

Nordlicht



Juni 2023 | 25. Jahrgang

A K T U E L L



Videosprechstunde

**Neue Möglichkeiten
eröffnen und nutzen**

**SERVISEITEN
AB SEITE 35**

TITELTHEMA

- 4 Videosprechstunde: Boom in der Krise
- 6 KBV-Vertreterversammlung fordert flexiblere Möglichkeiten für Videosprechstunden
- 7 Interview mit Dr. Philipp Stachwitz, Facharzt für Anästhesiologie und Spezielle Schmerztherapie: „Der Nutzen fällt nicht einfach vom Himmel“
- 9 Dr. Maren Fritzke, Kinder- und Jugendpsychiaterin, Kronshagen: „Ausweitung wünschenswert“
- 10 Eva-Maria Ebner, HNO-Ärztin aus Oldenburg: „Erst skeptisch, jetzt unverzichtbar“
- 11 Dr. Ralph Asmussen, Facharzt für Allgemeinmedizin, Flensburg: „Einsatz auch bei Heimbisuchen denkbar“
- 12 Dr. Ulrich von Rath, Facharzt für Allgemeinmedizin, Lübeck-Travemünde: „Telemedizin macht Lust auf mehr!“

14 NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

- 16 Kommentar: Pragmatismus

PRAXIS & KV

- 17 Kampagne: Mehr.Arzt.Leben! an den Universitäten
- 18 eRezept: Es geht weiter!
- 20 Zwischen Freiheit und Verantwortung
- 23 Long-/Post-COVID-Netzwerk der KVSH
- 24 Hepatitis: Weiterverbreitung früh verhindern
- 26 Gemeinsamer Infotag für Existenzgründer und Praxisabgeber
- 27 Psychotherapie: Der Konsiliarbericht

29 BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

DIE MENSCHEN IM LAND

- 30 Menschlichkeit in Zeiten des Krieges
- 33 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein
- 34 Praxisabgeber sagen „Tschüss“

SERVICE

- 35 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 36 Sie fragen – wir antworten
- 37 Neues Urteil des BGH: Vertragsarzt und Untreue
- 38 Fortbildungsangebote
- 40 Termine
- 41 Ansprechpartner
- 43 Kreisstellen der KVSH
- 44 KVSH-Newsletter im Online-Abo

Aus dem Inhalt

Mit Beginn der Coronapandemie ist der Anteil niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die Videosprechstunden anbieten, sprunghaft gewachsen. Laut Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) stieg er bundesweit von 0,1 Prozent im Jahr 2019 auf 20,1 Prozent in 2020. In erster Linie waren die Psychotherapeuten Treiber des Anstiegs, während Fachärzte die Möglichkeit einer Videosprechstunde eher zurückhaltend nutzten.



04

Das eRezept soll den rosa Ausdruck für rezeptpflichtige Arzneimittel ersetzen. Doch bisher ist die eRezept-App der gematik für Patienten die einzige Möglichkeit, das Rezept auf digitalem Weg zu erhalten. Allerdings ist die Authentifizierung für die App sehr aufwendig. Alternativ kann das eRezept auf Papier ausgedruckt werden. Ein neues Verfahren, mit dem das eRezept demnächst per Versichertenkarte in der Apotheke abgerufen werden kann, soll demnächst nun die Wende bringen.



18

30



Dr. Oksana Ulan ist seit dem Angriff Russlands auf die Ukraine bei der Leitung einer großangelegten Hilfs- und Spendenaktion für ihr altes Heimatland ganz vorn dabei. Die Hausärztin aus Henstedt-Ulzburg (Kreis Segeberg) wurde über Nacht zur „Logistikerin“ und engagiert sich seitdem auf vielen Ebenen.

i

Wertvolle Informationen für Sie und Ihr Praxisteam auf den mit einem grünen „i“ markierten Seiten



EDITORIAL

**DR. RALPH ENNENBACH,
STELLVERTRETENDER
VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH**

Liebe Leserinnen und Leser!

Zeitenwende in Richtung ambulanter Flexibilisierung?

Schwere Frage, weil es ambivalenter kaum geht. Positiv ist, dass die Entbudgetierung der Kinderärzte entgegen meiner eigenen Skepsis tatsächlich kommt. Praktisch alle Leistungen der Kinderärzte – d. h. das Kapitel 4 – werden zukünftig zum vollen Preis vergütet. Die KVSH erhält von den Krankenkassen fehlende Beträge erstattet und so können wir zukünftig für diese Arztgruppe auf PZV verzichten. Für die Kinder- und Jugendpsychiater gilt Ähnliches. Hier hat der faktische Mangel an Versorgungsoptionen also politisch gewirkt.

Nun ist die Versorgung von Kindern politisch das vulnerabelste ambulante Versorgungsgebiet, sodass dem Ressourcenangebot folgerichtig ebenda als Erstes nachgegeben wird. Wird es sich bei den Hausärzten fortsetzen? Hier hört man aus Berlin Vielschichtiges, aber tatsächlich scheint es starke Kräfte in der Ampel zu geben, die diesen Schritt ebenso befürworten würden. „Und sie bewegt sich doch ...“, könnte man da mit dem Andenken an den Erfinder des Fernrohrs denken – oder zumindest hoffen.

Blickt man weiter zu den Fachärzten und leitet über zur Nahtstelle zur stationären Versorgung, bewegt sich wenig bis nichts. Die Verhandlungen zum Thema „Neuordnung des ambulanten Operierens“ mit dem Ziel einer Öffnung für die ambulante Leistungserbringung zu gleichen Preisen sind gescheitert. Aus dem Bundesgesundheitsministerium hört man dazu noch nichts.

Fährt man fort in Richtung der Reform der Krankenhausversorgung wird es trübe. Nur nebenbei bemerkt ist mir nicht klar, wie man die Vorhaltung der Kliniken zukünftig separat und leistungsunabhängig bezahlen will, wenn diese Vergütung gerade fallzahlabhängig gestaltet (sic!) wird. Hier muss noch „nachgedacht“ werden. Drängender für uns ist aber die Frage, warum die Ersteinschätzung zur Steuerung der Inanspruchnahme der Notfallversorgung im Krankenhaus nach einer aktuellen Gesetzesänderung durch die regierende Koalition nun faktisch entfallen soll, mit der Begründung, dass man niemanden – auch nicht die „leichten“ Fälle – wegen der Intransparenz in der ambulanten Versorgung dorthin verweisen könne. Das ist ein glattes Misstrauensvotum, ein Verkennen sinnvoller Zusammenarbeits-Chancen und zudem kurzichtig.

Die große Politik ist also in Bezug auf die ambulante Versorgung ambivalent unterwegs. Wie gut, dass Flexibilisierung auch von innen kommen kann. Die Vorschläge zur Weiterentwicklung des Leistungsangebots – digital und mobil – liegen auf dem Tisch und werden innerärztlich ernsthaft in den Blick genommen. Dazu berichten wir in diesem Heft ausführlich.

Bei der Lektüre wünsche ich Ihnen viel Spaß.

Es grüßt Sie vorsommerlich

Ralph Ennenbach

Boom in der Krise

Mit Beginn der Coronapandemie ist der Anteil niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die Videosprechstunden anbieten, sprunghaft gewachsen. Laut Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) stieg er bundesweit von 0,1 Prozent im Jahr 2019 auf 20,1 Prozent in 2020. Im Jahr darauf sank der Anteil leicht auf 18,2 Prozent. In erster Linie waren die Psychotherapeuten Treiber des Anstiegs, während Fachärzte die Möglichkeit einer Videosprechstunde eher zurückhaltend nutzten.

Eine Operationswunde begutachten, die weiteren Behandlungsschritte erläutern oder ein psychotherapeutisches Gespräch führen: Videosprechstunden können vor allem bei langen Anfahrtswegen eine Alternative zum gewohnten Praxisbesuch sein. Zudem minimieren sie das Ansteckungsrisiko im Wartezimmer. Dieser Vorteil hat sich besonders während der Coronapandemie gezeigt, in der Videosprechstunden einen regelrechten Boom erlebt und dazu beigetragen haben, dass Patientinnen und Patienten trotz Kontaktreduzierung ärztliche und psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen konnten. Besonders intensiv haben Psychotherapeuten und Psychiater diese Versorgungsform angeboten. Sowohl im Jahr 2020 als auch in 2021 waren sie mit jeweils 61 Prozent die Fachgruppe mit dem höchsten Anteil an Videosprechstunden. Noch größer fällt der Anteil der Psychotherapeuten aus, wenn man die Gesamtzahl der Videosprechstunden betrachtet: Von den insgesamt rund 3,7 Millionen Videosprechstunden, die im Jahr 2021 in Anspruch genommen worden sind, entfielen 78 Prozent auf diese Fachgruppe. Auf dem zweiten Platz rangieren die Kinderärzte mit einem Anteil von 16,6 und 12,6 Prozent, gefolgt von den Hausärzten mit 14,9 Prozent in 2020 und 10,9 Prozent im Jahr 2021. Der Rest verteilt sich über andere Fachgruppen. Zahlen aus Schleswig-Holstein entsprechen dem Bundestrend (s. Seite 6).

Hat Pandemie dauerhaften Digitalisierungsschub gebracht?

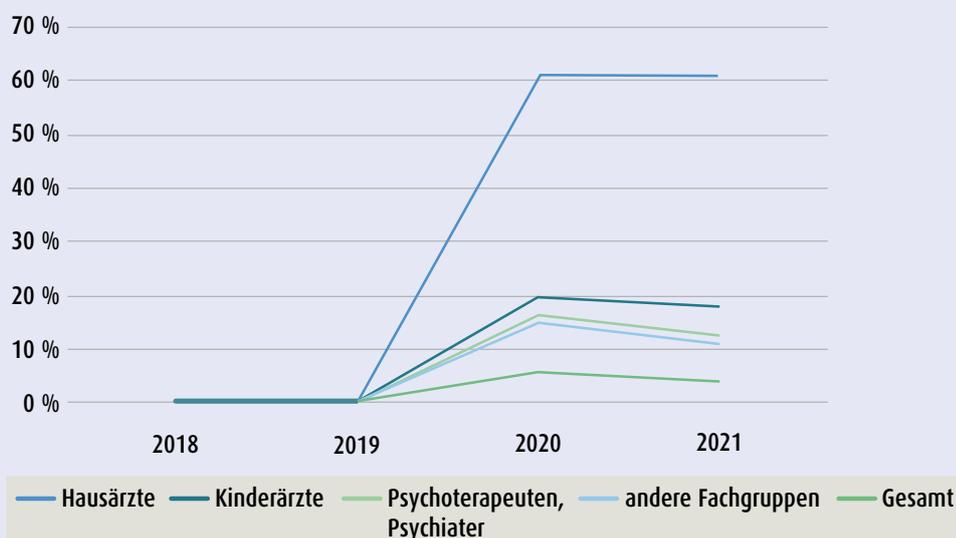
„Unser Trendreport hatte bereits gezeigt, dass sich die Anzahl der Videosprechstunden während der Coronapandemie deutlich erhöht hat und dass die Inanspruchnahme sehr vom Pandemieverlauf geprägt war“, fasst der Zi-Vorstandsvorsitzende Dominik von Stillfried zusammen. Die spannende Frage sei nun, wie sich die Entwicklung im weiteren Verlauf nach der Pandemie fortsetzt und ob die Pandemie wirklich dauerhaft einen Digitalisierungsschub gebracht hat. „Aktuell können wir anhand der Daten des ersten Halbjahrs 2022 vermuten, dass die Inanspruchnahme nach der Pandemie wieder etwas zurückgeht. Allerdings ist im dritten Quartal 2022 mit der Einführung telemedizinischer Leistungen im Bereich der ambulanten Notfallversorgung ein neues Anwendungsfeld eröffnet worden, das den Einsatz der Videosprechstunde perspektivisch steigern könnte“, so von Stillfried. Auch die mit dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPfMG) eingeführten erweiterten Aufgaben der Terminservicestellen um die Vermittlung von Videosprechstunden könnte diese Entwicklung positiv beeinflussen.

Aus Sicht der KVSH sollte das KV-System die Möglichkeiten, die Videosprechstunden als digitales Versorgungsangebot bieten, aktiv nutzen und flexibel gestalten. Damit diese Versorgungsform

ihre Potenziale über den aktuellen Stand hinaus entfalten kann, müssen veränderte Regularien und innovative Angebote geschaffen werden. Was konkret erforderlich ist, damit Videosprechstunden nicht länger als digitales Element in bisher analoge Prozesse eingebunden werden, stellen wir auf den Seite 6 dar.

MARCO DETHLEFSEN, KVSH

Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten mit Videosprechstunden 2018 bis 2021 (bezogen auf die jeweilige Fachgruppe)



ZI-DATENBASIS: VERTRAGSÄRZTLICHE ABRECHNUNGSDATEN (BUNDESWEIT)



© istock.com/aquaArts studio

KBV-Vertreterversammlung fordert flexiblere Möglichkeiten für Videosprechstunden

Eine von der KVSH und weiteren KVen angestoßene Initiative, die Regeln für Videosprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung flexibler zu gestalten, mündete bei der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Vorfeld des Deutschen Ärztetages Mitte Mai in Essen in einem Beschluss zur „Flexibilisierung der ärztlichen Leistungserbringung“. Insbesondere sprechen sich die VV-Mitglieder dafür aus, die Erbringung ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Leistungen per Videosprechstunde auch von zu Hause aus zu ermöglichen. Das ist bisher nicht möglich. Wir dokumentieren den Beschluss im Wortlaut.

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat in ihrer Sitzung am 15. Mai 2023 folgenden Antrag zur Flexibilisierung ärztlicher Leistungserbringung beschlossen:

Die Vertreterversammlung der KBV setzt sich zur Gewährleistung der Sicherstellung und Patientenversorgung für eine Flexibilisierung der ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungserbringung mit digitalen und telemedizinischen Hilfsmitteln unter folgenden Rahmenbedingungen ein:

- Die Erbringung von ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen soll, sofern dies medizinisch vertretbar ist, von der Bindung der Erbringung am Praxisort gelöst werden. Unabdingbare Voraussetzung hierfür ist die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung.
- Es muss weiterhin gewährleistet bleiben, dass die überwiegende Zahl der Fälle vor Ort in der ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis erbracht wird.
- Es muss auch in Zukunft gewährleistet bleiben, dass den Patienten eine Konsultation von Ärzten/Psychotherapeuten in der Praxis in Präsenz zeitnah möglich ist, sofern eine Anschlussbehandlung medizinisch erforderlich ist.
- Ungewollte Leistungsausweitungen, die alleine in der Flexibilisierung der Berufsausübung, nicht aber in Versorgungsbedarfen begründet wären, müssen vor dem Hintergrund der Steuerung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung vermieden werden.
- Unter Sicherheitsaspekten sollen durch die KVen Ausnahmen von den vorstehenden Eckpunkten festgelegt werden können.
- Die vorstehenden Eckpunkte sollten, soweit dies rechtlich möglich ist, in den Regelwerken des BMV-Ä und des EBM verankert werden, da alleine hierdurch eine flexible und an den tatsächlichen Steuerungsbedarfen ausgerichtete Steuerung ermöglicht wird.

Begründung:

Die telemedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten spielt insbesondere in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung eine immer größere Rolle, die in Zukunft weiter wachsen wird. Eine Betreuung per Videosprechstunde ist in vielen Konstellationen (leichte Infekte, Versorgung von Chronikern etc.) medizinisch sinnvoll und vereinfacht für viele Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung.

Anders als in anderen Berufen begegnet das Arbeiten außerhalb der Praxisräume in der vertragsärztlichen Versorgung rechtlichen Hürden. Diese widersprechen den Bedarfen der Arztpraxen sowohl in der ärztlichen Berufsausübung als auch in der Einbindung der Angestellten ohne das in jedem Falle zwingende medizinische oder versorgungspolitische Anforderungen dem entgegenstünden.

Gleichzeitig gilt es sicherzustellen, dass – entsprechend dem Sicherstellungsauftrag der KVen aber auch dem Versorgungsauftrag der Niedergelassenen – auch künftig eine Versorgung vor Ort gewährleistet werden kann, sofern dies medizinisch erforderlich ist. Auch im Sinne der Patientensicherheit ist die Möglichkeit einer kurzfristigen und erreichbaren/nahen Versorgung in der behandelnden Praxis zwingend zu gewährleisten.

Beide Ziele können nur erreicht werden, so die erforderliche Flexibilisierung behutsam erfolgt und gewährleistet, dass die Leistungserbringung an die Zulassung geknüpft ist und zugleich eine Versorgung vor Ort gewährleistet bleibt. Nur dies wird auch dem Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gerecht, der darin besteht, Versorgungsanforderungen vor Ort durch die Praxis auch weiterhin mit einem realen Versorgungsangebot in Präsenz zu begegnen.

„Der Nutzen fällt nicht einfach vom Himmel“

Dr. Philipp Stachwitz ist Facharzt für Anästhesiologie und Spezielle Schmerztherapie. Er beschäftigt sich seit vielen Jahren mit den Digitalisierungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen und war bis Ende 2021 Director Medical Care beim „health innovation hub“ des Bundesgesundheitsministeriums. Im Nordlicht-Interview beschreibt er die Einsatzmöglichkeiten der Videosprechstunde im Praxisalltag und gibt einen Ausblick, worauf wir nun setzen sollten, damit die Digitalisierung im Gesundheitswesen zügig voranschreitet.

Nordlicht: Herr Dr. Stachwitz, die Videosprechstunde hat während der Coronazeit einen großen Zuspruch erfahren. Wie bewerten Sie die Einsatzmöglichkeiten dieses Formats in der täglichen Praxis?

Dr. Philipp Stachwitz: Aus eigener praktischer Erfahrung kann ich sagen, dass sich in unserer Praxis für Schmerztherapie die Videosprechstunde auch über die Pandemie hinaus als eine sehr gute Ergänzung und Unterstützung der Arbeit erweist. Zum Beispiel bei älteren Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität oder Menschen, die es zu unserer Facharztpraxis sehr weit haben. Selbst wenn wir Patientinnen und Patienten schon lange kennen, ist es doch noch einmal etwas ganz Anderes als ein Telefonat und Patienten sind erfreut, wenn wir ihnen in bestimmten Situationen diese Möglichkeit anbieten können.

Nordlicht: Welche Erfahrung haben Sie mit dem Einsatz von Videosprechstunden gemacht und welche Rückmeldungen hören Sie von Kolleginnen und Kollegen?

Stachwitz: Für die meisten Kolleginnen und Kollegen war das zu Beginn der Coronapandemie ein erstaunliches „Plug-and-Play“-Erlebnis, wie wir uns das ja auch für andere digitale Anwendungen in der Praxis wünschen. Dass die Rahmenbedingungen bereits im Herbst 2019 – also sozusagen zufällig am Vorabend der Pandemie – klar festgezurrert waren, hat natürlich enorm geholfen. Von der geregelten Vergütung über die geklärten juristischen und datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen bis hin zur Liste der zertifizierten Anbieter der KBV. Die Einschätzung einer ärztlichen Psychotherapeutin habe ich mir gemerkt: „Besser als gedacht.“ Und deshalb setzen viele weiterhin die Videosprechstunde ein – wenn auch zum Glück nicht mehr aufgrund von Lockdowns.



Nordlicht: Was denken Sie, müsste getan werden, damit der Schwung aus der Coronazeit nicht verloren geht?

