

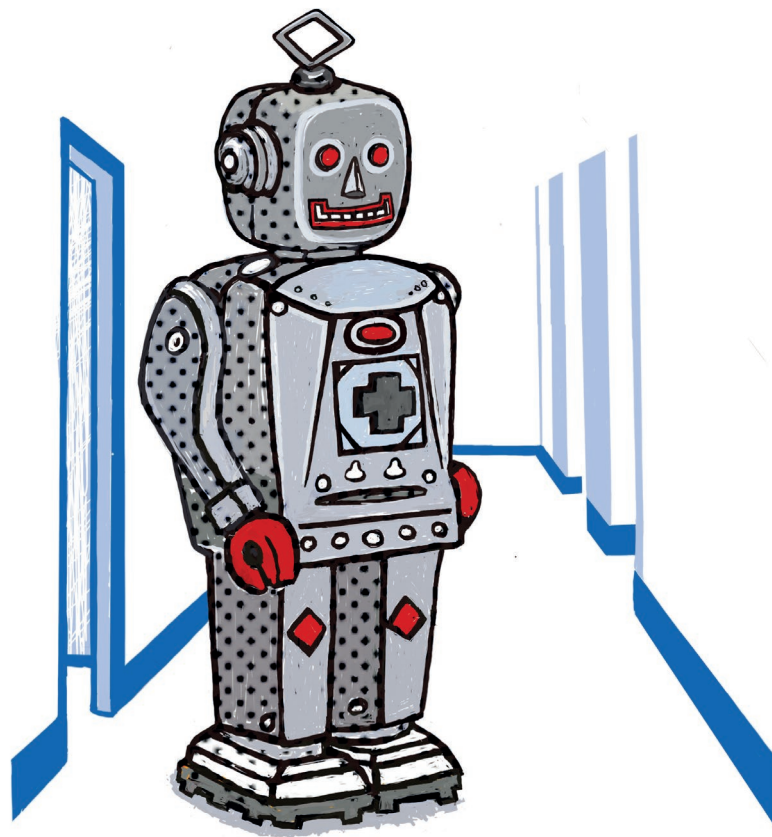
# KVH *journal*



ePAPER  
Lesen Sie das  
**KVH-JOURNAL  
DIGITAL!**  
Anmeldung  
[www.kvhh.net/  
epaper.html](http://www.kvhh.net/epaper.html)

## „HALLO, WIE KANN ICH HELFEN?“

*Künstliche Intelligenz in der Kinderheilkunde*



**GYNÄKOLOGIE**

*Ungezieltes Testen vs. indizierte Diagnostik*

**VERTRETERVERSAMMLUNG**

*Erweiterung des Führungsteams*

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

## IMPRESSUM

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

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

Erscheinungsweise monatlich  
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: John Afful

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

Titelillustration: Eléonore Roedel

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 9/2024 (September 2024)



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

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

DS5

Dieses Druckerzeugnis ist mit dem Blauen Engel ausgezeichnet.

## PAPIER SPAREN – DIGITAL LESEN!



Anmeldung

**ePAPER**

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

Das KVH-Journal gibt es auch als ePaper.

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



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Um KV-Eigeneinrichtungen zu einem wirksamen Instrument für die Sicherstellung zu machen, ist eine Gesetzesänderung nötig: Die in der KV-Praxis angestellten Ärztinnen und Ärzten müssen nach einigen Jahren einen gesicherten Anspruch auf einen Arztsitz bekommen.

Einen entsprechenden Änderungsantrag hat die Hamburger Gesundheitssenatorin Melanie Schlotzhauer auf unsere Initiative hin in das Gesetzgebungsverfahren des GVSG eingebracht.

Warum ist das wichtig? KV-Praxen sollen im Idealfall keine Dauereinrichtungen sein, sondern jungen Ärztinnen und Ärzten den Weg in die Selbstständigkeit erleichtern. Doch derzeit gibt es keine gesetzliche Grundlage dafür, dass Angestellte einer KV-Praxis diese nach einiger Zeit selbst übernehmen können. Hamburg ist ein einziges, nicht unterteiltes Planungsgebiet, und die Zulassung ist für fast alle Fachgruppen gesperrt.

Deshalb unser Appell an die Bundesgesundheitspolitik: Schaffen Sie die Voraussetzungen dafür, dass wir jungen Ärztinnen und Ärzten in KV-Eigeneinrichtungen eine berufliche Perspektive bieten können – in Gegenden, in denen sie gebraucht werden.

**Ihr John Afful,**  
Vorsitzender der KV Hamburg

---

### KONTAKT

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

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



## SCHWERPUNKT

**06\_** „Virtuelle Kollegin mit brillanten Ideen“: Künstliche Intelligenz in der Kinderheilkunde

## AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

**12\_** Fragen und Antworten: TSVG Spezial

**14\_** Außerklinische Intensivpflege: Potenzialerbende Ärzte gesucht

## DIGITALISIERUNG

**15\_** Erste Hilfe bei Störungen in der TI

## QUALITÄT

**16\_** Neufassung der Arthroskopie-Vereinbarung

**17\_** Aktualisierung der Hygienemanagement-Mustervorlage  
Stammtisch für Qualitätsmanagementbeauftragte

### WEITERLESEN IM NETZ: [WWW.KVHH.DE](http://WWW.KVHH.DE)

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



**ARZNEIMITTEL**

- 18\_** Verordnungsfähigkeit von Nirsevimab
- 19\_** Ersatzverordnung von Arzneimitteln  
Dosierungsangabe muss aufs Rezept

**ORGANISATIONSENTWICKLUNG**

- 26\_** Herz und Seele des Hamburger Gesundheitswesens: Vision der KV Hamburg

**SELBSTVERWALTUNG**

- 28\_** Steckbrief: Dr. David Herzog
- 29\_** Dr. Johannes Frey zum weiteren stellvertretenden Vertreter-versammlungs-Vorsitzenden gewählt

**FORUM**

- 29\_** Pilotprojekt: Sozialberatung in Hamburger Hausarztpraxen gestartet

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 20\_** Gynäkologie: Wann ist es Screening – wann medizinisch indizierte Diagnostik?

