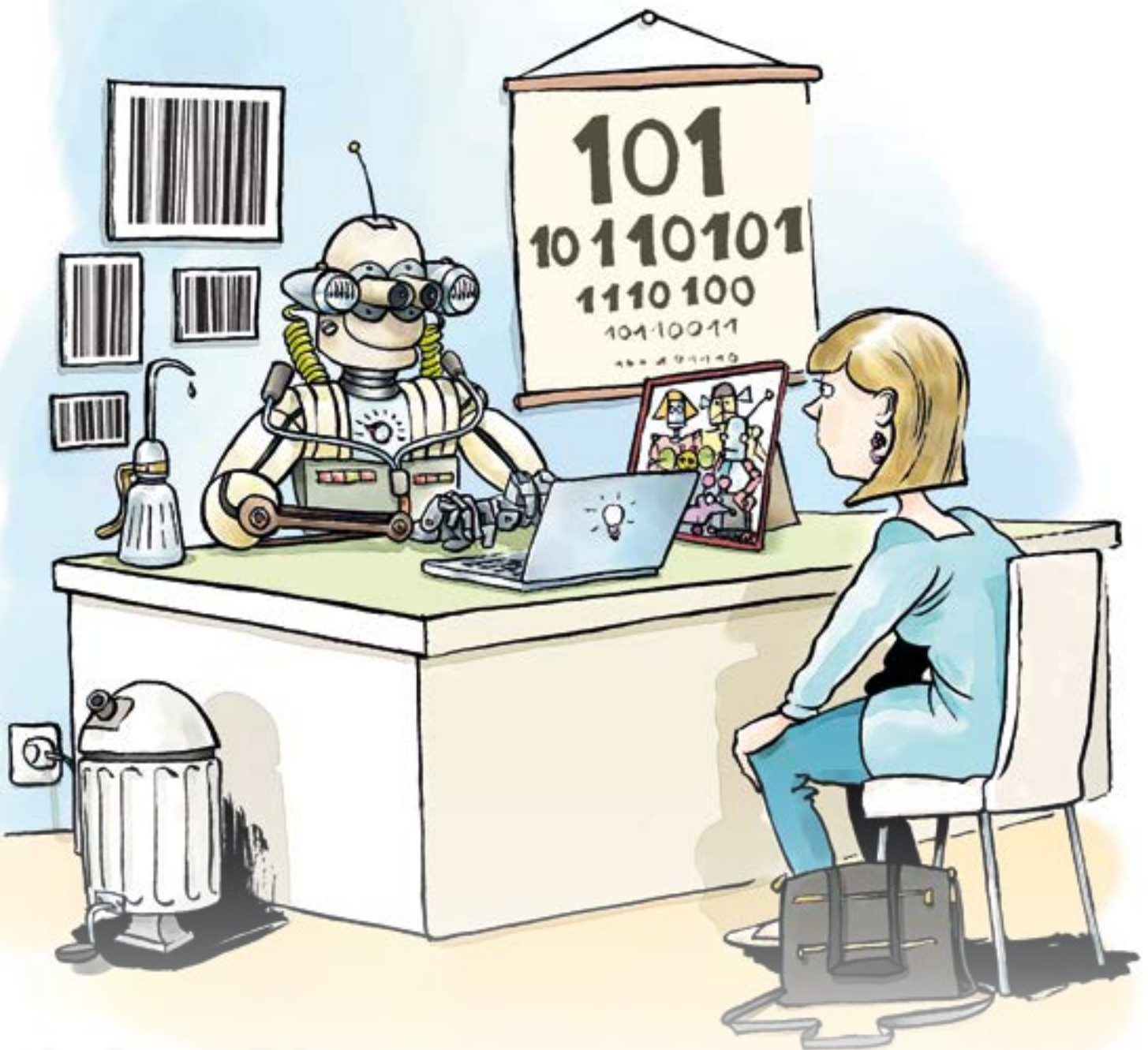


Nordlicht



August 2023 | 25. Jahrgang

A K T U E L L



KI in der Medizin

**Möglichkeiten und Risiken in
der ambulanten Versorgung**

SERVICESEITEN
AB SEITE 39

TITELTHEMA

- 4 Künstliche Intelligenz in der Medizin: Chancen und Herausforderungen in der Arztpraxis
- 6 „Man sollte eher der Evidenz als dem Hype folgen“: Interview mit Dr. Joschka Haltaufderheide, Experte für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt Digitalisierung
- 8 „KI hat eine hohe suggestive Kraft“: Interview mit Dr. Andreas Turzynski, Pathologe und „KI-Pionier“ aus Lübeck
- 10 Revolution oder Sturm im Wasserglas? Wie Praxen zur KI stehen

12 NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

- 15 Kommentar: Siesta
- 16 Lauterbach legt los: Neue Gesetze zur Digitalisierung

PRAXIS & KV

- 20 eRezept: Was Praxen jetzt wissen müssen
- 23 Nachruf Dr. Eckhard Weisner
- 24 Fortbildung: Fit für jeden Notfall
- 26 Serie zur KVSH-Chronik: Zwischen Freiheit und Verantwortung
- 31 Psychotherapie: Erstattungspauschalen für Kosten der Telematikinfrastruktur per Verordnung festgelegt

33 BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

DIE MENSCHEN IM LAND

- 34 Buchladen statt Weltreise
- 37 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein
- 38 Praxisabgeber sagen „Tschüss“

SERVICE

- 39 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 40 Sie fragen – wir antworten
- 41 Fortbildungsangebote
- 44 Termine
- 45 Ansprechpartner
- 47 Kreisstellen der KVSH
- 48 KVSH-Newsletter im Online-Abo

Aus dem Inhalt

Fluch oder Segen? Um den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) ist ein regelrechter Hype entbrannt. Auch in den Praxen stellt sich deshalb die Frage: Wie halten Ärzte und Psychotherapeuten es eigentlich mit der KI? Im Titelthema beleuchten wir verschiedene Facetten des polarisierenden Themas, lassen Experten und Anwender zu Wort kommen und fragen nach, wie Niedergelassene die Einsatzmöglichkeiten von KI einschätzen.



04

*Das Papierrezept wird digital: Versicherte können seit dem 1. Juli das eRezept mit ihrer elektronischen Gesundheitskarte in der Apotheke einlösen. Was das für die Arbeitsabläufe in den Praxen bedeutet, fasst das **Nordlicht** zusammen.*



20

34



Rettung in letzter Sekunde für den Buchladen in Bornhöved (Kreis Segeberg): Christian Kraus, Hausarzt im Ruhestand, und seine Frau Carola übernahmen das Geschäft und erfüllten es mit neuem Leben.

i

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



EDITORIAL

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

Liebe Leserinnen und Leser!

Was haben Rauchmelder und Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gemeinsam?

Meine Antwort wird womöglich verwirren: Der Nutzen ist nicht so, dass es zur Leistungspflicht aller gehören sollte, und dennoch kann das eine wie das andere im Einzelfall Leben retten. Und was trennt beides? Dass die Gesellschaft sich in einem Fall die Frage des kollektiven Nutzens gar nicht stellt, sondern per Verordnung für alle einführt und bei IGeL jedes Jahr aufs Neue vor dem vermeintlichen Unwert dieser Leistungen in der Tagesschau meint warnen zu müssen. Zum Hintergrund: Wie man aus Statistiken im Verlauf der über viele Jahre gestreckten Einführung der Rauchmelderpflicht sehen kann, besteht kein relevanter kollektiver Nutzen. Das nimmt allerdings niemand zur Kenntnis, teils weil der Sinn im Einzelfall ja unstrittig erscheint, und weil die gesellschaftliche Aufmerksamkeit in der Sparte Bauvorschriften gering ist. Bei Individuellen Gesundheitsleistungen passiert in jeder Hinsicht das Gegenteil. Ein typisches Beispiel für inkonsistente Wahrnehmungen der Politikfelder.

Positiv für uns ist, dass die allgemeine Aufmerksamkeit für Gesundheitsfragen maximal ist. Das war es aber auch schon mit dem Positiven. So sehr man daran sieht, wie stark die Patientensouveränität für oder gegen IGeL in Frage gestellt wird, so sehr dreht sich der Wind, wenn es um die Inanspruchnahme ärztlicher Leitungen im Allgemeinen geht. Nimmt man die Entwicklungen im Bereich Terminservicestelle (TSS), 116117 und die aktuellen Diskussionen zur zukünftigen Notdienstreform, so erhält man den Eindruck, dass der Patient alleine feststellen darf und soll, ob ein Behandlungsbedarf besteht. Die anderen dürfen dann springen. Aktuell erleben wir einen starken Anstieg der „No-Shows“ in der TSS auf circa 30 Prozent und sogar individuell vereinbarte Hausarzt-Facharzt-Termine sind nach den uns vorliegenden Rückmeldungen nicht frei von Fernbleibern. Hier ist die Balance zwischen den Individualrechten und den Ressourcen sowie Rechten der Ärzteschaft massiv verrutscht. Und niemand ist derzeit in der Gesundheitspolitik in Sicht, der dieses zum Thema machen will. Und warum? Weil es medial als nicht verkaufbar eingeschätzt wird. Und so hat sich aus dem Vorwurf an die Ärzte der angebotsorientierten Nachfrage längst ein nachfrageorientiertes Angebot entwickelt. Immerhin zahlen diese Entwicklungen prinzipiell wieder auf das Thema Entbudgetierung ein, denn diese macht in einer Welt der bedingungslosen Anspruchsberechtigung keinen Sinn. Insofern ist das Thema Hausarzt-Facharzt-Vermittlung (HAFA) und TSS hierfür Speerspitze, aber zu einem hohen Preis.

Soweit einige Gedanken zur Inkonsistenz menschlicher Intelligenz, was eine gute Überleitung zu den Optionen künstlicher Intelligenz ist. Dem möglichen Kontra (derzeit beispielsweise etwa im Blockbuster „Mission Impossible“ abgebildet) stehen naturgemäß erhebliche Chancen gegenüber. Da die Technik einmal geboren auch nicht wieder verschwindet, muss es darum gehen, die Vorteile zu betonen. Beispiele dafür finden Sie in diesem Heft in der Diskussion.

Ein entspanntes Lesen wünscht

Ihr

Ralph Ennenbach

Chancen und Herausforderungen in der Arztpraxis

VON DR. LARS ERIC KROLL, FACHBEREICHSL EITER IT UND DATA SCIENCE, ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG

Die Auswirkungen der verstärkten Nutzung von Large Language Models auf die vertragsärztliche Versorgung



In den letzten Jahren hat die Künstliche Intelligenz (KI) verstärkt Eingang in verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens gefunden. So unterstützen Technologien, wie die automatisierte Bilderkennung und -analyse in vielen Medizinprodukten bereits die Befundung. In der Labormedizin kann die automatisierte Musterdetektion als wichtiges Instrument dienen, um auffällige Muster oder Abweichungen in den PCR-Ergebnissen zu identifizieren, die auf neue Virenstämme hinweisen könnten. Zugleich gibt es erhebliche Erfolge bei der automatisierten Erkennung von Hauterkrankungen oder Glaukomen auf Basis von Fotos.

Gemein ist diesen Anwendungen, dass sie bisher nur eng umrissene Probleme lösen können und nicht auf einer gemeinsamen medizinischen Wissensbasis aufbauen. Typischerweise handelt

es sich um domänenspezifische Lösungen der Mustererkennung und -analyse oder hartkodierte Entscheidungsunterstützung in sehr begrenzten Anwendungsfällen. Mit der jetzt aufkommenden neuen Generation von KI-Modellen, für die das Produkt ChatGPT des Unternehmens OpenAI der bekannteste Vertreter ist, ändert sich diese Situation grundlegend. In Zukunft werden Menschen diese sogenannten Large Language Models (LLM) nutzen, um medizinische Informationen zu erhalten oder zumindest zu verstehen. Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte werden diese Tools in ihren Alltag einbinden und auch im Kontext medizinischer Fragen nutzen.

Large Language Models sind hochentwickelte statistische Modelle, die darauf trainiert sind, menschenähnliche Texte zu generieren und komplexe sprachliche Aufgaben zu erfüllen. Sie basieren auf einer riesigen Datenmenge und lernen, indem sie Sprachmuster und semantische Zusammenhänge zwischen Wörtern erkennen. Diese Modelle sind in der Lage, umfangreiche Eingabetexte zu verarbeiten und passende Ausgaben in verschiedensten Sprachen oder Terminologien zu erzeugen. Ein LLM-basierter Chatbot wie ChatGPT kann darum den Kontext aus einer längeren Unterhaltung berücksichtigen. Das bedeutet, dass der Chatbot die vorherigen Nachrichten und Antworten während des Dialogs im Hintergrund speichert und darauf zurückgreift, um angemessene und zusammenhängende neue Antworten zu generieren. Aktuell sind Chatbots noch nicht an weitere Wissensbasen angebunden und können beispielsweise nicht die Frage „Wie wird das Wetter?“ beantworten, da ihnen die aktuelle Wetterprognose des Standorts nicht zugänglich ist. Dies ist aber bereits geplant, womit der Alltagsnutzen der LLM-Technologie weiter zunimmt. Aus dieser fehlenden Anbindung von Faktenwissen resultiert, dass diese LLM-Bots manchmal „halluzinieren“ (bzw. fabulieren): Sie generieren also Antworten, die zwar gut und plausibel klingen, aber keine Faktenbasis haben.

Sprachmodelle für die Medizin

Neben den allgemein einsetzbaren Sprachmodellen wie ChatGPT gibt es auch LLM, die speziell auf den Anwendungskontext Medizin ausgerichtet sind. Sie wurden auf medizinische Fachliteratur trainiert und sollen höchsten medizinischen Anforderungen genügen. Ein Beispiel ist das Model Med-PaLM von Google Research. Die erste Version von Med-PaLM, die Ende 2022 veröffentlicht wurde, war das erste KI-System, dass laut Herstellerangaben bei Fragen im Stil des US Medical License Exam (USMLE) eine Trefferquote von 85,4 Prozent erreicht hat. Das Modell ist allerdings bisher nur ausgewählten Nutzern zugänglich und Fragen wie seine Zulassung im Rahmen des Medizinprodukterechts sind noch weitgehend ungeklärt.

Bereits heute können allgemeine Modelle aber sehr gut Texte umformulieren oder zusammenfassen. Diese Funktionalität kann auch ohne die Zulassung als Medizinprodukt in der ärztlichen Praxis sinnvoll genutzt werden. LLM-Modelle können Fragen im Hinblick auf Eingabetexte beantworten, dadurch ergeben sich, etwa in Verbindung mit der häufig nur unstrukturiert, aber digital vorliegenden medizinischen Dokumentation, Möglichkeiten zur Unterstützung der Diagnostik. So könnten PVS-Systeme darum in Zukunft LLM nutzen, um relevante Informationen aus Patientenakten zu extrahieren und so die ärztliche Behandlung unterstützen. Ebenso könnten sie bei der medizinischen Dokumentation von Behandlungsergebnissen helfen und Ärztinnen und Ärzten so wieder mehr Zeit für die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten geben.

Der Weg zur Nutzung von LLM für diese Anwendungen in den Praxen ist dabei mehr von rechtlichen als von technischen Problemen begleitet. Die heute verfügbaren Modelle, wie GPT-4 von OpenAI, sind bereits sehr leistungsfähig und prinzipiell geeignet, um die Dokumentation zu unterstützen oder Daten aus unstrukturierten Akten zu extrahieren. Sie können bereits Text mit einer Länge von mehr als 15.000 Wörtern verarbeiten und bei ihren Antworten berücksichtigen. Ihre Nutzung ist über einfach einzu- bindende kostenpflichtige Programmschnittstellen möglich und kostet ein paar Cent für 1.000 Wörter. Allerdings stehen leistungsfähige Produkte nur in der Cloud von US-Anbietern wie OpenAI zur Verfügung. Der Einsatz ist unter den Bedingungen der DSGVO und des Paragraphen 203 StGB nur schwer möglich.

Die Praxen müssen sich aber auch zunehmend darauf einstellen, dass Patientinnen und Patienten diese Modelle für die Beantwortung medizinischer Fragen nutzen. Sie werden in Zukunft damit wahrscheinlich „Dr. Google“ weitgehend ersetzen, was Fluch und Segen zugleich sein kann. So können sich Patientinnen und Patienten etwa einen Arztbrief in einfachen Worten umformulieren lassen, um ihn besser zu verstehen. Problematisch ist hingegen, wenn Modelle wie ChatGPT zweckentfremdet genutzt werden, um Diagnosen und (Selbst-) Behandlungsempfehlungen zu Symptomen zu erhalten, obwohl die Patientensicherheit dieser Aussagen nicht sichergestellt ist.

Potenzial von KI in der Arztpraxis

Die Fortschritte der Künstlichen Intelligenz im Gesundheitswesen eröffnen neue Möglichkeiten für die Unterstützung von Diagnose, Dokumentation und Patientenversorgung. Mit Large Language Models wie Chat-GPT können medizinische Informationen verständlicher vermittelt und relevante Daten aus unstrukturierten Akten extrahiert werden. Obwohl noch rechtliche Herausforderungen bestehen, zeigen die aktuellen Entwicklungen das Potenzial von KI auch in der Arztpraxis vor Ort. Die verstärkte Nutzung hat darum zweifellos Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit. Während einige ärztliche Tätigkeiten automatisierbar werden, ist es wichtig zu betonen, dass die ärztliche Expertise und der menschliche Kontakt unersetzlich bleiben. Letztlich ist ein LLM nur ein „stochastischer Papagei“, der die Wahrscheinlichkeit ausrechnet, welches Wort wohl am besten auf ein vorangegangenes Wort folgen sollte; dies mit einer hohen Präzision. Damit besitzen sie das Potenzial, neben dem Stethoskop oder Sonografie-Gerät zu einem wichtigen Werkzeug im ärztlichen Instrumentenkasten zu werden. Sie bedürfen aber ebenso einer fachkundigen Anwendung. Deswegen werden sie in absehbarer Zeit nicht in der Lage sein, ärztliche Tätigkeiten in großem Umfang zu substituieren.

„Man sollte eher der Evidenz als dem Hype folgen“

Noch ist der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) in der ambulanten Versorgung überschaubar. Wenn aber die Entwicklung in diesem Bereich Fahrt aufnimmt, müssen sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch mit ethischen Fragen auseinandersetzen. Welche das sein werden, erklärt Dr. Joschka Haltaufderheide, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt Digitalisierung an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg.

Nordlicht: Sie sind Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin und koordinieren dort die Arbeitsgruppe „Digitalisierung und Gesundheit“. Befassen Sie sich auch mit ethischen Fragen, die sich beim Einsatz von KI in der Arztpraxis stellen?

Dr. Joschka Haltaufderheide: Mit der ambulanten Versorgung haben wir uns bisher noch nicht auseinandergesetzt. Wir kennen natürlich die Entwicklungen, die an den großen Kliniken passieren. Dort läuft momentan sehr, sehr viel mit KI. Dagegen hängt insbesondere die hausärztliche Versorgung noch ein wenig hinterher, wie auch wir mit der thematischen Auseinandersetzung. Was aber künftig sehr spannend sein wird, ist der Einsatz von Künstlicher Intelligenz bei Verlaufskontrollen oder beim Entlassmanagement im Krankenhaus, das dann mit den Hausärztinnen und Hausärzten koordiniert wird. Oder aber bei der Termin- und Personalplanung, das hebt Effizienzreserven. Ein ganz wichtiger Bereich in der ambulanten Versorgung wird zudem sein, wenn KI-basierte Systeme Ärztinnen und Ärzte bei klinischen Entscheidungen unterstützen. Denken Sie an das frühzeitige Erkennen seltener oder lebensbedrohlicher Erkrankungen.