Stachwitz: Technik ist ja kein Selbstzweck und auch die Videosprechstunde sollten wir einsetzen, wo sie Nutzen stiftet. Neben der Ergänzung unserer Therapie in Präsenz kann sie auch darüber hinaus echte Mehrwerte bringen. Ein gutes Beispiel ist das Projekt der KV Nordrhein während der Infektionswelle Ende 2022. Da wurde der kinderärztliche Notdienst durch von der KV organisierte, pädiatrische telemedizinische Erstberatungen im Zwei-Schicht-System massiv entlastet. Fast 50 Prozent der Eltern mit akut erkrankten Kindern konnte abschließend geholfen werden. Sie mussten also nicht den Weg in die Praxis mit einem kranken Kind und dort lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Für mich zeigt das, dass wir mit neuen digitalen Versorgungsformen – und nicht nur einfach der Digitalisierung von

dem, was wir schon immer machen – unser Gesundheitssystem und die bestehenden Strukturen sinnvoll ergänzen und entlasten können. Das nutzt Patientinnen und Patienten und uns Ärztinnen und Ärzten. Abgesehen davon, dass wir solche Lösungen in den nächsten Jahren – Stichwort Fachkräftemangel – sowieso dringend benötigen werden.

Nordlicht: *Gibt es aus Ihrer Sicht noch Nachteile bzw. Rahmenbedingungen, die verbessert oder geändert werden müssten?*

Stachwitz: Für die Praxen, die Videosprechstunden als Ergänzung einsetzen, ist der Rahmen schon ganz gut. Für Lösungen die in der Akutversorgung eine – wie die KVNO es nennt – „Filterfunktion“ haben, gibt es ganz klar ein Potenzial auch über die Pädiatrie hinaus. Und da brauchen wir Anpassungen der Rahmenbedingungen. Der Wegfall der 30 Prozent Obergrenze für Videosprechstunden in der Digitalstrategie des BMG ist schon angekündigt. Dann aber muss auch die Vergütungssystematik angepasst werden. Denn Telemedizin wird verstärkt von jüngeren, weniger schwer erkrankten Menschen genutzt. Das kann aber – wie Beispiele aus dem NHS in Großbritannien zeigen – dazu führen, dass in Praxen, die in Präsenz versorgen, der Anteil der mehrfach erkrankten, älteren Patientinnen und Patienten steigt und die Mischkalkulation in Schieflage gerät. Das darf nicht sein und muss in jedem Fall ausgeglichen werden.

Nordlicht: *Welche Fachgruppen eignen sich Ihrer Meinung nach besonders für die Videosprechstunde?*

Stachwitz: Spontan fallen mir die „sprechende Medizin“ und die Dermatologie ein. Zumindest die „Psych“-Fächer nutzen die Videosprechstunde inzwischen überdurchschnittlich. Und die Dermatologinnen und Dermatologen sind in der Telemedizin ziemlich aktiv. Aber am Ende muss jedes Fachgebiet für sich entscheiden. Wichtig ist mir, dass die Entscheidung in der konkreten Behandlungssituation bei der Patientin oder dem Patienten liegt. Wenn diese eine ärztliche Behandlung im direkten Kontakt wollen, sollte das unbedingt respektiert werden.

Nordlicht: *Über die Videosprechstunde hinaus: Wo würden Sie die vordringlichsten digitalen Anwendungen im Gesundheitswesen sehen? Was sollte am zügigsten umgesetzt werden und Priorität haben?*

Stachwitz: Wir müssen jetzt, also in den nächsten hoffentlich zwei bis drei Jahren, die elektronische Patientenakte, den Notfalldatensatz, Medikationspläne, Arzneimittelübersicht und eRezept, den KIM-Dienst und ergänzend sicher auch den TIM-Messenger TIM stabil in die Fläche kriegen. Und diese Anwendungen in allen Praxen und für alle Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern so lauffähig machen, dass der Nutzen endlich spürbar wird. Da würde ich mir auch noch ein stärkeres Engagement der Industrie – Stichwort: Nutzererlebnis – wünschen. Aber der Nutzen fällt nicht einfach vom Himmel. Die Einführung von Technologie, die eben auch unsere Arbeitsweisen verändert, ist mit Mühe verbunden. Und, ja natürlich – wir brauchen mehr Tests und Erprobungen als bisher, eine angemessene Vergütung und Anreize anstelle von Sanktionen!

Aber wir brauchen auch eine Kultur, die Fehler und Probleme nicht immer gleich als Scheitern beklagt, sondern als Chance, um daraus zu lernen und es zügig zu verbessern. Und wir sollten nicht allein von der Politik erwarten, dass sie uns die Lösungen als Ärzteschaft schlüsselfertig hinstellt. Denn zu Recht nehmen wir für uns die Kompetenz und das Recht auf Beteiligung in Anspruch, weil es ohne die Ärztinnen und Ärzte nicht geht. Dann haben wir aber auch die Verantwortung, nicht nur Kritik zu üben, sondern Vorschläge und eigene Konzepte zu erarbeiten, diese einzubringen und so die Digitalisierung mit Worten und Taten endlich schneller voranzubringen. Denn Pragmatismus, Lösungsorientierung und Zuversicht sind doch eigentlich Kennzeichen unseres Berufes.

DIE FRAGEN STELLTE NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

Ausweitung wünschenswert

Dr. Maren Fritzke gehört zu den Ärztinnen und Ärzten, die die Videosprechstunde auch nach dem Boom während der Coronapandemie weiterhin sehr häufig nutzen. Die Kinder- und Jugendpsychiaterin aus Kronshagen (Kreis Rendsburg-Eckernförde) berichtet über ihre Erfahrungen und Ausbaumöglichkeiten.

Nordlicht: Was spricht weiter für die Videosprechstunde?

Dr. Maren Fritzke: Nach der Pandemie ist die Arbeit mit der Videopprechstunde trainiert. Patientinnen und Patienten können mit der Technik umgehen und entscheiden sich z. B. bei langen Anfahrtswegen, wenn sie erkrankt sind oder wenn sie es bei Ängsten und Zwängen nicht aus dem Haus schaffen für weitere Videotermine. Außerdem bitten mich manche Patientinnen und Patienten darum, weil sie sich weiterhin vor Infekten schützen möchten und wenn sie schwer erkrankte Angehörige haben. Ein weiterer Einsatz ist auch bei Unwettern, ÖPNV-Streiks oder anderen fahrtechnischen Schwierigkeiten hilfreich, wenn so der Besuch in der Praxis nicht möglich ist.

Nordlicht: Wofür nutzen Sie die Videosprechstunde und wie sind Ihre Erfahrungen?

Fritzke: Anlässe zum Einsatz der Videosprechstunden sind bei Privatpatienten alle Gesprächsangebote, die psychiatrisch und psychotherapeutisch sind. Auch bei Erstgesprächen, wenn der Besuch in der Praxis aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich ist. Dann ist sie auch aus dem Homeoffice zu allen Zeiten abends, samstags etc. heraus möglich. Bei GKV-Patienten nutze ich sie nur bei Verlaufskontrollen und laufenden Therapien innerhalb der Praxisöffnungszeiten. Da sind dann keine Videotermine als Krisenintervention zu anderen Zeiten möglich. Das schützt die Praxisinhaber zwar vor zu viel Arbeit, verhindert aber manchmal die Versorgung mit kurzen individuellen Tipps vom behandelnden Arzt oder Ärztin. Dafür wird dann der KV-Bereitschaftsdienst mehr belastet.

Nordlicht: In welchen Bereichen der Patientenversorgung hat die Videosprechstunde noch weiteres Potenzial und Ausbaumöglichkeiten?

Fritzke: Leider sind Gespräche aus dem Homeoffice heraus bei GKV-Patienten nicht erlaubt, sodass das Angebot für Gespräche am Abend oder früh am Morgen von zu Hause aus nicht möglich ist. Gerade bei Schulabsentisten würde so ein Angebot schon mal helfen, um doch einen Schulbesuch zu ermöglichen. Momentan werden wir noch mit einem Honorarabzug bestraft,



wenn z. B. die Quote der Psychotherapiegespräche per Video über 30 Prozent liegt. Dies kam im letzten Quartal schon vor, weil Patientinnen und Patienten es aus verschiedenen Gründen nicht zur Praxis geschafft haben und ihren Termin dann gern per Video genutzt haben. Das Streichen der Termine wäre aber für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten ungünstiger, da beim jetzigen Terminnotstand dann eine lange Pause bis zum nächstmöglichen Termin entstehen kann. Mit vielen Jugendlichen hat in der Pandemiezeit auch das Erstgespräch gut geklappt, doch dieses Angebot gibt es auch für TSS-Fälle nicht mehr, die zum Teil nun über 100 Kilometer bis zur Praxis fahren müssen.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Erst skeptisch, jetzt unverzichtbar

VON EVA-MARIA EBNER, FACHÄRZTIN FÜR HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE, OLDENBURG IN HOLSTEIN

Eva-Maria Ebner entschied sich während der Pandemie für die Videosprechstunde, um zu „testen“, inwiefern sie überhaupt ärztlich beurteilen und Diagnosen fällen kann, wenn sie den Patienten nicht direkt vor sich sitzen hat und händisch untersuchen kann. Heute möchte die HNO-Ärztin aus Oldenburg (Kreis Ostholstein) in ihrem Praxisalltag nicht mehr darauf verzichten.

Ich gehörte eigentlich zu den Skeptikern der ersten Stunde und wollte schauen, ob diese Methode für mich praktikabel und vor allem medizinisch akzeptabel ist. Nachdem ich begonnen habe, für eine Firma online deutschlandweit und teilweise auch Deutsche aus dem europäischen Ausland per Videotelefonie zu behandeln, habe ich bemerkt, dass durch eine gute und ausgedehnte Anamnese und teilweise auch durch Fotos sicher Diagnosen gestellt werden können. Manchmal haben die Patienten mir dabei sogar die Schleimhäute des Mundes gezeigt, wenn die Belichtung es zuließ. Zuweilen kam es dann zu witzigen Situationen, z. B. zu „Verrenkungen“ vor der Kamera, damit ich den hinteren Rachen beurteilen konnte. Da für die Patienten auch alles Neuland war und viele vor der Kamera unsicher und aufgeregt waren, gab es lustige und komische Momente. Das hat die Stimmung aufgelockert und alles verlief trotz der Beschwerden und Ängste angenehm. Ich hatte zunächst angenommen, dass die Videosprechstunde oft als „Krankschreibplattform“ benutzt werden würde, doch dies bestätigte sich erfreulicherweise selten. Im Endeffekt empfand ich die Methodik als angenehm, vor allem, weil man während der Pandemie deutschlandweit Hausarzt- und Facharztpraxen durch einen 24-Stunden-Einsatz von mehreren hundert Kolleginnen und Kollegen entlasten konnte. Es war immer eine Ärztin oder Arzt online erreichbar. So habe ich immer mal wieder an freien Nachmittagen, an Feiertagen oder am Wochenende Entlastungshilfe geleistet.

Handhabung und Einsatzmöglichkeiten

Auf der Online-Plattform gebe ich meine Kapazitäten an. Die Plattform nimmt dann Arztanfragen an oder ich bin selbst online und nehme Patientenfragen an. In der Betreffzeile erfahre ich

dann, weshalb der Patient einen Arzt konsultieren möchte. Ich kann schon vorab sehen, wie alt die Patientin oder der Patient ist und gegebenenfalls auch hochgeladene Befunde von Blut-

bildern oder vorherige Konsultationen anschauen. Dann gehen die Patienten in den Videochat und ich nehme teil. Die Plattform filtert für mich die Diagnosen. Selbstverständlich kann ich keine angeschwollenen Knöchel oder eine verstauchte Hand angemessen beurteilen, aber Sinusitis, Kopfschmerzen, Husten oder Halsweh hatte ich recht häufig in Behandlung. Durch eine gezielte und ausgedehnte Anamnese konnte ich recht zügig herausfinden, ob die Ursache im HNO-Bereich oder orthopädisch/internistisch/neurologisch oder pulmonologisch abzuklären wäre. Da ich auch Rezepte und/oder Überweisungen ausstellen durfte, wurde eine runde Sache daraus. Wenn ich nicht sicher war, konnte ich den Patienten gut an eine weitere Fachrichtung anbinden. In den meisten Fällen empfahl ich eine persönliche Vorstellung beim Facharzt zu einer Zeit, in der die

gewohnte Praxis geöffnet war oder ich empfahl die Vorstellung in einer Klinik.

Chancen der Digitalisierung nutzen

Ich denke, dass die Digitalisierung insbesondere in Arztpraxen ein wichtiger Faktor zur Reformierung des Gesundheitssystems ist. In Zeiten von Social Media und Online-Terminbuchungen ist es meines Erachtens wichtig, sich auch im World Wide Web professionell zu positionieren und den Patienten Alternativen zur persönlichen Vorstellung zu bieten. Die Menschen informieren sich inzwischen vorab über bekannte Internetportale und Online-Bewertungen von Arztpraxen. Bei dem Andrang von Patienten haben es auch meine Mitarbeiterinnen heutzutage schwer,



© privat

z. B. alle Termine per Telefon zu vergeben und gleichzeitig die in der Praxis vorstelligen Patienten zu bedienen. Eine Überarbeitung meiner Online-Präsenz findet zusammen mit meinem IT-Team stetig statt und ich freue mich, inzwischen auch eine Online-Terminvergabe oder zum Beispiel Geräteeinweisungen für Patienten oder Downloads von Formularen/Merkblättern per Scan eines QR-Codes anzubieten. Die Rückmeldungen meiner Patienten sind sehr positiv, da im heutigen Zeitalter viele über ein Smartphone verfügen und die Verweilzeiten in meiner Praxis verkürzt sind, ergo auch weniger Infektionsgefahr besteht, als säße man stundenlang im Wartezimmer. Ein positiver Nebeneffekt dabei ist, dass auch die Ressourcen von Mitarbeitern geschont werden, da sie sich lange Erklärungen sparen. Zudem können sich Patienten immer wieder Erklärvideos anschauen und müssen sich nicht zwangsläufig an Ausführungen meiner MFA „erinnern“. Nicht zuletzt sind die DiGA sehr fortschrittlich und werden zukünftig sicher weiter ausgebaut.

Ausbaumöglichkeiten

Schön wäre es, wenn mich auch meine eigenen Patienten mit Videotelefonie nach OP, wenn Fragen bestehen oder zum Beispiel zu Verlaufskontrollen per Video konsultieren könnten. Gerade im Falle von Nachblutungen können Patienten schwer einschätzen, was „wenig“ und was „viel“ ist und haben so manch sorgenvolles Wochenende gehabt, nur um dann am Ende in der Praxis zu erfahren, dass alles im normalen Rahmen lag. Diese Angst könnte man so natürlich nehmen oder anderenfalls, sollte es bedrohlich sein, gleich auf eine HNO-Klinik verweisen. Mein IT-Team und ich haben tatsächlich eine solche Videosprechstunde konzipiert und arbeiten mit Hochdruck an der Umsetzung. Noch ist es nicht ganz so weit, doch wir kommen unserem Ziel, die Versorgung an meinem Standort noch weiter zu verbessern, jeden Tag ein Stück näher und freuen uns schon jetzt, diesen Service in naher Zukunft anbieten zu können.

Einsatz auch bei Heimbefuchen denkbar

VON DR. RALPH ASMUSSEN, FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, FLENSBURG

Dr. Ralph Asmussen möchte in seinem Arbeitsalltag nicht mehr auf die Videosprechstunde verzichten. Der Flensburger Hausarzt erklärt, warum das so ist.

Am Anfang stand natürlich COVID, wo es jetzt kaum noch schwere Verläufe gibt. Viele Gründe sprechen dafür, auch nach Corona weiter auf die Videosprechstunde zu setzen. Viele meiner Patienten mit banalen Erkältungsinfekten/Gastroenteritiden nutzen diesen Service, da sie eine AU benötigen. Wir sind froh, dass dadurch die Anmeldung entlastet wird, da die Patienten ja nicht von den MFA in Empfang genommen werden müssen und weniger Arbeit in der Praxis verursachen. Es gibt außerdem ein geringeres Ansteckungsrisiko und die Patienten sind zufriedener, da sie so den lästigen Weg in die Praxis vermeiden und im Bett bleiben können. Im Idealfall buchen sich die Patienten ihren Termin selbst online über unsere Website und bekommen dann gleich ihre eAU ausgestellt.

Ich sage allen Patienten, dass die Videosprechstunde dann geeignet ist, wenn wir als Ärzte nichts körperlich untersuchen müssen. Dazu kommen alle psychischen Erkrankungen, wenn sie chronisch sind und mir der Patient persönlich bekannt ist. Außerdem alle chronischen Erkrankungen wie z. B. DMP, wenn es um die Verlaufskontrolle bzw. Befundbesprechung geht. Bei einer erneuten Erkrankung und allen unklaren Beschwerden bestellen wir den Patienten ein. Theoretisch könnte man sie auch bei Heimbefuchen einsetzen, wenn dort ein Pfleger mit einem Laptop von Patient zu Patient ginge. Wir hatten auch schon Angehörige von Patienten aus dem Ausland oder Süddeutschland, die sich per Video nach dem Befinden unserer Patienten und gegebenenfalls geplanten Anwendungen erkundigen wollten.



© privat

Telemedizin macht Lust auf mehr!

VON DR. ULRICH VON RATH, FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, LÜBECK-TRAVEMÜNDE

Videosprechstunden sind seit 2018 bei uns etabliert. Wir haben die unterschiedlichsten Formate ausprobiert und eigene Ideen entwickelt.



Dr. Sönke Freischmidt und Dr. Ulrich von Rath von der Hausarztpraxis im Hafenhäuser

Erste Erkenntnis: Videosprechstunden laden zu einem Umdenken der Praxisabläufe ein. Führend in der Telemedizin ist nicht die Ärztin oder der Arzt, sondern die MFA am Telefon, die die Richtung der Versorgung vorgibt. Ist diese von Telemedizin überzeugt und sicher in der Indikationsstellung und Einweisung, wird sie die Patienten und vor allem auch ihre Ärzte in die neue Versorgungswelt mitnehmen. Aus einer so arbeitenden Praxis entsteht ein neues regionales Versorgungsangebot.

Dies erscheint nötig, da die bisherigen Versorgungsstrukturen relativ zuverlässig wegbrechen und zeitgleich der Versorgungsbedarf, insbesondere immobiler Menschen, zunimmt. Zugleich ist ein Strukturwandel unter unzureichenden bis unwürdigen Rahmenbedingungen für Arztpraxen mehr als schwer.

Sofort stellen sich Fragen:

- Was sind die Möglichkeiten und Grenzen der Telemedizin in meinem Versorgungssegment?
- Kann ich mir betriebswirtschaftlich den Aufbau einer telemedizinischen Versorgungsstruktur durch meine Praxis leisten?
- Wo gibt es Ansprache für telemedizinisch unerfahrene und unsichere Patientinnen und Patienten?
- Wie entwickle ich die digitale Gesundheitskompetenz meiner Mitbürger?
- Wie schule ich mein Praxisteam?
- Wer schult die nächste Generation an MFA und Ärzten in neuen Versorgungsformen für die Bevölkerungsversorgung, insbesondere im ländlichen Raum?

Anders, als in möglichen Konzepten von Großkonzernen mit anonymisierter und gewinnoptimierter Verkaufsstruktur, kann Telemedizin in ärztlicher Hand noch viel mehr:

- Sie ermöglicht vertieften Austausch mit Pflegediensten mit einem meist drastischen, versorgungsrelevanten Informationsgewinn.
- Ohne Wartezeit gibt es für Dermatologie und Rheumatologie zeitasynchrone Facharztkonsile (zurzeit im Forschungsprojekt ASTRaL (Asynchrone Telemedizin im ländlichen Raum) des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck).
- Delegierend bauen wir die Tele-NäPA-Versorgung immobiler Menschen mit einer digitalen Diagnostik in Praxisqualität in der Häuslichkeit auf
- und haben auch erleben müssen, wie die elektronische Visite im Pflegeheim (EIVI), die dort eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung ermöglicht hat, aufgrund widriger Rahmenumstände nicht mehr versorgungsrelevant ist.

