch ausgerichtet**
Hobbys: **Fahrradfahren, Lesen, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Die therapeutische Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen mit dem Ziel eines tieferen Selbstverständnisses verbunden mit einer verbesserten Lebensbewältigung ist für mich immer wieder eine bereichernde Aufgabe.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Den kollegialen Austausch und die Vernetzung unter psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut:innen halte ich für einen wichtigen Baustein für Reflexion und Weiterentwicklung im Praxisalltag.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Was sind die Herausforderungen? Der Fokus liegt auf einem kollegialen Austausch, in dem neben patientenbezogenen Fragen, organisatorischen und Abrechnungs-Themen auch relevante berufspolitische Entwicklungen, sozialpsychiatrische Fragen oder Fortbildungsinhalte besprochen werden.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Aktuell steht die Auseinandersetzung mit der sowohl finanziellen als auch inhaltlichen Abwertung der „sprechenden Medizin“ durch die gesundheitspolitischen Entscheidungen im Vordergrund.

Welchen privaten oder beruflichen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Ich bin dankbar für die Dinge, die privat und beruflich gewachsen sind.



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.

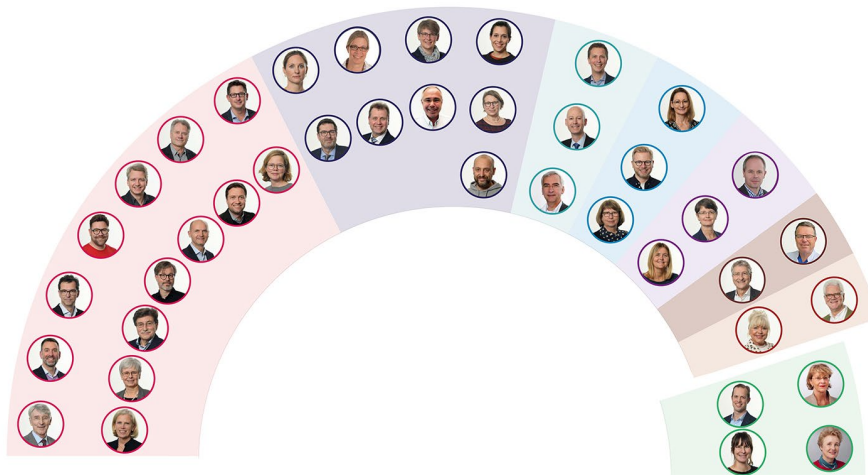
Fragen Sie uns einfach!

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

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 14. Oktober 2026 (19 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINAR

Datenschutz in der Praxis (Präsenz)

Do. 8.10.2026 (9.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

14 CME

QEP-Einführungskurs für Arzt- und Psychotherapiepraxen (Präsenz)

Zweitägig: Fr. 9.10.2026 und

Sa. 10.10.2026

20 CME

Abrechnungsmanager (Präsenz)

Vierteilig

Teil 1: Do. 26.11.2026

Teil 2: Fr. 27.11.2026

Teil 3: Do. 3.12.2026

Teil 4: Fr. 4.12.2026

Teilnahmegebühr für alle vier Teile: 520 €

27 CME

Arbeitsrecht (online)

Mi. 16.12.2026 (9 - 14 Uhr)

Teilnahmegebühr 139 €

9 CME

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

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

Workshop für Praxisteam

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

Di. 6.10.2026 (17 - 19 Uhr) Präsenz

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

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

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



Oder
über den
QR-Code

WINTERHÜDER QUALITÄTSZIRKEL

Differentialdiagnose der sensiblen Störungen
Könnte es Multiple Sklerose sein?

**Achtung
Terminänderung:**

**Mi. 4.11.2026
Mi. 28.10.2026
(18 - 22 Uhr)**

**NEUER
TERMIN**

ADHS

Ursachen – Symptome – Diagnose – Therapien

**Mi. 10.2.2027
(18 - 22 Uhr)**

Kopf- und Gesichtsschmerzen

Ein Überblick: Differentialdiagnosen – Symptomatik – Therapiemöglichkeiten

**Mi. 9.6.2027
(18 - 22 Uhr)**

Das 2. Gehirn

Darm und Stress oder Wie der Darm unser Wohlbefinden beeinflusst

**Mi. 25.8.2027
(18 - 22 Uhr)**

Angst- und Zwangsstörungen

Ursachen – Diagnostik – Therapieoptionen

**Mi. 10.11.2027
(18 - 22 Uhr)**

4 - 6 FORTBILDUNGSPUNKTE

**Ort: KV Hamburg
Grete-Albrecht-Saal
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerin:

Dr. Rita Trettin
praxis@neurologiewinterhude.de

FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungen für Ärztinnen und Ärzte

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

Ansprechpartnerin:

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

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



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

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

aerztekammer-hamburg.org/mfa-fortbildung



Kurze Info gefällig?

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

Mitgliederservice – Wir begleiten Sie durch das KV-System.

 **040 22 802 802**

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