**RUBRIKEN**

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

**KOLUMNE**

- 24\_** Dr. Bernd Hontschik:  
„Die Angst vor dem demografischen Wandel“

**TERMINKALENDER**

- 30\_** Termine und geplante Veranstaltungen

**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Eléonore Roedel  
Seite 1: Asylab; Seite 2: Suradech/Stock.Adobe.com; Seite 3: Markus Grundt; Seite 6: SummitArt-Creations/Stock.Adobe.com, Seite 9: Summit Art Creations/shutterstock; Seite 24: Barbara Klemm; Seite 29: Dr. Jochen Kriens; Seite 30: Michael Zapf; Seite 32: Christoph Jöns, Vernessa Himmler, Icons: iStockphoto, VectorStock

VON DR. STEFAN RENZ

# Virtuelle Kollegin mit brillanten Ideen

Der Deutsche Ethikrat fordert eine Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken der Künstlichen Intelligenz. Die Kinderheilkunde will sich dieser Aufgabe jetzt stellen.



**I**m August 2023 hörte ich einen Podcast, in dem die Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, Alena Buyx, über die Herausforderungen durch künstliche Intelligenz (KI) sprach.

Das Gremium hatte dazu einige Monate zuvor eine Stellungnahme veröffentlicht. „Im Moment stelle ich unser Papier den Berufsverbänden und Landesärztekammern vor“, berichtete Alena Buyx, „und ich sage denen: Bitte denkt darüber nach, was die Kernbereiche Eurer Berufe sind und was Ihr delegieren könnt.“

Ich dachte mir: Sie hat Recht, wir sollten uns schnellstens mit dem Thema beschäftigen. Vor zwei Jahren wurde das „Bündnis für Kinder- und Jugendgesundheit“ gegründet, in dem sich alle Player der Kinderheilkunde zusammengeschlossen haben: wissenschaftliche Fachgesellschaft, Berufsverbände, Klinik-Pädiatrie, Kinderkrankenpflege und Elternvereinigung.

Das Bündnis hat eine Ethik-Kommission, und das schien mir der richtige Rahmen zu sein, um sich Gedanken darüber zu machen, wie KI in der Pädiatrie reguliert werden könnte.

Es geht darum, Chancen und Risiken einzuschätzen und gegeneinander abzuwägen. Die KI könnte die Medizin revolutionieren. Doch sie treibt möglicherweise auch Entwicklungen voran, die der Versorgung nicht zuträglich sind. Wenn heute beispielsweise der Klinik-Verwaltungschef in der Pädiatrie anruft und sagt: „Bisher haben Sie neun Assistenzärztinnen, mit

sieben kriegen Sie den Dienstplan doch sicher genauso gut hingebastelt“ – dann könnten künftig vielleicht noch ein paar Stellen mehr gestrichen werden mit dem Hinweis: „Das übernimmt die KI.“

Doch worüber sprechen wir eigentlich? Was ist Künstliche Intelligenz? Eine gängige Definition lautet: KI ist die Fähigkeit von Computern und Maschinen, menschenähnliche Intelligenz zu simulieren, um so komplexe Aufgaben zu erledigen, die normalerweise mensch-

## Künftig könnten noch ein paar Stellen mehr gestrichen werden mit dem Hinweis: „Das übernimmt die KI.“

liche Intelligenz erfordern. In der Medizin gibt es eine Vielzahl von Einsatzmöglichkeiten:

- Diagnoseunterstützung
- Patientensteuerung
- Therapieempfehlungen
- Therapiepläne auf Intensivstationen und in der Kinder-Onkologie
- Überwachung von Patienten
- Automatisierung von standardisierten Untersuchungen
- Closed-loop-Systeme in der Diabetologie
- In der Neonatologie/Intensivmedizin (Beatmung/Kreislauf)
- Entlastung der Pflege
- Förderung von Forschung und Entwicklung, usw.

Pädiatrie ist eine medizinische Disziplin mit einer sehr großen Zahl an Diagnosen, deshalb könnte die KI

gerade hier eine besondere Relevanz bekommen. Es gibt bereits Anwendungen, die zeigen, wie KI im Praxistag eingesetzt werden könnte.

Die App „face to gene“ beispielsweise kann zur Unterstützung herangezogen werden, wenn man vermutet, dass ein Kind einen Gendefekt hat. Viele genetisch bedingte Syndrome gehen mit charakteristischen Gesichtsmerkmalen und Phänotypauffälligkeiten einher. Um die eigene Blickdiagnose zu unterstützen, lädt man ein Portraitfoto des Kindes hoch. Die App gibt dann

mit verschiedenen Wahrscheinlichkeiten an, um welche Krankheit es sich handeln könnte.