In dieses „digitale Nirvana“ begeben wir uns als Teampraxis mit „holsteinischem Pepp“. Wir entwickeln unsere Schulung in Kooperation mit unserer Ärztekammer, werden inspiriert durch die Zusammenarbeit mit dem Institut für Allgemeinmedizin in Lübeck, synchronisiert durch unsere Ärztenossenschaft-Nord und befördert durch unsere KVSH. Auf dieser Grundlage können wir kollegial und gemeinsam die Kompetenz, Ausbildung und Anwendung von Telemedizin multiplizieren, sodass wir den wegbrechenden Versorgungsstrukturen ein neues Angebot und neue Möglichkeiten regional zur Seite stellen können.

Unsere gemeinsame Stärke wird es sein, aus der in Schleswig-Holstein sich entwickelnden, ärztlich getragenen neuen Infrastruktur aus innovativen Teampraxen, telemedizinische Versorgungsangebote ins Land zu bringen, den Menschen vertraut werden zu lassen und diese Instrumente weiterzuentwickeln.

Dabei sind unsere Teampraxen die „Arbeitspferde“ sich wandelnder Versorgung. Teampraxen mit telemedizinischem Versorgungsangebot arbeiten sowohl mit voller Kraft und Kompetenz in der anstrengenden Regelversorgung. Zugleich erweitern sie mit Telemedizin das Versorgungsinstrumentarium in der jeweiligen Region. Die Teampraxis ermöglicht nicht nur die wirklich einfach anzubietende Videosprechstunde, sondern erweitert diese zu delegierter, telemedizinisch argumentierter, NäPA-Regelversorgung. Die Versorgungsmöglichkeiten der etablierten Einzelpraxen ergänzen sie kollegial und nehmen zum Beispiel den zusätzlichen Aufwand für die Bevölkerungsschulung in digitaler Gesundheitskompetenz auf sich.

So, wie die MFA-Ausbildung zeitgemäß versorgungsbezogen und attraktiv vermittelt und weiterentwickelt werden muss, leistet eine Teampraxisstruktur auch hier einen bedeutsamen Beitrag, da die Möglichkeit besteht, den realen MFA-Mangel und den damit verbundenen Versorgungs- und Qualitätsverlust durch gelebte Kompetenz und Attraktivität des Berufsbildes in die Zukunft zu führen.

LABORDIAGNOSTIK

Informationen zu Eisenmangel



Berlin – Über Labordiagnostik bei Verdacht auf Eisenmangel informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einer neuen Ausgabe der Reihe „Empfehlungen zur Labordiagnostik“. Sie soll Ärztinnen und Ärzte beim Einsatz von Laboruntersuchungen zur Basisdiagnostik und weiterführenden Diagnostik unterstützen. Die Ausgabe steht auf der Internetseite der KBV als Download zur Verfügung. Auf der Seite finden Ärztinnen und Ärzte darüber hinaus weitere Ausgaben der Reihe zu den Schilddrüsenerkrankungen Hyperthyreose und Hypothyreose sowie zur Anämie. Die Dokumente sind auf dem aktuellen Stand von Medizin, Wissenschaft und Technik und basieren unter anderem auf Leitlinien, Fachartikeln sowie praktischen Erfahrungen aus der vertragsärztlichen Versorgung. Weitere Indikationen folgen.

Mehr Informationen unter www.kbv.de/html/labordiagnostik.php

PRAXIS-WEBSITES

Bayern und Schleswig-Holstein vorn

Hamburg – Praxen in Bayern und Schleswig-Holstein sind Spitzenreiter in Sachen Online-Präsenz. Fast drei Viertel der niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten stellen in diesen beiden Bundesländern sich und ihre Leistungen auf einer eigenen Website dar (Bayern: 72,9 Prozent, Schleswig-Holstein: 71,5 Prozent). Das geht aus den Daten des Strukturverzeichnisses der medizinischen Versorgung hervor, das von der Stiftung Gesundheit gepflegt wird. Zwischen den drei betrachteten Berufsgruppen gibt es dabei Unterschiede: Bei den Zahnärzten haben bundesweit drei Viertel einen eigenen Online-Auftritt, bei den Humanmedizinerinnen sind es zwei Drittel und bei den Psychologischen Psychotherapeuten jeder Zweite.

Mehr Informationen unter www.stiftung-gesundheit.de

UMFRAGE

Steigende Kosten für Praxis-IT



Berlin – Ärztinnen und Ärzte haben 2021 zwischen 7.000 und 15.000 Euro pro Jahr für die IT-Infrastruktur ihrer Praxis ausgegeben. Dies geht aus der Umfrage zu „Kosten und Nutzen von Investitionen in die Digitalisierung“ hervor, die das Zi gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe veröffentlicht hat. Damit spiegelt sich auch in dieser Erhebung ein Trend zu steigenden Kosten in der Praxis-IT wider, so das Zi. Zum Vergleich: 2018 beliefen sich die mittleren Kosten für die IT laut Zi auf 4.843 Euro, 2019 bereits auf 6.034 Euro. Das Zi betonte, dass die Praxen dennoch hinter der Digitalisierung stünden. So nutzen laut der Umfrage fast 15 Prozent der Befragten ein Tool zum digitalen Terminmanagement. Bei zwei Dritteln dieser Praxen ist dieses digitale Terminmanagement als Modul im Praxisverwaltungssystem integriert, ebenfalls zwei Drittel (62 Prozent) haben das digitale Terminmanagement über die Praxiswebsite integriert und ein Drittel (33 Prozent) nutzt Onlineportale, wie etwa Doctolib oder jameda. An der Zi-Umfrage hatten sich rund 300 Ärzte und Psychotherapeuten beteiligt.

Mehr Informationen unter www.zi.de

DEUTSCHER ÄRZTETAG

Reinhardt bleibt an der Spitze der Bundesärztekammer

Essen – Der Deutsche Ärztetag hat Dr. Klaus Reinhardt für weitere vier Jahre zum Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt. Der 62-jährige Allgemeinmediziner aus Bielefeld konnte sich im ersten Wahlgang knapp mit 125 zu 122 Stimmen gegen seine Mitbewerberin aus dem Bundesärztekammer-Vorstand, Dr. Susanne Johna, durchsetzen. Die 58-jährige Krankenhausärztin wurde im Anschluss auf einen der beiden Vizepräsidenten-Posten gewählt. Der weitere Sitz im Präsidium ging an die niedergelassene HNO-Ärztin Dr. Ellen Lundershausen.



BESUCH

SPD-Abgeordnete informierten sich in der Leitstelle



Bad Segeberg – Die geplante Reform der Notfallversorgung ist eines der zentralen gesundheitspolitischen Themen des Jahres. Die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion, Birte Pauls (2. v. re.), ihre Fraktionskollegin aus dem Landtag Sandra Redmann (4. v. li.) sowie der im Kreis Segeberg gewählte SPD-Bundestagsabgeordnete Bengt Bergt (re.) und der stellvertretende Vorsitzende der SPD in Bad Segeberg, Gerald Mertens (li.), nahmen die aktuelle Diskussion zum Anlass, sich aus erster Hand in der Leitstelle der KVSH zu informieren. Alexander Paquet, Leiter der Abteilung Management Versorgungsstrukturen, der Notdienstbeauftragte der KVSH, Dr. Hans-Joachim Commentz, sowie Teamleiterin Bianca Thode informierten die Gäste über aktuelle Entwicklungen in der ambulanten Notfallversorgung sowie über die Arbeitsabläufe in der Leitstelle und im ärztlichen Bereitschaftsdienst.

ÄZQ

Neue Patientenleitlinien veröffentlicht

Berlin – Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat seine Patienteninformationen zu den Themen Asthma, Schuppenflechte (Psoriasis) und zur Selbsthilfe aktualisiert. Praxen und Interessierte können die Infoblätter herunterladen, auslegen sowie an Betroffene und deren Angehörige weitergeben. Die Kurzinformationen Asthma und Psoriasis informieren über Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten sowie die unterschiedlichen Auslöser für die jeweilige Erkrankung. Die Patienteninformation „Selbsthilfe – Erfahrungen austauschen, Gemeinschaft erleben, sich helfen“ klärt über die Arbeit der mehr als 70.000 Selbsthilfeorganisationen auf und liefert Tipps für die Suche nach einer passenden Gruppe. Das ÄZQ veröffentlicht die Kurzinformationen im Auftrag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer in allgemein verständlicher Sprache auf Grundlage von Leitlinien, Patientenleitlinien und systematischen Literaturrecherchen.

Mehr Informationen unter www.patienten-information.de

MEDIKAMENTE

Mehr als die Hälfte der Neuzulassungen sind Biopharmazeutika

Berlin – Die Biotechnologie weitet ihren Anteil am gesamten Pharmamarkt in Deutschland aus: 59 Prozent aller neu zugelassenen Medikamente im vergangenen Jahr waren Biopharmazeutika (2021: 46 Prozent), heißt es in einer Pressemitteilung des Verbandes der forschenden Pharma-Unternehmen in Deutschland (vfa). Insgesamt sei ihr Marktanteil am Gesamtmarkt von 31,4 auf 32,9 Prozent gestiegen.



Die biopharmazeutische Pipeline habe sich laut vfa seit 2005 mehr als verdoppelt. Von 256 klinischen Entwicklungskandidaten im Jahr 2005 stieg sie auf 672 Ende vergangenen Jahres und erreichte damit das Niveau von 2021 mit 669. „Diese Stabilisierung steht für bislang sehr hohe und kontinuierliche Investitionen in die Biopharmazeutika-Pipeline“, erklärt Dr. Matthias Meergans, Geschäftsführer Forschung und Entwicklung des vfa.

„Insbesondere der Anstieg der Phase-I-Projekte um 5,6 Prozent belegt, dass weiterhin viele neue innovative Wirkstoffe aus der Forschung in die Phase der klinischen Entwicklung gebracht werden.“

KRITIK AN SPARKURS

Bundesweiter Apotheken-Protesttag

Berlin – Am 14. Juni werden viele Apotheken in ganz Deutschland geschlossen bleiben. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) hat diesen Tag zum bundesweiten Protesttag erklärt. Die Apothekerschaft reagiert damit eigenen Angaben zufolge auf gesundheitspolitische Entscheidungen der Bundesregierung. „Für unseren Berufsstand steht fest: Die Bundesregierung hat diesen Protesttag provoziert“, erklärt die Präsidentin der ABDA, Gabriele Regina Overwiening. „Lieferengpässe, Personalnot und eine seit Jahren bestehende Unterfinanzierung. Weil die Bundesregierung in ihren Gesetzesvorhaben immer wieder die Probleme der öffentlichen Apotheken übergeht, destabilisiert sie die Arzneimittelversorgung in Deutschland.“ Jeden Tag müssten Apotheken schließen. Angehende Apothekerinnen und Apotheker könnten sich immer seltener den Gang in die Selbstständigkeit vorstellen, vor allem, weil die wirtschaftliche Perspektive fehle. „Darauf müssen wir aufmerksam machen“, so die ABDA.

Die Arzneimittelversorgung soll während des Protesttages aufrechterhalten bleiben – allerdings nur über die Notdienstapotheken.

Pragmatismus

Seit Jahren erleben wir, wie die Digitalisierung unser Leben umkrempelt. Wir nehmen es mit Staunen und gelegentlich mit Schrecken wahr. Der Siegeszug der neuen Möglichkeiten zur Datenverarbeitung und -nutzung ist verbunden mit einem tiefgreifenden Strukturwandel in Wirtschaft, Verwaltung, städtischem Leben und reicht bis in jeden privaten Haushalt. Noch meldet der Kühlschrank nicht überall, wie der Füllstand der Frischmilch ist, und Alexa hat erst in wenigen Familien die Aufgaben der Haushaltshilfe übernommen, die täglich an Hausaufgaben erinnert oder die Einkaufsliste führt. Der Rückzug von Banken, Sparkassen, Post und anderen Einzelhändlern, die früher ihre Dienstleistungen in der Filiale um die Ecke anboten, macht es aber offensichtlich: Was sich online von zu Hause oder unterwegs erledigen lässt, wird per Handy oder Tablet auf den Weg gebracht – das geht schneller, spart Zeit und Geld, schafft persönliche Freiräume und schont die Umwelt.

„So wie die Globalisierung der Wirtschaft ist auch die Digitalisierung unseres Lebens eine politische Herausforderung.“

Fachleute wissen schon lange, dass alles digitalisiert wird, was sich digitalisieren lässt. Die Vorteile der Digitalisierung sind einfach zu groß und ihr Vordringen ohnehin nicht zu bremsen. Andere Länder sind weiter als Deutschland. Nicht nur in den Megacities Asiens, auch in kleineren Ländern, wie im Baltikum oder Skandinavien ist, die digitale Infrastruktur von Staat und Gesellschaft weiter fortgeschritten. Das gilt auch für die Gesundheitsvorsorge und die medizinische Betreuung von Patienten, es betrifft den Informationsaustausch auf allen Ebenen und zwischen allen Anbietern. Hier werden die Vorteile der Digitalisierung systematisch zur Verbesserung von Vorsorge und Behandlung, Zeit- und Kostenersparnis und nicht zuletzt zum Management von Daten und Leistungen genutzt.

Es wäre sicher ein Fehler in der Betrachtung, hierzulande käme nichts so recht voran. Das Gefühl von Entwicklungen im Schnecken tempo hat sicher seine Gründe, wenn man z. B. an die Coronapandemie denkt, als Gesundheitsämter, Schulen und Behörden abgeschnitten waren und alle miteinander wegen fehlender Vernetzung kapitulierten. In der Situation hat sich bewährt, was das Netz nicht leisten kann: Die ärztliche Versorgung vor Ort mit der überwiegend händischen Organisation von Impfkampagnen, wie sie das Land noch nicht erlebt hat. Hier traf eine (noch) nicht leistungsfähige digitale Infrastruktur auf eine bis ins Kleinste durchorganisierte und erprobte ana-

loge, wohnortnahe medizinische Basis. Last but not least: Wer Videosprechstunden anbieten konnte, war klar im Vorteil in der Betreuung der Patienten und in der eigenen Praxisorganisation.

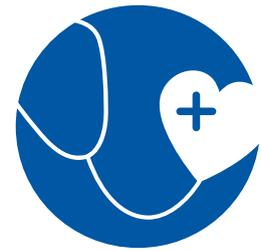
Die Lehre daraus ist eine Doppelte: Ohne forcierte Digitalisierung tritt der Fortschritt in der Behandlung auf der Stelle und verschärft die Folgen des demografischen Wandels. Und: Ein vollständiger Verzicht auf ein Netz von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern ist nicht möglich. In diesem Sinne kommt die Weiterentwicklung von medizinischen Leistungen und Angeboten auf digitaler Basis zwar spät, aber nicht zu spät, das zeigen die Beispiele in diesem **Nordlicht**. Sie sprechen von Innovationsfähigkeit und Investitionsbereitschaft der Praxisinhaber; sie belegen aber auch die Motivation des medizinischen Fachpersonals und die Akzeptanz bei den Patienten – ein Pragmatismus, der den Eindruck vom Schnecken tempo widerlegt.

Es ist das Zusammenspiel von Innovation und Akzeptanz, das für den Erfolg sorgt. Deshalb geht es auch hier nicht um Schnelligkeit, sondern um Sorgfalt. Angesichts der hohen Hürden beim Datenschutz, aber auch der notwendigen Entwicklung von Routine in der Anwendung, verspricht allein dieser Weg den Erfolg. Dass dabei auch Ängste zu überwinden sind, steht außer Frage. Sie dürfen aber nicht dazu führen, dass die alte Bequemlichkeit einiger Institutionen im Gesundheitswesen wieder um sich greift. Darum sollten alle Möglichkeiten der Videosprechstunden systematisch weiterentwickelt werden und die obligate Einführung des eRezepts ab 2024 nur ein Zwischenschritt sein, bevor uns der Einzug von Künstlicher Intelligenz in der Medizin vor ganz andere Probleme stellt.

So wie die Globalisierung der Wirtschaft ist auch die Digitalisierung unseres Lebens eine politische Herausforderung. Schleswig-Holstein stellt sich dieser Aufgabe und will vorne dabei sein. Die Berufung des Chefs der Staatskanzlei der Landesregierung, Dirk Schröter, zum ersten Digitalisierungsminister des Landes ist ein Signal, die Verabschiedung einer Digitalstrategie ein Versprechen. Mit 360 Millionen Euro will das Land nicht nur die Verwaltungen aufrüsten, sondern das ganze Land ins digitale 21. Jahrhundert führen. Dafür wird das Geld sicherlich nicht reichen, aber ein Anfang ist gemacht. Und es fühlt sich gut an, dass der Staat vorangeht und politische Führung übernimmt. Das gibt auch allen anderen den nötigen Schwung, um die Digitalisierung als die große Chance zu verstehen, die sie tatsächlich ist – auch um ein kleines und im Standort-Wettbewerb nicht gerade gesegnetes Land wie Schleswig-Holstein voranzubringen.

PETER WEIHER, JOURNALIST

Mehr.Arzt.Leben! an den Universitäten



Die KVSH war im Rahmen ihrer Nachwuchskampagne „Mehr.Arzt.Leben!“ mit der Aktion „Campus.Info.Snack!“ wieder an den Universitäten in Kiel, Lübeck und Hamburg präsent.

Das Interesse war groß und der Info-Stand des „Mehr.Arzt.Leben!“-Teams fester Anlaufpunkt für die Ärztinnen und Ärzte von morgen. Die Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner konnten sich Informationen über Niederlassungsmöglichkeiten, Praxismodelle und zur Förderung für die Famulatur, das Blockpraktikum und das Praktische Jahr holen, medial begleitet auf www.instagram.com/mehrarztleben. Die Seesäcke, Emaille-Becher und Schlüsselanhänger im maritimen Kampagnen-Look gehören nun zur Grundausrüstung vieler Medizinstudierender auf dem Campus.

Dazu gehörte auch das „Niederlassungs-Logbuch“, dessen Kernbotschaften auf die Vorzüge Schleswig-Holsteins als „Niederlassungsziel“ zugeschnitten sind:

- Niederlassen in Schleswig-Holstein wird gefördert.
- Niederlassen in Schleswig-Holstein ist auf vielfältige Art und Weise möglich.
- Niederlassen in Schleswig-Holstein ermöglicht die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
- Niederlassen in Schleswig-Holstein lohnt sich (finanziell, karrieretechnisch, wertgeschätzt und anerkannt).

JAKOB WILDER, KVSH



Es geht weiter!

Im August 2022 hat sich die KVSH aus dem stufenweisen Rollout für das eRezept zurückgezogen. Begründet wurde dieser Schritt mit einem Mangel an zugelassenen, digitalen Übertragungswegen. Bisher können Patienten das eRezept nur mittels eines Papierausdrucks einlösen, hierbei wird lediglich der bisherige rosa Ausdruck durch einen Ausdruck auf weißem Papier ersetzt. Wer es als Patient schaffte, den Zugang über die schwer zugängliche App der gematik zu nutzen, konnte den Ausdruck auf Papier vermeiden. Ein neues Verfahren, mit dem das eRezept via Gesundheitskarte in der Apotheke abgerufen werden kann, soll demnächst die Wende bringen.



Rückblick: Das eRezept steckt fest

Trotz des offiziellen Ausstieges der KVSH aus dem eRezept-Rollout wurde intensiv an der Thematik weitergearbeitet. Es hat sich wieder einmal gezeigt, dass sich Technik eben nicht immer auf einem Stichtag einführen lässt. Erklärtes Ziel der KVSH ist es weiterhin, praktikable und digitale Lösungen für Praxen und Patienten zu erreichen. So wurden in der Zwischenzeit Videokonferenzen mit verschiedenen Softwarehäusern organisiert, in denen die Umsetzung live präsentiert wurde. Jede Praxis erhielt als erste Grundausstattung 150 Flyer mit Basisinformationen für ihre Patienten. Dennoch führten diese Aktivitäten nicht zu einer spürbaren Zunahme an digitalen Verordnungen.