Nordlicht: Inwieweit spielen hier ethische Fragen eine Rolle?

Haltaufderheide: Wir müssen bei diesen Technologien anfangen uns klarzumachen, dass sie ein sehr großes Potenzial zum Wohle von Patientinnen und Patienten haben. Es geht beispielsweise darum, schwere Erkrankungen früher zu erkennen und besser therapieren zu können. Dazu kommt das Versprechen von größerer Effizienz und geringeren Kosten. Diesen Nutzen muss man gegen Risiken, die durch den Einsatz künstlicher Intelligenz in der Medizin entstehen, abwägen. In der ambulanten Versorgung stellt sich beispielsweise die Frage der Privatheit und Datensicherheit, vor allem weil wir deutlich größere Datensätze haben, wenn wir mit KI arbeiten.

Nordlicht: Was ist aus ethischer Sicht noch wichtig?

Haltaufderheide: Es kommt außerdem darauf an, wie wir diese Technologie in ärztliches Handeln integrieren. Hier taucht dann die Frage auf, werde ich jetzt zum Beispiel als niedergelassene Radiologin und Radiologe von der KI ersetzt? Es ist aller-

dings so, dass sich bestimmte Dinge eben nicht ersetzen lassen. Zum einen hat die Versorgung von Patientinnen und Patienten neben der Behandlung auch immer etwas mit – wie ich es nenne – Sorgepraxis zu tun. Also Fürsorge und Menschlichkeit. Hier wird es für die Maschinen immer schwierig sein. KI kann auch noch keine gesicherte Diagnose stellen. Was sie maximal kann, ist eine Empfehlung für eine Diagnose oder Therapie aussprechen, die erfolgsversprechend sein könnte.



© privat

Nordlicht: *KI kann und darf den Menschen aus ethischer Perspektive also nicht ersetzen. Welchen Umgang mit dieser Technologie muss es dann in der ambulanten Versorgung geben?*

Haltaufderheide: Man muss sich Gedanken um das Tandem machen. Nicht Mensch oder Maschine, sondern Mensch und Maschine. Es gibt aktuell eine große Diskussion in der Psychotherapie, zu der wir durch unsere Forschung an der Juniorprofessur auch beigetragen haben, nämlich: Kann man in der Psychotherapie sprechende KI einsetzen? Unter ethischen Gesichtspunkten ist das nicht ganz unproblematisch. Niemand will die Therapeutinnen und Therapeuten ersetzen, aber eine Kombination könnte hilfreich sein – Therapeut mit KI, Patient mit KI und Therapeut – dann kommen wir einen Schritt weiter.

Nordlicht: *Beim Einsatz von KI-Systemen besteht die Gefahr der Blackbox. Es kann sein, dass selbst diejenigen, die das System entwickelt und programmiert haben, nicht mehr vollständig nachvollziehen können, wie ein bestimmtes Ergebnis zustande kommt. Wie schätzen Sie das ein?*

Haltaufderheide: Da ist in mehrfacher Hinsicht eine Brisanz drin. Aus ethischer Sicht lässt sich das Problem der Blackboxes darauf herunter brechen, dass sich in der konkreten Versorgungssituation nicht mehr beurteilen lässt, wie das KI-System zu seiner Empfehlung gekommen ist. Beispiel klinische Entscheidungsfindungssysteme. Das liegt an der Komplexität der Systeme. Eine andere Ursache ist, dass bestimmte Dinge in der KI-Entwicklung dem Geschäftsgeheimnis unterliegen. Die verantwortliche Ärztin, der verantwortliche Arzt müssen sich dann die Frage stellen: Welchem Rat folge ich? Meiner eigenen Intuition und Expertise oder der Empfehlung der KI, wenn diese abweicht? Sie haben aber eigentlich keine Möglichkeit herauszufinden, wie sicher der Rat der KI ist. Das ist ethisch ein riesiges Problem.

Nordlicht: *Wie sollte damit umgegangen werden?*

Haltaufderheide: Medizinerinnen und Mediziner müssen auf diesem Gebiet systematische Technologie-Kompetenzen entwickeln, damit muss schon im Studium begonnen werden.

Nordlicht: *Braucht künftig jede Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis eine Ethikberatung oder ein Qualitätsmanagement Ethik, wenn sie KI einsetzt?*

Haltaufderheide: Nein, das glaube ich nicht. Was aber notwendig ist, dass Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit diesen Technologien geschult werden. Nicht nur technisch, sondern sie müssen auch in der Lage sein, eventuelle ethische Fallstricke zu erkennen. So wird es dann auch möglich sein, KI in einem begrenzten und regulierten Rahmen verantwortungsvoll in der Versorgung einzusetzen.

Nordlicht: *Gibt es ethische Grundsätze, die niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten beim Einsatz von KI beachten sollten?*

Haltaufderheide: Ich halte es für eine professionelle Pflicht, sich mit den Technologien und Problemen vertraut zu machen und verantwortungsbewusst damit umzugehen. Das sollte Teil des ärztlichen Berufsethos' sein. Mein zweiter Vorschlag ist, sich zu überlegen, an welcher Stelle der Einsatz von KI sinnvoll und dienlich ist, und wo nicht. Dabei sollte man eher der Evidenz als dem Hype folgen. Außerdem sollte die menschliche Seite der Medizin nicht vergessen und geringer geschätzt werden, nur weil es KI gibt.

„Welchem Rat folge ich? Meiner eigenen Intuition oder der Empfehlung der KI, wenn diese abweicht?“

Nordlicht: *Müssen KI-basierte Systeme in der Medizin so programmiert werden, dass sie auch einen ethischen Code, einen ethischen Kompass haben?*

Haltaufderheide: Das ist ein interessanter Aspekt, denn hier geht es um die Frage der Verantwortlichkeit. Eine Antwort darauf wäre, dafür zu sorgen, dass die KI ethisch denken und handeln kann. Diese Idee wird auch diskutiert, ich selbst stehe ihr aber skeptisch gegenüber. Der Schritt vom technologischen Stand, den wir im Moment erreicht haben, hin zu künstlicher Intelligenz, die ethische Entscheidungsfindungen treffen kann, wäre ein Quantensprung. Dazu wären wir aktuell, vielleicht sogar nie in der Lage.

Nordlicht: *Bleibt die Verantwortung, wenn der Einsatz von KI in der Versorgung oder Therapie schiefgeht, letztendlich bei den Niedergelassenen?*

Haltaufderheide: Fortgeschrittene KI kann Entscheidungen treffen, die weder der Kontrolle des Herstellers noch der des Arztes unterliegen. Gleichzeitig sind sie aber nicht in der Lage, selbst Verantwortung zu tragen. Aber können wir Situationen zulassen, in denen sich niemand mehr findet, der verantwortlich ist? Wo dieses Problem auftritt, müssen wir über alternative Formen der Verantwortung nachdenken. Manchmal könnte es beispielsweise für Ärztinnen und Ärzte im Sinne ihres Berufsethos' sinnvoll sein, wenn sie Verantwortung übernehmen; nicht kausal, weil sie in der Kette der Ereignisse eine wichtige Rolle gespielt haben. Hier geht es auch nicht um Schuld. Es geht vielmehr darum, für Fehler oder Probleme, die in der Zusammenarbeit von Mensch und Maschine auftreten können, aus einer ethischen Haltung heraus die professionelle Verantwortung zu übernehmen. Dazu würde dann gehören, dem Patienten Rede und Antwort zu stehen, oder den Hersteller des KI-basierten Systems darüber zu informieren, dass Probleme aufgetaucht sind. Kein angemessenes Verhalten wäre sicher, wenn es schief geht, nur mit den Schultern zu zucken. Solche Konzepte können helfen, Verantwortungslücken zumindest zu reduzieren.

DAS INTERVIEW FÜHRTE MARCO DETHLEFSEN

„KI hat eine hohe suggestive Kraft“

Dr. Andreas Turzynski begann vor rund sechs Jahren als einer der ersten Pathologen in Deutschland damit, Modelle Künstlicher Intelligenz (KI) zu entwickeln. Der niedergelassene Pathologe aus Lübeck erläutert im Interview, was in Sachen KI in seinem Fachgebiet schon funktioniert, was künftig noch zu erwarten ist und wo er Grenzen der scheinbar unendlichen Möglichkeiten sieht.

Nordlicht: *Wie hat sich die Integration von Künstlicher Intelligenz in der diagnostischen Pathologie in den letzten Jahren entwickelt und welche Fortschritte wurden dabei gemacht?*

Dr. Andreas Turzynski: Zunächst muss man sich die außerordentliche Größe von pathohistologischen Bilddaten vergegenwärtigen: Ein gescannter Objektträger hat eine Größe von durchschnittlich über einem Gigabyte (500 MB bis 4,5 GB). Ein Fall mit teilweise deutlich über 50 Schnitten hat dann ein Volumen von über 200 GB. Das ist das Datenvolumen von 1.000 CT-Untersuchungen. Es ist heute möglich, diese Datenmassen mit frei zugänglichen Programm-Bibliotheken zu verarbeiten, sodass sie in neuronalen Netzen verarbeitet werden können. Auch der aktive Einstieg in ihre Programmierung ist durch öffentlich zugängliche Programmbibliotheken wie TensorFlow/Keras oder PyTorch so einfach geworden, dass auch Nicht-Informatiker aktiv in die Entwicklung einsteigen können. Die Pathologie ist als Querschnittsfach ein diagnostisch breit angelegtes Fach mit einer entsprechend großen Diversität an Fragestellungen. Aktuell sehen wir einige kommerzielle Programme, die bei der quantitativen Auswertung bestimmter immunhistologischer Färbungen (KI67, Hormonrezeptoren und HER2/neu) assistieren. In der wissenschaftlichen Community der Pathologie hat sich mittlerweile eine relativ breite Basis von jungen Pathologen gebildet, die KI-Anwendungen zur Diagnostik und Datensätze zum Training erstellt. Auch in der ärztlichen Community werden komplexere Fragestellungen bearbeitet, wie der aktuelle Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Pathologie gezeigt hat.

Nordlicht: *In welchen Bereichen haben Sie als Pathologe Künstliche Intelligenz bereits angewandt und wo ist KI in Ihrer täglichen Arbeit besonders nützlich?*

Turzynski: Ich entwickle selbst neuronale Netze für die histologische Krebsdiagnostik. Aktuell sind zwei Projekte besonders weit entwickelt: Ein Modell aus zwei künstlichen neuronalen Netzen ist in der Lage, Prostatakarzinome zu detektieren. Das Besondere dabei ist, dass das neuronale Netz darauf trainiert ist, die Kriterien, die ein Pathologe bei der Diagnose eines Prostatakarzinoms anwendet, ebenfalls zu verwenden und diese auch im Schnitt darzustellen. Die diagnostische Entscheidung



des Modells ist damit für den anwendenden Pathologen vollständig nachvollziehbar. Es ist also kein sogenanntes „Blackbox-Verfahren“, sondern schon vom Design her erklär-bare KI, sogenannte „Explainable Artificial Intelligence“. Ein zweites Projekt beschäftigt sich mit der Vorsortierung von diagnostischen Scans, bei dem nur ein kleiner Teil der Bilddaten bei niedriger Vergrößerung dazu genutzt wird, das Gewebe, die Entnahmekategorie und grobe Veränderungen wie Entzündungen oder Malignome zu erkennen. Dieses kann bei der Priorisierung der Bearbeitung helfen und ist kein diagnostisches Werkzeug, sondern ein Workflow-Tool.

Nordlicht: *Welche Rolle spielt Ihre Praxis als Referenzinstitut für Künstliche Intelligenz im Rahmen des sogenannten EMPAIA-Projekts der Charité, des Fraunhofer-Instituts MEVIS, der Qualitätssicherungs-Initiative in der Pathologie (Qulp) und weiterer Partner in Berlin?*

Turzynski: Das EMPAIA-Projekt ist ein Projekt, das sich zur Aufgabe gemacht hat, eine cloudbasierte Plattform für die Bereitstellung von diagnostischen KI-Modellen verschiedener

Anbieter zu erstellen. Das Vorhaben wird seit 2019 vom Bundeswirtschaftsministerium gefördert. Die Plattform ist mittlerweile erstellt und muss Bilddaten unterschiedlicher Scannerformate mit unterschiedlichen Färbungen entgegennehmen und in die von den Firmen bereitgestellten Algorithmen weiterleiten. Die Referenzinstitute übermitteln hierzu Daten und beurteilen die Usability der Plattform und der Algorithmen. Die Beurteilung der Ergebnisqualität ist zwar eher ein zweitrangiger Aspekt, allerdings werden Hinweise von den Herstellern gerne entgegengenommen.

Nordlicht: Welche Schritte sind notwendig, um sicherzustellen, dass die Integration von Künstlicher Intelligenz ethisch und rechtlich verantwortungsvoll erfolgt?

„KI gehört frühestmöglich im Studium und in der Weiterbildung in den Ausbildungskatalog.“

Turzynski: Wie in der gesamten Medizin betreibt auch die Pathologie einen evidenz- und kriterienbasierten Ansatz. Krankheitsentitäten und deren diagnostischen Kriterien werden qualitativ und quantitativ so genau und nachvollziehbar definiert, dass jeder Pathologe diese valide diagnostizieren kann. Davon wissen künstliche neuronale Netze leider nichts. Ich sehe drei Hauptnotwendigkeiten:

Die wichtigste sachliche Voraussetzung für valide KI ist, dass KI in der Pathologie pathohistologische Algorithmen nachbildet und die „Dos und Don'ts“ implementiert werden. Es ist eine ähnliche Situation wie beim autonomen Fahren: Es reicht nicht aus, dass ein Auto durch gutes Training in 99 Prozent der Fälle an einer roten Ampel anhält. Die Validierung von Befunden muss unter Kontrolle, persönlicher Inaugenscheinnahme und voller Verantwortung eines Pathologen liegen. KI hat, wenn in die Diagnostik integriert, eine hohe suggestive Kraft. Der Umgang mit ihr muss trainiert werden. KI gehört frühestmöglich im Studium und in der Weiterbildung in den Ausbildungskatalog.

„KI in der Pathologie werden künftig die Pathologen selbst vorantreiben.“

Nordlicht: Wie können Sie sicherstellen, dass die von Künstlicher Intelligenz generierten Ergebnisse zuverlässig und vertrauenswürdig sind und als hilfreiches Unterstützungstool, aber nicht als Ersatz für Ihre persönliche Expertise angesehen werden?

Turzynski: In der Pathologie wird sich alles durchsetzen, was eine Qualitätsverbesserung bringt. Dieses ist fest in die moderne Medizin implementiert. Das ist die Haupttriebfeder der Pathologinnen und Pathologen. KI-Anwendungen, die die Reife erreichen und „State of the Art“ sind, werden später auch in Leitlinienempfehlungen abgebildet und vergütet. Das ist ein wissenschaftlicher, evidenzbasierter Prozess. Auch wenn ich die Beschleunigung der Entwicklungen sehe, bin ich überzeugt: Es wird in absehbarer Zeit keine generelle KI geben, die den Pathologen ersetzt. Dafür ist unser Fach zu groß, zu anspruchsvoll und zumindest in Deutschland finanziell zu unattraktiv. KI in der Pathologie werden künftig die Pathologen selbst vorantreiben. Wir werden uns nicht unser Fach von KI-Firmen zurückkaufen.

Nordlicht: Wo sehen Sie die Zukunft der Diagnostischen Pathologie, wenn die Integration von Künstlicher Intelligenz weiter fortschreitet?

Turzynski: Wie gesagt: Ich sehe die Zukunft von KI in der Pathologie als genuine Aufgabe der Pathologie selbst. Das Fach erlangt dadurch eine neue erhebliche Attraktivität für junge, Computer-affine Medizinerinnen und Mediziner. KI hat aktuell eine ähnlich hohe Attraktivität wie die Molekularpathologie vor 25 Jahren, die mittlerweile auch vollumfänglich und mit hoher Zuverlässigkeit in die Diagnostik integriert ist. Darin liegt eine große Chance für die Pathologie.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Revolution oder Sturm im Wasserglas?

Künstliche Intelligenz (KI) gewinnt auch in der ambulanten Versorgung an Bedeutung. Wie beurteilen Schleswig-Holsteins Praxen den Nutzen von KI und in welchen Bereichen setzen sie sie bereits ein? Wo sehen sie Grenzen und gibt es ethische Bedenken? Das „Nordlicht“ hat sich umgehört und ein vielschichtiges Meinungsbild eingeholt.

Künstliche Intelligenz hat kein „Bauchgefühl“



© privat

Es gibt viele auf KI-Algorithmen basierende Anwendungen, die den Alltag in der Medizin und in der Praxis erleichtern können. Bei der Auswertung von erhobenen Daten und Bildern in den technischen Disziplinen können diese hilfreich sein. Auch in der Dokumentation und beim Verfassen von Befundberichten sehe ich durchaus Anwendungsmöglichkeiten. Vielleicht könnten mit einem

Chatbot strukturierte und lesbare Klinik-Entlassungsbriefe erzeugt werden. Man darf sich allerdings nicht blind auf die Ergebnisse verlassen. Wie beim Navi im Auto ende ich dann manchmal im Nirwana oder fahre lange Umwege. Die medizinische Versorgung, sei es ärztlich, pflegerisch, physiotherapeutisch oder als MFA, ist mehr als die Anwendung erlernter Inhalte. Dazu gehören Empathie, Erkennen der Individualität der Patientinnen und Patienten und letztlich auch das Bauchgefühl. Dies kann KI nicht und wird es auch nie können. Zu befürchten und auch schon zu beobachten ist, dass manche Akteure in der Politik und der Krankenkassen die Substitution durch KI als kostengünstige Lösung der Engpässe in der Versorgung sehen.

DR. AXEL KLOETZING, FACHARZT
FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, HORST

Breite Schere zwischen Wunsch und Wirklichkeit



© privat

Derzeit findet sich kaum ein Thema, dass mehr gehypt wird als „KI in der Medizin“. Ohne Frage kann sie uns bei vielen Tätigkeiten in der Praxis dabei helfen, die knappe Ressource „Zeit“ besser zu nutzen. Bisher findet Künstliche Intelligenz in der Augenheilkunde noch keine breite Anwendung, aber auf vielen Gebieten kann sie sich zu einem hilfreichen Instrument entwickeln. Als Beispiel

ist die Netzhautuntersuchung bei Diabetikern zu nennen. Allerdings muss bei aller Euphorie berücksichtigt werden, dass es noch eine breite Schere zwischen Wunsch und Wirklichkeit gibt. So zeigt eine Studie der Universität Greifswald, dass bis zu 40 Prozent der so erhobenen Befunde aufgrund von nicht ausreichender Beurteilbarkeit der erstellten Netzhautbilder nicht bewertet werden können.