Ein anderes Beispiel: Wenn die Ärztin oder der Arzt bei einem neugeborenen Kind das Vorliegen einer Trisomie 21 vermutet, wird ein diagnostischer Bluttest durchgeführt. Nach Anzüchtung der Zellen werden die Chromosomen fotografiert und sortiert. Eine MTA schneidet die Bilder der Chromosomen aus, führt sie paarweise zusammen und prüft, ob ein zusätzliches Chromosom 21 vorhanden ist. Die KI erledigt die Analyse in einem Bruchteil der Zeit. Das Ergebnis muss dann aber natürlich noch von einem Menschen überprüft werden.

Ebenso eindrucksvoll ist die Leistung von KI bei der Analyse oder Befundung von Bilddateien,

Röntgen oder Sonographie: Die Maschine scheint heute schon genauer und verlässlicher zu sein als das menschliche Auge, besonders bei der Früherkennung.

Ich erinnere mich an den Fall eines Neugeborenen, das uns in der Praxis vorgestellt wurde zur Abklärung eines Herzgeräusches. Ich sah eine Verengung der Aorta, eine sogenannte Isthmusstenose, allerdings war der Ductus noch offen, was die Diagnose und Prognose schwierig machte.

Daher zog ich meinen Kollegen zu Rate, und wir betrachteten die Aorta aus allen erdenklichen Perspektiven. Schließlich wiesen wir das Kind ins Krankenhaus ein. Nachmittags kam dann der Anruf des Oberarztes, er stimmte mit uns überein, dass man den weiteren Verlauf abwarten müsse. Er sei aber erstaunt, dass wir über die hochgradig dysplastische Mitralklappe kein Wort geschrieben

verhält wie eine virtuelle Kollegin, die uns wohlwollend unterstützt und immer gute Nerven, gute Laune und brillante Ideen hat.

Allerdings gibt es ein paar Probleme, die ich hier nur anreißen will: KI hat ja die fatale Eigenschaft zu halluzinieren. Gerade Chatbots (also technische Systeme, die KI nutzen, um einen Dialog zwischen Mensch und technischem System zu ermöglichen) geben bisweilen überzeugend formulierte, aber weitgehend erfundene Aussagen von sich: plausibel klingende Zufallslügen.

Ich habe ChatGPT 3.5 einmal gefragt: „Hast du eine Großmutter mit Diabetes?“ Die Antwort: „Entschuldigung, ich kann keine persönlichen Informationen über meine Familie preisgeben.“

Chatbots wie ChatGPT sind normalerweise nicht speziell für den medizinischen Bereich trainiert. Sie haben sich in manchen Studi-

Fragen korrekt und bestand somit beide Prüfungen mit der Note 4 (ausreichend).

Die Zukunft werden speziell in Medizin trainierte Systeme sein, wie das von Google entwickelte MedPalm 2, welches schon jetzt medizinische Fragen zu 88 Prozent korrekt beantwortet und damit Fachärztinnen vergleichbar ist.

An die Entwicklung von KI-Programmen für den medizinischen Alltag müssen hohe Ansprüche gestellt werden. KI-Programme sollten zunächst in hochwertigen Studien ihren Nutzen und ihre Verlässlichkeit belegen müssen.

In seiner oben erwähnten Stellungnahme fordert der Deutsche Ethikrat bei der Anwendung von KI außerdem eine enge Zusammenarbeit mit den relevanten Zulassungsbehörden. Ohne wissenschaftlichen Nutznachweis und Zulassung sollten KI-Systeme im Praxisalltag nicht eingesetzt werden. Außerdem müssen strenge Anforderungen an Datenschutz und Datensouveränität berücksichtigt werden.

Des Weiteren weist der Ethikrat auf die Gefahr des „automation bias“ bei der Anwendung hin. Dieses Phänomen kennen wir vom Umgang mit anderen scheinbar unfehlbaren Maschinen: Wir sind beispielsweise bei Autofahrten oftmals geneigt, dem Navi mehr Kompetenzen zuzuschreiben als unserem menschlichen Beifahrer – und sei dieser noch so ortskundig.

Der Deutsche Ethikrat schreibt zu dieser Problematik: „Da auch KI-basierte Instrumente nicht feh-