Die Schlagworte „Ausstieg“ und „Datenschutzproblem“ hatten sich bei vielen Ärztinnen und Ärzten fest verankert, obwohl sich eRezepte mit den meisten Praxisverwaltungssystemen bequem und sicher verordnen lassen. Auch in den Apotheken können eRezepte flächendeckend eingelöst werden. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) meldete bereits im September 2022, dass die Apotheken bundesweit mit der notwendigen Soft- und Hardware ausgestattet seien.

Ausblick: Das eRezept soll 2024 kommen

Ein neues und denkbar einfaches Verfahren soll die Wende für das eRezept bringen. Beim Einlösen eines eRezeptes via elektronischer Gesundheitskarte (eGK) können Apotheken, nach dem Einlesen der eGK, alle zu diesem Zeitpunkt verordneten eRezepte für den entsprechenden Patienten einlösen. Damit dürfte die Akzeptanz für das eRezept deutlich steigen, da ein Papierausdruck in vielen Fällen nicht mehr notwendig sein wird.

Bereits im Februar 2023 wurde das technische Konzept durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) genehmigt und anschließend veröffentlicht. Aktuell werden notwendige Umstellungen der Software und des eRezept-Fachdienstes vorgenommen, um mit einer anschließenden Testphase beginnen zu können. Die Bereitstellung der neuen Funktion soll in der zweiten Jahreshälfte erfolgen. Wir werden Sie entsprechend informieren.

Nach dem Willen des Bundesministeriums für Gesundheit steht somit der bundesweit verpflichtenden Einführung, Anfang 2024, nichts mehr im Weg.



Besuch in der Praxis von Dr. Oliver Wahl in Lübeck: KVSH-IT-Berater Timo Wilm (li.) und MFA Carina Wischnewski (re.).

IT-Berater besuchen Praxen in Schleswig-Holstein

Um die tatsächlichen Abläufe, technischen Probleme und Anforderungen der Praxen besser zu verstehen, besuchen unsere IT-Berater regelmäßig interessierte Praxen. „Diese teilweise ganztägigen Praxisbesuche und Analysegespräche mit den Praxisteams führen zu wertvollen Erfahrungen für unsere Experten“, berichtet Timo Wilm, IT-Berater der KVSH. Die Erkenntnisse aus diesen Besuchen werden in regelmäßigen Terminen direkt an die gematik als Projektverantwortliche für das eRezept weitergeleitet und berücksichtigt. Das Problem ist, dass sich viele Praxen wiederholt mit technischen Störungen und Pannen in ihren Praxen beschäftigen müssen. In der Regel fehlen nur wenige zusätzliche Informationen und Umstellungen an der Soft- und Hardware, um eine Verbesserung zu erreichen oder auf aktuelle Verfahren, wie das eRezept, umzusteigen. Dieser sehr individuelle Beratungsbedarf liegt in der Verantwortung des entsprechenden Praxisverwaltungssystems.

Verpflichtende Nutzung ab Januar 2024, wie bereiten sich Praxen jetzt auf das eRezept vor?

Wir empfehlen Ihnen mit der Umstellung nicht bis zur geplanten Einführung im Januar 2024 zu warten, sondern das eRezept bereits frühzeitig zu testen. Dazu gehört vor allem die elektronische Signatur. Es empfiehlt sich die Nutzung der sogenannten Komfortsignatur. In diesem Verfahren werden 250 Unterschriften

mit einer Pin-Eingabe im Vorwege freigegeben. Danach können Sie eRezepte schnell und bequem mit einem Klick digital signieren. Dieses Verfahren vermeidet die ständige PIN-Eingabe für die digitale Unterschrift und erleichtert die Abgabe elektronischer Rezepte. Nur digital signierte eRezepte können ausgedruckt oder vom Patienten per App oder eGK in der Apotheke eingelöst werden.

Zusätzliche Voraussetzungen:

- eRezept-Modul in Ihrem Praxisverwaltungssystem
- PTV4+-Update für Ihren Konnektor
- aktivierter elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)
- Drucker mit der Mindestauflösung von 300 dpi

Weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Website unter:

www.kvsh.de/praxis/it-in-der-praxis/erezept

Bei Fragen schreiben Sie uns bitte eine E-Mail an erzept@kvsh.de

TIMO WILM, KVSH

Aus Anlass der Eröffnung ihres neuen Plenarsaals für die Abgeordnetenversammlung hat die KVSH eine Festschrift aufgelegt. Diese unternimmt einen kurzweiligen und informativen Streifzug durch die Geschichte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein und stellt die Versorgungssituation zwischen Nord- und Ostsee, angefangen bei ersten Ärztevereinen im 19. Jahrhundert bis hin zur heutigen Selbstverwaltung, dar.

In dieser und den folgenden Ausgaben des Nordlichts finden Sie Auszüge aus dieser Festschrift. Haben wir Ihr Interesse geweckt und Sie möchten mehr erfahren?

Dann senden wir Ihnen gern ein Exemplar des rund 200 Seiten umfassenden Buches kostenfrei zu. Richten Sie Ihre Bestellung bitte an presse@kvsh.de. Die Festschrift finden Sie auch zum Download auf unserer Website unter www.kvsh.de/presse.



Zwischen Freiheit und Verantwortung

Ein historischer Streifzug durch die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein

Mit der Einführung der „Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund“ im Jahr 1869 ergaben sich für die Ärzte der nunmehr preußischen Provinz Schleswig-Holstein (wie auch der Hansestadt Lübeck) deutliche Veränderungen. Fast 50 Jahre lang galt bis dahin eine von dem Schleswig-Holsteinischen Sanitätskollegium erarbeitete Gebührenordnung, die durch fixe Beträge keinerlei Gestaltungsspielräume zuließ. Nunmehr konnten hingegen die Ärzte ihre Honorarforderungen völlig frei der jeweiligen Einkommenslage ihrer Patienten anpassen. Lediglich für strittige Fälle konnten Taxen von den Zentralbehörden festgesetzt werden (vgl. Paragraph 80 Gewerbeordnung), wovon das Königreich Preußen allerdings erst im Jahr 1897 Gebrauch machte.

Gutverdienende sicherten sich sogar gegen eine feste Vergütung die Dienste eines Hausarztes, unabhängig von der Krankheitslage. Der 1858 in Lübeck geborene Schauspieler und Sprachlehrer Hans Calm lieferte in seiner Autobiografie einen stimmigen Überblick

über die damalige Funktion eines Hausarztes:

„(...) Trotzdem besaß man, wie alle Nachbarn auch, einen Hausarzt. Der kannte jedes einzelne Familienmitglied ganz genau und stand zur Verfügung Tag und Nacht, wenn's sein musste; er verstand die Sprache seiner Patienten mit denen er von der Wiege bis zum Grabe alle Leiden teilte. „Aber so üm jeden Höhnerkram oder'n poor versette Blähungen müß man em nich kamen.“ Der Onkel Doktor steckte, wenn er in der Nachbarschaft einen Patienten hatte, wohl den Kopf in die Haustüre und rief: „Na, sünd ji all up'n Damm oder sall ick rin kamen?“ (...) So ein Hausarzt bekam alle Vierteljahr eine kleine Summe, ob er gebraucht wurde oder nicht. Er hatte eine feste Einnahme, auf der er fußen konnte und die Familie einen zuverlässigen Helfer. In unendlich vielen Fällen ging die Inanspruchnahme des Arztes weit über seine berufliche Tätigkeit hinaus. Er wurde um Rat gefragt, wenn die Eltern wissen wollten, wat de dorvon höll'n, un wat se woll dorto segg'n würd'n.“



Arztpraxis um das Jahr 1900 (Dithmarscher Landesmuseum)

© Dithmarscher Landesmuseum

Auf dem flachen Lande herrschten hingegen andere Verhältnisse und andere Probleme. Dr. Franz Dittrich aus Schönberg, Landarzt und Mitglied der Ärztekammer, beschrieb diese im Jahr 1924 rückblickend wie folgt:

„(...) Im Beginne meiner landärztlichen Tätigkeit fand ich eine altherwürdige Einrichtung vor, die in allen adligen Gütern seit Jahrzehnten eingeführt war, die sogenannte Gutspraxis, d. h. sämtliche Gutsarbeiter mit ihren Familienmitgliedern waren in Krankheitsfällen auf einen mit festem Jahresgehalt angestellten Arzt angewiesen. (...) Ohne den Rückhalt einer Gutspraxis war in einzelnen Gegenden unserer Provinz die Existenzmöglichkeit für einen Arzt ausgeschlossen. (...) In freien Bauernbezirken (...) fand man nur Privatpatienten. Dieser sonst so erstrebenswerte und ideale Zustand hatte neben vorwiegend guten, doch auch seine schlechten Seiten. Das nicht gegen Krankheit versicherte Dienstpersonal – Knechte und Mägde – zahlte selten die ärztlichen Rechnungen, die von uns Ärzten auch schon für diese Klienten auf ein Minimum reduziert wurden (...).“

Sicherstellung durch die Krankenkassen

Bis 1883 standen sich Arzt und Patient als freie Partner gegenüber, die das ärztliche Honorar untereinander aushandelten. Mit Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung und der raschen Ausdehnung der GKV-Versicherungspflicht auf immer weitere Bevölkerungsschichten wurde das schwieriger. Den Ärzten verblieben weniger Privatpatienten und die Krankenkassen wurden als neue „Verhandlungspartner“ mächtiger. Diese waren verpflichtet, ihren Versicherten ärztliche Behandlung als Sachleistung zu gewähren. Es reichte also nicht aus, sich mit Zuschüssen an dem ärztlichen Honorar zu beteiligen; die Krankenkassen mussten vielmehr selbst ihren Mitgliedern die erforderliche Anzahl an Ärzten zur Verfügung stellen. Konkrete gesetzliche Vorgaben gab es allerdings keine,

weshalb Zahl und Person der für sie tätigen Ärzte sowie deren Bezahlung im alleinigen Belieben der einzelnen Krankenkasse stand.

Das Vorgehen der Krankenkassen war jedoch alles andere als einheitlich. Allein über das kleine Schleswig-Holstein verteilten sich insgesamt 121 Ortskrankenkassen in völlig unterschiedlichen Regionen und mit völlig unterschiedlichen Herangehensweisen. Insbesondere in besiedlungsschwachen Kreisen waren die Krankenkassen meist froh, überhaupt auf Ärzte vor Ort zu treffen. Oftmals wurden dann gleich alle unter Vertrag genommen und die Versicherten konnten sich frei für einen dieser Ärzte entscheiden („freie Arztwahl“). Mitunter herrschte sogar „der tiefe Frieden, in dem Ärzte und Kassen dort miteinander leben“. So schreibt der Arzt P. Meyer aus Hadersleben: „Alle unsere Verträge sind mündlich und wir haben freie Arztwahl“. Meistens musste die „freie Arztwahl“ jedoch teuer mit Honorareinbußen „bezahlt“ werden. Eine „Untersuchung des Krankenkassenwesens in Schleswig-Holstein“ ergab, dass auch in ländlichen Regionen Ärzte „ganz bedeutende Abzüge“ hinnehmen mussten: „In Apenrade macht eine Kasse 20 Prozent der Taxe Abzug, in Eckernförde 10 bis 25 Prozent. Bei der Ortskrankenkasse Flensburg Land und bei der Gemeindekasse zu Glückstadt kann, wenn ein Defizit in der Kasse eintritt, dieses in unbeschränktem Maße von der Arztrechnung abgezogen werden“.

„Unbedingt zugestimmt“ hatte die Vertragskommission der Ärztekammer allerdings einem Vertrag mit der Ortskrankenkasse auf Föhr: „Die beteiligten drei Ärzte liquidieren nach der Taxe von 1896 und lassen sich Abzüge gefallen, soweit die Rechnungen 40 Prozent der Kasseneinnahmen überschreiten, mit der Bedingung, dass falls die Liquidationen der Ärzte geringer sind, der Überschuss den Ärzten in späteren Jahren zugute kommt“. „Einnahmenorien-



Dienstpersional eines Landarztes in Schleswig-Holstein, 1890

© bpk-Bildagentur

tierte Ausgabenpolitik“ würde man vermutlich heute dazu sagen.

Finanzielle Situation löst Verzweiflung aus

Angesichts der desolaten Honorarlage ist die Verzweiflung vieler Ärzte auch aus heutiger Sicht noch spürbar. So schrieb ein Arzt an die schleswig-holsteinische Ärztekammer, dass er aufgrund der Praxisverhältnisse „nicht mehr verdiene als Miete und Feuerung beträgt“, und ein anderer vermerkt: „Silberzeug und Schmucksachen sind auf dem Pfandhaus.“

Die finanzielle Notlage dürfte auch der Grund für sogenannte „Hausirpraxen“ gewesen sein, von denen der Norderdithmarscher ärztliche Verein berichtete: „Im Oktober 1890 wurde durch Vereinsbeschluss den Mitgliedern die sogenannte ‚Hausirpraxis‘ (regelmäßige Sprechstunden außerhalb des Wohnorts) verboten. Es war diese seit langen Jahren in Dithmarschen bestehende Sitte im Laufe der Zeit zu einer Unsitte geworden. In fast jedem Kirchdorf des Kreises hielten Ärzte einmal oder mehrmals wöchentlich Sprechstunden ab. Ein Kirchdorf wurde sogar eine Zeitlang von vier Ärzten regelmäßig besucht. Es ist die Beseitigung dieser Unsitte, welche zu allerlei kollegialen Zwistigkeiten führte und die Unbeständigkeit des Publikums erheblich förderte, mit Freuden zu begrüßen.“

Eine völlig andere Situation herrschte hingegen in Städten wie Kiel und Flensburg wie auch in industriellen Zentren wie Neumünster und Elmshorn. Dort war der ruinöse Konkurrenzkampf unter den Ärzten deutlich spürbarer. Manche Ärzte waren „fast ganz auf die Kassenpraxis angewiesen“ und befürchteten massive Verluste bei einer freien Arztwahl. Zusätzlich konnten sich „die mißlichen Verhältnisse des Nachbarstaates Hamburg“ bemerkbar machen. So lehnten zwei kaufmännische Krankenkassen weitere Kassenarztverträge schlichtweg ab, da „ihnen Hamburger Ärzte auch für Altona und Wandsbek zur Hand waren“.

Um eine Anstellung als Kassenarzt zu erlangen, schreckten manche Ärzte auch vor Bestechungen nicht zurück. So gestanden vier Ärzte und ein Heilgehilfe vor einem Schöffengericht in Altona, dass sie dem Vorstand einer Krankenkasse „größere Geldsummen theils zum Dank für ihre Anstellung, theils nach vorheriger Verabredung als Entgelt für seine bezügliche Verwendung gegeben hätten“.

Ein weiterer Konfliktherd stellte das Aufkommen des sogenannten „Spezialistenwesens“ dar. Allein in Kiel, wo 50 praktische Ärzte tätig waren, stellten die Krankenkassen mit gesonderten Verträgen 24 Spezialärzte an. Angesichts dieses Verhältnisses verwundert es kaum, dass die praktischen Ärzte existenzielle Sorgen quälten, einerseits durch die Leistungsausweitung der Spezialärzte, bemerkenswerterweise aber auch durch ein verändertes Anspruchsdenken der eigenen Patienten.

Vier Ärzte des Kieler Ärztlichen Vereins wandten sich daher mit Schreiben vom 11. November 1905 hilfessuchend an den Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein:

„Der gewöhnliche praktische Arzt ist durch das ungeahnte Anwachsen des Spezialistentums in eine Notlage gedrängt; er ist eben in jeder Beziehung im Nachteil; auch dadurch, daß die Spezialisten, selbst wenn sie es sehr genau nehmen, gar nicht immer strikte bei ihrer Spezialität bleiben können. (...) Die Verführung und Gelegenheit auch andere Krankheiten zu behandeln ist da sehr groß, und die Vertreter dieser Spezialitäten müssen sich da auch oft Ansprüchen und Wünschen des Publikums in dieser Hinsicht fügen, selbst wenn sie es nicht wollen. Auch das hat die Erfahrung aufs Deutlichste bewiesen.“

Long-/Post-COVID-Netzwerk der KVSH

Die KVSH hat im vergangenen Jahr ein Long-/Post-COVID-Netzwerk gegründet. Ziel ist es, Behandler von Patienten mit (Verdacht auf) Long-/Post-COVID zu vernetzen, Wissen zu Long- und Post-COVID in der Ärzteschaft zu erweitern, Unsicherheiten im Umgang mit der Krankheit bzw. mit den Patienten zu reduzieren und nicht zuletzt auch Über- und Unterversorgung zu vermeiden.



Teilnahme

Haben auch Sie Interesse, am Netzwerk teilzunehmen? Dann senden Sie uns Ihre Kontaktdaten (Name, BSNR, LANR, Fachgruppe, E-Mail-Adresse für Informationen seitens der KVSH) an postcovidnetz@kvsh.de. Wir nehmen Sie dann gern in das Netzwerk auf. Ihre Kontaktdaten (ohne E-Mail-Adresse) werden in der Liste der Netzwerkteilnehmer veröffentlicht. Diese Liste ist auf der Website der KVSH eingestellt. Sofern Sie keine Freigabe Ihrer Daten wünschen, nehmen wir Sie in die im eKVSH-Portal geschützt eingestellte Liste auf, sodass nur niedergelassene Ärzte aus Schleswig-Holstein sowie weitere Post-COVID-Netzwerkteilnehmer darauf Zugriff haben.

Patientenselbsthilfe

Um betroffene Patienten auch außerhalb des Arztkontaktes zu unterstützen, wird aktuell eine Übersicht über Patientenselbsthilfe-Tools, wie zum Beispiel Apps und DiGas, Kontakte zu Selbsthilfegruppen und auch Angebote von Krankenkassen erstellt.

Sektorenübergreifende Vernetzung

Aktuell nehmen etwa 70 in Schleswig-Holstein niedergelassene Ärzte der Fachgruppen Allgemeinmedizin, HNO, Kardiologie, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie/Psychiatrie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Pneumologie und Psychotherapie am Netzwerk teil. Seit kurzem sind auch die Schmerzklinik Kiel, das AMEOS Reha Klinikum Ratzeburg, die Segeberger Kliniken, die DRK-Nordsee-Reha-Klinik Goldene Schlüssel in St. Peter-Ording sowie das DIAKO Nordfriesland in Breklum Mitglieder. Außerdem bringt auch das UKSH seine Expertise ein.

Online-Erfahrungsaustausch für Mitglieder

Nach einem erfolgreichen Online-Erfahrungsaustausch der Netzwerkteilnehmer im April sind weitere Online-Meetings mit Impulsvorträgen und kollegialem Austausch geplant. Das nächste Treffen findet am Mittwoch, 7. Juni 2023, um 15.30 Uhr auf der Plattform BigBlueButton statt. Netzwerkteilnehmer erhalten die Zugangsdaten automatisch per E-Mail. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Wichtig

Bitte schließen Sie sich als Überweiser eines Long-/Post-COVID-Patienten direkt mit dem Kollegen des Netzwerks kurz, an den Sie überweisen möchten, um eine zielgerichtete Behandlung und Terminierung zu gewährleisten. Auf diese Art der Vernetzung und Kooperation ist das Netzwerk ausgelegt und für diese Weise der kollegialen Zusammenarbeit ist die Liste der Netzwerker gedacht. Unabhängig davon steht der Service der TSS mit den bisher bekannten Vermittlungen zur Verfügung. Bitte verweisen Sie keine Patienten an das Info-Team der KVSH. Vielen Dank!

Website

Auf unserer Website unter:

www.kvsh.de/long-covid-netzwerk-der-kvsh

haben wir Informationen zum Thema Post-/Long-COVID bereitgestellt, wie zum Beispiel (Patienten-)Leitlinien, Hinweise zur Verordnung, Links zu Fachgesellschaften und Hinweise auf Studien, für die Teilnehmer gesucht werden.