Die Vorstellung, dass KI in der Diagnostik die ärztliche Kompetenz ersetzen kann, ist derzeit abwegig. Dennoch hoffen wir auf eine schnelle Weiterentwicklung der technischen Möglichkeiten, um KI auch in der täglichen Praxis der Patientenversorgung einsetzen zu können, was bisher nicht der Fall ist. Es ist unstrittig, dass wir eine KI-gestützte Diagnostik in der Zukunft dringend benötigen, um der zunehmenden Patientenzahl bei steigender Morbidität gerecht zu werden. Da ist aber noch ein Stück des Weges zu gehen, obwohl teilweise ein komplett anderer Eindruck vermittelt wird. Wir haben keine Angst vor der KI, sondern wir erhoffen uns eine Unterstützung in unserer täglichen Arbeit. Aktuell besteht die Gefahr eher in einer leichtfertigen Substitution ärztlicher Expertise durch eine (noch) nicht ausgereifte Technik. Das Beste aus beiden Welten wird uns im Alltag zum Wohl der Patienten weiterhelfen.

DR. BERNHARD BAMBAS, FACHARZT FÜR
AUGENHEILKUNDE, BAD SEGEBERG

Sinnvoller Einsatz möglich



Grundsätzlich bin ich der Ansicht, dass KI ein gutes, sicheres und optimierendes Werkzeug in der Medizin werden kann, sofern nicht wieder irgendein „Datenschutz-Radikaler“ europäische Innovationen nach Amerika oder Asien verjagt. Der Grundsatz, dass der Schutz des Lebens und der Gesundheit höher zu bewerten ist als der Schutz der Daten des Einzelnen, sollte auch bei uns gelten. Ein „No-Go“ wäre, wenn die KI nicht mehr Werkzeug, sondern Dogma bzw. nicht mehr Helfer, sondern Befehlsgeber wird. Aber auch das ist eigentlich nichts grundsätzlich Neues, denn so sollte man auch mit medizinischer Fachliteratur, mit Leitlinien oder mit „Koryphäen-Meinungen“ umgehen und sie als Hilfestellung nutzen, sich aber nicht zu ihrem Sklaven machen und blind alles umsetzen. Solange der Mensch als Entscheidungsinstanz bleibt und die KI als Werkzeug versteht, sehe ich auch keine wirklichen ethischen Probleme. Insofern könnte ich mir folgende Einsatzbereiche als sehr sinnvoll vorstellen:

- automatisierte Erstellung von Berichten, Gutachten und Behördenbriefen
- sinnvolle Überprüfung von Medikamentenplänen, insbesondere im Hinblick auf Reduktion von Multimedikation und deren prognostische Auswirkung
- unterstützenden Einsatz im Rahmen der täglichen Differenzialdiagnostik: Man „füttert“ die KI mit den vorliegenden Befunden und erhält die denkbaren Diagnosen mit der statistischen Wahrscheinlichkeit
- Abgleich vorliegender Einzelbefunde mit großen Datenmengen und entsprechender Krankheitszuordnung. Im dermatologischen und radiologischen Bereich ist dies ja zunehmend bereits im Alltag angekommen, aber auch bei Labordaten, EKG, Echo, Sonografie und Histologie ist dies denkbar.
- Optimierung von Praxisabläufen und Termin- und Dienstplanungen

DR. JOCHEN GERLACH, FACHARZT FÜR
INNERE MEDIZIN, KALTENKIRCHEN

KI hat nichts mit Psychotherapie zu tun



Der Einsatz von KI in der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung ist für mich undenkbar. Der Erkenntnisgewinn und die nachfolgende psychotherapeutische Behandlung beruhen auf der Wahrnehmung, Berücksichtigung und der folgerichtigen Einordnung von einem Bündel an menschlichen Signalen wie Gestik, Mimik, Körperhaltung, Geruch, Sprache und Gefühlsäußerungen sowie auf der Berücksichtigung des Handelns und Verhaltens eines Patienten, da ist Künstliche Intelligenz schlichtweg überfordert.

KI hat mit dem eigentlichen Wesen und den Wirkfaktoren von Psychotherapie nichts mehr zu tun, denn sie hat keine Gefühle, ist nicht kreativ und kann nicht frei assoziieren, damit scheidet ihre Verwendung in der Behandlung von seelischen Erkrankungen an sich schon aus. Damit stellt sich allerdings auch die Frage, ob es überhaupt richtig ist, hier von Intelligenz zu sprechen. Bei Videotherapie wie bei der Verwendung von Künstlicher Intelligenz sind wichtige Wirkfaktoren psychotherapeutischer Behandlung einfach nicht vorhanden. Der Verzicht auf einige dieser Wirkfaktoren mag bis zu einem gewissen Maß ja tolerabel sein, aber bei der Verwendung von Künstlicher Intelligenz in der Behandlung seelischer Erkrankungen wäre die Grenze eindeutig überschritten.

Allerdings glaube ich, dass die Psychotherapie diesen Irrweg zunächst weiterverfolgen wird. Dies entspricht dem Zeitgeist. Dieser muss nicht unbedingt gut und gesund sein. Und dann irgendwann erfindet sich die Psychotherapie neu. Heißt: Eines Tages wird man überrascht feststellen, da gab es doch noch etwas Anderes, etwas Wirkungsvolles in der Behandlung seelischer Erkrankungen, die heilende Wirkung von echt menschlich leibhaftiger Begegnung, Zuwendung und Gesprächen.

HEIKO BORCHERS, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT,
KINDER UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, KIEL

ÄKSH

Herrmann bleibt Kammerpräsident



(v. l.): Dr. Victoria Witt, Hannah Teipel, Prof. Dr. habil. Doreen Richardt, Dr. Christiane Schwill, Anne Schluck und Dr. Gisa Andresen, (Mitte:) Prof. Dr. Henrik Herrmann

Bad Segeberg – Die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) hat auf ihrer konstituierenden Sitzung Prof. Dr. Henrik Herrmann für weitere fünf Jahre in seinem Amt als Präsident bestätigt. Wiedergewählt wurde auch Vizepräsidentin Dr. Gisa Andresen, leitende Oberärztin Anästhesie am Diako Krankenhaus Flensburg. Gegenkandidaten gab es keine. Herrmann kündigte nach seiner Wahl unter anderem an, sich in der neuen Amtsperiode für die Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung einsetzen zu wollen. „Wir benötigen weniger Inhalte, kürzere Weiterbildungszeiten und eine Abbildung der Komplexität und Spezialisierung in das lebenslange Lernen außerhalb unserer Weiterbildungssystematik, flankiert durch neue Lerndidaktiken und systematische Feedbackkultur“, erklärte er. Der neue siebenköpfige Vorstand der ÄKSH besteht aus sechs Ärztinnen und einem Arzt.

Wiedergewählt wurde Prof. Dr. habil. Doreen Richardt, Oberärztin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH). Neu in den Vorstand gewählt wurden Hannah Teipel, Ärztin in Weiterbildung am UKSH, Anne Schluck, Fachärztin für Innere Medizin in Eutin, Dr. Christine Schwill, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Dr. Victoria Witt, Fachärztin für Neurologie im Gesundheitsamt Kreis Segeberg.

Mehr Informationen unter www.aeksh.de.

VERSORGUNGSQUALITÄT

QuATRo-Qualitätssiegel für fünf Ärztenetze in Schleswig- Holstein



Qualitätssiegel für hervorragende Patientenversorgung: (v. l.) Lars Steinhaus (AOK NordWest), Lars Prinzhorn und Dr. Wolf-Dieter Arp (Praxisnetz Kiel), AOK-Landesdirektorin Iris Kröner, Christina Samavati (Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V. und in Vertretung für das Arztnetz MeNeSto), Helga Schilk (HUK & HANN e. V.), Dr. Thomas Schang (ÄNEM) und Andreas Hering (AOK NordWest).

Kiel – Gleich fünf Ärztenetze aus Schleswig-Holstein sind von der AOK NordWest für ihre hervorragende, vernetzte Patientenversorgung mit dem QuATRo-Qualitätssiegel ausgezeichnet worden. Das Arztnetz MeNeSto (Medizinnetz-Stormarn e. G.) erhielt das „Prädikat Gold“ für seine exzellenten Ergebnisse. Das Ärztenetz ÄNEM Eutin-Malente e. V., das Praxisnetz Kiel e. V., das Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V. und das Ärztenetz HUK & HANN e. V. haben das „Prädikat Silber“ für überdurchschnittliches Abschneiden bekommen. „QuATRo unterstützt uns dabei, auf dem neuesten Stand der medizinischen Standards zu bleiben und dabei einen klaren Fokus auf die Versorgungsqualität unserer Patientinnen und Patienten zu haben“, erklärte Dr. Dennis Wolter, Facharzt für Orthopädie aus Ahrensburg und Vorstandsvorsitzender des Arztnetzes MeNeSto. QuATRo steht für „Qualität in Ärztenetzen – Transparenz mit Routinedaten“, ein bundesweites AOK-Projekt zur Messung von Versorgungsqualität. Aktuell beteiligen sich 51 Ärztenetze aus neun Bundesländern, darunter sieben aus Schleswig-Holstein.

Mehr Informationen unter www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/versorgungs-qualitaet-aerzte/quatro

PRAXISJUBILÄEN 50 Jahre Hausarzt



Eggert Schiele



Dr. Klaus Nagel

Bad Segeberg – Zwei hausärztlich tätige Ärzte haben ihre 50-jährigen Niederlassungsjubiläen gefeiert. Eggert Schiele arbeitet seit Juni 1973 als praktischer Arzt in Wrist (Kreis Steinburg), seit Anfang 2022 im Angestelltenverhältnis. „Die Entscheidung, sich als Landarzt niederzulassen, hat sich als absolut richtig herausgestellt“, berichtet Jubilar Schiele. „Ich hatte 50 Jahre lang Spaß an meinem Beruf. Wir haben in unserer Praxis überwiegend nette Patienten, eine abwechslungsreiche Tätigkeit mit alltäglichen, aber auch spannenden bis hin zu dramatischen Fällen.“

Dr. Klaus Nagel führt seit März 1973 eine Praxis für Allgemeinmedizin in Scharbeutz (Kreis Ostholstein). „Das Erfolgsrezept für diese lange und immer noch mit Freuden geleistete Tätigkeit ist meine Frau, sowohl an meiner Seite, als auch in der Praxisanmeldung. Wir hoffen, dass unsere Gesundheit uns noch eine weitere aktive Zeit erlaubt“, erklärt Nagel, der sich neben seiner Praxis viele Jahre lang als Bürgervorsteher in Scharbeutz auch kommunalpolitisch engagiert hat.

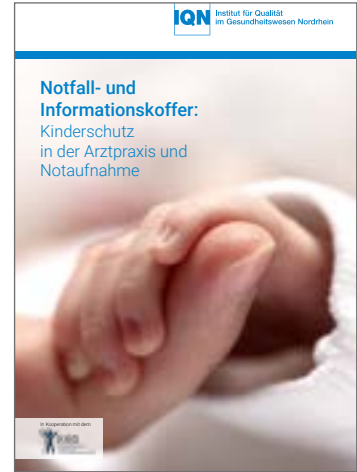
PERSONALSUCHE Bundesverband der Freien Berufe baut Jobportal aus

Berlin – Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) hat seine Online-Stellenbörse für ukrainische Geflüchtete zu einem allgemeinen Jobportal mit Stellen, Ausbildungs- und Praktikumsplätzen erweitert. Die Seite www.freie-berufe.de bietet außerdem die Möglichkeit, Inserate aufzugeben. Es gibt drei Kategorien: Job, Ausbildung und Praktikum. Suchende können gezielt nach Branche – zum Beispiel Heilberufe – sowie Voll- oder Teilzeit suchen.

Der BFB will mit der Erweiterung des Jobportals dem Fachkräftemangel in den vielen Branchen seiner Mitglieder begegnen. Laut einer Fachkräfte-Umfrage des Verbands fehlen in den freien Berufen aktuell rund 46.000 Auszubildende, 236.000 Fachkräfte sowie 60.000 Freiberuflerinnen und Freiberufler.

NEUE BROSCHÜRE Was tun bei Kindeswohlgefährdung?

Düsseldorf – Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) hat eine neue Information zum medizinischen Kinderschutz veröffentlicht. Sie soll Medizinerinnen und Mediziner dabei unterstützen, Kindeswohlgefährdung zu erkennen und konsequent sowie zielgerichtet zu handeln. Die Broschüre „Notfall- und Informationskoffer – Kinderschutz in der Arztpraxis und Notaufnahme“ richtet sich an Praxen, Notaufnahmen, Kliniken sowie alle, die mit dem Thema in Berührung kommen. Laut IQN nehmen die Fälle von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche stetig zu. Ärztinnen und Ärzten komme in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu. Gleichwohl sei es nicht immer einfach, verdächtige Verletzungen oder Verhaltensauffälligkeiten, die auf Kindesmisshandlung hindeuten können, zu erkennen. An dieser Stelle setze die Broschüre an.



Mehr Informationen und Download der Broschüre unter:
www.aekno.de/aerztekammer/iqn/notfallkoffer-kinderschutz

PATIENTENINFORMATION Wenn Hitze zum Risiko wird



Berlin – Ein überarbeitetes Infoblatt des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) bietet Hinweise und Tipps für Patienten, um gut durch die heißen Tage zu kommen. In der Patienteninformation wird erläutert, was Hitze im Körper auslösen kann und für welche Risikogruppen die hohen Temperaturen besonders gefährlich werden können.

Praxen können das Infoblatt unter www.patienten-information.de/kurzinformationen/hitze herunterladen, ausdrucken und z. B. im Wartezimmer auslegen.

DITHMARSCHEN

Praxen protestierten



Für eine bessere Gesundheitsversorgung: Protestaktion auf dem Heider Südermarkt

Meldorf – Ärztinnen und Ärzte, Praxispersonal und Patienten haben am 21. Juni auf dem Heider Südermarkt gegen die aus ihrer Sicht verfehlte Politik von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach demonstriert. Sie folgten damit einem Aufruf der Gruppe „Wir für alle“, der mehrere Haus- und Facharztpraxen aus Dithmarschen angehören. „Wir erleben jeden Tag, dass die ambulante Medizin mit dem Rücken zur Wand steht und wollen so auf unsere Nöte aufmerksam machen. Die Politik beachtet uns Niedergelassene nicht und bedenkt uns nur mit neuen Aufgaben, die wir gar nicht leisten können“, erläuterte Mitorganisatorin Dr. Melanie Möller die Hintergründe. Mit der Resonanz auf die Protestaktion ist die Allgemeinmedizinerin aus Wesselburen zufrieden. Wichtigstes Ziel sei es gewesen, erst einmal gehört zu werden. „Es haben sich rund 100 Menschen versammelt und wir haben mit Trillerpfeifen Lärm gemacht, Reden gehalten, Flyer verteilt und die Leute informiert. In den Gesprächen hat fast jeder berichtet, dass die ambulante Versorgung nicht mehr rund läuft“, erklärte sie und kündigte für September neue Proteste in Dithmarschen an. „Wir wünschen uns, dass die anderen Kreise in Schleswig-Holstein dann mitmachen, egal ob mit eigenen Aktionen oder indem sie zu uns kommen“, so Möller. Die Gruppe „Wir für alle“ wurde bei den Vorbereitungen der Demonstration vom Medizinischen Qualitätsnetz Westküste (MQW) unterstützt.

Mehr Informationen auf der Website des MQW unter www.mqw.de

ÄZQ

Patienteninformationen aktualisiert

Berlin – Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat seine Patienteninformationen zu den Themen Hautkrebsprävention, Mukoviszidose und barrierearme Praxis aktualisiert. Arztpraxen und Interessierte können die zweiseitigen Infoblätter kostenfrei herunterladen, ausdrucken und an Interessierte und deren Angehörige weitergeben.

Download unter www.patienten-information.de.

TELEMEDIZIN

Corona bringt Boom

Berlin – In den Coronajahren 2020 und 2021 haben telemedizinische Leistungen in den Praxen im Vergleich zu den Vorjahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Das zeigt die Versorgungsatlas-Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) „Telemedizin als alternativer Zugang zu vertragsärztlicher ambulanter Versorgung – Trends im Zeitraum 2017 bis 2021“. Danach stieg der Anteil der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die telemedizinische Leistungen abgerechnet haben, stark an. Waren es 2017 lediglich 4,5 Prozent, erhöhte er sich 2021 auf 25 Prozent. „Während der COVID-19-Pandemie sind die Möglichkeiten telemedizinischer Leistungen erweitert worden, um Ansteckungsrisiken zu senken und medizinische Versorgung trotz Mobilitätseinschränkungen zu ermöglichen“, erklärte der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. Annähernd die Hälfte der Honoraranforderung bei neuen Telemedizin-Patienten 2020 sei dabei auf die Psychotherapie entfallen, so von Stillfried. Weitere Ergebnisse der Studie: Telemedizinisch versorgte Patientinnen und Patienten wohnten zu 39 Prozent in Großstädten, waren im Durchschnittswert jünger (42 Jahre) und zu einem höheren Anteil Frauen (63 Prozent).

Mehr Informationen unter www.zi.de

MEDIZINSTUDIUM

Petition „FairesPJ“



Berlin – Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschland e. V. (bvmd) hat die Online-Petition „Faires PJ“ zur Verbesserung der Bedingungen im Praktischen Jahr (PJ) gestartet. Darin werden unter anderem eine einheitliche Aufwandsentschädigung, die Trennung von Krankheits- und Fehltagen sowie ein festgesetzter Mindestabstand zwischen PJ-Ende und dem Dritten Staatsexamen gefordert. Die Petition der bvmd, die deutschlandweit rund 105.000 Medizinstudentinnen und -studenten vertritt, richtet sich an das Bundesgesundheitsministerium, die Universitätskliniken und den Medizinischen Fakultätentag.

Die Petition kann unter www.openpetition.de/fairespj2023 mitgezeichnet werden.

Siesta

Es ist Sommer – und Deutschland leidet: Volle Straßen, kein Platz mehr in Hotels und auf Campingplätzen, Hochstimmung an Stränden und Baggerseen oder am heimischen Grill. Es ist Ferienstimmung im ganzen Land. Wäre da nicht diese Hitze, die einen fast umbringt. In Brandenburg muss es besonders schlimm sein. Da jagte tagelang ein Löwe ein Wildschwein. Offenbar ist es auch nachts, als die beiden gesichtet wurden, zu heiß, denn nach einigen Tagen war klar, Schwein war Schwein und nicht Löwe. Dass das aber fürsorgliche Politiker und besorgte Amtsärzte auf den Plan ruft, ist klar. Hitzepläne müssen her, Abkühlungsstrategien entwickelt werden und vor allem muss gewarnt werden. Längst helfen nicht mehr die Rezepte von früher, als da waren eine kalte Dusche oder der Sprung ins Wasser, ein Eis oder vielleicht auch zwei, ein kaltes Getränk oder ein Plätzchen im Schatten – heute müssen es andere Maßnahmen sein: Abkühlung in Kirchen beispielsweise, wie sie Karl Lauterbach empfiehlt, oder die deutschlandweite Einführung einer Siesta nach südländischem Vorbild.

Wer nicht weiß, dass wir in Deutschland sind, könnte annehmen, wir leben in der Sahel-Zone. Und selbst wenn man allen zugutehalten muss, dass sie es ja nur gut meinen, ist man ziemlich sprachlos, mit welcher Geschwindigkeit die Diskussion Fahrt aufgenommen hat. Von Seiten der Arbeitgeber heißt es, man könne sich mit einer Arbeitszeit nach Siesta-Vorbild anfreunden, die Gewerkschaften fordern umgehend staatliches Ausfallgeld für hitzebedingte Pausen – einer muss ja die Zeche zahlen – und viele Medien finden „Arbeiten wie im Süden“ ohnehin toll. Denn wenn die Sonne erst um 22 Uhr untergeht, können andere gern bis mindestens 20 Uhr arbeiten, oder? Nach dieser Logik folgt auf die Siesta einfach die Fiesta, so kennt man es doch aus den letzten Urlauben im Süden.