## Chatbots haben ja die Eigenschaft, bisweilen erfundene Aussagen von sich zu geben: plausibel klingende Zufallslügen.

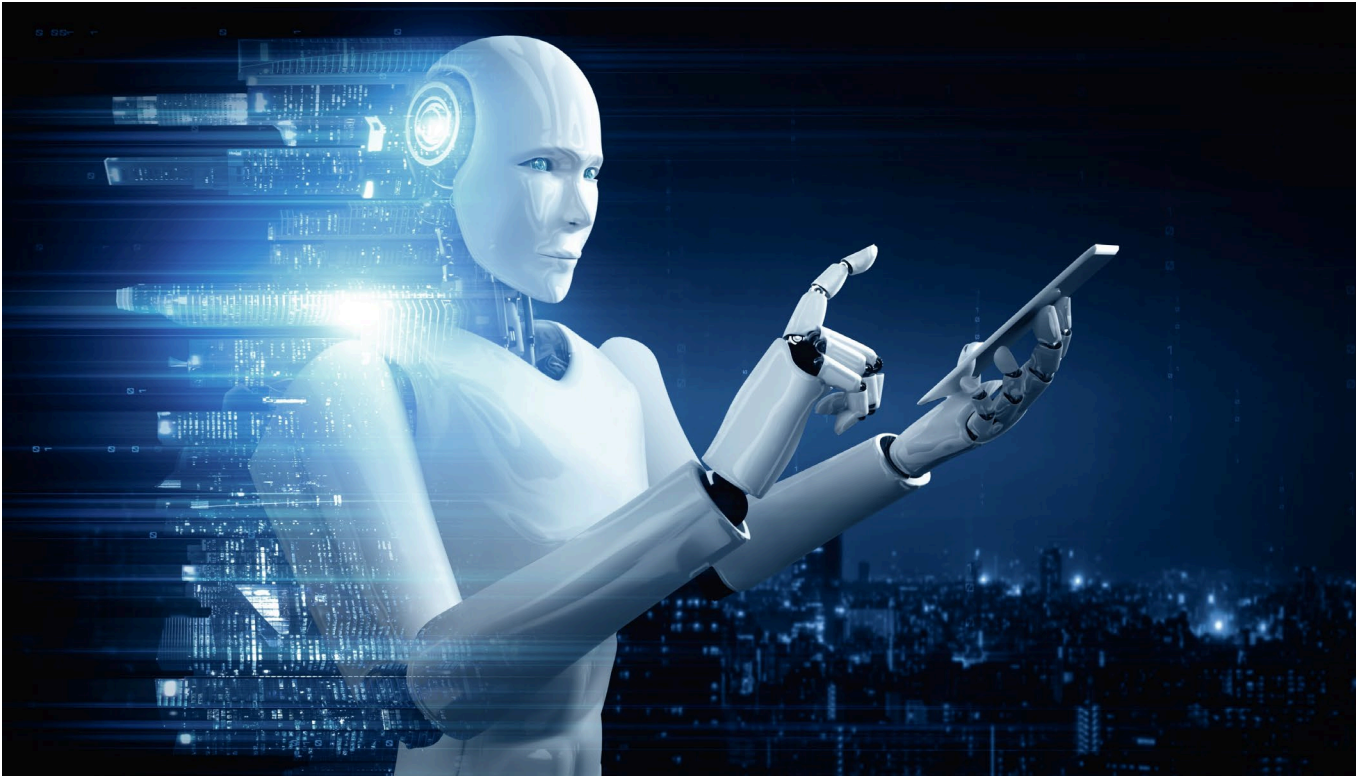
hätten, die sei uns doch bestimmt aufgefallen. Große Augen bei uns, nein, wir waren von der Aorta so in den Bann gezogen, dass das Naheliegende übersehen wurde.

Eine KI hätte uns wahrscheinlich darauf hingewiesen. Und so stelle ich mir eine ideale Zusammenarbeit mit einer KI vor: Dass sie sich

en aber als gute Diagnostiker und medizinische Berater erwiesen.

ChatGPT bestand sowohl das amerikanische als auch das deutsche medizinische Staatsexamen knapp: Nach Ausschluss der Bildfragen beantwortete ChatGPT im M1 60,1 Prozent (158/263) und im M2 66,7 Prozent (168/252) der





lerfrei arbeiten, sondern mitunter nur andere Fehler als Menschen begehen, und die Nichtentdeckung dieser Fehler fatale Konsequenzen haben kann, sollten KI-gestützte Entscheidungssysteme immer so gestaltet werden, dass die konkrete Art der Übermittlung ihrer Analyseergebnisse (etwa in Gestalt einer Wahrscheinlichkeitsangabe für das Vorliegen einer pathologischen Veränderung) deutlich macht, dass hier noch eine ärztliche Plausibilitätsprüfung erforderlich ist.“

Ein binäres Klassifikationssystem (Krankheit liegt vor, Krankheit liegt nicht vor) sollte mit komplexeren Angaben wie beispielsweise Balkendiagrammen oder Wahrscheinlichkeitsangaben hinterlegt sein, um das Ergebnis nachvollziehbar und transparent zu machen.

KI sollte nicht selbst entscheiden, sondern zur Unterstützung einer ärztlichen Entscheidung herangezogen werden. Verantwortlich bleibt am Ende stets die Ärztin oder der Arzt.

Je größer die Aufgabenbereiche werden, die routinemäßig an KI abgegeben werden, desto mehr theoretisches wie praktisches Erfahrungswissen und entsprechende Fähigkeiten könnten verloren gehen. Der Deutsche Ethikrat spricht in diesem Zusammenhang von der Gefahr eines „Deskilling“.

KI könnte unsere gesamte Ausbildungsstruktur auf den Kopf stellen, denn manches von dem, was gelehrt wird, kommt möglicherweise gar nicht mehr praktisch zur Anwendung, weil es die Maschine erledigt.

Trotzdem müssen die (angehenden) Ärztinnen und Ärzte ihre dia-

gnostischen und therapeutischen Fertigkeiten weiterhin erwerben und trainieren – falls mal der Stom ausfällt oder die KI aus anderen Gründen nicht funktioniert.

Die Aus- und Weiterbildung auf diese spezifischen Anforderungen abzustellen, wird nicht einfach sein.

Kann KI die Ärztinnen und Ärzte von Bürokratie entlasten? Es dürfte eigentlich nicht allzu schwierig sein, Systeme zu entwickeln, die den Praxen und Krankenhäusern in diesem Bereich Arbeit abnehmen.

Bislang allerdings fehlen hierfür oftmals die einfachsten Voraussetzungen. Bei einer Fortbildung habe ich Assistenzärztinnen und -ärzte nach dem Stand der Digitalisierung in ihren Krankenhäusern gefragt. Das brachte natürlich kein repräsentatives Ergebnis, doch

immerhin eine Momentaufnahme: Etwa die Hälfte der Teilnehmer gab an, in ihrem Krankenhaus werde noch mit Papierakten gearbeitet.

Kürzlich traf ich einen Krankenhausarzt, der sagte: „Was ich mir

turiert vorliegen, davon sind wir in Deutschland noch weit entfernt.