Weiterverbreitung früh verhindern

In Schleswig-Holstein gibt es bei der Versorgung von Patienten mit dem Krankheitsbild Hepatitis-C-Virus (HCV) bewährte Strukturen. Dr. Holger Hinrichsen ist fachlicher Ansprechpartner der KVSH in Sachen Hepatitis C. Der Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie aus Kiel erläutert die Hintergründe.

Nordlicht: *Wie ist die Versorgung von Hepatitis-Patienten in Schleswig-Holstein organisiert und welche Rolle spielen darin die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte?*

Dr. Holger Hinrichsen: Bereits kurze Zeit nach der Entdeckung des Hepatitis-C-Virus (HCV) 1989 wurde die hepatologische Ambulanz im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel ins Leben gerufen. Seither konnte die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HCV deutlich ausgebaut werden. Heutzutage gibt es neben den universitären Ambulanzen in Kiel und Lübeck mehrere gastroenterologische Praxen verteilt über Schleswig-Holstein, die sich sehr um die Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit HCV bemühen. Die moderne antivirale Therapie über 8 bis 12 Wochen führt in über 95 Prozent der Fälle zu einer Ausheilung. Bei der Risikogruppe von Patientinnen und Patienten mit Opiatsubstitution findet eine regelhafte Diagnostik der HCV im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen der KVSH durch die Substitutionsmedizinerinnen und -mediziner statt. Mit der Vereinfachung der antiviralen Therapie ist es uns hier auch gelungen, erste Kolleginnen und Kollegen aus der Suchtmedizin dazuzugewinnen, Patientinnen und Patienten mit HCV zu behandeln. Im Rahmen von Qualitätszirkeln haben wir motivierten Kolleginnen und Kollegen angeboten, die Behandlung im Rahmen einer Supervision durch uns zu begleiten. Die Einführung der einmaligen HBV- und HCV-Testung im Rahmen des Check-up 35 führt jetzt auch in der Hausarztpraxis zu einem Anstieg neu diagnostizierter, meist chronischer HBV- und HCV-Infektionen. Für die hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen besteht selbstverständlich die Möglichkeit der direkten Kontaktaufnahme, um Patienten rasch einer Therapie zuzuführen.

„Nur wenn uns eine sofortige Behandlung bei diesen Risikopatienten gelingt, wird HCV zu einer seltenen Erkrankung werden.“



Nordlicht: *Wo gibt es vielleicht noch Handlungsbedarf und an welchen Stellschrauben könnte gedreht werden, um die Versorgung gegebenenfalls zu verbessern?*

Hinrichsen: Um langfristig HCV zu eradizieren, muss in der Hauptrisikogruppe der Drogenabhängigen die Weiterverbreitung des Virus durch eine frühe Behandlung verhindert werden. In diesem Zusammenhang muss auch die Behandlungsmöglichkeit von drogenabhängigen Strafgefangenen in den Justizvollzugsanstalten in Schleswig-Holstein verbessert werden. Nur wenn uns eine sofortige Behandlung bei diesen Risikopatienten gelingt, wird HCV zu einer seltenen Erkrankung werden. Auch die Migration insbesondere mit Sprachbarrieren stellt für

uns eine große Herausforderung dar. Alle Beteiligten arbeiten jedoch an Lösungen um auch Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund, wie zum Beispiel Menschen aus der Ukraine rasch behandeln zu können.

Nordlicht: *Das Land Schleswig-Holstein hat gemeinsam mit anderen Partnern einen Test- und Beratungsbus Hepatitis C und HIV gestartet. Wie sieht die Zielsetzung des Projekts aus und welche Rolle spielen die Niedergelassenen darin?*

Hinrichsen: Bei Patientinnen und Patienten mit Drogenmissbrauch besteht ein hohes Risiko für parenteral übertragbare Infektionen wie HBV, HCV oder auch HIV. Das Risiko für HCV beträgt hier bis 90 Prozent. Viele Menschen mit Drogenmissbrauch sind nicht in unserem Sozialsystem verankert und können daher weder diagnostiziert noch behandelt werden. Daher ist es das Ziel mit dem Test-Mobil vor Ort die Menschen zu erreichen und hier unbürokratisch eine erste Testmöglichkeit anzubieten. Neben der Erstdiagnostik soll hier vor allem auch versucht werden, die Betroffenen durch Begleitung von Sozialarbeitern wieder in das Sozialsystem einzugliedern, um auch die Möglichkeit einer Behandlung zu gewährleisten. Wir haben in diesem Zusammenhang angeboten unbürokratisch sofort eine Kontaktaufnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort mit uns zu ermöglichen, um dringliche Fragen gleich beantworten zu können.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Neue Hepatitis-C-Infektionen im Vergleich

Schleswig-Holstein

2022 338 neue Hepatitis-C-Infektionen

2021 215 Fälle

Deutschland

2022 7.916 neue Hepatitis-C-Infektionen

2021 4.761 Fälle

(QUELLE: EPIDEMIOLOGISCHES BULLETIN 3/2022)

Gemeinsamer Infotag



Zum 14. Mal hat die KVSH zusammen mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apobank) eine Veranstaltung für Existenzgründende und Praxisabgebende durchgeführt: Den gemeinsamen Infotag am 13. Mai.



Erstmals fand der Infotag in den Räumlichkeiten der KVSH und der Ärztekammer statt. Knapp ein Jahr nach seiner Eröffnung war der neue Plenarsaal der KVSH ein perfekter Rahmen für den Auftakt der Veranstaltung. 120 Personen konnten teilnehmen, aber die Nachfrage war größer. Die potenziellen Existenzgründerinnen und -gründer kamen nicht nur aus Schleswig-Holstein, sondern insbesondere auch aus Hamburg. Ein positiver Trend war, dass aus dem allgemeinmedizinischen Bereich mehr an einer Niederlassung Interessierte als potenzielle Abgeberinnen und Abgeber angemeldet waren. Als Bestätigung des großen Interesses wertete der Moderator des Infotages, der Journalist Dirk Schnack, dass trotz des schönen Wetters auch am Nach-

mittag noch nahezu alle Plätze belegt waren, um unter anderem an einer Podiumsdiskussion mit der Vorstandsvorsitzenden der KVSH, Dr. Monika Schliffke, teilzunehmen.

Zum Auftakt gab Bianca Hartz, Leiterin der Abteilung Zulassung/Praxisberatung der KVSH, den Teilnehmenden einen Überblick über die vertragsärztlichen Möglichkeiten für eine Praxisübergabe. Das komplexe Thema wurde teilweise anhand von Beispielen aus der Praxis veranschaulicht, was im Anschluss an ihren Vortrag durch einen Erfahrungsbericht abgerundet wurde. Ahmed-Alin Geaid, Facharzt für Neurologie, berichtete über seine vor zwei Jahren erfolgte Übernahme eines nervenärztlichen Sitzes in Mölln – auf dem Land, wie er auf seine Herkunft aus Berlin anspielend betonte, was der Moderator aus Sicht eines Schleswig-Holsteiners relativierte. Geaid bereut trotz der Startphase während der Pandemie die Niederlassung nicht, sondern ist im Gegenteil froh über diesen Schritt. Dennoch kamen erste Fallstricke zur Sprache, denn er hatte Schwierigkeiten mit dem Einstieg in den Mietvertrag seiner Vorgängerin, die zudem als Nervenärztin niedergelassen war und er ist Facharzt für Neurologie, sodass sich Abrechnungsfragen für ihn stellten. Er wies ausdrücklich darauf hin, dass die KVSH bei Budget- und Abrechnungsfragen auch schon vor der Niederlassung berät und empfahl dies ganz ausdrücklich.

Sodann wurde für ein wenig Bewegung gesorgt, weil die an der Übergabe ihrer Praxis Interessierten zur Ärztekammer wechseln mussten, wo Dr. Uta Kunze, die Abteilungsleiterin Ärztliche Angelegenheiten der ÄKSH, sie in Empfang nahm. Nun begannen sowohl im Plenarsaal der KVSH als auch bei der ÄKSH die Vorträge eines Rechtsanwaltes, eines Steuerberaters und von Vertretern der apobank, die speziell auf die beiden Teilnehmergruppen – Gründende und Praxisabgebende – zugeschnitten waren. Dieses Konzept hat sich seit Jahren bewährt und konnte auch in diesem Jahr realisiert werden. Die Trennung der Teilnehmenden ermöglicht es, gezielte Vorträge für die Belange der jeweiligen Gruppe zu halten und näher auf konkrete Fragen einzugehen. Es ging um vertragliche und steuerrechtliche Gestaltungsspielräume bei einer

Praxisübergabe, aber auch um den Vermögenserhalt im Ruhestand. Das Mittagessen wurde gemeinsam eingenommen, sodass die Möglichkeit bestand, Kontakte zu knüpfen. Eine gute Stunde stand dafür zur Verfügung und dann ging es weiter. Womöglich war die entspannte Mittagspause in der Sonne einer der Gründe dafür, dass die Stimmung durchgängig sehr gut war und teilweise lebhafte Diskussionen mit den Referierenden, aber auch untereinander entstanden. Sicherlich trug dazu auch die Moderation von Dirk Schnack bei, der mit seinen gezielten Fragen am Ende der Vorträge manches hinterfragte und vertiefte.

Die Podiumsrunde wurde mit Fragen an Skadi Reimann, eine junge „Landärztin“, eingeleitet, der die Niederlassung nicht leicht gemacht worden war, die jetzt aber dennoch einen ausgesprochen zufriedenen Eindruck hinterließ. Sie stellte klar, dass sich Beruf und Privates im Rahmen einer Selbstständigkeit nicht immer trennen lassen und die Frage nach der Arbeitszeit daher relativ ist. Letztendlich könne sie aber selbst bestimmen, wann sie was mache und das wiederum sei ein großer Vorteil gegenüber ihrer vorherigen Tätigkeit als angestellte Fachärztin für Allgemeinmedizin. Gedanken mache sie sich um die Zukunft, da die Politik vieles im Unklaren lasse, was den Praxen die Planbarkeit ihrer Tätigkeit erschwere.

„Eine gute Vorbereitung auf eine Praxisabgabe bzw. -übernahme ist notwendig.“

Moderator Schnack stellte am Ende die Frage, ob in der Podiumsrunde bzw. auf dem Infotag die Niederlassung als Vertragsärztin bzw. -arzt ein wenig „durch die rosa Brille gesehen“ dargestellt worden sei. Dies wurde verneint, aber Einigkeit bestand darin, dass mehr Digitalisierung und weniger Bürokratie vieles erleichtern würden. Dr. Schliffke betonte am Ende der Podiumsrunde, es sei keineswegs alles „rosig“, sondern die Politik müsse die Rahmenbedingungen der Ausübung einer vertragsärztlichen Tätigkeit verbessern, damit auch zukünftig noch junge, motivierte Ärztinnen und Ärzte Praxen übernehmen oder gründen wollen. Die Vielfalt der vorgetragenen Themen und Fragestellungen auf der Veranstaltung zeigte im Übrigen, dass eine gute Vorbereitung auf eine Praxisabgabe bzw. -übernahme notwendig ist. Hierbei kann eine Veranstaltung, wie der jährliche Infotag, gute Hilfestellungen geben, indem er wichtige Aspekte benennt, die womöglich ansonsten erst spät erkannt werden.

BIANCA HARTZ, KVSH

Der Konsiliarbericht

Ist bei einem Patienten die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung geplant, ist vorher eine somatische Abklärung herbeizuführen. In den entsprechenden Regelwerken ist spezifiziert, dass hierzu vom behandelnden Arzt des Patienten ein Konsiliarbericht anhand eines hierfür vorgesehenen Formulars auszufüllen und dieser dem Psychotherapeuten zu übermitteln ist. In den meisten Fällen stellen die Hausärzte sowie die Kinder- und Jugendärzte diese Berichte aus. Dies hört sich einfach an. Doch leider gibt es auch immer wieder Probleme in diesem Bereich des Miteinanders und Austausches zwischen Ärzten und Psychotherapeuten.

Somatische Abklärung

Die Grundlage für diesen Informationsaustausch liegt einerseits in Paragraph 28 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V), andererseits im Psychotherapeutengesetz. In letzterem heißt es, im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Ärztlichen Psychotherapeuten wird anheimgestellt, dass sie diese Abklärung selbst vornehmen können. Das SGB V spezifiziert hier, es heißt, die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), soweit sie zur psychotherapeutischen Behandlung zugelassen sind, sowie durch Vertragsärzte durchgeführt. Und weiter wird dargelegt, dass spätestens nach den probatorischen Sitzungen der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung einen Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung einzuholen hat.

Anforderung eines Konsiliarberichtes

Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung eine somatische Abklärung herbeizuführen, gilt für die Behandlung von allen Patienten, unabhängig davon, wie sie krankenversichert sind. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind hierfür einheitliche Formulare vorgesehen. Im Weiteren wird ausschließlich auf diesen Bereich Bezug genommen.

Die Anforderung des Berichtes erfolgt im GKV-System **über das Formblatt 7**. Die Informationen auf diesem Überweisungsschein an den Konsiliararzt können kurz gehalten werden. Jedoch sollte

Das Bild zeigt ein Formular für die Überweisung zur Abklärung somatischer Ursachen (Formular 7). Das Formular ist in zwei Hauptbereiche unterteilt: 'Überweisung' und 'Bitte um kurze Mitteilung des körperlichen Status'.
 Der obere Bereich 'Überweisung' enthält folgende Informationen:
 - Titel: Überweisung
 - Zweck: Vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen
 - Diagnose/Indikation zur Psychotherapie: F32.1 Mittelgrad depressive Episode
 - Ein Feld für die Unterschrift des Überweisenden ist vorhanden.
 Der untere Bereich 'Bitte um kurze Mitteilung des körperlichen Status' enthält folgende Informationen:
 - Überschrift: Bitte um kurze Mitteilung des körperlichen Status soweit für die psychotherapeutische Behandlung relevant.
 - Hinweis: Hierzu ist ausschließlich Formular Muster 22 zu nutzen (Bezug Formularengabe KVSH) – wird auch vom Praxisverwaltungsprogramm erzeugt. Berechnungsfähig: 01612 EBM
 - Anweisung: Sollten Sie ein Durchschreibeformular benutzen, bitte daran denken, unbedingt alle Seiten mit dem Praxistempel zu versehen!
 - Ein Feld für die Unterschrift des Konsiliararztes ist vorhanden.
 - Ein Feld für die Rechnungsnummer ist vorhanden.
 - Ein Feld für die Angabe des Praxistempels ist vorhanden.

dem Arzt auch eine Diagnose mitgeteilt werden. Dies erweitert nicht nur den Kenntnisstand des Arztes, sondern ist auch für die Abrechnung seiner Leistung (GOP 01612 EBM) notwendig.

Der Konsiliararzt

Der Konsiliararzt hat den Bericht nach persönlicher Untersuchung des Patienten zu erstellen. Der Bericht ist dem Psychotherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln. Zur Abgabe des Konsiliarberichtes sind alle Vertragsärzte mit Ausnahme der folgenden Arztgruppen berechtigt: Laborärzte, Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen sowie Ärzte für Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und Humangenetik. Abweichend hiervon sind für die Abgabe eines Konsiliarberichtes vor einer psychotherapeutischen Behandlung von Kindern folgende Vertragsärzte berechtigt: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, für Innere Medizin und für Allgemeinmedizin sowie praktische Ärzte. Der Konsiliararzt liest die elektronische Gesundheitskarte des Patienten ein und übernimmt Namen sowie Arzt- und Betriebsstättennummer des überweisenden Psychotherapeuten auf den Konsiliarbericht (Formular 22). Beides geht aus dem für ihn bestimmten Überweisungsformular Muster 7 hervor.

Formular Muster 22 - Konsiliarbericht

Für den Konsiliarbericht ist im GKV-System das Formular Muster 22 verbindlich und kann von Konsiliarärzten als Durchschreibeformular bei der Formularengabe der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) bezogen werden. Die Erstellung kann neben der Nutzung des vierseitigen Durchschreibeformulars auch über Blankoformulardruck der Praxisverwaltungssoftware vollzogen werden. Ein Ausdruck über die Praxisverwaltungssoftware hat auf Sicherheitspapier im DIN A4-Format zu erfolgen. In jedem Fall besteht der Konsiliarbericht aus vier Seiten. Die erste Seite (22a) stellt die Information für den Psychotherapeuten dar, die zweite Seite (22b) ist anonymisiert und zur Verwendung im Rahmen des Gutachterverfahrens in der Richtlinien-Psychotherapie vorgesehen. Die dritte Seite stellt die Kopie für den ausstellenden Arzt dar. Die Seite 4 (22d) – hierauf sind aus datenschutzrechtlichen Gründen die Angaben des Arztes geschwärzt oder nicht ausgedruckt – muss zusammen mit den Antragsunterlagen für die Richtlinien-Psychotherapie bei der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten eingereicht werden.

Die Weiterleitung der gesamten Unterlagen (Antrag des Versicherten und Konsiliarbericht 22d) übernimmt in der Regel die Praxis des Psychotherapeuten.

Standardinformation: körperlicher Status

Der Konsiliarbericht hat zum Ziel, den Psychotherapeuten über den körperlichen Befund zu informieren, damit er diesen gegebenenfalls bei seiner Therapieplanung mit einbeziehen kann. Im Kern geht es darum, vom Arzt Informationen über eine eventuell vorliegende, ursächlich im Zusammenhang mit dem beklagten psychischen Störungsbild stehende, somatische Erkrankung zu erhalten. Aber es sollte durchaus auch auf fehlende somatische Befunde hingewiesen werden. Andernfalls könnte es bei der Beantragung einer gutachterpflichtigen Psychotherapie wegen vermeintlich fehlender Angaben zu Verzögerungen kommen.

Ein Konsiliarbericht ist im Grunde wertlos, wenn auf ihm keinerlei Angaben zum körperlichen Status gemacht wurden, hingegen jedoch nur eine oder mehrere Diagnosen aus dem ICD-10 Kapitel F der psychischen Erkrankungen aufgeführt sind. Ein derartiges Ergebnis entspricht nicht dem Überweisungsauftrag.

Vielfältige Fehlerquellen – Konsiliarbericht unbrauchbar

Einige Nebensächlichkeiten, wie beispielsweise Eindruck Patientenkopf oder Praxisstempel des Konsiliararztes, bergen bei Erstellung des Konsiliarberichtes Probleme. Gerade bei der Erstellung dieses Berichtes per Durchschreibformular kommt es immer wieder zu Mängeln. So haben sich einige Psychotherapeuten bereits eigene Musterbriefe für Reklamationen angelegt.

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

beiliegender Konsiliarbericht ist für die Beantragung der Leistungsübernahme einer psychotherapeutischen Behandlung bei der für den o.g. Patienten zuständigen Krankenkasse **nicht** zu gebrauchen:

- von der ausstellenden Praxis ist der Patientenkopf nicht eingedruckt worden
- die Praxisstempel der ausstellenden Praxis fehlen auf allen Seiten
- der Praxisstempel der ausstellenden Praxis fehlt auf der letzten Seite (22d)
- Unterschrift des ausstellenden Arztes fehlt
- Sie haben angekreuzt, dass eine psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung erforderlich ist. Sodann muss der Patient von ihnen erst einmal zum Psychiater oder Kinder- und Jugendpsychiater überwiesen werden.

Mit freundlichen Grüßen
Praxis für Psychotherapie

Fallstrick: Psychiatrische Abklärung – Psychotherapeutische Behandlung

Zu wochenlangen Verzögerungen kommt es auf jeden Fall, wenn angekreuzt wird, dass eine „Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung erforderlich ist“.