Dass auch ein Land wie Spanien, in dem die Siesta zum immateriellen Weltkulturerbe gehört, darüber nachdenkt, diese Zwangspause um die Mittagszeit abzuschaffen, weil die Nachteile in einer arbeitsteiligen Wettbewerbswirtschaft immer größer werden und immer weniger Berufe die Auszeit mitten am Tag umsetzen können, bleibt hierzulande wie so oft außerhalb der Betrachtung. Schließlich gilt es auch in der politischen Sommerpause Punkte zu machen. Dass Restaurants und Büros in den spanischen Großstädten tatsächlich schon Klimaanlage haben und die meisten Arbeitnehmer lieber am Arbeitsplatz bleiben, statt die Mittagszeit mit langer Auszeit zu überbrücken, passt offenbar nicht ins deutsche Bild vom idyllischen Süden Europas. Und ähnlich wie beim Homeoffice gibt es zahllose, vor allem Dienstleistungsberufe, die keine Siesta machen können. Schließlich müssen Busse und Bahnen fahren, Krankenhäuser und Rettungsdienste ohne Einschränkungen arbeiten und das gesamte Bauhandwerk richtet sich nach dem Wetter und nicht nach amtlichen Verschnaufpausen.

In einem Land ohne Siesta wie Ägypten, in dem die Sonne noch stärker vom Himmel brennt, kennt man das Sprichwort „nur Europäer und Hunde liegen in der Sonne“. Sie haben

Recht und umso mehr muss man es jedem selbst überlassen, wie er sein persönliches „Hitzefrei“ gestaltet. Denn ohne Eigenverantwortung und gesunden Menschenverstand geht es weder im Sommer noch zu anderen Jahreszeiten. Zu welcher Hilfslosigkeit alle Arten von wohlgemeinten kollektiven Schutzmaßnahmen führen, zeigen Kommunen und Arbeitgeber, die sich damit rühmen, kostenlose Sonnenschutzmittel für alle bereit zu stellen. Kein Gedanke an mögliche Unverträglichkeiten bis hin zu schweren allergischen Reaktionen, die das hervorrufen kann, was man sich auf Gesicht und Körper reibt.

„Nach dieser Logik folgt auf die Siesta einfach die Fiesta, so kennt man es doch aus den letzten Urlauben im Süden.“

Gut gedacht ist eben nicht gut gemacht. Und wer glaubt, die meisten Deutschen würden angesichts von Rekordtemperaturen in Griechenland, Italien, Spanien und anderen heißen Destinationen den heimischen Balkonurlaub der Urlaubsreise in diese Länder vorziehen, der kennt seine Klientel offenbar überhaupt nicht. Gerade Italien verzeichnet einen Reiseboom aus deutschen Landen, wie es ihn seit Jahren nicht mehr gegeben hat. Offenbar können die meisten Deutschen mit Hitze besser umgehen als gedacht. Und nicht wenige werden sich ins Flugzeug oder ins Auto setzen, weil sie die Nase voll haben von den fortdauernden, an die Apokalypse erinnernden Problembe-schwörungen der Politik. Nichts wie weg und ein paar Wochen keine Dauerbeschallung mit Klimaproblemen, Heizungsgesetzen, Steuerdebatten und was dem Bürger sonst noch tagein tagaus kalte Schauer über den Rücken jagt, weil er nicht mehr weiß, wie er alles schultern soll.

Von Klempnern können Politiker den Erfahrungssatz lernen: Nach „fest“ kommt „ab“ – und ganz viel Ärger. In vielen Bereichen unseres Lebens sind inzwischen Grenzen erreicht, die man erkennen, akzeptieren und nicht überschreiten sollte. Gerade Ärzte wissen, dass die Folgen von Corona noch lange nicht abgearbeitet sind – nicht in Schulen und Kindergärten, nicht in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen und in unserem gesellschaftlichen Kontext schon gar nicht. Noch mehr Zumutungen trägt niemand. Da ist selbst ein derart läppi-scher Vorschlag wie die Einführung einer nationalen Siesta zu viel. Dann lieber mit Lauterbach in die Kirche. Da ist es nicht nur kühl, da kommt vielleicht auch mancher zur Besinnung.

Einen schönen und vor allem unbeschwerten Sommer!

IHR PETER WEIHER, JOURNALIST

Lauterbach legt los

Für wichtige Gesetze zur Digitalisierung und zu Versorgungsfragen liegen erste Entwürfe vor.



Die Grundrichtung der Gesetze, für die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) kurz vor der Sommerpause erste sogenannte Referentenentwürfe vorlegte, ist keine Überraschung. Durch Eckpunktepapiere und die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach im März präsentierte Digitalstrategie war bereits bekannt, wohin die Reise gehen wird. Nun aber liegen mit den Entwürfen für ein Digital-Gesetz, ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz und ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz ausformulierte Gesetzestexte vor, die konkreter erkennen lassen, was im Einzelnen auf Praxen und Patienten zukommt.

ePA soll neuen Schwung erhalten

Mit dem Digital-Gesetz will Lauterbach der elektronischen Patientenakte (ePA) zum Durchbruch verhelfen. Mindestens 80 Prozent der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen, so das Ziel des BMG, 2025 über eine ePA verfügen. Ende Januar 2023 lag die Zahl der ePA-Nutzer laut Presseberichten nur bei knapp 600.000. Damit nutzte weniger als ein Prozent der GKV-Versicherten dieses Angebot.

Erreicht werden soll die massive Steigerung der Nutzerzahlen durch einen Richtungswechsel. Galt seit der ePA-Einführung 2021, dass sich der Patient aktiv für die Anlage einer ePA entscheiden musste („Opt-in“), soll daraus ab 15. Januar 2025 ein „Opt-out“ werden: Die Krankenkassen müssen ab diesem Datum

grundsätzlich für jeden Versicherten eine ePA einrichten. Wer das nicht möchte, muss künftig aktiv bei seiner Krankenkasse widersprechen („Opt-out“).

Für Patienten wird aber nicht nur die Entscheidung „ganz oder gar nicht“ möglich sein. Vielmehr sollen die Versicherten weitreichend bestimmen können, wer auf welche in der ePA gespeicherten Informationen Zugriff haben soll. ePA-Nutzer werden sowohl den „Kreis der Leistungserbringer, der auf ihre elektronische Patientenakte zugreifen darf“, als auch „die Inhalte (Dokumente, medizinische Informationsobjekte etc.), auf die ihre Leistungserbringer zugreifen dürfen“, beschränken. Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet das, dass die medizinischen Informationen, die sie in der ePA sehen, nicht notwendigerweise das vollständige Bild sein werden.

Losgehen soll es zum Start der neuen ePA-Anwendungsphase nach dem Willen des BMG mit einem elektronischen Medikationsplan, der den bisherigen Medikationsplan in die ePA überführt. Laborbefunde und die elektronische Patientenkurzakte (ePKA) sollen als nächste Schritte folgen. Die ePKA wird die bisher auf der eGK gespeicherten Notfalldaten, ergänzt um Angaben zu Organspendeerklärungen, Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen des Versicherten, enthalten.

Zwar sollen auch künftig Daten in „unstrukturierter Form“ z. B. als JPEG- oder PDF-Dokument in der ePA gespeichert werden können. Ziel aber ist zur Aufwandsminimierung die „vollumfängliche, weitestgehend automatisiert laufende Befüllung der ePA mit strukturierten Daten.“ Hierzu werden mit dem Gesetz die Weichen gestellt. Für die vorgesehenen neuen medizinischen Anwendungsfälle, wie für den elektronischen Medikationsplan soll bereits gelten, dass diese „in Form standardisierter, strukturierter medizinischer Informationsobjekte“ in die ePA übertragen werden.

Die Aufklärungspflicht über die ePA, auch über das Widerspruchsrecht, bleibt bei den Krankenkassen. Aber während es für Patienten eine „Opt-out“-Option geben wird, ist diese für die Praxen nicht vorgesehen. Sie sind grundsätzlich verpflichtet, Daten in die ePA zu übertragen.

eRezept ab 2024 verpflichtend

Auch beim eRezept will das BMG mit dem Digital-Gesetz Tempo machen, es soll ab Januar 2024 zur Pflicht werden. Auf Kritik ärztlicher Organisationen stieß bereits die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass Ärztinnen und Ärzten ein Honorarabzug droht, wenn sie das eRezept nach dem Stichtag nicht verwenden. Die Praxen müssen, so sieht es der Entwurf vor, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie „in der Lage sind“ für die Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln das eRezept zu verwenden. Wird der Nachweis nicht erbracht, soll die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um ein Prozent gekürzt werden – so lange, „bis der Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht ist“.

Die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke, hat in einem öffentlichen Statement nach Bekanntwerden der BMG-Pläne deutlich gemacht, dass für sie die verpflichtende Einführung des eRezepts mit Sanktionsdrohung angesichts anhaltender technischer Probleme „absolut unangemessen“ sei.

30-Prozent-Begrenzung für Videosprechstunden soll fallen

Mit dem Digital-Gesetz möchte die Bundesregierung darüber hinaus erreichen, dass Videosprechstunden „noch breiter eingesetzt und leichter genutzt werden können“. Ein wesentlicher Schritt hierzu ist der geplante Wegfall der bisherigen Begrenzung, dass maximal 30 Prozent der Leistungen eines Quartals als Videosprechstunden erbracht werden können. Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag, die Vergütung telemedizinischer Leistungen orientiert an Qualitätsmerkmalen weiterzuentwickeln. In der Begründung des Gesetzes wird präzisiert, dass perspektivisch solche telemedizinischen Versorgungsangebote besser vergütet werden sollen, „die strukturierte Versorgungsprozesse beinhalten, gut in die übrigen Versorgungsprozesse eingebunden sind und dazu die elektronische Patientenakte und weitere digitale Anwendungen und Dienste der Telematikinfrastruktur einbeziehen.“

Um „neue und niederschwellige Zugänge zu telemedizinischen Angeboten“ zu schaffen, soll durch das Digital-Gesetz ermöglicht werden, dass auch Apotheken Maßnahmen der „assistierten Telemedizin“ anbieten dürfen. Dazu zählen laut Entwurf unter ande-

rem die „Beratung zu der Möglichkeit einer Versorgung einfacher Erkrankungen unter Einsatz ambulanter telemedizinischer Leistungen“, aber auch die „konkrete Unterstützung“ bei der Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen „durch Bereitstellung der technischen Ausstattung“. Teil der assistierten Telemedizin in Apotheken sollen auch „einfache medizinische Routineaufgaben“ sein, die z. B. anlässlich einer Videosprechstunde erbracht werden.

Diabetes-Chronikerprogramme erhalten digitale Variante

Für die beiden Disease-Management-Programme Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 soll es ergänzend zu den klassischen strukturierten Behandlungsprogrammen, die unverändert fortbestehen werden, jeweils eine Alternative mit digitalisierten Versorgungsprozessen geben. Der Versicherte hat weiterhin die freie Wahl, sich für die klassische oder die digitale DMP-Variante zu entscheiden. Die beiden Diabetes-DMP seien ausgewählt worden, heißt es im Entwurf, weil bei der ärztlichen Begleitung von Diabetes-Patienten bereits heute vielfältige Formen digitaler Unterstützung zum Einsatz kommen.

Abbau von Hürden bei der Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung geplant

Einen anderen Fokus als das Digital-Gesetz hat das Gesundheitsdatennutzungsgesetz. In einem „lernenden Gesundheitswesen“ seien, so formuliert es das BMG im Referentenentwurf, der Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten „Schlüsselfaktoren für eine qualitativ hochwertige Versorgung“. Allerdings lägen in Deutschland Gesundheitsdaten derzeit „nicht in ausreichendem Maß für eine Weiternutzung außerhalb des unmittelbaren Versorgungskontexts vor“. Eine Nutzung scheitere häufig an unterschiedlichen rechtlichen Regelungen (Datenschutz im Europäischen-, Bundes-, Landesrecht) sowie an einer uneinheitlichen Rechtsauslegung durch Datenschutzbeauftragte und Aufsichtsbehörden. Deshalb will die Bundesregierung mit dem Gesetz Hürden für die Datennutzung abbauen und Versorgungsdaten leichter für die Forschung zugänglich machen.

Der Datenaustausch soll insbesondere durch die Schaffung einer neuen „zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle“, angesiedelt beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), erleichtert werden. Sie sieht das BMG künftig als einheitlichen Ansprechpartner für Forscher mit der Aufgabe, eine Mittlerrolle „zwischen datenhaltenden Stellen und Datennutzenden“ zu übernehmen und bei Anträgen auf Datenverknüpfung koordinierend tätig zu werden. Antragsteller, die Daten aus verschiedenen Quellen für ihr Forschungsvorhaben benötigen, sollen sich deshalb künftig nur noch an die zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle wenden müssen, die dann die Weiterleitung an die verschiedenen zuständigen Stellen übernimmt.

Ebenfalls im Entwurf vorgesehen ist eine Regelung, die die Verknüpfung von Daten der klinischen Krebsregister und denen des Forschungsdatenzentrums Gesundheit, das – angesiedelt am BfArM – alle Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen für die Forschung erschließt, für Forschungszwecke ermöglichen soll. Die Genehmigung von Anträgen soll ebenfalls durch die neue Datenzugangs- und Koordinierungsstelle erfolgen.

Kassen sollen Versicherte auf Grundlage von Abrechnungsdaten vor Krankheitsrisiken warnen

Spürbar ausgeweitet werden sollen mit dem Gesundheitsdatenutzungsgesetz die Möglichkeiten für die Krankenkassen, automatisierte Auswertungen ihres Datenbestandes „zu Zwecken des Gesundheitsschutzes“ vorzunehmen. Demnach dürfen die Krankenkassen nach Inkrafttreten des Gesetzes „datengestützte Auswertungen zum individuellen Gesundheitsschutz ihrer Versicherten, zur Verbesserung der Versorgung und zur Verbesserung der Patientensicherheit vornehmen“ und ihre Versicherten in diesem Zusammenhang auch „individuell ansprechen“.

Wird bei der Auswertung der Daten „eine konkrete Gesundheitsgefährdung“ eines Versicherten „identifiziert“, ist dieser, so sieht es der Gesetzentwurf vor, durch die Krankenkasse „umgehend über die bestehende Gefährdung zu unterrichten“. Diese Mitteilung sei „als unverbindliche Empfehlung auszugestalten, medizinische Unterstützung eines Leistungserbringers in Anspruch zu nehmen. Die ärztliche Therapiefreiheit der Leistungserbringer wird dabei nicht berührt.“ Eine Regelung, an der in der öffentlichen Debatte bereits Kritik laut geworden ist. Vertreter ärztlicher Organisationen haben Zweifel angemeldet, ob aus Abrechnungsdaten von Krankenkassen seriös eine medizinische Einschätzung abgeleitet werden kann, die als Grundlage für einen Hinweis auf eine mögliche Erkrankung taugt.

Die Notwendigkeit einer Zustimmung der Versicherten zur automatisierten Auswertung der bei den Kassen gespeicherten Versichertendaten sieht der Gesetzentwurf nicht vor. Allerdings wird es die Möglichkeit für Versicherte geben, der automatisierten Verarbeitung der Daten gegenüber seiner Kranken- und Pflegekasse ausdrücklich zu widersprechen.

Bundesdatenschützer wird einheitlich auch für alle regionalen KVen zuständig

Nachdem das BMG im Gesetzentwurf die „uneinheitliche Rechtsauslegung“ der Datenschutzbestimmungen durch die Datenschutzbeauftragten bemängelt, präsentiert es im selben Entwurf eine einfache Lösung: Künftig soll für alle gesundheitsbezogenen Sozialdaten und für alle relevanten Organisationen im Gesundheitswesen einheitlich und ausschließlich der Bundesdatenschutzbeauftragte zuständig sein. Ausdrücklich wird klargestellt, dass das auch für die regionalen KVen gilt, für die bisher die jeweiligen Landesdatenschutzbehörden zuständig waren.

In Gesundheitskiosken sollen perspektivisch auch medizinische Routineleistungen erbracht werden

Das dritte Gesetz betrifft nicht die Digitalisierung. Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) soll die Gesundheitsversorgung in den Kommunen gestärkt und „die individuelle Gesundheitskompetenz“ erhöht werden.

Umgesetzt werden soll mit dem Gesetz auch, was bereits in der Koalitionsvereinbarung der Ampel-Parteien angekündigt wurde, nämlich die Schaffung von „Gesundheitskiosken“ in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen. Zu deren Aufgaben sollen niedrigschwellige Beratungsangebote für Prävention und Behandlung ebenso gehören, wie allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen einschließlich der Hilfe bei der Vermittlung von Arztterminen. Im Gesetzentwurf heißt es zudem, in Gesundheitskiosken könnten perspektivisch auch „einfache medizinische Routineaufgaben im Rahmen ärztlicher Delega-

tion“ durchgeführt werden. Dies habe sich in Modellprojekten als arzt- und patientenentlastend erwiesen. Denkbar seien etwa „die Durchführung von Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, Blutdruck und Blutzucker messen, Verbandswechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen“. Voraussetzung sei, dass die Leistungen von Ärzten veranlasst und verantwortet würden.

Das Initiativrecht zur Gründung von Gesundheitskiosken liegt bei den Kreisen und kreisfreien Städten. Die Krankenkassen sind jedoch verpflichtet, den größten Teil der Finanzierung zu übernehmen. Vorgesehen ist, dass Kreise bzw. kreisfreie Städte lediglich 20 Prozent der Kosten tragen, die gesetzlichen Krankenkassen hingegen 74,5 Prozent und die PKV die übrigen 5,5 Prozent. Die jährlichen Betriebskosten für einen Gesundheitskiosk, der von einer Pflegefachkraft geleitet werden soll, werden im Gesetzentwurf mit 400.000 Euro angegeben. Eine Einbeziehung der Ärzteschaft und z. B. eine Abstimmung von Standorten und Aufgaben mit den Praxen im Umfeld ist im Gesetzentwurf nicht vorgesehen. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird lediglich ein Recht zur Abgabe einer Stellungnahme eingeräumt.

Gesundheitsregionen als gesetzlich geregelte Vernetzung mit unklaren Aufgaben

Ebenfalls der Stärkung der Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung soll die im GVSG vorgesehene Schaffung sogenannter „Gesundheitsregionen“ dienen. Die Beschreibung der Aufgaben der Gesundheitsregionen verharret jedoch im Allgemeinen. So sollen diese regionale Defizite der Gesundheitsförderung, der Prävention sowie der Versorgung beheben, dies unter anderem durch die Kooperationen der regionalen Versorger und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auch soll durch die Kooperation in den Gesundheitsregionen eine vernetzte und koordinierte Gesundheitsförderung und Versorgung „über Sektorengrenzen hinweg entsprechend der regionalen Bedarfe unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen“ sichergestellt werden. Einzelheiten sollen die regional Beteiligten vertraglich regeln.