Aktuell verbringen Ärztinnen und Ärzte etwa drei Stunden am Tag mit Dokumentation. Dies ist durch Einsatz der KI sicher dras-

## Die KI kann nicht selbst Entscheidungen treffen. Verantwortlich bleibt am Ende immer der Arzt oder die Ärztin.

am meisten für meine Klinik wünsche, ist ein Internet-Anschluss.“

Wir sind also noch weit entfernt von einer Arbeitswelt, in der digitale Akten per Diktat und automatischer Verschriftlichung gefüllt werden können. Von einer Arbeitswelt, in der KI selbstständig Arztbriefe schreibt und die Untersuchungsergebnisse anderer Praxen sinnvoll in die eigene digitale Akte einfügt. Und in der KI die Inhalte der Akte auf Plausibilität überprüft, in der KI bei der Anamnese und Diagnose unterstützt und Therapieempfehlungen gibt, während die Ärztin oder der Arzt dem Patienten im Behandlungszimmer gegenüber sitzt. Dazu müssten die Daten struk-

tisch zu verkürzen. Wird die Vernetzung der Kliniken und Praxen in Zukunft durch KI gesteuert automatisiert in der Cloud ablaufen?

Diese Szenarien zeigen aber immerhin: KI muss nicht zwangsläufig zu einer Abwertung der sprechenden Medizin führen.

Wenn es gelingt, Bürokratie von der KI erledigen zu lassen, damit sich Ärztinnen und Ärzte auf ihre ärztlichen Kerntätigkeiten konzentrieren können – und wenn KI auch diese ärztlichen Kerntätigkeiten unterstützt und dann womöglich noch einen allgemeinverständlichen Arztbrief oder Therapieplan für die Patientin schreibt, kann das zu einer Verbes-

serung von Arzt-Patienten-Interaktion auf jeder Ebene beitragen.

Die von uns geplante Arbeitsgruppe zur Künstlichen Intelligenz im “Bündnis für Kinder- und Jugendgesundheit” wird sich demnächst konstituieren. KI kann viele positive Auswirkungen haben, doch es ist wichtig sicherzustellen, dass sie unter Berücksichtigung der ethischen, rechtlichen und sozialen Aspekte sorgfältig integriert wird.

Hierzu wird die Arbeitsgruppe in den kommenden Wochen einige Leitplanken aufstellen. ■



**DR. STEFAN RENZ** ist Kinder- und Jugendarzt in Eimsbüttel. Von 2009 bis 2021 war er Hamburger Landesvorsitzender, von 2021 bis 2023 Bundes-Vizepräsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt\*innen.

### Quellen:

- Alles gesagt? / Zeit-Interviewpodcast: “Alena Buyx, warum ist Leben nicht das höchste Gut?” 17.8.2023. <https://www.zeit.de/gesellschaft/2023-08/alena-buyx-ethikrat-interviewpodcast-alles-gesagt>
- Deutscher Ethikrat: “Mensch und Maschine – Herausforderungen durch künstliche Intelligenz” / Stellungnahme. 20.3.2023. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-mensch-und-maschine.pdf>
- “ChatGPT bei Diagnose in der Notaufnahme so gut wie Ärzte”, Deutsches Ärzteblatt 14.9.2023 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/145949/ChatGPT-bei-Diagnose-in-der-Notaufnahme-so-gut-wie-Aerzte>
- „ChatGPT besteht schriftliche medizinische Staatsexamina nach Ausschluss der Bildfragen“, Deutsches Ärzteblatt 4.5.2023 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/231005/ChatGPT-besteht-schriftliche-medizinische-Staatsexamina-nach-Ausschluss-der-Bildfragen>
- Singhal, Karan u.a.: “Towards Expert-Level Medical Question Answering with Large Language Models”, arXiv 16.5.2023 <https://arxiv.org/pdf/2305.09617.pdf>
- Schroeder, Carina / Krauter, Ralf: „Künstliche Intelligenz in der Medizin: Erspart mir KI den Besuch beim Arzt?“, Deutschlandfunk 3.8.2023 <https://www.deutschlandfunk.de/kuenstliche-intelligenz-in-der-medizin-erspart-mir-ki-den-besuch-beim-arzt-dlf-0feb118a-100.html>
- Bierfreund, Ina: „Rolle von KI in Versorgung und Forschung“, Tagesspiegel Background Gesundheit & E-Health, 10.4.2024 <https://background.tagesspiegel.de/digitalisierung/rolle-von-ki-in-versorgung-und-forschung>

Fortbildungsveranstaltung  
Wir lotsen Sie durchs KV-System!

# So gelingt der erfolgreiche PRAXISSTART

9. Oktober 2024, 14 bis 18 Uhr

Information und Austausch in der  
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Anmeldung unter:  
[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de)



Wir freuen uns auf Sie!

5 Fortbildungspunkte



**KVH**   
*für mich da!*





## Fragen und Antworten

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

### TSS-TERMINFALL

**Ich bin Neurologe. Mein Patient hat eine Überweisung mit einem Vermittlungscode von seinem Hausarzt vorgelegt. Der Termin wurde allerdings nicht über die Terminservicestelle, sondern bei uns direkt in der Praxis vergeben. Darf ich die Behandlung trotzdem als TSS-Terminfall abrechnen?**

Nein. Damit ein Termin als TSS-Terminfall abgerechnet werden kann, muss die Terminvermittlung durch die Terminservicestelle erfolgt sein. Im von Ihnen geschilderten Fall handelt es sich nicht um einen TSS-Terminfall nach TSVG. Der Vermittlungscode findet keine Verwendung.