Nun haben Psychotherapeuten im Gespräch mit Ärzten festgestellt, dass sie die anzukreuzende Möglichkeit in den meisten Fällen eher unbedacht und oft mit gegenteiliger Absicht gemacht haben. Die überwiegende Zahl der Ärzte wollte mit dem Kreuz bekunden und nochmals unterstreichen, dass eine psychotherapeutische Abklärung, auch im Sinne einer zeitnahen Aufnahme der Psychotherapie, dringend erforderlich ist. Erreicht haben Sie mit dem unbedacht gemachten Kreuz genau das Gegenteil: Es kommt zu Verzögerungen. Denn die Unterlagen bleiben beim Gutachter unbearbeitet liegen, bis diesem die Befunde einer psychiatrischen Untersuchung vorliegen.

Weitere Widrigkeit – Kontraindikation

Psychotherapeutengesetz und Psychotherapie-Richtlinien regeln klar, dass der Psychotherapeut die Indikation für die Psychotherapie stellt. Die auf dem Formular 22 Konsiliarbericht unten angegebene Möglichkeit anzukreuzen, es würde eine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung bestehen, erweckt einen gegenteiligen Eindruck und führt im Fall des Ankreuzens regelmäßig zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MDK) oder zur gänzlichen Leistungsverweigerung durch die Krankenkasse. Um auch hier unnötige Schwierigkeiten für den Patienten zu vermeiden, empfiehlt es sich, bei schwerwiegenden Bedenken, diese mit dem Psychotherapeuten in einem direkten Gespräch (beispielsweise Telefonat) zu klären.

Auch hier wird manchmal festgestellt, dass das Kreuz versehentlich gesetzt wurde. Gerade in den Fällen, in denen der Patient zuvor vom Konsiliararzt an die Praxis für Psychotherapie überwiesen wurde, stellt sich oft heraus, dass der Arzt bekunden wollte, dass keine Kontraindikation bestehe. Ein Versehen mit fatalen Folgen.

HEIKO BORCHERS, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, KIEL

Unterschriftenverfahren der Arzneimittelverträge für das Jahr 2023 abgeschlossen

Die zum 1. Januar 2023 in Kraft getretene Arzneimittelvereinbarung 2023, Zielvereinbarung für Arzneimittelversorgung 2023 und die MRG-Vereinbarung Arzneimittelversorgung 2023 wurden von den Krankenkassen(-verbänden) und der KVSH unterschrieben.

Die unterschriebenen Verträge sind unter www.kvsh.de/praxis/vertraege/arzneimittelvertraege zu finden. Gedruckte Exemplare können telefonisch bestellt werden: Tel. 04551 883 931.

Honorarvereinbarung 2023 und 2024

Die Honorarvereinbarung für die Jahre 2023 und 2024 kann unter www.kvsh.de/praxis/vertraege/honorarvereinbarungen eingesehen und heruntergeladen werden. Die Vereinbarung gilt für den Vergütungszeitraum seit 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2024.

Bei Bedarf senden wir Ihnen die Honorarvereinbarung in Papierform zu: Tel. 04551 883 331

3. Änderungsvereinbarung zur Honorarvereinbarung 2022

Die 3. Änderungsvereinbarung zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2022 kann unter www.kvsh.de/praxis/vertraege/honorarvereinbarungen eingesehen und heruntergeladen werden. Die Vereinbarung gilt rückwirkend seit dem 1. Oktober 2022.

Bei Bedarf senden wir Ihnen die 3. Änderungsvereinbarung zur Honorarvereinbarung 2022 in Papierform zu: Tel. 04551 883 331.

Diagnostische Referenzwerte (DRW)

Die Ärztliche Stelle, die im Auftrag des Landes bei der KVSH die radiologisch tätigen Ärzte in allen Fragen des Strahlenschutzrechtes berät und die Qualität prüft, informiert darüber, dass das Bundesamt für Strahlenschutz die DRW für diagnostische und interventionelle Röntgenanwendungen aktualisiert und die Werte im Schnitt um 15 Prozent gesenkt hat. Neu aufgenommen wurden für die Untersuchungen von Kindern die Altersklasse „Späte Kindheit“ und die Einteilung nach Gewichtsklassen. Zusätzlich neu sind die DRW für Tomosynthese und Digitale Volumetomografie am Erwachsenen (diese beiden Untersuchungen dürfen derzeit nicht zulasten der GKV abgerechnet werden). Eine wichtige Änderung im Bereich der Computertomografie ist, dass neben dem CTDIvol nicht mehr das Dosislängenprodukt (DLP), sondern die Scanlänge Anwendung findet. Für alle Untersuchungen wird generell anstelle des Mittelwertes der Medianwert herangezogen. Bitte beachten Sie die Neuerungen.

Weitere Details unter: www.kvsh.de/praxis/qualitaet-und-fortbildung/aerztliche-stellen (Download-Center/Weiterführende Links)

Empfehlung zu Patienten-Strahlenschutzmitteln im Röntgen

Die Strahlenschutzkommission (SSK) hat ihre Empfehlung zur Verwendung von Patienten-Strahlenschutzmitteln veröffentlicht. Ein genereller Verzicht wird zwar nicht empfohlen, jedoch ist ein Paradigmenwechsel vollzogen. So ist in der Projektionsradiografie bei Erwachsenen kein Schutz notwendig (Kinder sind ausgenommen). In der Computertomografie wird dieser nur für bestimmte Untersuchungsarten empfohlen.

Informationen unter: www.kvsh.de/praxis/qualitaet-und-fortbildung/aerztliche-stellen (Download-Center/Weiterführende Links)

Menschlichkeit in Zeiten des Krieges

Dr. Oksana Ulan ist seit dem Angriff Russlands auf die Ukraine bei der Leitung einer großangelegten Hilfs- und Spendenaktion für ihr altes Heimatland ganz vorn dabei. Die Hausärztin aus Henstedt-Ulzburg (Kreis Segeberg) wurde über Nacht zur „Logistikerin“ und engagiert sich seitdem auf vielen Ebenen.



Beladen des LKW mit der Krankenhausbetten-Spende von einer Hamburger Klinik. Eine neu gegründete Rehaklinik in der Ukraine wurde damit ausgestattet.



Einpacken der chirurgischen Siebe in die Kartons. Chirurgische Kollegen in der Ukraine, die rund um die Uhr am Op-Tisch stehen, waren für die großzügige Spende sehr dankbar.

Nordlicht: *Mehr als Jahr Krieg. Mehr als ein Jahr Engagement im Auftrag der ukrainischen Ärztevereinigung in Deutschland. Was hat Sie in dieser Zeit am meisten bewegt?*

Dr. Oksana Ulan: Die Hilfsbereitschaft der Deutschen, der Aufopferungswille der freiwilligen ukrainischen Helferinnen und Helfer, die Dankbarkeit der ukrainischen Kolleginnen und Kollegen und der Bevölkerung. Die Bilder der verletzten Kinder in der Ukraine, für die wir spezielle Behandlungsmöglichkeiten gesucht haben. Die Bilder von den Kindern, die endlich ihre Medikamente von uns bekamen. Auch wenn die Kraft oft nachließ und ich dachte es geht nicht mehr, ich bin am Ende, ging es am nächsten Tag doch weiter, denn wer soll es tun, wenn nicht wir.

Nordlicht: *Sie stammen ursprünglich aus Lwiw in der Westukraine, kamen mit 18 Jahren zum Studium nach Deutschland und ließen sich 2010 in Henstedt-Ulzburg als Hausärztin nieder. Viele ihrer Familienangehörigen und Freunde leben in Kiew, Charkow und Poltawa. Wie geht es denen im Moment?*

Ulan: Meine Mutter und meine Nichte sind nach Deutschland gekommen und sind gerade bei mir. Sie leben zwar in Lwiw, das noch als ziemlich sicher gilt und nur selten bombardiert wird, aber sie konnten die ständig heulenden Sirenen nicht mehr aushalten. Meine Mutter kann mit ihren 83 Jahren auch nicht mehr jeden Tag vom vierten Stock in den Keller flüchten. Andere Verwandte, die im Osten der Ukraine leben, werden ständig beschossen oder bombardiert, erleiden entsprechende psychische Schäden oder versuchen sich mit der Situation zu arrangieren. Mein Cousin ist eingezogen worden und an der Front. Ich hoffe, dass ich ihn irgendwann wiedersehen werde.

Nordlicht: *Wie haben Sie es geschafft, neben Ihrer Familie mit zwei Kindern und der Arbeit in Ihrer Hausarztpraxis, auch noch „nebenbei“ die aufwendigen Hilfsaktionen zu organisieren?*

Ulan: Nur mit Unterstützung meines Mannes und meiner Praxiskollegen, die mir zu Hause und bei der Arbeit den Rücken freigehalten haben. Natürlich kam vieles zu kurz, aber die Hoffnung ist immer noch da, dass dieser Krieg bald vorbei ist und die Normalität zurückkehrt. Allerdings ist mir bewusst, dass auch nach dem Krieg noch viel zu tun sein wird und meine Hilfsaktionen nur die Ausrichtung ändern, aber nicht beendet sind. Die komplette medizinische Versorgung in den okkupierten Territorien ist zerstört worden und muss nach der Befreiung wieder aufgebaut werden. Es gibt mehrere zehntausend oder sogar hunderttausend Menschen, die ihre Gliedmaßen oder Sinnesorgane durch die russischen Angriffe verloren haben und Rehabilitation brauchen. Wir werden sie bei der Neueröffnung der Rehakliniken unterstützen. Ein ganz großer Bereich wird die psychische Hilfe für die Kriegsgeschädigten sein. Da gibt es schon jetzt Online-Kurse, die die Helferinnen und Helfer bei den Gesprächen unterstützen und Tipps geben. Das muss weiter ausgebaut werden.

Nordlicht: *Parallel dazu haben Sie eine Jobbörse für medizinisches Fachpersonal aus der Ukraine, das nach Deutschland geflüchtet ist, gegründet. Wie läuft das Projekt?*

Ulan: Das ist leider gescheitert. Schleswig-Holstein ist ein Flächenbundesland mit weiten Anfahrtswegen. Wenn ein ukrainischer Arzt in Lübeck wohnt und einen Deutschkurs besucht, kann er nicht täglich nach Kiel in eine Praxis reisen, die bereit ist, ihn zu beschäftigen. Ein Wohnort- und Deutschkurswechsel sind in der Regel nicht möglich. Außerdem sind die meisten Ärztinnen, die zugereist sind, Frauen mit kleinen oder schulpflichtigen Kindern. Sie haben nur für den halben Tag Kinderbetreuung, in der sie ihren Deutschkurs haben. Während der potenziell möglichen Arbeitszeit wären die Kinder aber nicht mehr versorgt. Ich habe gehört, dass ein ähnliches Projekt „Ukrainische Ärzte für ukrainische Patienten“ in Polen ein voller Erfolg war und die polnischen Kolleginnen und Kollegen sehr entlastet hat. Dort waren die Behörden viel flexibler. In Deutschland ist mir diese Idee von den Behörden gleich ver-



Ein Kloster in West-Ukraine, das sich um die Flüchtlinge aus östlichen Regionen kümmert, bekam im Winter einen Diesel Generator während der russischen Attacken auf die Infrastruktur der Ukraine.

boten worden. Das ist wirklich schade, denn es wäre für die deutschen Kolleginnen und Kollegen sicherlich auch eine große Hilfe gewesen, zumal z. B. viele Hausarztpraxen bereits vor der Flüchtlingswelle überfüllt waren.

Nordlicht: *Direkt nach dem russischen Angriff auf die Ukraine vor gut einem Jahr haben Sie in der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft um Hilfe und Spenden geworben. Was kam bei der Aktion zusammen?*

Ulan: Es sind unglaubliche 1,3 Millionen Euro an Geldspenden und etwa drei Millionen Euro an Sachspenden zusammengekommen. Allerdings aus ganz Deutschland, nicht nur aus Schleswig-Holstein. Wir haben in unserem Verein Mitglieder in fast allen Bundesländern, die sich alle um Spenden bemühen.



Die Notfallklinik in Charkiv bekam ein voll ausgestatteten Rettungswagen. Diese Stadt befindet sich unter ständigem Beschuss aus Rußland und hat täglich mehrere Verletzte bei der Zivilbevölkerung.

Wir sind sehr dankbar für diese Spenden, denn damit konnten wir viel Gutes bewirken: Drei mobile Röntgenapparate, ein chirurgisches Mikroskop für Trommelfelloperationen, einige Wundpumpen mit Zubehör, chirurgische Instrumente, Medikamente und Wundverbände sind zusammengekommen. Wir haben auch gemeinsam mit anderen humanitären Organisationen und Vereinen gearbeitet. Zum Beispiel mit dem Verein „@medical e. V.“, der zurzeit alle Transporte in die Ukraine für uns organisiert und bezahlt. Deshalb bitte ich um Spenden auch für diesen Verein, denn ohne Logistik kann keine Hilfe in der Ukraine ankommen: Medical e. V., Deutsche Bank, IBAN: DE55 2127 0024 0201 9966 00 BIC: DEUTDEDB212

Nordlicht: *Ihnen war es von Anfang an sehr wichtig, dass die Hilfsgüter direkt die Krankenhäuser erreichen. Kam und kommt alles dort an, wo es gebraucht wird?*

Ulan: Ja, denn dank unserer Partner in der Ukraine, der humanitären Organisation „Help for Ukraine“, haben wir die Möglichkeit, die Hilfe dort ankommen zu lassen, wo sie gebraucht wird. Ich bekomme Fotos und Videos, wie die Hilfe überreicht wurde. Wer sich das anschauen möchte, kann es unter www.helpforukraine.fund tun. Eine Ärztin in Kiew, die ich schon sehr lange kenne, überprüft die Anfragen und gibt sie an die Organisation weiter. So wird sichergestellt, dass z. B. für das gespendete Röntgengerät auch ein entsprechend eingerichteter Raum vorhanden ist und auch eine Ärztin oder ein Arzt, die/der das Gerät bedienen kann. Wir sind wirklich sehr froh, dass wir diese Partner in der Ukraine haben.

Nordlicht: *Sind in der nächsten Zeit weitere Hilfstransporte geplant?*

Ulan: Wir schicken mindestens einmal im Monat einen LKW los. Hamburger Kliniken und Pflegeheime spendeten Betten und Geräte und Hilfsmittel. Eine Kollegin, die ihre Praxis aufgelöst hat, spendete uns sogar ihre gesamte Praxiseinrichtung mit allen Geräten.

Nordlicht: *Erfahrungsgemäß lässt die Hilfsbereitschaft der Menschen mit der Zeit nach. Wie sah das bei Ihrer Aktion aus und womit kann momentan am besten geholfen werden?*

Ulan: Leider mussten wir unser Lager wegen Mangels an Spenden aufgeben. Es kommen zwar noch immer Geldspenden an, auch wenn nicht mehr so viel wie am Anfang. Wir sind trotzdem für jede Spende sehr dankbar, denn der Bedarf an Hilfe in der Ukraine ist leider weiterhin sehr groß. Wir bitten deshalb darum, gebrauchte Geräte, die noch funktionsfähig sind, zu spenden. Wir wollen damit die geplünderten Ambulanzen in den befreiten Gebieten ausstatten. Auch Medikamente, die z. B. von Patienten nicht vertragen wurden und die deshalb noch fast vollständig sind, nehmen wir gern.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Die Spendenaktion geht weiter

Während der Öffnungszeiten der Praxis in Dammstücken 35, 24558 Henstedt-Ulzburg können medizinische Sachspenden abgegeben werden. Ob Einmalhandschuhe, Schmerzmittel oder Erste-Hilfe-Kästen – alles wird entgegengenommen.

Dringend benötigt werden:

Schmerzmittel, Antibiotika, Asthma-Mittel, Blutstiller
Tourniquet, Bandagen, Schienen, Verbandsmaterialien
chirurgische Instrumente, Intubationszubehör,
Beatmungsutensilien, Thermodecken, Stirnleuchten,
Erste-Hilfe-Kästen

Informationen, was und wie gespendet werden kann:
www.uaevd.de oder per E-Mail-Anfrage an:
o.uland@hilfe-ua.de

Die Hilfslieferungen können natürlich auch gern mit einer Geldspende an die Ukrainische Ärztervereinigung Deutschland e. V. unterstützt werden:

Spenden-Stichwort „Medizinische Hilfe für die Ukraine“
IBAN: DE50 2305 1030 0511 3395 41
BIC: NOLADE21SHO

Oder unsere Logistiker @Medical e. V.:

Deutsche Bank
IBAN: DE55 2127 0024 0201 9966 00
BIC: DEUTDEDB212

Für die Spendenbescheinigung muss eine Adresse auf der Überweisung eingetragen sein! Wir bitten die Kollegen, die bereits gespendet haben und keine Adresse angegeben haben, uns zu schreiben, damit wir eine Spendenbescheinigung erstellen können.

Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

Ob hausärztlich oder fachärztlich, ob in der eigenen Praxis, in einer Kooperation oder angestellt, ob in der Stadt oder auf dem Land: Viele Mediziner entscheiden sich ganz bewusst für eine Niederlassung und nutzen die vielfältigen Möglichkeiten, die ihnen eine Praxistätigkeit bietet. Wer sind diese Ärzte und Psychotherapeuten? Welche Persönlichkeiten stecken dahinter? Welches Berufsverständnis haben sie?



NAME: Dr. Christian Müller
 FACHRICHTUNG: Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 SITZ DER PRAXIS: Westerland/Sylt, Kreis Nordfriesland
 NIEDERLASSUNGSFORM: Gemeinschaftspraxis

Neu niedergelassen seit: 1. August 2022

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Lange hat mich die Niederlassung abgeschreckt, weil ich annahm, dass dies zwangsweise einen Verzicht auf die operative Tätigkeit bedeuten würde. Das Angebot, hier auf Sylt als Inselarzt tätig zu werden, machte mir die Option der Verquickung von operativer Tätigkeit mit anschließender und fortdauernder Patientinnenbetreuung bewusst. Die Möglichkeit, meine Patientinnen in jenem Sinne ganzheitlich betreuen zu können, erschien mir äußerst attraktiv. Die Entscheidung für diese Praxis habe ich dann konkret auch an der Tatsache festgemacht, dass ich hier die Gelegenheit habe, mit zwei Kollegen im Team zu arbeiten. Ich bin eindeutig ein Gruppensch.

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Als kommunikativer Typ schätze ich den Austausch mit anderen Menschen. Patientengespräche, Untersuchungen und Therapie-Überlegungen sind alles Formen der Zuwendung, wodurch das Gegenüber sich wertgeschätzt fühlt. Tatsächlich ziehe ich viel Kraft aus dieser Wertschätzung. An meinem Beruf als Frauenarzt begeistert mich das Wunder neu entstehenden Lebens jeden Tag aufs Neue.

3. Welchen Tipp würden Sie Kollegen geben, die sich ebenfalls niederlassen wollen?

Für die Entscheidungsfindung hat es mir enorm geholfen, meine Tätigkeit als Oberarzt in einer Frauenklinik zunächst nur zu reduzieren und mit einem halben Stellenanteil im MVZ der Klinik in die vertragsärztliche Versorgung hineinschnuppern zu können. Ich hatte die Sicherheit, jederzeit zurück in die Klinik zu können, wenn mir die neue Tätigkeit nicht gefallen hätte.

4. Welchen berühmten Menschen würden Sie gern treffen und was würden Sie ihn fragen?

Bei dieser Frage fällt mir keine berühmte Persönlichkeit ein. Mein ehemaliger Chef am Klinikum Emden, Holger Heimann, war ein sehr belesener und vielseitig interessierter Mensch, der leider viel zu früh verstorben ist. Ihn würde ich heute gerne noch oft um Rat fragen, nicht nur in fachlichen Belangen, sondern einfach, weil seine Meinung in vielen Dingen für mich immer noch von Interesse wäre.

5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Nach vielen Jahren habe ich mir hier auf Sylt endlich wieder einen Chor gesucht. Nach einem anstrengenden Arbeitstag abends mit netten Leuten gemeinsam zu singen, ist tatsächlich Entspannung pur für mich.