Die Initiative soll – wie schon bei den Gesundheitskiosken – von den Kreisen und kreisfreien Städten ausgehen. Übernehmen diese die Hälfte der Kosten, sollen die Krankenkassen zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verpflichtet sein, so sieht es der Entwurf vor. Kreise und kreisfreie Städte haben gegenüber den Krankenkassen „unter Nennung der teilnehmenden Leistungserbringer“ qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregion zu machen. Es wird im Entwurf nicht konkret ausgeführt, welche spezifischen Versorgungsverbesserungen sich der Gesetzgeber von den Gesundheitsregionen verspricht.

Primärversorgungszentren als Antwort auf hausärztliche Versorgungslücken

Mit Primärversorgungszentren will der Gesetzgeber ein neues hausärztliches Versorgungsangebot, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen schaffen, das den „besonderen Bedürfnissen älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten gerecht“ wird. Ein wesentliches Merkmal der neuen Hausarztzentren soll eine vertraglich vereinbarte Kooperation sowohl mit Gesundheitskiosken oder Landkreisen als auch mit fachärztlichen Praxen und nichtärztlichen Leistungserbringern sein. Gründen dürfen sollen Ärzte, Berufsausübungsgemeinschaft und MVZ die Primärversorgungszentren, allerdings nur in Regionen mit einge-

treter oder drohender hausärztlicher Unterversorgung. Weitere Anforderungen sollen KBV und GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag regeln. Der Bewertungsausschuss erhält den Auftrag im EBM die Vergütung nichtärztlicher Leistungen anzupassen.

Länder erhalten Mitspracherecht in Zulassungsfragen

Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz will der Bund auch den Ländern zu mehr Einfluss in Zulassungsfragen verhelfen. Stehen Fälle „mit besonderer Versorgungsrelevanz“ zur Entscheidung an, sollen die Landesministerien künftig nicht nur mitreden, sondern mitentscheiden können. Dies wird Sonderbedarfszulassungen, Ermächtigungen, Nachbesetzungsverfahren, zusätzliche Arztstellen auf Antrag der Landesbehörden, Befristungen von Zulassungen und Verlegungen von Arztsitzen oder Anstellungsgenehmigungen betreffen. Das BMG begründet die Ausweitung der Mitentscheidungsbefugnisse der Länder damit, dass diese damit in die Lage versetzt würden, ihre „versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zur Geltung zu bringen, die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten und so beispielsweise zum Abbau von Überversorgung beizutragen.“

Offenbar hat das BMG allerdings selbst Zweifel, dass die Landesministerien bei der Vielzahl der Fälle, die den Zulassungsausschüssen regelmäßig zur Entscheidung vorliegen, stets mitentscheiden wollen. Und so wird in der Gesetzesbegründung vorsorglich auf die im Entwurf vorgesehene Regelung hingewiesen, dass das Einvernehmen des Landes auch als erteilt gilt, wenn dieses „von seinem Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung keinen Gebrauch“ macht oder trotz Anwesenheit keine ausdrückliche Erklärung hinsichtlich einer Entscheidung abgibt. „Aufgrund dieser

Einvernehmensfiktion können die zuständigen Landesbehörden auch weiterhin punktuell entscheiden, an welchen Sitzungen sie teilnehmen und zu welchen Entscheidungen sie eine ausdrückliche Erklärung abgeben, ohne dass sich eine unterbliebene oder stille Teilnahme verfahrensverzögernd auswirkt.“

Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz wird darüber hinaus durch eine gesetzliche Beschränkung der Höhe der erforderlichen Bürgschaft eine Erleichterung bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren vorgenommen, die insbesondere Kommunen zugutekommen soll. Außerdem sieht der Gesetzesentwurf eine Stärkung der Stellung der Pflegeberufe und der Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss vor.

Der weitere Weg der Gesetzgebung

In allen drei Fällen handelt es sich um Referentenentwürfe, das heißt um ausformulierte und mit der politischen Spitze des BMG abgestimmte Entwürfe, die aber noch nicht offiziell vom Bundeskabinett beschlossen und in das parlamentarische Verfahren eingebracht wurden. Bis zum Kabinettsbeschluss, der für die beiden Digitalisierungsgesetze im August erwartet wird, können sich noch Änderungen ergeben, etwa im Zuge der obligatorischen Abstimmung der Entwürfe mit den anderen Bundesministerien. Diese werden aber erfahrungsgemäß eher Details als die grundsätzliche Ausrichtung betreffen.

DELF KRÖGER, KVSH

Das müssen Praxen zum eRezept wissen

Seit dem 1. Juli ist die Nutzung des eRezepts vielseitiger: Versicherte können es auch mit ihrer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in der Apotheke einlösen. Was Praxen zum eRezept wissen müssen, fasst dieser Artikel zusammen.



Vor gut einem Jahr zog sich die KVSH temporär aus dem aktiven Roll-out des elektronischen Rezeptes (eRezept) in Schleswig-Holstein zurück. Die Pause wurde damit begründet, dass es keinen offiziellen flächendeckenden digitalen Übertragungsweg des eRezeptes gab. Ein bis zu dem Zeitpunkt genutzter Übertragungsweg per E-Mail wurde vom Datenschutz und vom Gesetzgeber als unzulässig eingestuft. Seitens des KV-Systems wurde daraufhin die Forderung nach einem flächendeckenden digitalen Übertragungsweg lauter.

Seit Juli gibt es für Patienten neben den bisherigen Übertragungswegen per eRezept-App der gematik und dem Papierausdruck mit QR-Code die Möglichkeit, das eRezept mit der elektronischen Versichertenkarte in der Apotheke abzurufen. Bis Ende August 2023 soll dem Großteil der Apotheken diese Möglichkeit zur Verfügung stehen. Zum 1. Januar 2024 – so sieht es der Digitalgesetzentwurf vor – soll das eRezept dann bundesweit in den Arztpraxen eingeführt werden.

Wie funktioniert das eRezept?

Die Erstellung eines elektronischen Rezeptes erfolgt im Praxisverwaltungssystem ähnlich wie die Erstellung eines herkömmlichen Muster-16-Rezeptes. In der Regel hat die Praxis bei der Rezepterstellung die Möglichkeit, sich für die digitale Ausstellung zu entscheiden. Während das Muster 16 zur Unterschrift ausgedruckt wird, wird das eRezept mithilfe des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) über die QES (Qualifizierte Elektronische Signatur) digital signiert. Mit der digitalen Signatur wird das eRezept an den eRezept-Fachdienst übertragen. Der eRezept-Fachdienst ist ein zentraler Server in der Telematikinfrastruktur. Sobald das eRezept auf diesem Fachdienst gespeichert wurde, kann es von den Patienten eingelöst werden.

Es ist daher notwendig, dass eRezepte vor allem in akuten Fällen sofort in der Praxis mit dem eHBA signiert werden, damit der Patient seine Verordnung umgehend beziehen kann. Bestellungen zum Beispiel über ein Rezepttelefon können entsprechend vorbereitet und dann über eine Signatur-/Aufgabenliste zu einem späteren Zeitpunkt signiert werden, sofern die Verordnung nicht akut benötigt wird. Allerdings gilt auch hier, dass der Patient die Verordnung erst einlösen kann, wenn das eRezept digital signiert wurde.

Für das eRezept wird die Nutzung der Komfortsignatur empfohlen. Mit der Komfortsignatur werden bis zu 250 digitale Signaturen mit einer PIN-Eingabe für die Ärztin oder den Arzt freigeschaltet, sodass auch ohne wiederholte PIN-Eingabe schnell signiert werden kann, ohne die eRezepte zu sammeln und zusammen zu signieren. Zu beachten ist bei der Wahl zwischen Einzelsignatur, Stapelsignatur und Komfortsignatur auch, dass beim eRezept eine Signatur pro Verordnung notwendig ist. Auf dem herkömmlichen Rezept können bis zu drei Verordnungszeilen auf einem Muster 16 stehen, die mit einer Unterschrift signiert werden. Bei dem elektronischen Rezept stellt jede bisherige Verordnungszeile ein Rezept dar, sodass für jede Verordnungszeile eine digitale Signatur erforderlich ist.

Bei Fragen zur Umsetzung des eRezeptes in den Praxisverwaltungssystemen ist es ratsam, sich direkt an den Softwareanbieter zu wenden.

Welche Übertragungswege gibt es?

Es gibt zurzeit drei Übertragungswege des eRezeptes: die eRezept-App der gematik, die elektronische Versichertenkarte und der Papiausdruck mit QR-Code.

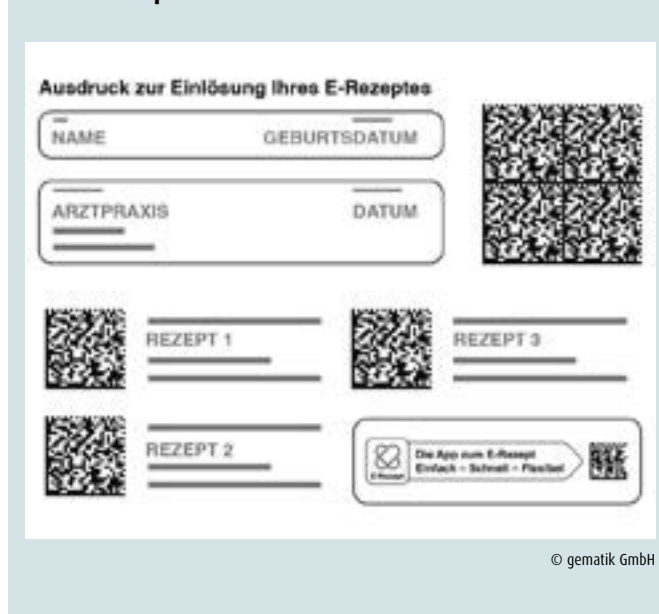
Die eRezept-App gibt dem Patienten die Möglichkeit, das eRezept voll digital abzurufen, und aus der App heraus direkt an eine Apotheke zu übertragen. Das eRezept erscheint in der App nur wenige Sekunden nachdem der Signaturvorgang in der Praxis erfolgreich durchgeführt wurde. Die App verfügt zudem über eine Familienfunktion, um auch eRezepte von Familienmitgliedern zu verwalten und einzulösen. Um diese App vollumfänglich zu nutzen, sind ein NFC-fähiges Smartphone (mit mindestens iOS 14 oder Android 7), eine NFC-fähige Gesundheitskarte und eine PIN, die bei seiner Krankenkasse beantragt werden muss, notwendig.

Als Alternative zur App kann die elektronische Versichertenkarte zum Abrufen des eRezeptes genutzt werden. Das eRezept wird nicht auf der Karte gespeichert, sodass das eRezept auch ohne Vorliegen der eGK in der Praxis ausgestellt werden kann. Die eGK

dient lediglich als Schlüssel für die Apotheke, um das eRezept vom Fachdienst abzurufen. Der Patient benötigt keine PIN, um diesen Übertragungsweg zu nutzen.

Das eRezept kann auch in der Praxis auf weißem DIN A5- oder DIN A4-Papier ausgedruckt werden, sobald es digital signiert wurde. Mit dem Ausdruck kann der Patient seine Verordnungen ebenfalls in der Apotheke einlösen. Auf dem Ausdruck können, wie beim Muster 16, jeweils drei – einzeln digital signierte – Verordnungen zusammengefasst werden. Jede Verordnung bzw. Verordnungszeile kann auf Wunsch des Patienten auch in unterschiedlichen Apotheken eingelöst werden, ohne dass für die Praxis ein Mehraufwand entsteht.

Abb. eRezept Ausdruck



Eine Übermittlung des eRezeptes per KIM von der Praxis direkt an eine Apotheke ist nur im Heimversorgungskontext zulässig, sofern ein Heimvertrag zwischen Heim und Apotheke besteht. Die freie Apothekenwahl für Heimpatienten bleibt hiervon allerdings unberührt. Die Übertragung des eRezeptes per KIM befindet sich noch in der Spezifizierung, sodass noch nicht jedes Praxisverwaltungs- und Apothekensystem diese Funktion zur Verfügung stellt.

Was kann per eRezept verordnet werden?

eRezepte können vorerst für verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten der GKV (bisheriges rosa Rezept/Muster 16) ausgestellt werden. Ob apothekenpflichtige Arzneimittel zulasten der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, oder sogar Privatrezepte über das eRezept verschrieben werden können, hängt vom jeweiligen Praxisverwaltungssystem ab.

Verordnungen für Betäubungsmittel, Digitale Gesundheitsanwendungen, Verbandmittel, Teststreifen, Krankenpflege, Soziotherapien, Heil- und Hilfsmittel usw. werden in weiteren Ausbaustufen des eRezeptes folgen, können jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht als elektronisches Rezept ausgestellt werden. In der Regel erkennen die Praxisverwaltungssysteme automatisch, welche Verordnung über das elektronische Rezept verschrieben werden kann.

Was muss in der Praxis beachtet werden?

Die folgende Checkliste muss erfüllt sein:

- eine Anbindung der Praxis an die Telematikinfrastruktur
- ein eigener aktivierter und funktionsfähiger elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) mit PIN
- ein aktualisierter Konnektor (mind. PTV4+)
- ein Software-Update für das Modul eRezept
- eine eingerichtete Komfortsignatur
- ein entsprechend eingestellter und ausgerichteter Drucker (Mindestauflösung = 300 dpi), damit das eRezept bei Bedarf ausgedruckt und in Apotheken eingelesen werden kann.

Es ist zu empfehlen, dass die nächsten sechs Monate bis zur verpflichtenden Einführung des eRezeptes zum 1. Januar 2024 genutzt werden, um sich mit dem eRezept und auch der benötigten Komfortsignatur auseinander zu setzen. Praxen sollten sich außerdem mit den Apotheken in ihrem Umkreis austauschen, um zu testen, ob die eRezepte dort bereits mit der eGK eingelöst werden können. Auf diese Weise können beide Seiten sicherstellen, dass der Prozess störungsfrei läuft.

Der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein liegt außerdem ein Gesetzentwurf vor, in dem der Gesetzgeber eine einprozentige Honorarkürzung vorsieht, wenn das eRezept in 2024 in Vertragsarztpraxen technisch nicht verfügbar ist. Alle Praxen sollten sich daher vergewissern, dass das eRezept-Modul vorliegt. Die KVSH wird diesbezüglich die betroffenen Praxen ebenfalls separat informieren.

Wussten Sie schon...?

Das eRezept unterliegt denselben Vorgaben und rechtlichen Rahmenbedingungen wie das Muster 16. Hierzu zählt unter anderem auch die Gültigkeit der Verordnung, die freie Apothekenwahl des Patienten, aber auch die Möglichkeit zur Abrechnung.

Bei jeder Verordnung muss sich der Arzt oder die Ärztin unter anderem versichern, dass der Patient das entsprechende Medikament mit der entsprechenden Dosierung benötigt. Hierzu sind in der Regel ein Arzt-Patienten-Kontakt und somit auch ein Praxisbesuch notwendig, bei dem die Versichertenpauschale einmal im Quartal abgerechnet werden kann.

Die Ärztin oder der Arzt kann jedoch auch bei bekannten Patienten entscheiden, eine Verordnung auszustellen, ohne den Patienten im Quartal in der Praxis gesehen zu haben. Hierfür kann der Verwaltungskomplex (GOP 01430 EBM) abgerechnet werden.

Die Abrechnungsmöglichkeiten sind unabhängig davon, ob es sich um eine Verordnung über das Muster 16 oder eine Verordnung über das eRezept handelt.

Sie haben Fragen zum eRezept?

Dann schicken Sie eine E-Mail an: erezept@kvsh.de

KATHRIN FRIESTER, KVSH

Dr. Eckhard Weisner

*16. Juni 1937 – † 24. Juni 2023

Wenn ich gebeten werde, zum ehrenden Andenken an einen Weggefährten einen Text zu formulieren, dann ruft die Rückbesinnung den Verstorbenen wieder vor Augen, gleichzeitig wird auch dem Autor die Vergänglichkeit eines erfolgreichen Lebens bewusst.

Ich habe Eckhard Weisner bereits 1977 mit meiner Niederlassung in Plön kennengelernt. Er war als Allgemeinarzt in Preetz seit 1968 niedergelassen, aber längst in standespolitischen Funktionen tätig. Neben der Praxis engagierte er sich seit 1974 im NAV (heute Virchowbund, freier Verband der Niedergelassenen), und war für den Kreis Plön gewählter Abgeordneter der Kassenärztlichen Vereinigung seit 1976.

Kaum hatte ich meine Praxis bezogen, da erhielt ich Besuch vom Kollegen Weisner, der mir erklärte, wie wichtig Beteiligung an berufspolitischen Aufgaben, Mitarbeit in der Selbstverwaltung und Bereitschaft zur Vertretung ärztlicher Interessen seien – und dies unbesehen bestehender Fachgruppenkonflikte.

Er hatte ein besonderes Geschick, junge Niedergelassene für ein Ehrenamt zu begeistern: Schon bald wurde ich sein Nachfolger im NAV und als Abgeordneter des Kreises Plön wurde ich 1988 gewählt – neben ihm und durch ihn gefördert. Eckhard Weisner war ein neuer Typ als Standesvertreter unserer Profession, politisch aufgeschlossen, Probleme und Sorgen unserer Kolleginnen und Kollegen ernst nehmend. Er richtete „Sprechstunden“ für drangsalierte Ärztinnen und Ärzte ein. Jeder sollte Gehör finden. Für die damalige KV-Führung war Weisner eine „rote Socke“, er musste „in den Wald“, den KV-Räumlichkeiten im hinteren Bau – bis er selbst die Führung übernehmen konnte.

Ja, Eckhard Weisner hat viele Funktionen innegehabt, ein „Multi-Funktionär“. Ob für sein „Ostholsteinisches Gemeinschaftslabor“, ob in KV und KBV, in Gremien und Ausschüssen – er hat nie die ärztliche und menschliche Grundhaltung verloren und fand bei aller Last die Hilfe und Unterstützung seiner Frau Karin. Schon in der Zeit als 2. Vorsitzender der KVSH (1985 – 1989) und besonders dann als 1. Vorsitzender (1989 – 1998) prägte er das Bild einer modernen Körperschaft, die jeweiligen Abteilungen innerhalb der KVSH wurden neu „kundenfreundlich“ strukturiert. Die KVSH bekam hohes Ansehen im damaligen Länderausschuss, dem Arbeitskreis aller KVen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Mit der Wiedervereinigung 1989 half Weisner in eindrucksvoller Weise den Kolleginnen und Kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern beim Aufbau einer neuen Selbstverwaltung, daraus entstanden Freundschaften. Seine Fähigkeit zum Delegieren machte es selbstverständlich, dass sowohl die Verwaltung als auch alle damals noch ehrenamt-



© privat

lichen Vorstandsmitglieder zum Gelingen beitrugen. Durch Erfolg, nicht durch Proporz, wurde Eckhard Weisner in den Vorstand der KBV berufen, deren 2. Vorsitzender er bis 2001 war.

In der Zeit seiner Bundesfunktionen überließ er mir als seinem Stellvertreter viel Verantwortung, das erforderte Vertrauen und oft auch Planungsgespräche bis in die tiefe Nacht. Der kreative Gestaltungswille wurde noch befördert durch die Beteiligung der Geschäftsführung, vertreten durch den unvergessenen Bodo Kosanke.