### TSS-AKUTFALL

**Welche Voraussetzungen gibt es für einen TSS-Akutfall?**

Bei einem TSS-Akutfall ist die Voraussetzung, dass ein strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren (SmED) durchgeführt wird. Dies erfolgt ausschließlich durch das Personal des Arztrufs Hamburg, wenn ein

Patient sich über die 116117 an den Notdienst und nicht an die Terminservicestelle wendet. Nur wenn hierbei eine akute ärztliche Behandlungsnotwendigkeit innerhalb der nächsten 24 Stunden festgestellt wird, kann ein Termin als ein TSS-Akutfall vermittelt werden. Somit kann die Buchung von Akutterminen und die damit einhergehende Abrechnung des 200-prozentigen Zuschlags „A“ nicht beeinflusst werden.

### HAUSARZTVERMITTLUNGSFALL I

**Ich bin Hausarzt. Kann ich auch bei Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen, einen Hausarztvermittlungsfall veranlassen?**

Ja. Auch wenn Sie für einen HZV-Patienten in der vorgegebenen Frist einen Termin beim Facharzt vereinbaren, erhalten Sie 15 Euro. Bitte geben Sie bei HZV-Patienten in Ihrer Abrechnung zusätzlich zur GOP 03008 / 04008 (Zuschlag Terminvermittlung Facharzt) die GOP 88196 an. Der Facharzt oder Psychotherapeut, der den Termin bereitstellt, erhält die gesamte Behandlung im Quartal für den Patienten (Arztgruppenfall) extrabudgetär vergütet sowie einen extrabudgetären Zuschlag für die Bereitstellung des Termins.

**TSVG-  
SPECIAL**  
**FRAGEN  
UND  
ANTWORTEN**  
Terminservice- und  
Versorgungsgesetz

HAUSARZTVERMITTLUNGSFALL II

**Ich bin Hausarzt. Muss ich eine medizinische Begründung angeben, wenn der Termin beim Facharzt erst im Zeitraum vom 5. bis zum 23. Tag nach der Vermittlung liegt?**

Nein. Innerhalb dieser Zeitspanne ist der Zuschlag von 15 Euro berechnungsfähig, wenn ein anderer Vermittlungsweg nicht angemessen bzw. für die jeweilige Indikation nicht zumutbar ist. Dass dies so ist, können Sie dokumentieren – müssen es aber nicht. Eine medizinische Begründung müssen Sie erst angeben, wenn der Termin im Zeitraum vom 24. bis zum 35. Tag nach der Vermittlung liegt.

OFFENE SPRECHSTUNDE

**Letzte Woche behandelte ich einen Patienten zum ersten Mal in diesem Quartal während meiner offenen Sprechstunde. Heute stellt sich dieser erneut, mit einer anderen Angelegenheit, in meiner regulären Sprechstunde vor. Lege ich nun einen zweiten Abrechnungsschein an?**

Nein, Sie müssen keinen neuen Fall anlegen. Kommt ein Patient innerhalb eines Quartals zur offenen Sprechstunde und außerdem zu festen Terminen, gilt die Vermittlungsart „offene Sprechstunde“ für die gesamte Behandlung des Patienten im Quartal. Das heißt: Alle für den Patienten im Quartal erbrachten Leistungen werden extrabudgetär vergütet. Dabei

ist egal, ob der Patient zunächst in die offene Sprechstunde kommt oder zunächst zu einem festen Termin. Das Gleiche gilt auch bei einem TSS-Terminfall bzw. Hausarztvermittlungsfall.

KENNZEICHNUNG

**Welche Kennzeichnung ist zu wählen, wenn bei einem Patienten mehrere TSVG-Konstellationen vorliegen?**

Liegen bei einem Patienten mehrere TSVG-Konstellationen vor, so kann der Arzt entscheiden, mit welcher Vermittlungsart der Patient in der Abrechnung gekennzeichnet wird. Es ist zu beachten, dass im Rahmen der offenen Sprechstunde höchstens 17,5 % der Patienten zu vollen Preisen vergütet werden.

Mitgliederservice Tel: 040 / 22802-802



Ihre Ansprechpartner: Anna Spohn, Petra Timmann, Robin Schmidt und Damla Eymur



# Außerklinische Intensivpflege: Potenzialerhebende Ärzte gesucht

Ab 1. Januar 2025 muss vor der Verordnung von **außerklinischer Intensivpflege (AKI)** eine Potenzialerhebung durchgeführt werden. Dabei prüfen speziell qualifizierte Fachärzte, ob es möglich ist, Patienten von der Beatmung zu entwöhnen, die Beatmungszeit zu verringern oder die Kanüle zu entfernen.

Für die Potenzialerhebung ist eine Genehmigung von der KV erforderlich. Bislang stehen noch nicht genügend potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. Die KV Hamburg fordert daher qualifizierte Ärzte und Ärztinnen auf, eine Genehmigung zu beantragen.