6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

Antoine de Saint-Exupéry: „Der kleine Prinz“; Peter Trabert: „Töne aller Arten“

7. Warum ist Schleswig-Holstein das ideale Land, um sich als Arzt niederzulassen?

Ich bin hier aufgewachsen und mag die ehrliche und oftmals unverblühte norddeutsche Art. In der Regel weiß man, woran man ist. Landschaftlich besticht das Land zwischen den Meeren eindeutig durch die von Nord- und Ostsee ganz unterschiedlich geprägter Natur. Und schlussendlich leben in Schleswig-Holstein die glücklichsten Menschen Deutschlands.

8. Wenn ich nicht Arzt geworden wäre, dann wäre ich ...

Journalist

Praxisabgeber sagen „Tschüss“

Niedergelassene aus Schleswig-Holstein, die ihre Praxistätigkeit beendet haben, verabschieden sich in einem persönlichen Steckbrief.



© privat

NAME: Peter Grosfeld
 FACHRICHTUNG: Arzt für Allgemeinmedizin
 SITZ DER PRAXIS: Grömitz
 NIEDERLASSUNGSFORM: Gemeinschaftspraxis

Praxis geführt von 11/1990 bis 6/2023
 Praxisnachfolger: Anneliese Umlauf, Alexander Leopold und Silke Kassner (angestellt)

1. Was war für Sie das Schönste an Ihrer Berufszeit?

Es gab viele schöne Momente. Am Schönsten für mich war das große Vertrauen, was mir seitens der Patienten, die ich teilweise über Generationen hinweg betreut habe, geschenkt wurde. Somit durfte ich auch Einblicke in ihr Leben gewinnen, was für mich auch eine persönliche Bereicherung war.

2. An welchen Moment erinnern Sie sich besonders gern zurück?

Meine Praxistätigkeit war nie langweilig, sondern immer abwechslungsreich und herausfordernd. Nicht selten kam durch die vielen Urlaubsgäste in den Sommermonaten das Gefühl einer poliklinischen Tätigkeit auf. Für mich bleiben die vielen kleinen Einzelerfolge in guter Erinnerung, wenn ich Patienten weiterhelfen konnte. Eine sehr lustige Erinnerung habe ich an einen heißen Sommernachmittag in den 90er Jahren. Wir hatten zur Klimatisierung die Hintertüre in unserer „Landarztpraxis“ offengelassen. Eine neugierige Maus nutzte die Gelegenheit zum Besuch und rannte schnurstracks über den Flur Richtung Wartezimmer. Alle im Flur sitzenden Patienten stießen einen Schrei aus und hoben synchron ihre Beine vom Boden ab. Die Maus ließ sich fangen und wieder ins Freie zurücksetzen.

3. Gibt es etwas, dass Sie anders machen würden?

In den ersten Praxisjahren habe ich nur sehr wenig Urlaub genommen und das Familienleben wurde der Praxis untergeordnet. Das würde ich heute anders machen.

4. Was war Ihr Rezept, den Praxisalltag einmal hinter sich zu lassen?

Die Praxis war immer präsent, in den ersten zehn Jahren noch durch den nicht organisierten Notdienst Tag und Nacht. Am besten konnte ich abschalten durch Laufsporttraining in der Mittagspause mit meiner Kollegin vor Ort und am Abend durch Saxofon spielen alleine oder in einer Big Band.

5. Womit werden Sie Ihren Ruhestand ausfüllen?

Ich habe jetzt endlich Zeit für die Familie und besonders für meine Enkelkinder. Und für meine Hobbys: Musizieren, Radfahren, Tango tanzen, Fitnessstraining und Wandern

6. Was ist Ihr Lieblingssort in Schleswig-Holstein?

Natürlich Grömitz mit Strand, Ostsee und schönem Hinterland

7. Haben Sie ein Lebensmotto?

„Geist und Körper, innig sind sie ja verwandt. Ist jener froh, gleich fühlt sich dieser frei und wohl, und manches Übel flüchtet vor der Heiterkeit.“ (Zitat: J. W. v. Goethe)

8. Welchen Tipp geben Sie jungen Kollegen, die sich niederlassen wollen?

Ein Großteil der Patienten in der täglichen Praxis leidet an Beschwerden des Bewegungsapparates. Ich empfand es als sehr hilfreich, eine Weiterbildung in Chirotherapie und Osteopathie absolviert zu haben. Und das Wichtigste vor allem: Immer auf Augenhöhe mit den MFA bleiben!

Welche Arzneimittel sind grundsätzlich verordnungsfähig? Wie viele Heilmittel dürfen pro Rezept verordnet werden? Welche Budgetgrenzen sind zu beachten? Diese Fragen stellen sich niedergelassene Ärzte immer wieder, denn die Gefahr ist groß, in die „Regress-Falle“ zu tappen. Damit Sie sicher durch den Verordnungsdschungel kommen, informieren wir Sie auf dieser Seite über die gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

Sicher durch den Verordnungsdschungel

Patienteninfo zur Verordnung von Protonenpumpenhemmern (PPI)

Auf unserer Website unter www.kvsh.de/praxis/verordnungen haben wir im Downloadbereich eine Patienteninformation zur Verordnung von PPI bereitgestellt. In dieser Information wird unter anderem hervorgehoben, dass eine vorbeugende Einnahme von PPI nicht zulasten der Krankenkassen erfolgen darf.

Praxisinformationen zu den Zielfeldern

Ebenfalls auf unserer Website unter www.kvsh.de/praxis/verordnungen/arzneimittel finden Sie relevante Informationen (z. B. Preisinformationen zum Feld Antidiabetika ohne Insulin) zur Einhaltung der Zielfelder. Dieser Punkt wird laufend um weitere Tipps ergänzt.

Off-Label-Use: Das kann teuer werden

Aus aktuellem Anlass möchten wir noch einmal an die Kodierung der Diagnosen erinnern. Der ICD-10 muss zur Verordnung eines Arzneimittels passen, sonst handelt es sich um einen Off-Label-Use.

Auch bei Überschreitung der Höchstdosis könnten die Krankenkassen Einzelfallanträge stellen. Bitte überprüfen Sie vor jeder Verordnung, ob der Anwendungszeitraum zur vorherigen Verordnung passt.

„Abnehm-Spritze“

In den sozialen Medien und der Laienpresse wird zurzeit das Medikament Ozempic® als „Abnehmspritze“ gehypt. Bitte denken Sie daran, dass Ozempic® nur für die Behandlung des Diabetes zugelassen ist. Bei einem Einsatz ohne vorliegenden Diabetes handelt es sich um Off-Label-Use und hat Regresse zur Folge. Darüber hinaus führt dieser Hype bereits zu Engpässen in der Versorgung von Patienten, die das Medikament wirklich benötigen. Für adipöse Patienten gibt es das Präparat Saxenda® mit dem Wirkstoff Liraglutid, welches nicht zulasten der Krankenkassen verordnet werden kann.

THOMAS FROHBERG, KVSH

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel und Impfstoffe

	Telefon	E-Mail
Thomas Frohberg	04551 883 304	thomas.frohberg@kvsh.de

Beratungsapothecker

Cornelius Aust	04551 883 351	cornelius.aust@kvsh.de
----------------	---------------	------------------------

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel, Impfstoffe und Hilfsmittel

Ellen Roy	04551 883 931	ellen.roy@kvsh.de
-----------	---------------	-------------------

Ihre Ansprechpartnerin im Bereich Sprechstundenbedarf

Heidi Dabelstein	04551 883 353	heidi.dabelstein@kvsh.de
------------------	---------------	--------------------------

Sie fragen
wir antworten

INFO-TEAM

Auf dieser Seite gehen wir auf Fragen ein, die dem Info-Team der KVSH gestellt werden. Die Antworten sollen helfen, Ihren Praxisalltag besser zu bewältigen.

INFO-TEAM

Tel. 04551 883 883
Montag bis Donnerstag
8.00 bis 17.00 Uhr
und Freitag
8.00 bis 14.00 Uhr
info-team@kvsh.de

Die GOP 01470 EBM (Erstverordnung digitaler Gesundheitsanwendungen) ist seit dem 4. Quartal 2022 nicht mehr berechnungsfähig, gibt es hierfür einen Ersatz?

Die GOP 01470 EBM war nur zeitlich befristet in den EBM aufgenommen und ist zum 1. Oktober 2022 ersatzlos entfallen.

Im Rahmen der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGa) können bei einigen Apps nur noch die Verlaufskontrollen berechnet werden. Die GOP hierfür und welche Apps betroffen sind, finden Sie im EBM ab der GOP 01471 und folgende.

Kann die GOP 01820 EBM (Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung im Rahmen der Empfängnisregelung, Geburtshilfe und Schwangerschaftsabbrüchen) ausschließlich von gynäkologischen Praxen abgerechnet werden?

Die GOP 01820 EBM ist nicht auf bestimmte Fachgruppen beschränkt. Auch z. B. Hausärzte könnten diese GOP abrechnen, sofern hier Leistungen im Rahmen der Empfängnisregelung nach der Leistungslegende erbracht werden.

Im Rahmen der Honorarabrechnung wird bei einigen Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese bei männlichen Patienten abgerechnet werden, das Suffix „M“ von der KV zugesetzt. Sollte diese Kennzeichnung durch die Praxis erfolgen?

Der Zusatz des Suffix erfolgt in diesen Fällen (z. B. Hautkrebscreening 01745 wird bei männlichen Patienten zu 01745M), automatisch von der KV. Die Praxen rechnen die GOP ohne Suffix-Kennzeichnung ab.

Wird der Zuschlag zur eArztbriefversand pauschale, GOP 01660 EBM, automatisch von der KV zugesetzt?

Diese GOP wird nicht automatisch von der KV zugefügt und muss von der Praxis zum Ansatz gebracht werden, wenn ein Brief via KIM-Dienst versandt wird.

NEUES URTEIL DES BGH

Vertragsarzt und Untreue

Keine Vermögensbetreuungspflicht des Vertragsarztes gegenüber den Krankenkassen bei der Verordnung häuslicher Krankenpflege



Die Empörung in der Vertragsärzteschaft war groß, als vor Jahren der Bundesgerichtshof (BGH), fußend auf einem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) aus dem Jahre 2001, feststellte, dass ein Vertragsarzt wegen Untreue nach Paragraph 266 Strafgesetzbuch (StGB) zu bestrafen ist, wenn er zulasten der Krankenkasse unrichtige Heilmittelverordnungen oder Sprechstundenbedarfsabforderungen vornimmt.

Empörung und Kritik richteten sich dabei vor allem gegen die Auffassung der Gerichte, der Vertragsarzt sei hier als Sachwalter der Vermögensinteressen der Krankenkassen anzusehen. Der Unmut war auf den ersten Blick verständlich, kollidierte doch die Sachwalter- bzw. Vermögensbetreuungsargumentation erheblich mit dem Selbstverständnis der Ärzte, als selbstständige Freiberufler ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet zu sein. Schließlich war auch noch niemand auf die Idee gekommen, z. B. Rechtsanwälte als Sachwalter der Vermögensinteressen von Rechtsschutzversicherungen in die Pflicht zu nehmen.

Die Begründung von BVerfG und BGH leitete sich jedoch aus dem ungleich komplexeren Leistungs- und Verpflichtungsgefüge der Gesetzlichen Krankenversicherung her (das für die Vertragsärzte aber durchaus auch Vorteile mit sich bringt, die anderen freien Berufen fremd sind). So sei eine Betreuungspflicht der Vertragsärzte für das Vermögen der gesetzlichen Krankenkassen im Falle der Verordnung von Heilmitteln zu bejahen, weil mit der Verordnung der aus dem SGB V folgende Leistungsanspruch der Versicherten gegen die Krankenkasse verbindlich konkretisiert werde, also ohne dass die Krankenkasse noch eine eigene Entscheidungs- oder Kontrollmöglichkeit hat. Mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot werde deshalb der Vertragsarzt zum Sachwalter der Kassenfinanzen insgesamt (BGH 4 StR 163/16 vom 16.8.2016 und ähnlich für den Sprechstundenbedarf BGB 5 StR 46/17 vom 25.7.2017).

Mit dieser Rechtsprechung setzte der BGH auf einen Beschluss des 1. Senates des BVerfG vom 20. März 2001 auf, in dem es eigentlich um die Verfassungsmäßigkeit der Zulassungsgrenze von 55 Jahren ging. In einem sogenannten obiter dictum stellte der Senat jedoch zusätzlich fest, dass der Vertragsarzt auch Sachwalter der Kassenfinanzen insgesamt sei (1 BvR 491/96 Rn 531).

Die hierauf Bezug nehmenden Bemühungen in der Dissertation eines Jura-Doktoranten, auch zu einer Strafbarkeit von Vertragsärzten wegen Bestechlichkeit nach Paragraph 299 StGB zu gelangen, wurden von Rechtsprechung und Kommentarliteratur dankenswerterweise nicht aufgegriffen, da die seinerzeit bestehende Gesetzeslage dies schlicht nicht hergab. Von der bundesverfassungsgerichtlich in rechtsfortbildender Weise verfügte Sachwalterstellung auch noch darauf zu schließen, dass Vertragsärzte gar Beauftragte der Krankenkassen seien (wie es der Wortlaut des Paragraphen 299 StGB erfordert hätte), schien denn doch zu abenteuerlich. Allerdings erregte die Diskussion dieser These in Justizkreisen erhebliches Aufsehen und ließ die Politik neben anderen Erwägungen nicht eher ruhen, bis am 1. November 2016 das sogenannte Antikorruptionsgesetz in Kraft trat. Nach dessen Paragraph 299a StGB mit einer Strafandrohung von Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe können sich nun auch Vertragsärzte der Bestechlichkeit schuldig machen bzw. sind, wie es im Juristendeutsch heißt, „taugliche Täter“ von Bestechungsdelikten.

Zum Untreuetatbestand nach Paragraph 266 StGB, der neben der Geldstrafe sogar eine Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren vorsieht, erging jetzt immerhin ein neueres Urteil des BGH, wonach eine Strafbarkeit wegen Untreue bei der unrichtigen Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach Paragraph 37 SGB V ausscheidet. In konsequenter Fortführung der bisherigen Begründung verneint der große Strafsenat des BGH hier die eine Vermögensbetreuungspflicht begründende Rechtsmacht des Vertragsarztes, da die Krankenkasse hier über weitergehende verfahrensrechtliche Kontrollmöglichkeiten verfüge und es daher nicht allein in der Hand des verordnenden Arztes liege, ob es zu einer Leistungserbringung auf Kosten der Krankenkassen komme. Denn anders als bei Heilmitteln und Sprechstundenbedarf, bei denen der ärztlichen Verordnung keine Genehmigungentscheidung der Krankenkasse nachfolgt, trete der Leistungsfall bei der häuslichen Krankenpflege in formaler Hinsicht erst ein, wenn vor Leistungsbeginn eine Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse ergehe. Hat diese Zweifel an der Erforderlichkeit verordneter Maßnahmen, habe sie hierüber eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Aus diesen Gründen hob der BGH die vorhergehende Verurteilung des Vertragsarztes durch das Landgericht Bochum als Vorinstanz auf (BGH 4 StR 350/20 vom 11.5.2021).

Allerdings hatte in dem Bochumer Fall der Vertragsarzt mit der Inhaberin eines Pflegedienstes kollusiv zum Zwecke beidseitigen Vermögenszuwachses zusammengearbeitet, was der Pflegedienstbetreiberin eine Verurteilung wegen Betruges nach Paragraph 263 StGB (i. d. R. Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe) und dem Vertragsarzt eine Verurteilung wegen Beihilfe zum Betrug einbrachte.

RECHTSANWALT KLAUS-HENNING STERZIK, JUSTITIAR A. D.

FÜR ÄRZTE, PSYCHOTHERAPEUTEN UND MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

THEMA: *Qualitätsmanagement –
die G-BA-Richtlinie erfüllen*

DATUM: 14. JUNI 2023, 14.00 BIS 18.00 UHR

In diesem Seminar erhalten Sie umfangreiche Informationen, wie Sie die Anforderungen aus der Richtlinie „Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses mit geringem Aufwand umsetzen können.

INHALTE DES SEMINARS:

- gesetzliche Anforderungen für die Praxis
- QM-System zur Erleichterung der Umsetzung
- Schnelle und systematische Dokumentation zur Erfüllung der Richtlinie
- Notwendige Beauftragte und regelmäßige Schulungen in Ihrer Praxis
- Anforderungen an Ihre Praxis bei z. B. Arbeitsschutz, Medizinprodukten und Hygiene
- Checklisten und Unterweisungsunterlagen zum direkten Gebrauch in Ihrer Praxis
- Unterstützung der KV bei der Umsetzung

ORT: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: 50 Euro (inkl. Seminarunterlagen und Verpflegung)

FORTBILDUNGSPUNKTE: 5

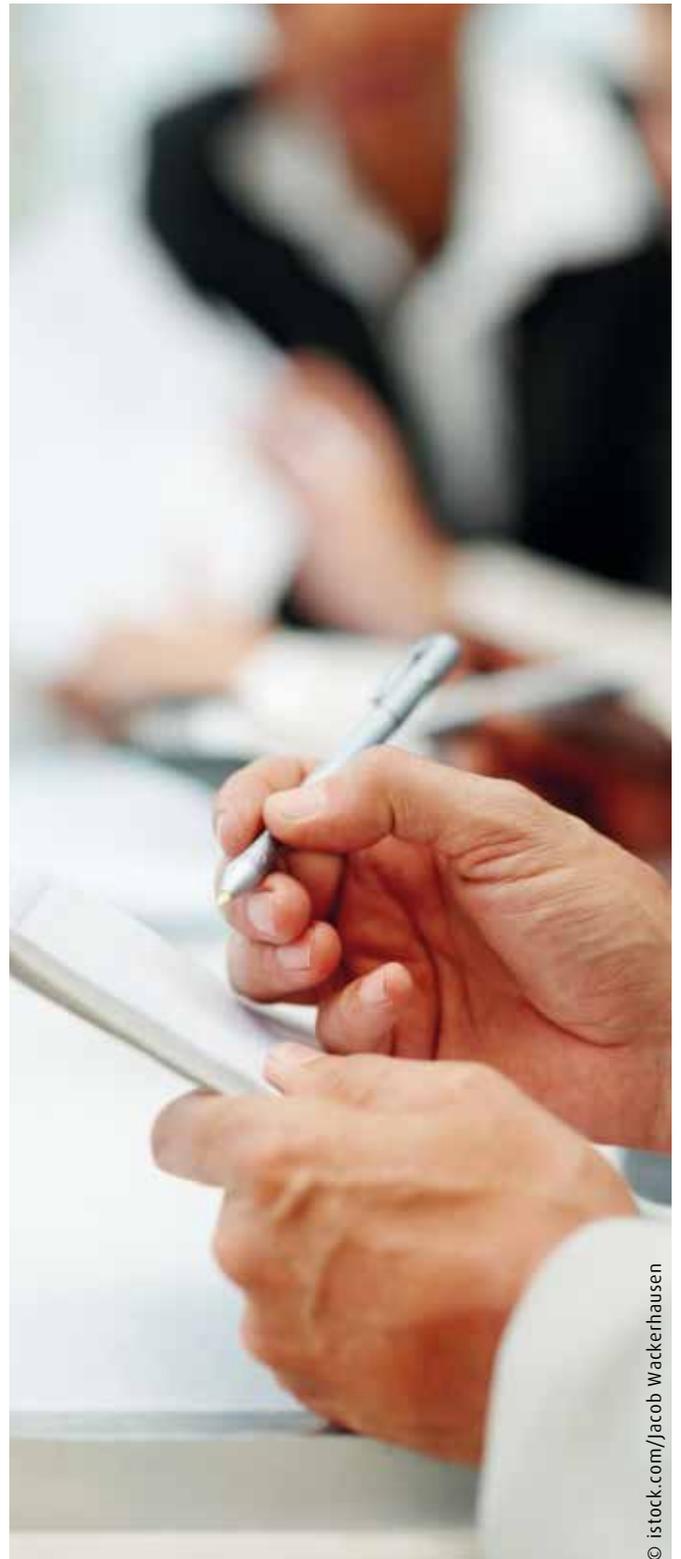
TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Verbindliche Anmeldungen können Sie online unter www.kvsh.de/termine vornehmen. Diese werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

WEITERER TERMIN: 4. Oktober 2023, 14.00 bis 18.00 Uhr

FRAGEN ZUR ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg
Stefanie Mertens
E-Mail: seminare@kvsh.de



FORTBILDUNGSANGEBOT

FÜR ÄRZTE, PSYCHOTHERAPEUTEN UND MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

THEMA: QEP®-Einführungsseminar –
zweitägig

DATUM: 8. SEPTEMBER 2023, 15.00 BIS 19.00 UHR
9. SEPTEMBER 2023, 9.00 BIS 17.00 UHR

Mit QEP® stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein für Praxen spezifisches Qualitätsmanagementverfahren zur Verfügung. QEP® – „Qualität und Entwicklung in Praxen“ – wurde gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, QM-Experten und unter Einbeziehung von Berufsverbänden und Arzthelferinnen entwickelt. QEP® bietet Ihnen eine konsequente Praxisorientierung und eine einfache Anwendbarkeit mit vielen Umsetzungsvorschlägen und Musterdokumenten.