Neben seinen Aktivitäten als Ehrenamtler im KV-System hat sich Eckhard Weisner auch noch in der Ärztekammer SH engagiert, 1984 bis 1994 als Vizepräsident, 1994 bis 2001 war er Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Es ist kaum zu glauben: Da waren auch noch eine Familie, eine Praxis, private Freundschaften und das Golfen – er hat das geschafft! Ehrenvorsitzender der KVSH und Bundesverdienstkreuz, wichtige Auszeichnungen, aber was ihn wirklich ausgezeichnet hat, war seine immer freundliche Aufmerksamkeit und die erfolgreiche Interessenvertretung der gesamten Ärzteschaft.

DR. KLAUS BITTMANN,
EHEMALIGER VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH

Fit für jeden Notfall

Die KVSH bietet gemeinsam mit der Heidelberger Medizinakademie Mitte September eine praxisnahe Fortbildung zum Thema „Notdienst/Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ an. Ärztinnen und Ärzte lernen alle großen und kleinen Notfälle zu behandeln, ob im Not- bzw. Bereitschaftsdienst, in der Praxis, im Straßenverkehr, in der Nachbarschaft oder in der eigenen Familie.

Praxisbezogenheit ist bei der Fortbildung „Notdienst/Ärztlicher Bereitschaftsdienst“ Trumpf. Die Inhalte des dreitägigen Seminars basieren auf der Erfahrung aus mehr als 100.000 Patientenkontakten im Not- bzw. Bereitschaftsdienst. Es werden ärztliche Grundkenntnisse aufgefrischt und alle Themen werden zu 100 Prozent praxisbezogen vermittelt, denn das Seminar bietet keine theoretische Lehrbuchmedizin.



Der Ärztliche Leiter und Hauptdozent Dr. Wolfgang Tonn führt durch das gesamte Spektrum der Akutmedizin

Alle Facetten der Notfallmedizin

Die Themen sind dabei so vielfältig wie das echte Leben und umfassen akute Erkrankungen aus den Bereichen Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie, Urologie, Gynäkologie, HNO, Augenheilkunde und Dermatologie. Dazu kommen Krankheitsbilder wie Dyspnoe, Bauchschmerzen, Erbrechen, Diabetes und Niereninsuffizienz und weitere Themen, wie die Ausstattung des Arztkoffers, Abrechnung, Antibiotikatherapie, Schmerztherapie, Palliativmedizin, juristische Aspekte im Notfall und Fallstricke sowie Problemfälle. Ein Highlight ist das Reanimationstraining in Kleingruppen nach den neuesten ERC-Guidelines mit Defibrillation, Larynxintubation, Mega-Code-Training und Kinder- und Säuglingsreanimation. Dazu gibt es jede Menge praktische Übungen in Kleingruppen: Fremdkörperaspiration beim Kind, neue stabile Seitenlage, neurologische Untersuchung im Notfall und Einordnung der wichtigsten Erkrankungen anhand von

Fallsituationen nach dem ABCDE-Schema. Ärzte und Ärztinnen aller Fachgruppen sind willkommen. Das Seminar ist unabhängig und wird ohne Einflussnahme der Pharmaindustrie organisiert.



Von schneller Diagnostik bis hin zur Profi-Reanimation inklusive Medikamentengabe – an den Nachmittagen geht es an die praktischen Übungen



Notfälle kommen auch bei den Kleinsten vor, doch auch darauf wird gut vorbereitet.

Wann?

15. bis 17. September 2023 (Präsenzseminar)

1. Tag: 13.00 bis 20.30 Uhr

2. Tag: 9.00 bis 18.45 Uhr

3. Tag: 9.00 bis 16.30 Uhr

Wo?

Burg Seevetal Veranstaltungszentrum

Am Göhlenbach 11

21218 Seevetal

Online-Anmeldung

www.hdmed.de/notdienstseminare/

Fortbildungspunkte

32 Fortbildungspunkte sind beantragt.

Leitung

Dr. Wolfgang Tonn, Allgemeinarzt und Notarzt

Teilnahmekosten

regulär 690 Euro (bei Ermäßigung 345 Euro)

Die Gebühr umfasst das dreitägige Seminar, den Reanimationskurs und die Übungen in Kleingruppen, ein Skript aller Vorträge, Mittagessen, Zwischenmahlzeiten, Getränke und die Zertifizierung.

KVSH leistet Zuschuss

Die KVSH übernimmt unter bestimmten Voraussetzungen die Hälfte der Teilnahmekosten in Höhe von 345 Euro. Zuschussberechtigte wählen dazu bei der Anmeldung unter www.hdmed.de/notdienstseminare/ den „Rabattpreis“. Der verbleibende Eigenanteil von 345 Euro muss nach Erhalt der Anmeldebestätigung und der entsprechenden Zahlungsinformation an die Heidelberger Medizinakademie überwiesen werden.

Wer bekommt den Zuschuss?

Alle Ärztinnen und Ärzte, die aktiv am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen – auch dann, wenn sie die Veranstaltung bereits zum zweiten Mal besuchen. Der letzte Besuch muss jedoch mindestens drei Jahre zurückliegen. Außerdem alle Ärztinnen und Ärzte, die neu im ärztlichen Bereitschaftsdienst sind und verbindlich daran teilnehmen möchten und alle Pool-ärztinnen und -ärzte, wenn sie regelmäßig am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmen, das heißt mehr als zwölf Dienste pro Jahr leisten.

JAKOB WILDER, KVSH



© istock.com/sandoclr

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

Nach Auslaufen des Berliner Abkommens im Jahr 1923 verankerte die Reichsregierung die wichtigsten Bestimmungen in der sogenannten „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“.

Neu war die Errichtung des „Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen“, deren Spitzenorganisationen jeweils fünf Vertreter entsandten. Hinzu kamen drei unparteiische Mitglieder, die der Reichsarbeitsminister bestimmte. „Zur Sicherung gleichmäßiger und angemessener Vereinbarungen zwischen den Kassen und Ärzten“ konnte der Reichsausschuss Richtlinien aufstellen, die sich erstreckten auf

- „die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei den Krankenkassen,
- den allgemeinen Inhalt der Arztverträge,
- die Art und Höhe der Vergütung für die ärztlichen Leistungen,
- die Einrichtungen, welche zur Sicherung der Kasse gegen eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe erforderlich sind,
- die Maßnahmen zur Sicherung gegen übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte“.



© ullstein bild – Top Foto

Pockenimpfung 1929

Ferner sollten sich die Richtlinien darauf erstrecken, „wie durch den Nachweis freier Kassenarztstellen und Warnung vor Zuzug an überfüllte Plätze auf eine planmäßige Verteilung der Kassenärzte über das Reichsgebiet hingewirkt werden kann.“

Den Richtlinien des Reichausschusses kam insofern große Bedeutung zu, als die Schiedsämter diese bei ihren Entscheidungen zugrunde zu legen hatten.

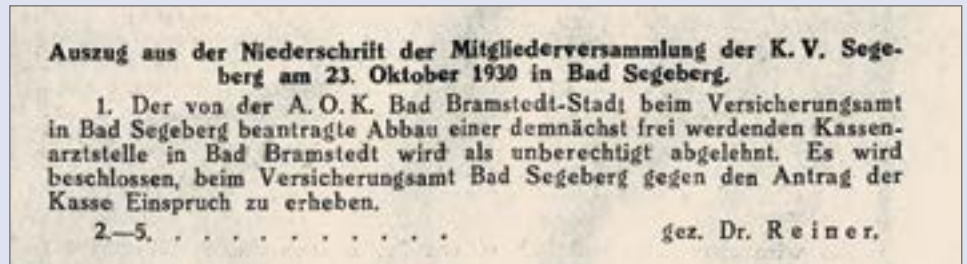
Unerfreuliche Erfahrungen mit dem Schiedsamt

Unangemessene Wegegebühren waren der Anlass für eine lange Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenkassen, die schließlich durch das Schiedsamt in Schleswig entschieden wurde. Trotz eines vorsorglichen Hinweises des Schiedsamtes, dass für die Bemessung der Wegegebühren die örtlichen Verhältnisse maßgebend seien, entschied sich der ärztliche Provinzialverband (Hartmannbund) in Kiel dafür, die Thematik mit den großen Krankenkassenverbänden zentral zu verhandeln.

In ihren Forderungen lagen die beiden Vertragspartner allerdings weit auseinander. Die Ärzte verlangten für den laufenden Kilometer bei Tag 1 *M* und bei Nacht 1,50 *M*; die Krankenkassen boten stattdessen lediglich 0,43 *M* an. (1 *M* im Jahr 1924 hatte laut Deutscher Bundesbank ungefähr dieselbe Kaufkraft wie 4,20 Euro im Jahr 2020). Daher beschloss man gemeinsam, eine Entscheidung über das Schiedsamt herbeizuführen. Ganz so einfach war dies allerdings nicht. Das Berliner Abkommen sah nämlich vor, dass zuvor eine (erfolglos verlaufende) Verhandlung vor einem beliebigen Vertragsausschuss stattzufinden hatte.

Als Austragungsort wurde der Kreis Pinneberg ausersehen. Die Ärzteseite erschien zum Verhandlungstermin allerdings nur mit einem einzigen Vertreter, weil der eine Arzt in ein „heftiges Schneeuwetter“ geraten war und der andere kurzfristig an einer Nierenentzündung erkrankte. Das Schiedsamt schickte die Akten zurück mit dem Hinweis, dass eine neue Verhandlung vor einem vollbesetzten Vertragsausschuss stattzufinden habe. Zum zweiten Termin erschien die Ärzteschaft dann zwar vollständig, jedoch schickte das Schiedsamt die Akten erneut zurück, dieses Mal mit der Begründung, es seien bei den Verhandlungen nicht die neuesten Richtlinien berücksichtigt worden. Auch ein dritter Versuch scheiterte, weil nach Auffassung des Schiedsamtes besagte Richtlinie überhaupt keine Mussvorschrift sei und diese im Übrigen für das umkämpfte Quartal gar nicht gelten würde.

Erst nach persönlicher Intervention durch den Vorsitzenden des ärztlichen Provinzialverbandes fand am 17. Mai 1924 endlich die gewünschte Schiedsamtssitzung statt, allerdings mit einem verheerenden Ausgang aus Sicht der Ärzte und verbindlicher Wirkung für die gesamte Provinz. Das Schiedsamt hatte für den laufenden Kilometer am Tag lediglich 0,50 *M* und 0,75 *M* bei Nacht festgesetzt. Nur wenig später richtete die Ärztekammer daher ein Schreiben an das Oberversicherungsamt in Schleswig: „Die Ärzte haben den Eindruck, dass das Oberversicherungsamt dem Schiedsamt nicht die Bedeutung zumisst, die es tatsächlich für die Parteien hat, denn es urteilt meist über einschneidende wirtschaftliche Fragen.“ Im Weiteren wird eine engere Zusammenarbeit angeboten, insbesondere durch die regelmäßige Lieferung von statistischem Material und „besonderer Sitzungen“,



Sitzungsprotokoll der KV Segeberg, 1930

© Archiv der Ärztekammer
Schleswig-Holstein

wo „einschlägige Sachen“ besprochen und vorbereitet werden. „Auf diese Weise hoffen wir, dass gerade die Unparteiischen (...) sich gründlicher mit dem Geschäftsgang der Sitzungen und den in Frage kommenden Bestimmungen hierfür vor den Sitzungen beschäftigen. Dann wird es auch sicher vermieden werden, dass einmal die Kassen, einmal die Ärzte den Eindruck haben, das Schiedsamt fälle sein Urteil ungerecht.“

Ob das Schiedsamt von diesem Angebot Gebrauch gemacht hat, ist leider nicht überliefert. Es versprach, zumindest das Schreiben der Ärztekammer den Mitgliedern des Schiedsamtes „vorzulegen und mit ihnen zu besprechen.“

Ärzte warnen vor dem Medizinstudium

Im Laufe der 20er-Jahre des letzten Jahrhunderts entwickelte eine alte Regelung des Berliner Abkommens aus dem Jahr 1913 immer größere Sprengkraft im ganzen Deutschen Reich. Dort war geregelt, dass so viele Ärzte zur Kassenpraxis zuzulassen sind, „dass mindestens auf je 1.350 Versicherte ein Arzt entfällt“. Nachdem das Berliner Abkommen im Jahr 1923 ausgelaufen war, übernahm der Gesetzgeber besagte Verhältniszahl in die „Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen“. Die Zahl der sich um eine Kassenzulassung bemühenden Ärzte hatte jedoch in der Zwischenzeit drastisch zugenommen. Die sogenannten „Jungärzte“ mussten daher sehr lange warten, bis eine Kassenarztstelle neu besetzt werden konnte. Mitunter konnte die Wartezeit fünf Jahre und mehr betragen. Als Gegenreaktion organisierten sich die Nichtkassenärzte sogar in einer „Arbeitsgemeinschaft der infolge der Notverordnung 1923 ausgesperrten Ärzte“.

Vor diesem Hintergrund erklärt sich eine aus heutiger Sicht kuriose Flugblattaktion der Leipziger Zentrale des Hartmannbundes, welche auch im Mitteilungsblatt des Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte abgedruckt wurde. In dem Flugblatt wurde auf „die schlechten Aussichten im Arztberuf“ hingewiesen und vor dem Studium der Medizin gewarnt. Die Ärzte wurden dringend darum gebeten, sich an der Verteilung der Flugblätter sowie der Aufklärung der Elternschaft zu beteiligen.

Mit einer weiteren Maßnahme versuchte der Hartmannbund, die Wartezeiten der Jungärzte etwas zu verkürzen. So zahlte er eine jährliche Abfindung von bis zu 1.000 M an ältere Ärzte, die im Gegenzug auf ihre Kassenzulassung verzichteten. „In Frage kommen Ärzte, die entweder eine große Privatpraxis besitzen oder pensioniert sind und ihre verhältnismäßig kleine Kassenpraxis gegen Zahlung einer Jahresrente abtreten wollen. Die Abfindung soll grundsätzlich nur dann vor sich gehen, wenn dadurch eine Kassenarztstelle frei wird.“

In die genau andere Richtung ging die Ortskrankenkasse Kiel. Diese machte ihr Honorarangebot an die dortige KV davon abhängig, „dass bei entstehendem Ausfall von Ärzten jede dritte Lücke nicht wiederbesetzt werden sollte“. Die KV Kiel sah darin allerdings den Versuch, „Uneinigkeit in unsere Reihen zu bringen“ und lehnte es ab, „für diesen Judaslohn die jungen Kollegen preiszugeben“. Die Angelegenheit wurde daher vor dem Schiedsamt weiterverhandelt.

Arztbezirke in Eckernförde

Die ärztliche Versorgung auf dem Lande stand auch bei der „Verordnung über Krankenversicherung“ nicht im Mittelpunkt, sondern Einspareffekte bei den Krankenkassen. Diesen wurde ermöglicht, „zur Vermeidung von Fuhrkosten“ sogenannte Arztbezirke einzuführen. In der Regel sollte pro Bezirk nur ein einziger Arzt zuständig sein; die Bezahlung anderer Ärzte konnten die Krankenkassen hingegen ablehnen.

Im Flächenland Schleswig-Holstein betrachteten die Ärzte die Drohung mit Arztbezirken lediglich als „gutes Kampf- und Einschüchterungsmittel“ der Krankenkassen. „Ich habe den Eindruck, dass die Kassenvertreter auf der Einführung dieser Arztbezirke mit Ernst selbst nicht mehr bestehen. Die maßgebenden Herren sind ihres Kindes selbst nicht froh geworden, meines Erachtens wissen sie, (...) dass diese über kurz oder lang bei Arbeitgebern wie Versicherten einen Sturm der Entrüstung hervorrufen wird, und dass aus diesen Kreisen heraus eine Aufhebung der Arztbezirke verlangt werden wird.“, so ein Mitglied der Ärztekammer.

Dennoch fand sich in Eckernförde der Vorsitzende der dortigen Orts- und Landkrankenkasse, ein Herr Athen, welcher Arztbezirke einführte. Auf Wunsch der Eckernförder Ärzte nahm sich der ärztliche Provinzialverband gemeinsam mit dem Landkrankenkassenverband der Angelegenheit an und versuchte gemeinsam auf dem Verhandlungsweg, die freie Arztwahl wieder einzuführen. Nachdem erste Verhandlungen nicht zum Ziel führten, schlugen die beiden Vertreter der Landesverbände die Zahlung einer Jahreskopfpauschale von 10,75 M vor, was sich unterhalb der ursprünglichen Forderungen bewegte. Während die Eckernförder Ärzte sich bereit erklärten, auf einen Teil ihrer ursprünglichen Forderungen zu verzichten, wurde auch dieses Angebot von Kassen-seite brüsk zurückgewiesen. „Es zeigte sich hier, dass die Autorität des Vorsitzenden des Landkrankenkassenverbandes, Herrn Frh. v. Hollen, der persönlich kein Freund der Arztbezirke ist, nicht stark genug war, um seinen Willen und seine Wünsche im Kreis Eckernförde zur Durchführung zu bringen.“, wie der Vorsitzende des ärztlichen Provinzialverband, Dr. Boyksen, vorwurfsvoll feststellte. Wie lange die Arztbezirke in Eckernförde beibehalten wurden,

ist leider nicht bekannt. Das unzufriedenstellende Ergebnis war jedoch nachweislich ein Grund für das Ende der Arbeitsgemeinschaft zwischen den beiden Landesverbänden, die erst zwei Jahre zuvor hoffnungsvoll ihren Anfang genommen hatte.

Die KVen übernehmen die Sicherstellung

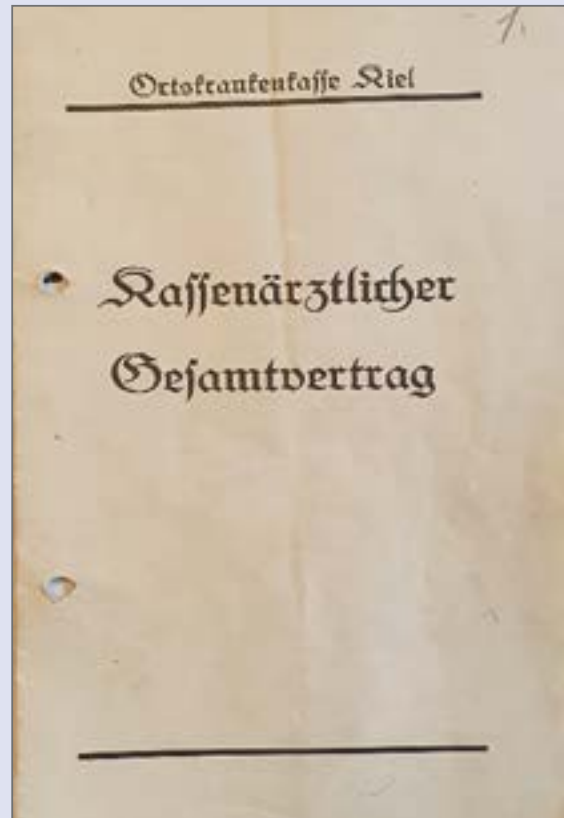
Mit der Notverordnung vom 8. Dezember 1931 erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen den sogenannten Sicherstellungsauftrag, und damit Körperschaftsstatus.