Bis Ende des Jahres kann die Potenzialerhebung ausnahmsweise weggelassen werden, wenn kein Arzt mit entsprechender Genehmigung verfügbar ist. Die nicht erfolgten Potenzialerhebungen sind aber

lediglich aufgeschoben und müssen bis Ende des Jahres nachgeholt werden. Ab Januar 2025 muss dann vor jeder AKI-Verordnung das Entwöhnungspotenzial geprüft werden. ■

## Weitere Informationen zur außerklinischen Intensivpflege:

Themenseite der KV Hamburg (u. a. Antragsformular, fachliche Anforderungen, GOP, rechtliche Grundlagen) [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Menü → Praxis → Formulare → Außerklinische Intensivpflege

KBV-Themenseite „außerklinische Intensivpflege“ (u. a. Informationsvideo zur Verordnung, Service-Heft): [www.kbv.de/html/60812.php](http://www.kbv.de/html/60812.php)

## Welche Ärztinnen und Ärzte dürfen Potenzial erheben?

### Bei Erwachsenen:

- Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
- Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
- Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6 Monaten Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit,
- Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie oder Neurologie: mindestens 12 Monate solche Tätigkeit,
- weitere Fachärzte: mindestens 18 Monate solche Tätigkeit,
- bei nicht beatmeten Patienten auch Fachärzte mit mindestens 18 Monaten Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Früh-Reha.

### Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen zusätzlich:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie,

- Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6 Monaten Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum,
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin: mindestens 12 Monate solche Tätigkeit,
- weitere Fachärzte: mindestens 18 Monate solche Tätigkeit.

### Bei jungen Volljährigen zusätzlich:

- Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens 6 Monaten Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem entsprechend hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V,
- weitere Fachärzte: mindestens 18 Monate solche Tätigkeit

**Ansprechpartner bei Fragen zur Genehmigung:**  
Abteilung Genehmigung  
Inga Beitz, Tel: 040 / 22802 -663  
Tina Stasch, Tel: 040 / 22802 -451  
Sebastian von Borstel, Tel: 040 / 22802 -573  
[genehmigung@kvhh.de](mailto:genehmigung@kvhh.de)

**Ansprechpartner bei inhaltlichen Fragen zur Verordnung:**  
Abteilung Verordnung und Beratung  
Dr. Thomas Stolz, Tel: 040 / 22802 -749  
[verordnung@kvhh.de](mailto:verordnung@kvhh.de)

# Erste Hilfe bei Störungen in der TI

Was tun, wenn Funktionen in der Telematikinfrastruktur (TI) ausfallen oder die Einwahl ins Online-Portal der KV Hamburg per „SafeNet“ nicht möglich ist? Mit diesen Hilfsmitteln können Sie oftmals herausfinden, woran es liegt – und wie lange es voraussichtlich dauert.

## TI-Lagebild

Im neuen "TI-Lagebild" bietet die für die TI-Technik verantwortliche Gematik eine anschauliche und kompakte Übersicht des Betriebszustands der TI-Anwendungen. Wie ist der aktuelle Stand bei eRezept, ePA und KIM? Liegt eine Störung vor, falls ja, bei welchem Dienst? Welche Anwendungen sind betroffen und welche Einschränkungen bestehen?

Das Lagebild gibt allen Nutzerinnen und Nutzern ein präzises Bild. So können sowohl Versorgende als auch Versicherte den aktuellen Stand der TI-Dienste besser nachvollziehen. In vielen Fällen ist für die Störung nicht die Gematik verantwortlich, sondern ein externer Dienstleister. Die Gematik steht mit diesen Unternehmen aber in Kontakt. Die Behebung vieler Störungen dauert oft nur wenige Minuten. Anpassungen im Betriebsablauf werden zudem im Vorfeld angekündigt.

<https://fachportal.gematik.de>  
→ TI-Status → TI Live-Status

## Whatsapp-Kanal

Um sich über Ursache und mögliche Dauer einer TI-Störung zu informieren, bietet die Gematik zusätzlich noch über

den Messengerdienst „WhatsApp“ einen eigenen Kanal an. Der Kanal bietet dem Praxispersonal die Möglichkeit, sich sehr schnell über TI-Störungen zu informieren. Dazu wird das Feature „WhatsApp-Kanal“ genutzt: Interessierte sollten sich den Kanal „gematik“ am besten abonnieren.

**Weitere Informationen:**  
<https://fachportal.gematik.de>  
→ TI-Status → Störungen

## Ins Online-Portal über SafeNet-Zugang

Wenn das Online-Portal der KV Hamburg über das "Sichere Netz der KVen" (SNK) (<https://portal.kvhh.kv-safenet.de/>) nicht zu erreichen ist, erscheint mitunter eine Fehlermeldung. Dieser auch „SafeNet“ genannte Zugang ist nur am Praxis-PC mit bestehender TI-Anbindung zu erreichen. Mit dem Link über das WebNet ([www.ekvhh.de](http://www.ekvhh.de)) funktioniert die Einwahl ins SafeNet nicht. In einigen Fällen hat der Techniker schon bei der Einrichtung der TI vergessen, den Konnektor für das SNK freizuschalten. Es kann aber auch sein, dass bei einem Konnektor-Update die Einstellung im Menü des Konnektors zurückgestellt wurde.

Unser Rat: Nehmen Sie Kontakt auf mit Ihrem IT- beziehungsweise PVS-Anbieter. Der Eintrag zum Freischalten des SafeNets befindet sich im Konfigurationsmenü des Konnektors unter "Bestandsnetze". Dazu muss nur ein Mausklick richtig gesetzt sein. Dies kann Ihre IT-Firma beziehungsweise Ihr Software-Anbieter von der Ferne aus tun, ohne dass ein Techniker in die Praxis kommen muss.