INHALTE DES SEMINARS:

- Vermittlung von Grundlagen des Qualitätsmanagements; Vorteile und Grenzen von QM
- Einstieg in das QM-System QEP® (Qualität und Entwicklung in Praxen)
- Intensive praktische Übungen mit den Materialien des QEP®-Systems (Qualitätszielkatalog kompakt/QEP®-Manual)
- Arbeitstechniken und Werkzeuge; erste Schritte für den Aufbau eines QM-Systems in der eigenen Praxis

ORT: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: 200 Euro (inkl. Seminarunterlagen QEP®-
Qualitätszielkatalog/QEP®-Manual und Verpflegung)

FORTBILDUNGSPUNKTE: 18

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Verbindliche Anmeldungen können Sie online unter www.kvsh.de/termine vornehmen. Diese werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

FRAGEN ZUR ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg
Stefanie Mertens
E-Mail: seminare@kvsh.de

FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

THEMA: Moderatorengrundausbildung
für Qualitätszirkel – zweitägig

DATUM: 22. SEPTEMBER 2023, 15.00 BIS 21.00 UHR
23. SEPTEMBER 2023, 9.00 BIS 17.00 UHR

Ein ergebnisorientiertes Arbeiten im Qualitätszirkel setzt eine zielorientierte, achtsame und methodischen Moderation voraus. Dies erfordert Übung und Methodik, welche wesentliche Bestandteile der Moderatorengrundausbildung für Qualitätszirkel sind. Um Ihnen als angehender Moderator die Arbeit zu erleichtern wurden in den letzten Jahren viele Techniken und sogenannte Qualitätszirkelmodule entwickelt.

INHALTE DES SEMINARS:

- Moderationstechniken
- QZ-Module
- Übung von Moderationssituationen
- Umgang mit Teilnehmern
- Kommunikation und Gruppendynamik
- Rahmenbedingungen zur Qualitätszirkelarbeit
- Gründung von Qualitätszirkeln

ORT: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: 200 Euro inklusive (inkl. Seminarunterlagen und Verpflegung)

FORTBILDUNGSPUNKTE: 20

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Verbindliche Anmeldungen können Sie online unter www.kvsh.de/termine vornehmen. Diese werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

WEITERER TERMIN:

17. November 2023, 15.00 bis 21.00 Uhr und
18. November 2023, 9.00 bis 17.00 Uhr

FRAGEN ZUR ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg
Stefanie Mertens
E-Mail: seminare@kvsh.de

Veranstaltungen *Wir übernehmen nur für KVSH-Termine Gewähr.*

Schleswig-Holstein

13. JUNI 2023, 17.00 BIS 18.30 UHR

5. Landesqualitätskonferenz des Schleswig-Holsteinischen Krebsregisters als Videokonferenz

Info: Anmeldung bei Andrea Heiden, Tel. 04551 893 723 1, Fax 04551 893 723 9.

Themen:

- Kurzes Update zu den Meldewegen
- Feedback-Berichte, interaktiver klinischer Landesbericht und interaktive Qualitätskonferenzen des Krebsregisters
- Kurzberichte aus den vier Organqualitätskonferenzen Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat die Veranstaltung mit 4 Fortbildungspunkten anerkannt.

E-Mail: info@q-institut-sh.de (Um Anmeldung bei Andrea Heiden mit Angabe der EFN-Nummer wird gebeten)
www.q-institut-sh.de

14. JUNI 2023, 17.00 BIS 18.00 UHR

Hybrid-Veranstaltung – De facto: Onkologie – Aktuelle Forschung: Stroma in the Pancreas

Ort: Karl-Lennert-Krebszentrum, Haus L, Feldstr. 21, 24105 Kiel, Konferenzraum 3. OG

Info: Tel. 0431 500 18 502, Fax 0431 500 18 504

Direkteinwahl: Webex-Meeting
beitreten: Meeting-ID: 2732 954 2530,
Passwort: xYbEU4RyP83 (99238479 über Videosysteme)

E-Mail: uccsh@uksh.de
www.uksh.de/uccsh



21. JUNI 2023, 18.00 BIS 21.00 UHR

Universitäres Cancer Center Schleswig-Holstein Uro-onkologisches Sommer-Symposium

Ort: Media Docks, Willy-Brandt-Allee 31, 23554 Lübeck

Info: Tel. 0451 500 18 503, Referenten: Prof. A. Merseburger, Prof. M. Kramer, PD Dr. C. Füllhase

Tel. 0451 500 18 503

E-Mail: uccsh@uksh.de
www.uksh.de/uccsh

23. JUNI 2023, 9.00 BIS 17.15 UHR

7. Kieler Workshop – Interventionelle Endosonographie

Ort: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Abteilung für Interdisziplinäre Endoskopie, Arnold-Heller-Str. 3, Haus C, 24105 Kiel

Info: Eine Voranmeldung wird aus organisatorischen Gründen bis zum 9. Juni 2023 erbeten. Die Teilnahmegebühr beträgt 100 Euro. Fax an 0431 500-22378, Tel. 0431 500 22371 oder 22372

E-Mail: info.endoskopie.kiel@uksh.de
www.uksh.de

23. JUNI 2023, 16.00 BIS 19.00 UHR

Universitäres Cancer Center Schleswig-Holstein Kieler Leukämie Symposium

Ort: Hotel Atlantic, Raiffeisenstraße 2, 24103 Kiel

Info: Tel. 0431 500 18 501, Referent: Dr. L. Fransecky

E-Mail: uccsh@uksh.de
www.uksh.de/uccsh

24. JUNI 2023, 9.00 BIS 13.00 UHR

Universitäres Cancer Center Schleswig-Holstein 12. Lübecker Dermato-Onkologie Symposium

Ort: Hotel Atlantic, Schmiedestraße 9-15, 23552 Lübeck

Info: Tel. 0451 500 18 503, Referenten: P. Terheyden
0451 500 18 503

E-Mail: uccsh@uksh.de
www.uksh.de/uccsh

7. JULI 2023, 18.00 UHR

Gesprächskreis Post Covid

Ort: KIS, Kurhausstr. 2 (1. Stock), 23795 Bad Segeberg

Info: Die Gruppe bietet Gelegenheit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen über Themen wie: Probleme mit der Diagnose, Vielfalt der Symptome, Behandlungsmöglichkeiten, Veränderungen im Alltag, Erklärungsnotwendigkeiten usw.

Treffen: am 1. Freitag im Monat

Infos und Anmeldung bei KIS unter 04551 3005

E-Mail: kis.segeberg@awo-sh.de
www.awo-sh.de

15. SEPTEMBER 2023, 9.00 BIS 19.00 UHR

16. SEPTEMBER 2023, 9.00 BIS 19.00 UHR

Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag

Ort: Dreiklang Tagungs- und Businesshotel, Norderstraße 6, 24568 Kaltenkirchen

Info: Workshops zu verschiedenen Themen:

- ADHS im Erwachsenenalter erkennen und behandeln
 - Die Botschaft von Bohnen, Bechern und Papier (Impact-Techniken und Hypnose in Einzelsettings, Familien- und in der Elternarbeit)
 - Patientenrechtgesetz und grundlegende berufsrechtliche Regelungen
 - Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach EBM
 - Sterben, Tod und Trauer in der Familie
 - Psychosenpsychotherapie in ambulanter Praxis
 - Der tiefenpsychologisch-fundierte Bericht (Einzeltherapie/ Erwachsene)
 - Interkulturelle Aspekte in der psychotherapeutischen Praxis
 - Was tun, wenn mein/e Patient/in kiff?
- Veranstalter: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
www.dptv.de/die-dptv/landesgruppen/schleswig-holstein

KONTAKT

Ansprechpartner der KVSH

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1 - 6, 23795 Bad Segeberg
Zentrale 04551 883 0, Fax 04551 883 209

Alle Mitarbeiter der KVSH sind auch per E-Mail für Sie erreichbar: *vorname.nachname@kvsh.de*

Vorstand

Vorstandsvorsitzende

Dr. Monika Schliiffke 206/217/355/229

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

Dr. Ralph Ennenbach 206/217/355/229

Geschäftsstelle Operative Prozesse

Ekkehard Becker 486

Justitiarin

Alexandra Stebner 230

Selbstverwaltung

Regine Roscher 218

Abteilungen

Abrechnung

Andrea Werner (Leiterin) 361/534

Christopher Lewering (stellv. Leiter) 361/534

Fax 322

Abteilung Recht

Alexandra Stebner (Leiterin) 230/251

Maria Behrenbeck (stellv. Leiterin) 251

Stefanie Kuhlee 431

Hauke Hinrichsen 265

Tom-Christian Brümmer 474

Esther Petersen 498

Lisa Woelke 343

Nadine Aksu 457

Oliver Schacht (Vergaberecht) 460

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Dr. Hans-Joachim Commentz (BD-Beauftr. d. Vorstands) 579

Alexander Paquet (Leiter) 214

Arztregister

Anja Scheil/Dorit Scheske 254

Ärzte in Weiterbildung

Janine Priegnitz 384

Brigitte Teufert 358

Beratungspaptheker

Cornelius Aust 351

Datenschutzbeauftragter

Tom-Christian Brümmer 474

Ermächtigungen

Evelyn Kreker 346

Maximilian Mews 462

Coline Greiner 590

Büsa Apaydin 561

Gesundheitspolitik und Kommunikation

Delf Kröger (Leiter) 454

Marco Dethlefsen (stellv. Leiter) 818

Heil- und Hilfsmittel

Ellen Roy 931

HVM-Team/Info-Team

Stephan Rühle (Leiter) 334

Info-Team/Hotline

Telefon 883

Fax 505

IT in der Arztpraxis

Timo Wilm (Telematikinfrastruktur) 307

Kathrin Friester (TI-Finanzierungsvereinbarung) 476

Timo Rickers (EDV/PVS Beratung) 286

Niederlassung/Zulassung

Susanne Bach-Nagel 378

Martina Schütt 258

Vanessa Dohrn 456

Michelle Hansen 291

Kristina Brensa 817

Katharina Marks 634

Melanie Lübker 491

Nicole Rohwer 907

Nordlicht aktuell

Borka Totzauer 356

Jakob Wilder 475

Personal und Finanzen

Lars Schönemann (Leiter) 275

Thorsten Heller (Stellvertreter Finanzen) 237

Claudia Rode (Stellvertreterin Personal) 295

Yvonne Neumann (Entgeltabrechnung) 577

Sonja Lücke (Mitgliederbereich) 288

Katja Kodalle (Zentrale Angelegenheiten) 982

Fax 451

Plausibilitätsprüfung

Sabrina Rüdiger 691

Ulrike Moszeik 336

Pressesprecher

Marco Dethlefsen 818

Nikolaus Schmidt 381

Praxisbörse

Nicole Geue 303

Qualitätssicherung

André Zwaka (Leiter) 369

Ute Tasche (stellv. Leiterin) 485

Fax 374

Rückforderungen der Kostenträger

Björn Linders 564

Sprechstundenbedarf

Heidi Dabelstein 353

Struktur und Verträge

Simone Eberhard (Leiterin) 434

Fax 7331

Telematik-Hotline

..... 888

Teilzahlungen

Brunhild Böttcher 231

Luisa-Sophie Lütgens 465

Verordnung (Team Beratung)

Thomas Froberg 304

Widersprüche (Abteilung Recht)

Gudrun Molitor 439

Zulassung	
Bianca Hartz (Leiterin).....	255
Vanessa Dohrn (stellv. Leiterin).....	456
Fax.....	276

Stelle nach Paragraph 81a SGB V: Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Alexandra Stebner.....	230
E-Mail: infoParagraph81aSGBV@kvsh.de	

Prüfungsstelle

Bahnhofstraße 1, 23795 Bad Segeberg
 Tel. 04551 9010 0
 E-Mail: pruefung@kvsh.de

Beschwerdeausschuss

Dr. Johann David Wadepful (Vorsitzender).....	9010 0
Dr. Hartmut Günther (Stellvertreter).....	9010 0

Leiter der Dienststelle

Birgit Hanisch-Jansen (Leiterin).....	9010 21
Dr. Michael Beyer (Stellvertreter).....	9010 14

Verordnungsprüfung Arznei- und Verbandmittel

Dorthe Thede.....	9010 15
-------------------	---------

Verordnungsprüfung Heilmittel

Kristina Dykstein.....	9010 23
------------------------	---------

Sprechstundenbedarfs-, Honorarprüfung

Birgit Wiese.....	9010 12
-------------------	---------

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

Bismarckallee 7, 23795 Bad Segeberg
 Tel. 04551 89890 0, Fax 04551 89890 89

Dagmar Hergert-Lüder (Leiterin).....	89890 10
--------------------------------------	----------

IMPRESSUM

Nordlicht aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt der
 Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Herausgeber	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein Dr. Monika Schliffke (v. i. S. d. P.)
Redaktion	Marco Dethlefsen (Leiter); Jakob Wilder; Borka Totzauer (Layout); Delf Kröger; Nikolaus Schmidt
Redaktionsbeirat	Ekkehard Becker; Dr. Ralph Ennenbach; Reinhardt Hassenstein; Dr. Monika Schliffke
Druck	Grafik + Druck, Kiel
Fotos	iStockphoto
Titelbild	Olaf Schumacher

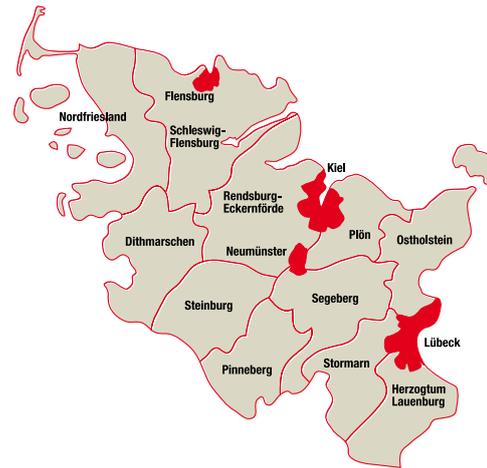
Anschrift der Redaktion
 Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg,
 Tel. 04551 883 356, E-Mail: nordlicht@kvsh.de,
 www.kvsh.de

Das **NORDLICHT** erscheint monatlich als Informationsorgan der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Namentlich gekennzeichnete Beiträge und Leserbriefe geben nicht immer die Meinung des Herausgebers wieder; sie dienen dem freien Meinungs-austausch. Jede Einsendung behandelt die Redaktion sorgfältig. Die Redaktion behält sich die Auswahl der Zuschriften sowie deren sinnwahrende Kürzung ausdrücklich vor. Die Zeitschrift, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Im Interesse der Lesbarkeit haben wir auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird, ist hiermit selbstverständlich jegliche Form des Geschlechts gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis.

Die Datenschutzhinweise der KVSH finden Sie unter www.kvsh.de.

KONTAKT

Kreisstellen der KVSH



Kiel

Kreisstelle: Herzog-Friedrich-Str. 49, 24103 Kiel

Tel 0431 93222

Fax 0431 9719682

Wolfgang Schulte am Hütle, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 0431 541771

Fax 0431 549778

E-Mail kreisstelle.kiel@kvsh.de

Lübeck

Kreisstelle: Parade 5, 23552 Lübeck

Tel 0451 72240

Fax 0451 7063179

Dr. Christian Butt, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04502 888774

Fax 04502 889095

E-Mail kreisstelle.luebeck@kvsh.de

Flensburg

Dr. Ralf Wiese, Facharzt für Anästhesiologie

Tel 0461 31545047

Fax 0461 310817

E-Mail kreisstelle.flensburg@kvsh.de

Neumünster

Dr. Carsten Klatt, Facharzt für Augenheilkunde

Tel 04321 949290

Fax 04321 949294

E-Mail kreisstelle.neumuenster@kvsh.de

Kreis Dithmarschen

Burkhard Sawade, Praktischer Arzt und Facharzt für Chirurgie

Tel 04832 8128

Fax 04832 3164

E-Mail buero@kreisstelle-dithmarschen.de

Kreis Herzogtum Lauenburg

Raimund Leineweber, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04155 2044

Fax 04155 2020

E-Mail kreisstelle.lauenburg@kvsh.de

Kreis Nordfriesland

Björn Steffensen, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04884 1313

Fax 04884 903300

E-Mail kreisstelle.nordfriesland@kvsh.de

Kreis Ostholstein

Dr. Bettina Schultz, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tel 04521 2950

Fax 04521 3989

E-Mail kreisstelle.ostholstein@kvsh.de

Kreis Pinneberg

Dr. Zouheir Hannah, Facharzt für Orthopädie

Tel 04106 82525

Fax 04106 82795

E-Mail kreisstelle.pinneberg@kvsh.de

Kreis Plön

Dr. Joachim Pohl, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04526 1000

Fax 04526 1849

E-Mail kreisstelle.ploen@kvsh.de

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Eckard Jung, Praktischer Arzt

Tel 04351 3300

Fax 04351 712561

E-Mail kreisstelle.rendsbuerg-eckernfoerde@kvsh.de

Kreis Schleswig-Flensburg

Dr. Carsten Petersen, Facharzt für Innere Medizin

Tel 04621 951950

Fax 04621 20209

E-Mail kreisstelle.schleswig@kvsh.de

Kreis Segeberg

Dr. Ilka Petersen-Vollmar, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Tel 04551 9955330

Fax 04551-9955331

E-Mail kreisstelle.segeberg@kvsh.de

Kreis Steinburg

Dr. Axel Kloetzing, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04126 1622

Fax 04126 394304

E-Mail kreisstelle.steinburg@kvsh.de

Kreis Stormarn

Dr. Hans Irmer, Arzt

Tel 04102 52610

Fax 04102 52678

E-Mail kreisstelle.stormarn@kvsh.de

ANZEIGE

Neues auf einen Klick



Schneller informiert mit den Newslettern der KVSH

Registrieren Sie sich unter

www.kvsh.de/newsletter-abonnement

Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihre Praxismitarbeiter werden durch die KVSH-Newsletter schnell und umfassend informiert.

- ▶ **Abrechnungsregelungen**
- ▶ **Informationen zur Telematikinfrastruktur**
- ▶ **Neue Verträge
und vieles mehr ...**

Interessenten können den Newsletter online einsehen und werden sofort automatisch per E-Mail informiert, sobald ein neuer Newsletter auf der Website der KVSH veröffentlicht wird.