„Die kassenärztliche Vereinigung überwacht die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Verpflichtungen (...). Die Vereinigung übernimmt (...) den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür, dass die kassenärztliche Versorgung der Kranken ausreichend und zweckmäßig, die Verordnung von Heilmaßnahmen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln nach Art und Umfang wirtschaftlich ist und dass die Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit und ihre Dauer unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse ausgestellt werden.“

Mit dem Sicherstellungsauftrag erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen gleichzeitig die alleinige Befugnis, mit den Krankenkassen sogenannte Gesamtverträge zu vereinbaren. Es handelte sich um Kollektivverträge, das heißt, die einzelnen Ärzte traten diesen nur noch bei und akzeptierten somit die Vertragsinhalte mit verbindlicher Wirkung für sich. Auch entrichteten die Krankenkassen für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, welche diese sodann per Honorarverteilungsmaßstab an ihre Mitglieder weitergaben. Insofern hatte der einzelne Kassenarzt keinen Vergütungsanspruch gegenüber der einzelnen Krankenkasse, sondern gegenüber seiner regionalen Kassenärztlichen Vereinigung.

Neu war auch, dass Zulassungsfragen nicht mehr in paritätisch gebildeten Zulassungsausschüssen vor Ort geklärt wurden, sondern vor dem Schiedsamt in Schleswig. Auch konnte bereits für je 600 Kassenmitglieder ein Arzt zugelassen werden, wobei sich die Zulassungen nunmehr auf sämtliche Krankenkassen bezogen.

MARTIN MAISCH, KVSH



Gesamtvertrag mit der KV Kiel, 1932

© Archiv der KVSH

Leserbriefe sind keine Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns vor, die Texte zu kürzen. Bitte geben Sie Ihren Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen Ihre Telefonnummer an. Wir freuen uns auf Ihre Leserbriefe. Bitte schicken Sie diese per E-Mail an: nordlicht@kvsh.de, per Post: KVSH Redaktion Nordlicht, Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg, per Fax: 04551 883 396

NORDLICHT 7 | 2023 DER NEUE HVM – UND WAS SIE VIELLEICHT DARÜBER WISSEN WOLLEN, SEITE 4

Willkommen zurück im Hamsterrad

In unserer Praxis wurden unsere älteren Patienten durch uns bislang so versorgt, dass sie aufgrund unserer gründlichen und kompetenten Behandlung häufig Facharztbesuche vermeiden konnten, weil alle durch uns erforderlichen Untersuchungen bereits erfolgt waren und wenn noch Fragen offenbleiben, dies gegebenenfalls auf dem „kurzen Dienstweg“ mit dem entsprechenden Facharzt geklärt werden konnte. Dies hat dem Gesundheitssystem viele Kosten erspart, war eine befriedigende Art der hausärztlichen Medizin, da wir nicht nur Überweisungsschreiber waren, und die oft gehbehinderten Patienten waren uns dankbar.

Diese Art der Medizin wird ja nun der Vergangenheit angehören. Belohnt werden im neuen System die Hausarztpraxen, die genau diese Art der Medizin machen, die uns widerstrebt – keine Untersuchungen in der hausärztlichen Praxis (wir haben jetzt nach elf Tagen bereits ein Drittel unseres PZV gefüllt), sondern nach kurzer Ansicht Überweisungen zu den Fachärzten verteilen, eine Unzahl Facharztberichte lesen, bei denen der eine nicht vom anderen weiß und darauf vertrauen, dass der Facharzt dem Patienten schon gründlich mitgeteilt hat, wie er denn die geänderte Therapie umsetzen soll. Denn der Termin bei uns, um die verschiedenen Facharztresultate miteinander zu koordinieren, wird uns ja nicht mehr bezahlt. Von 20 Prozent des Punktwerts kann ich leider die durch die Inflation und die entsprechenden Gehaltssteigerungen bei den MFA und angestellten Ärzten gestiegenen Löhne nicht mehr bezahlen. Meine Motivation für 20 Prozent zu arbeiten ist ebenfalls gering. Aber wenigstens der Fachkräftemangel wird dadurch besser, wir brauchen ja nun keine MFA mehr für Lungenfunktionen – bisher 6,09 Euro oder 24-Stunden-Blutdruckmessung – bisher 6,55 Euro, jetzt nur noch 80 Prozent davon. Ich glaube, dass jeder, der rechnen kann, davon Abstand nehmen wird, diese Untersuchungen bei sich noch durchzuführen. Dann müssen die Patienten, auch unsere älteren, leider dafür zum Facharzt. Der hat dann ja eine neue Versicherungspauschale, die er abrechnen kann.



Meine Motivation, unter diesen Bedingungen weiter so viel zu arbeiten wie bisher, ist gering und damit ist dies für meine eigene Gesundheit ja möglicherweise eine gute Entscheidung der KV. Auch werden wir Babyboomer sicherlich den Ruhestand nicht unnötig hinauszögern.

Meine Prognose ist: Die fehlende Wertschätzung einer guten hausärztlichen Medizin wird zu einer weiteren Verknappung der Ressource Arzt führen, aber das scheint ja so gewollt.

DR. ANJA HOLLANDT, FACHÄRZTIN FÜR
ALLGEMEINMEDIZIN, TRAVEMÜNDE

Bosheit oder Unwissenheit?



Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber festgelegt, die Finanzierung von Einmalpauschalen bei Anschaffung von TI-Komponenten auf monatliche Pauschalen umzustellen. Hierzu wurden jetzt vom Bundesgesundheitsminister per Verordnung die neuen Pauschalen festgelegt. Gleichzeitig wurden überaus hohe Strafen verankert, für den Fall, dass TI-Anwendungen in einer Praxis fehlen sollten. Dass dabei jegliches Augenmaß verloren gegangen ist, wirft die Frage auf, was die Entstehung dieser Bestimmung begleitet hat. Bosheit oder Unwissenheit? Aber unabhängig davon, auch weitere Gegebenheiten in dieser Angelegenheit zeigen einmal mehr auf, dass Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen in einer tiefen Beziehungskrise stecken.

Gemeinsame Selbstverwaltung, oder jeder verwaltet sich selbst?

Mit den Regelungen im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurden zunächst nur Rahmenbedingungen vorgegeben. Die Festlegungen über die Höhe und etwaige Auszahlungsbedingungen der neuen monatlich zu erstattenden Kostenanteile für Einrichtung und Betrieb von TI-Anwendungen sollten die betroffenen Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen in eigener Verantwortung selbst miteinander verhandeln. In diesem Fall waren das der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Doch

deren Motivationen und Absichten lagen zu weit auseinander. Statt gemeinsam betriebswirtschaftliche Basisaspekte von Praxen in den Mittelpunkt der Verhandlungen zu stellen, lag der Vertretung der Krankenkassen allein daran, die Höhe der finanziellen Erstattungen an die Praxen zu senken. Beflügelt sah sich der GKV-Spitzenverband dabei vom Bundesgesundheitsminister selbst. Hatte dieser im Rahmen der Gesetzesbegründung doch stets Preissenkungen ins Feld geführt. Verständlicherweise sahen die Vertreter der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte das anders. Ihnen ging es darum, dass das, was die Praxen für die TI-Anwendungen aufwenden, auf der anderen Seite auch wieder hereinkommt und diese nicht auf Kosten sitzen bleiben.

Letztendlich waren die Verhandlungen Anfang April 2023 gescheitert. Nun war das Bundesgesundheitsministerium aufgerufen, bis zum 1. Juli in Form einer Ersatzvornahme Regelungen festzulegen.

Rechtsverordnung Par ordre du mufti

Lange Zeit hörte man aus dem Bundesgesundheitsministerium nichts zu der neuen Finanzierungsgrundlage für die TI-Anwendungen im Gesundheitswesen. Dann wurden in der letzten Woche des Monats Juni die neuen Pauschalen und dazugehörnde weitere Regelungen per Rechtsverordnung vom Bundesgesundheitsminister festgelegt. Überraschung lieferten die darin verankerten Strafen, wenn in Praxen TI-Anwendungen fehlen sollten.

Als Vertreterin der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten kommentierte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Sibylle Steiner das Ergebnis umgehend und treffend. Durch überproportional hohe Kürzungen der Pauschalen beim Fehlen einzelner Anwendungen werden ihr zufolge „Sanktionen durch die Hintertür eingeführt“. Damit breche Gesundheitsminister Karl Lauterbach erneut sein Versprechen, nicht mit Drohungen und Sanktionen arbeiten zu wollen. „Und wieder einmal müssen die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen erst in Vorleistung gehen, indem sie die Komponenten zunächst auf eigene Rechnung kaufen und dann darauf hoffen müssen, dass sie innerhalb von fünf Jahren die Kosten erstattet bekommen“, fügte Steiner hinzu.

Gültigkeit der Regelungen für alle – keine Fristen, nur eine Ausnahme

Die Verordnung kennt keinerlei Übergangsregelungen und hat ohne Umstellungsfrist bereits zum 1. Juli zu gelten. Viele Kassenärztliche Vereinigungen halten die zeitnahe Umsetzung aufgrund der Kurzfristigkeit der Verordnung für nicht machbar. Die Auszahlung der monatlichen Pauschalen ist organisatorisch vermutlich erst verspätet umsetzbar. Bezüglich der in einer Praxis fehlenden TI-Anwendungen sind Ausnahmen nur für Fachgruppen ohne regelhaften direkten Patientenkontakt vorgesehen. Tatsache aber ist, dass nicht alle TI-Anwendungen überhaupt von allen Praxen bedient werden dürfen. „Besonders perfide sei dieses Vorgehen bezogen auf die Psychologischen Psychotherapeuten, die einige der Anwendungen gar nicht einsetzen dürfen“, so KBV-Vorstandsmitglied Steiner.

TI-Anwendungen in der Psychotherapie

Für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellt sich die Sache in der Tat als absurd dar. Und eben hier drängt sich die Frage besonders auf. Bosheit oder Unwissenheit? Elektronische

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, elektronischer Medikationsplan und elektronisches Rezept zur Verordnung von Medikamenten dürfen von ihnen gar nicht angewendet werden. Nun wird vorgeschrieben, dass die gut 30.000 psychotherapeutischen Praxen in Deutschland diese TI-Komponenten zwar vorhalten müssen, jedoch ohne diese jemals nutzen zu dürfen. Das ist so, als wenn die Fahrzeug-Zulassungsverordnung vorschreiben würde, dass jedes Auto mit einem Radarwarngerät ausgestattet sein muss, jedoch benutzt werden dürfte dieses Gerät vom Fahrer nicht. Im Falle der Blitzer-Warngeräte würde dies die Hersteller solcher Geräte begeistern. Im Zuge der Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems freuen sich die Software-Anbieter dieser TI-Fachanwendungen. Sollte allerdings den GKV-Spitzenverband dazu bewegen, um einmal tatsächlich unnötige Ausgaben einzusparen, entsprechend auf das Bundesgesundheitsministerium einzuwirken. Letztendlich werden hier Luftnummern mit Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten finanziert. Nur Glück, dass der Beitragszahler davon nichts weiß. Allein für diese in den psychotherapeutischen Praxen ergebnislosen Projekte wurden bereits etliche Millionen Euro ausgegeben.

Auch stellt sich der Nutzen mancher TI-Anwendung für die Praxen als sehr unterschiedlich dar. So ist die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) im Prinzip ja eine komfortable Sache. Aber Psychotherapeuten müssen nach wie vor (und ohne absehbares Ende) jeden Antrag eines Patienten auf Psychotherapie samt dazugehöriger Formulare und Berichte per Briefpost an die Krankenkassen zur Bearbeitung schicken. Hierbei bleiben die Praxen bereits jetzt schon auf einem Großteil ihrer Portokosten sitzen. Und auch der für die Beantragung einer Psychotherapie obligatorische Konsiliarbericht eines Arztes muss nach wie vor in Papierform ausgestellt und weitergeleitet werden.

Die Inhalte wie die Kurzfristigkeit der Veröffentlichung der Verordnung zeigen, dass man hier von einem anständigen Miteinander leider weit entfernt ist. Die Art und Weise, sprich Gültigkeit für alle Fachgruppen gleichermaßen, seien sie noch so unterschiedlich, lässt mangelndes Detailwissen und fehlendes Augenmaß vermuten. KBV, KVen und Berufsverbände der Psychotherapeuten arbeiten nun daran, dass die Besonderheiten der psychotherapeutischen Praxen doch noch irgendwie Berücksichtigung finden.

HEIKO BORCHERS, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT, KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, KIEL

DMP Osteoporose

Zum 1. Juli 2023 wurde der DMP-Osteoporose-Vertrag zwischen der KVSH und den beteiligten Krankenkassen in Schleswig-Holstein ohne die IKK abgeschlossen. Die Versorgung der Patienten startet zum 1. Oktober 2023. In der Zwischenzeit können Ärzte ihre Teilnahme am DMP Osteoporose erklären sowie gegebenenfalls eine Schulungsqualifikation erlangen.

Am DMP Osteoporose können Hausärzte als koordinierende Ärzte teilnehmen. Fachärzte für Orthopädie sowie Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie können sowohl koordinierend als auch als Mitbehandler tätig werden.

Den Vertrag sowie weitere Informationen zur Teilnahme und zum neuen DMP finden Sie auf der KVSH-Website unter:
www.kvsh.de/praxis/vertraege/dmp-osteoporose

Aktualisierte Leitlinien für Röntgen und Computertomographie

Die Bundesärztekammer hat Ende letzten Jahres die neuen Leitlinien veröffentlicht. Bereits im Mai diesen Jahres wurden sie aktualisiert. Die überarbeiteten Empfehlungen der Strahlenschutzkommission zu den Patientenschutzmitteln und die neu festgelegten diagnostischen Referenzwerte des Bundesamtes für Strahlenschutz sind nun berücksichtigt worden.

Die aktuellen Fassungen können Sie hier einsehen:

www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Qualitaet_und_Fortbildung/Aerztliche_Stellen/Leitlinie_Roentgendiagnostik_2023.pdf

www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Qualitaet_und_Fortbildung/Aerztliche_Stellen/Leitlinie_Computertomographie_2023.pdf

1. Änderungsvereinbarung zur Honorarvereinbarung 2023 – 2024

Die 1. Änderungsvereinbarung zur Honorarvereinbarung für die Jahre 2023 und 2024 kann unter www.kvsh.de/praxis/vertraege/honorarvereinbarungen eingesehen und heruntergeladen werden.

Die Vereinbarung gilt rückwirkend seit dem 1. Januar 2023.

Bei Bedarf senden wir Ihnen die 1. Änderungsvereinbarung auch gern in Papierform zu: Tel. 04551 883 331.

„Bücherzeit“ statt Ruhestand

Der Buchladen in Bornhöved (Kreis Segeberg) war eigentlich schon Geschichte, die Regale leer, der Bestand verkauft. Doch dann kamen Christian Kraus, Hausarzt im Ruhestand, und seine Frau Carola und erweckten das traditionsreiche Geschäft zu neuem Leben.



Bücher überall und mittendrin: Carola und Christian Kraus

Nordlicht: *In Zeiten des Onlinebuchhandels und der E-Books einen klassischen Buchladen zu übernehmen, klingt im ersten Moment verrückt. Ihre Frau und Sie haben sich trotzdem auf das Abenteuer eingelassen. Wie kam es dazu?*

Christian Kraus: Abenteuer trifft es ganz gut. Wir sind langjährige Kunden, meine Frau ist zeitweise auch Mitarbeiterin in der Buchhandlung in Bornhöved gewesen. Das zu erleben: Die leeren Bücherregale, ein Stück Kultur – was eine Buchhandlung auf dem Land nun einmal ist – verschwinden zu sehen, hat so richtig weh getan. Da kommt man schon mal auf son-

derbare Ideen. Als frisch gebackener Ruheständler hatte ich Zeit und muss nicht mehr reich werden. Meine Frau sah plötzlich ihren Lebenstraum in Reichweite und so haben wir gemeinsam entschieden: Zeit für ein Abenteuer!

Nordlicht: *Ihr Buchladen wirkt auf den ersten Blick wie ein romantisches Relikt aus einer anderen Zeit. Mit welchem Konzept wollen sie der Online-Konkurrenz trotzen?*

Kraus: „Romantische Relikte aus einer anderen Zeit“ können ganz schön zählebig sein. Ein Ort der Begegnung des Buches mit der Leserin bzw. dem Leser war und bleibt immer etwas Besonderes. Da kommt keine Online-Plattform mit, bei denen mir die Werbemittel und Rezensionen nicht immer ganz „koscher“ erscheinen. Wo sonst kann man ohne Zeitnot schauen, suchen, stöbern, anfassen und reinlesen? Oder mit anderen Leserinnen und Lesern bei einer Tasse Kaffee ins Gespräch kommen, sich austauschen oder besondere Momente erleben, unerwartet eine Entdeckung machen, die einen im Inneren berührt? Das Konzept ist eigentlich ganz einfach: Gute Auswahl, kundige Beratung und eine Atmosphäre, die Gelegenheit und

Zeit für Begegnung und Austausch bietet. Natürlich haben wir auch Zukunftspläne mit Lesungen, Schwerpunktveranstaltungen und Kooperationen mit Buchhandlungen in der Region. Und was Amazon kann, das können wir auch. Von nah und fern sind Bestellungen online über unsere Website möglich – in den Buchladen oder nach Hause, wohin auch immer.

Nordlicht: *Eigentlich war der Laden schon mausetot und der alte Inhaber und Buchhändler Thomas Schulz hatte bereits beschlossen sein Geschäft in eine andere Nutzung zu übergeben. Wie hat er auf ihr Interesse reagiert?*



Pflanzen und Bücher: In der „Bücherzeit“ passt beides zusammen



Hausmeister, Handwerker, Helfer: Christian Kraus

Kraus: Ich weiß, ihm ist da ein sehr großer Stein vom Herzen gefallen, als er sein gerade beerdigtes Lebenswerk wieder aufstehen sah. Zumal er meine Frau als begeisterte Leserin und versierte Kundenberaterin schon vorher schätzen gelernt hatte.

Nordlicht: *Nach dem Entschluss mussten Sie sehr schnell Nägel mit Köpfen machen. Der Buchladen war leer, die Kasse auch und am 1. Juni stand die Neueröffnung der „Bücherzeit“ an. Wie gingen sie vor?*

Kraus: Als Erstes wurden Zettel in die Fenster geklebt, „DER BUCHLADEN BLEIBT!“. Dann haben wir uns einen straffen Zeitplan gegeben. Ziel: Zwei Monate nach der Schließung soll der Buchladen am 1. Juni neu eröffnen. Mit Familie, Freunden und vielen Helferinnen und Helfern wurde die Einrichtung abgebaut, zum Teil entsorgt, Decken, Wände und Fußboden professionell gereinigt und neu gestrichen. Danach wurde neu aufgebaut. Mehr offener Raum und mehr Licht sollten entstehen. Am Fenster, wo zuvor die Auslage den Blick nach innen und außen verstellt hatte, entstand eine Sitzcke für die, die Zeit mitbringen. So entstand der neue Name: „Bücherzeit“.

Nordlicht: *Wie haben Sie die letzten, sicher sehr turbulenten Monate vor der Neueröffnung erlebt?*

Kraus: Anstrengend, aber nicht belastend. Gemeinsam etwas Neues entstehen zu lassen, gibt Kraft und macht gute Laune. Die Auswahl der Bücherausstattung aus hunderttausenden Möglichkeiten war spannend. Die Eingewöhnung in die Technik und die digitale Kassenführung war für analog geprägte Menschen wie uns eine Herausforderung. Aber das war nichts gegen den

bürokratischen Hürdenlauf, mit Gegenwind und auf unebenem Boden. Das war schon manchmal zum Haare raufen. Aber nun: Ende gut, alles gut.

Nordlicht: *Wie lief der Tag der Neueröffnung?*

Kraus: Turbulent und aufregend. Fröhliche Kunden, große und kleine, gute Laune und ein vielstimmiges „Schön, dass es doch weitergeht!“ von allen Seiten. Sekt und Selters, dazu ein voller Tisch mit guten Gaben zur Geschäftseröffnung.

Nordlicht: *Sie gehen medial mit der Zeit und sind auch auf Social Media zu finden. Wie kommt ihr Buchladen bei der Kundschaft an?*

Kraus: Nach einem Monat kann ich mit gutem Gewissen sagen: Das Angebot, das Ambiente, die alten Mitarbeiterinnen, die auch die neuen sind; der Buchladen kommt gut an, auch in den Kommentaren auf Instagram. Wir sind guten Mutes.

Nordlicht: *Und was machen Sie in der „Bücherzeit“ am liebsten?*

Kraus: Ich übe mich erst einmal im Multitasking: als Hausmeister, Handwerker, Helfer, wo ich gebraucht werde, Bücherbringer und PR- und Außenminister. Manchmal bin ich Gesprächspartner, gelegentlich Kaffeetrinker. Ich bin gerne in der zweiten Reihe. Meine Frau ist die Chefin.



Ein Plätzchen zum „Schmökern“

Nordlicht: ... und was sagt die „Chefin“?

Kraus: Meine Frau sieht sich jetzt da angekommen, wo sie immer sein wollte. Unabhängig, um sich herum Bücher und nette Menschen, von denen sie viele noch aus ihrer Jugend kennt. Sie ist in Bornhöved aufgewachsen.

Nordlicht: So ein Projekt kostet sicher aus Zeit, Nerven und Kraft. Sie werden im November dieses Jahres 75 Jahre alt. Haben Sie jemals daran gedacht, künftig etwas kürzerzutreten?

Kraus: Der Buchladen ist weniger Belastung als Bereicherung. So stelle ich mir das mit dem „Ruhestand genießen“ vor. Und man wird viel langsamer alt.

Nordlicht: Was war anders als bei Ihrer Praxisgründung als praktischer Arzt 1988 in Trappenkamp?

Kraus: Zur Praxisgründung kam ich wie die Jungfrau zum Kind. Ich hatte keine Ahnung. Nach Abschluss meiner klinischen Ausbildung und einer anschließenden Tätigkeit in Mittelamerika hielt ich mich nach der Rückkehr als Freelancer mit Notdienst und Vertretungstätigkeit über Wasser. So kam ich in das damalige – sorry – „Kaff“ Trappenkamp und hätte mir im Leben nicht vorstellen können, länger als ein paar Wochen zu bleiben. Aber wie das Leben so spielt: Die Gemeinschaftspraxis ging auseinander und ich wurde gefragt. Die Praxis und die Menschen gefielen mir und so kam ich zu meiner Niederlassung. Auch so ein Abenteuer – das dann immerhin 35 Jahre währen sollte.

Nordlicht: Ihre Hausarztpraxis in Trappenkamp haben Sie Ende 2022 abgegeben. Nun arbeiten Sie in anderer Rolle, aber wieder als Selbstständiger. Was ist gleich und was sind die Unterschiede?



Christian und Carola Kraus vor ihrem Buchladen

Kraus: Gleich ist, dass ich als Selbstständiger immer gerne gearbeitet und die Möglichkeiten freier Gestaltung in der Praxis als Privileg empfunden habe. Das ist auch im Buchladen so. Gleich ist auch, dass ich in der Arztpraxis wie im Buchladen Menschen erlebe, die Fragen haben, suchen und sich Rat holen, wo sie das finden, was sie brauchen. Der Unterschied ist, dass Menschen in die Arztpraxis kommen, weil sie in Nöten sind und es müssen. In den Buchladen gehen sie, weil sie neugierig sind und es wollen.

Nordlicht: Eigentlich stellen wir diese Frage nur in der Serie über neu in Schleswig-Holstein Niedergelassene. Doch bei ihnen als „Buchladenmitbesitzer“ machen wir eine gut begründete Ausnahme: Welches ist ihr Lieblingsbuch und warum?

Kraus: Ich bin so frei und nenne zwei: Nina Georges „Das Bücherschiff des Monsieur Perdu“, in dem der Protagonist seinen Kunden aus dem Fundus der „Pharmacie littéraire“ seines Bücherschiffs nicht immer das verkauft, was sie wollen, sondern das, was sie brauchen. Mit Folgen. Für mich als Arzt ein schöner Blick auf das, was Lesen auch bewirken kann. Rónán Hessions „Leonard und Paul“. Erstlingswerk eines irischen Autors, der eigentlich Musiker und Literaturkritiker ist. Ein eher stilles Buch um zwei eigenbrötlerische Freunde, die unbeabsichtigt und unerwartet mit kleinen Dingen die Welt und die Menschen um sich herum in Bewegung bringen. Eine Entdeckung.

Schade, ich hätte gerne noch mehr empfohlen. Das darf gerne als Einladung begriffen werden.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

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. Katharina Moser-Notbom
FACHRICHTUNG: Gefäßchirurgie
SITZ DER PRAXIS: Lübeck
NIEDERLASSUNGSFORM: Einzelpraxis

Neu niedergelassen seit: 1. Oktober 2022

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Es macht mir Freude, meine Patientinnen und Patienten vom Erstkontakt bis zur Nachsorge betreuen zu können. Mein Handlungs- und Gestaltungsspielraum, die bestmöglichen Entscheidungen zu treffen, hat sich außerdem vervielfältigt.

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Es ist Gefäßmedizin pur. Ich diagnostiziere, berate, operiere und wenn die Patienten dann zufrieden zur Kontrolle kommen, weiß ich, dass ich jemandem zu einer besseren Lebensqualität verholfen habe. Da ich sehr gut vernetzt bin, habe ich zusätzlich immer die Möglichkeit, mich mit Kolleginnen und Kollegen in den umliegenden Kliniken auszutauschen, um die beste Behandlungsstrategie für meine Patientinnen und Patienten zu finden.

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

In der Klinik unbedingt den Ambulanz-Dienst ausprobieren und sehen, ob es einem Spaß macht. Die Arbeit dort unterscheidet sich sehr stark von der Arbeit in der Notaufnahme. Außerdem macht es Sinn, Fertigkeiten zu erlernen, die dann in der Niederlassung gut angewendet werden können. Bei mir war das der vaskuläre Ultraschall. Ohne den geht es nicht.

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

Winston Churchill und Hillary Clinton, meine Frage an beide wäre: „Wie haben Sie das durchgestanden?“

5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Abendessen mit meiner Familie, Sport und Reisen

6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

„The world according to Garp“ von John Irving

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

Schleswig-Holstein ist ein sehr schöner Flecken Erde mit einer hohen Lebensqualität. Es gibt reizende Städte, kleine Dorfgemeinschaften oder sogar Inseln auf denen man sich niederlassen kann. Hier ist vieles möglich und die Menschen heißen einen sehr willkommen. Das ist ein schönes Gefühl.

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

Lehrerin für Sport und Englisch.

Praxisabgeberinnen und -abgeber sagen „Tschüss“

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



© privat

NAME: Dr. Katharina Laban
FACHRICHTUNG: Fachärztin für Psychosomatische Medizin
SITZ DER PRAXIS: Elmshorn (Kreis Pinneberg)
NIEDERLASSUNGSFORM:

- Einzelpraxis ab Mai 1985 als ermächtigte „Praktische Ärztin“ mit Zusatztitel „Psychotherapie“ in Klein Nordende. Ab 1. Januar 1991 Niederlassung – ab 1998 in Elmshorn – als Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin mit Genehmigung zur Durchführung von tiefenpsychologischer und ab 1999 für analytische Psychotherapie
- ab 2014 Praxisgemeinschaft mit Dr. Dagmar Quitzau (jeweils ein halber Sitz)

Praxis geführt vom 1. Januar 1991 bis 30. Juni 2022

PRAXISNACHFOLGERIN: Dipl.-Psych. Levke Kallsen ab 1. September 2022 mit neuer Adresse in Elmshorn

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

Die Begegnungen mit so vielen verschiedenen Menschen mit der Möglichkeit, gemeinsam den Zusammenhängen zwischen der Lebensgeschichte und Charakter- und Symptom-Bildung auf die Spur zu kommen, um dadurch Veränderungen zum Positiven anzustoßen.

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

Es gab viele schöne Momente, bereichernde Erfahrungen sowohl mit Patientinnen und Patienten, als auch bei Supervisionen mit Kolleginnen und Kollegen. Dazu kommen gute und erkenntnisreiche berufspolitische Erfahrungen durch meine Mitgliedschaft im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp), ab 2008 als Vorstandsvorsitzende des Landesverbands des bvvp – und ab 2009 durch die Mitarbeit im beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KVSH. Die berufspolitische Arbeit war für mich mit einem vertieften Verständnis der Regelungen und Zwänge aber auch der Spielräume im Gesundheitswesen verbunden. Interessant war für mich, als ich als Musterklägerin des bvvp 2017 das Bundessozialgericht kennenlernte, wo unter anderem der bvvp wegen der unangemessen niedrigen Honorierung psychotherapeutischer Leistungen für uns geklagt hatte. Zuletzt hatte ich das nicht vorhersehbare große Glück, sehr verspätet doch noch meine zweite Praxishälfte abgeben zu können.

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

So, wie ich es gemacht habe, ging es für mich nicht anders, zumal der berufsbegleitende Ausbildungsweg für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den siebziger Jahren erst nach und nach geregelt wurde. Deren Ergebnis war ab 1989 zum Beispiel die Gründung der Psychotherapie-Ausbildungsinstitute der Akademie für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychoanalyse in Hamburg und des John-Rittmeister-Instituts in Kiel. Heute würde ich versuchen, eine Praxisgemeinschaft mit mehreren Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten (ärztlich und psychologisch) zu bilden, um Austausch und begrenzbare Abhängigkeiten zu haben.

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

Treffen mit Freundinnen, Feiern mit Freunden und der Familie, aber auch die anregende berufspolitische Arbeit, um die Regularien im Gesundheitswesen besser zu verstehen und langfristig an Veränderungen mitwirken zu können. Ich habe immer versucht, im Alltag das Nützliche mit dem Angenehmen zu verbinden und kleine Auszeiten zu genießen.

5. Womit werden Sie Ihren Ruhestand ausfüllen?

Ich kann über keinen Mangel an Betätigungsfeldern klagen, versuche aber, belastende Pflichten durch kleine Genüsse zwischendurch erträglicher zu machen und auch im Alltag Schönes zu genießen. Der Zusammenhalt in der Familie, meine Kinder und Enkelkinder sind mir wichtig.

6. Was ist Ihr Lieblingsort in Schleswig-Holstein?

Die Ostsee, deren Abschnitte ich gern besser kennenlernen möchte, und die Holsteinische Schweiz

7. Haben Sie ein Lebensmotto?

„Carpe diem!“ und „Was Du nicht willst, das man Dir tu, das füg auch keinem andern zu!“

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

Traut Euch! Es ist bereichernd, selbstbestimmt in eigener Praxis arbeiten zu können! Die Grenzen sind zwar durch allgemeine Regularien gesetzt, die ich aber als weniger einengend und als veränderbarer empfinde als schlechte Vorgesetzte.

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

Verordnungsfähigkeit von Ursolfalk (Wirkstoff: Ursodesoxycholsäure)

Nach Anlage III der Arzneimittelrichtlinie bestehen für Gallenwegserivate, wie URSOLFALK® mit dem Wirkstoff Desoxycholsäure eine Verordnungseinschränkung, nach der entsprechende Präparate nur zur Auflösung von Cholesterin-Gallensteinen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig sind. Nach Klarstellung der KBV ist von dieser Verordnungseinschränkung jedoch nur die Behandlung der extrahepatischen Gallengänge betroffen. Der Nutzen der Therapeutika zur Behandlung der biliären Zirrhose (also intrahepatisch) wäre möglich, sei aber kritisch zu prüfen.

Bronchicum® Elixir (Wirkstoffkombination aus Thymian- und Primelwurzelextrakten) für Kinder

Nach Anlage III der Arzneimittelrichtlinie sind Hustenmittel als fixe Kombination von Antitussiva oder Expektorantien oder Mukolytika untereinander oder in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen. Bei der Kombination aus Thymian- und Primelwurzelextrakten, wie beispielsweise bei Bronchicum® Elixir handelt es sich um eine Kombination zweier Expektorantien. Insofern liegt kein Verordnungsaußchluss vor. Aber Vorsicht: Dies gilt nur für die Verordnung für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Fortbildung Wundversorgung am 4. Oktober 2023 um 15.00 Uhr

Für unsere kostenfreie Fortbildungsveranstaltung zum „Thema Moderne Wundversorgung in der Arztpraxis“ gibt es noch einige freie Plätze.

Referent: Werner Sellmer
(Fachapotheker für klinische Pharmazie, Vorstandsmitglied im Wundzentrum Hamburg e. V.)

Themen:

- Zeitgemäße Versorgung von chronischen Wunden sowie Kosten, Nutzen und Wirtschaftlichkeit
- Einschränkung der Erstattungsfähigkeit von Wundaufgaben?
- Spezialisierte Leistungserbringer – Wie profitieren Arztpraxis und Patientin oder Patient von den Änderungen der häuslichen Krankenpflege?

Anmeldung: kvsh.de/termine

THOMAS FROHBURG, KVSH

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel und Impfstoffe

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

Beratungsapotheke

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

Kann die GOP 02300 EBM auch mehrfach für dieselbe Wunde berechnet werden?

Die GOP 02300 EBM ist eine primäre Wundversorgung und kann nur einmal am Behandlungstag abgerechnet werden, unabhängig von der Anzahl der zu versorgenden Wunden.

Muss die elektronische Dokumentation der organisierten Krebsfrüherkennungsrichtlinie (oKFE-RL) für die Früherkennungsuntersuchung von Kolon- und Zervixkarzinom auch bei Sonstigen Kostenträgern, wie z. B. der Polizei, an die KV übermittelt werden?

Die Verpflichtung der elektronischen Dokumentation für diese Untersuchungen besteht nur für die gesetzlichen Krankenkassen. Die Dokumentation für Sonstige Kostenträger erfolgt lediglich in der Patientenakte.

Kann die Chroniker-Ziffer (GOP 03220/03221 oder 04220/04221 EBM) auch im Vertretungsfall abgerechnet werden?

Diese Leistungen können im Vertretungsfall nur dann abgerechnet werden, wenn die Voraussetzung erfüllt ist, dass der Patient innerhalb der letzten vier Quartale in drei Quartalen in der vertretenden Praxis behandelt wurde.

Die „H-Kennzeichnung“ kann im Vertretungsfall nicht verwendet werden, da kein Arztwechsel stattgefunden hat.

Kann die GOP 32030 EBM im Rahmen eines Harnstreifentests abgerechnet werden?

Die GOP 32030 EBM kann nicht für Harnstreifentests abgerechnet werden.

Die GOP 32030 EBM ist eine Orientierende Untersuchung eines Körpermaterials mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter Reagenzträger oder Reagenzzubereitungen.

FORTBILDUNGSANGEBOT

FÜR ÄRZTE, PSYCHOTHERAPEUTEN UND MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

THEMA: QEP®-Einführungsseminar-
zweitägig

DATUM: 8. SEPTEMBER 2023, 15.00 BIS 21.00 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



© istock.com/Jacob Wackerhausen

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
(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



FORTBILDUNGSANGEBOT

FÜR ÄRZTE, PSYCHOTHERAPEUTEN UND MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

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

DATUM: 4. OKTOBER 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.

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

30. AUGUST 2023, 16.30 BIS 18.45 UHR

Hybridveranstaltung – MPN in der hämatologischen Praxis

Ort: UKSH, Campus Kiel, Haus L, Karl-Lennert-Krebszentrum, Feldstr. 21, Konferenzraum 3. OG
Info: Inges Kuntt, Tel. 0431 500 249 70, Fax 0431 500 24 974, Bei Interesse an den Fortbildungspunkten senden Sie Ihren Barcode bitte per Post oder Mail an Inges Kuntt. Fortbildungspunkte wurden bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein beantragt.
E-Mail: inges.kuntt@uksh.de
www.uksh.de

30. AUGUST 2023, 18.30 UHR – ONLINE

Start in die Niederlassung: Modul 4 – „Verordnen ohne Regress, Teil 1: Arzneimittel und Verbandmittel“

Info: Anmeldung kostenfrei über
www.virchowbund.de/veranstaltungen

6. SEPTEMBER 2023, 18.30 UHR – ONLINE

Start in die Niederlassung: Modul 4 – „Verordnen ohne Regress, Teil 2: Heilmittel, Hilfsmittel, Krankentransport, Hauskrankenpflege und mehr“

Info: Anmeldung kostenfrei über
www.virchowbund.de/veranstaltungen

13. SEPTEMBER 2023, 19.00 UHR – ONLINE

„IT-Sicherheit für die Arztpraxis: Wissen und Tipps für Anwender und Praxisinhaber“ mit Experten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI)

Info: Anmeldung kostenfrei über
www.virchowbund.de/veranstaltungen



9. SEPTEMBER 2023, 09.00 BIS 17.00 UHR

Didaktiktraining für (angehende) Referierende des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein (KWA.SH)

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Esmarchstraße 2–4, 23795 Bad Segeberg
Info: Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein (KWA.SH) sucht begeisterte und begeisterte Referierende für die Standorte Bad Segeberg und Kiel. Die meisten Referierenden sind aus dem Fachgebiet Allgemeinmedizin und ambulant hausärztlich tätig. Auch andere Fachgebieten sind herzlich willkommen, mit ihren Themen und Ideen für die Weiterbildung. Zudem sind fortgeschrittene Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung als Referierende ebenfalls willkommen!
 25 Euro Teilnahmebeitrag (beinhaltet das Catering)
 Bitte melden Sie sich bei Interesse am Didaktiktraining bis zum 27. August 2023 per E-Mail bei Dr. Catharina Escales an:
E-Mail: escales@allgemeinmedizin.uni-kiel.de
www.kwa.sh

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

14. SEPTEMBER 2023, 7.45 BIS 18.30 UHR

15. SEPTEMBER 2023, 8.30 BIS 19.30 UHR

16. SEPTEMBER 2023, 8.00 BIS 15.00 UHR

Clinical Skills Laboratory for Beginners – Sektion für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Ort: Universität zu Lübeck, Institut für Anatomie, Haus 63, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
Info: Petra Schuhr, Tel. 0451 500 42001, 980 Euro inkl. Schulungsunterlagen und Verpflegung
E-Mail: petra.schuhr@uksh.de
www.uksh.de

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 Schliffke 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

Beratungssapotheker

Cornelius Aust 351

Datenschutzbeauftragter

Tom-Christian Brümmer 474

Ermächtigungen

Evelyn Kreker 346

Maximilian Mews 462

Coline Greiner 590

Büra 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 Schönnemann (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

KONTAKT

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 Wadephul (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 Meinungsaustausch. 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

Kreisstellen der KVSH



Kiel

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

Tel..... 0431 93222

Fax..... 0431 9719682

Wolfgang Schulte am Hülse, 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.