Ein Blick ins Handbuch des Konnektors gibt weitere Auskünfte. Hinweis: Nur über das SafeNet erhalten Praxen Zugang zu externen Anwendungen wie die Terminservice-stelle (TSS). Die Abrechnung können Praxen hingegen auch über das WebNet von jedem Internet-PC aus an die KV Hamburg übermitteln. ■

**Ansprechpartner:**  
**KV Hamburg Online-Services**  
Tel: 040 / 22802 -554, -862  
[online-services@kvhh.de](mailto:online-services@kvhh.de)





# Neufassung der Arthroskopie-Vereinbarung

**D**ie Arthroskopie-Vereinbarung (Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Operationen) wurde überarbeitet, um Abweichungen zwischen dem aktuellen Weiterbildungsrecht und den fachlichen Anforderungen im Rahmen der Genehmigungserteilung zu vermeiden.

Neu ist, dass neben den Orthopäden und Unfallchirurgen und Allgemeinchirurgen folgende Fachgruppen zukünftig an der Vereinbarung teilnehmen können:

- Kinder- und Jugendorthopädie
- Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie

Bisher galt die Vereinbarung für die Gelenke Knie und Schultern. Künftig können auch Genehmigungen für die Hüfte, die Hände und

arthroskopische Operationen bei Kindern und Jugendlichen beantragt werden - bei Vorlage entsprechender Nachweise bei der Abteilung Genehmigung.

Ab dem Inkrafttreten der aktualisierten Vereinbarung am 1. Oktober 2024 müssen Anträge auf Durchführung und Abrechnung arthroskopischer Operationen gelenkspezifisch nach der fachlichen Befähigung des Arztes gestellt werden.

Für Ärztinnen und Ärzte, die bereits eine Genehmigung haben, ändert sich nichts. ■

**Ansprechpartner:**  
**Abteilung Genehmigung**  
**Monika Marks, Tel: 040 / 22802-603**  
**monika.marks@kvhh.de**  
**Lucas Rathke, Tel: 040 / 22802-358**  
**lucas.rathke@kvhh.de**

## HELDEN GESUCHT BITTE SUBSTITUIEREN SIE !

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



# Mustervorlage zum Hygienemanagement aktualisiert



**Die Mustervorlage für einen Hygieneplan** in der Arztpraxis wurde aktualisiert. Praxen können sie nutzen, wenn sie ihren eigenen Hygieneplan erstellen oder anpassen. Hygienerelevante Abläufe werden detailliert dargestellt. Die Vorlage berücksichtigt sowohl Patienten- als auch Mitarbeiterschutz. ■

Eine Word-Version der Mustervorlage zum Anpassen an die Bedürfnisse der eigenen

Praxis kann per E-Mail angefordert werden: [hygiene-undmedizinprodukte@kvhh.de](mailto:hygiene-undmedizinprodukte@kvhh.de)

Die Mustervorlage als PDF sowie eine Gegenüberstellung, in der die Änderungen zur alten Mustervorlage von 2017 markiert sind, finden Sie hier: [www.hygiene-medizinprodukte.de](http://www.hygiene-medizinprodukte.de) → Download → Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis

## Stammtisch für Qualitätsmanagementbeauftragte

Im Jahr 2025 werden wir unseren **kostenlosen Stammtisch** für Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) wiedereröffnen.

Hier sollen die QMB die Möglichkeit haben, über ihre Erfahrungen zu berichten, sich auszutauschen und Fragen zu stellen. Somit ist dies eine großartige Gelegenheit, um gemeinsam an der Verbesserung von Praxisprozessen und Praxisabläufen zu arbeiten.

Ihre Ideen und Anregungen sind uns wichtig, daher freuen wir uns auf Ihre Teilnahme. Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, die Qualität in den Hamburger Praxen weiter zu steigern und zukünftige Ziele zu erreichen.

Falls wir Ihr Interesse geweckt haben, können Sie sich unverbindlich per E-Mail anmelden: [qualitaetsmanagement@kvhh.de](mailto:qualitaetsmanagement@kvhh.de)

Konkrete Termine werden wir bis Jahresende bekanntgeben. ■

**Ansprechpartner:innen:**  
**Abteilung Qualitätsmanagement**  
**Sabrina Pfeifer,**  
 Tel: 040 / 22802 -858  
**Michael Bauer,**  
 Tel: 040 / 22802 -388  
**Lena Belger,**  
 Tel: 040 / 22802 -574



# Verordnungsfähigkeit von Nirsevimab

RSV-Prophylaxe mit Nirsevimab soll künftig allen Neugeborenen und Säuglingen zugänglich gemacht werden. Derzeit (Stand 14.8.2024) kann RSV-Prophylaxe aber nur Kindern mit hohem Risiko für schwere Infektionsverläufe verordnet werden.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt für alle Neugeborenen und Säuglinge zum Schutz vor schweren Atemwegsinfektionen durch das Respiratorische Synzytial-Virus – kurz RSV – eine Prophylaxe mit dem monoklonalen Antikörper Nirsevimab (Beyfortus®).

Eine solche Primärprophylaxe für alle Neugeborene und Säuglinge ist allerdings noch nicht zulasten der GKV möglich. Um das zu ändern, will das Bundesgesundheitsministerium eine Rechtsverordnung erlassen. Wann eine solche Verordnung in Kraft tritt, ist noch nicht absehbar. Unklar ist auch, ob einzelne Krankenkassen bereit sind, die Primärprophylaxe als Satzungsleistung anzubieten.

Derzeit können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Antikörper zur RSV-Prophylaxe nur für Kinder mit hohem Risiko für schwere Infektionsverläufe zulasten der GKV verordnen (Sekundärprophylaxe). Das ist in einem Therapiehinweis des G-BA festgelegt.

Der Einsatz von gegen das F-Protein des RSV gerichteten Antikörpern (z.B. Palivizumab/Synagis® oder Nirsevimab/Beyfortus®) ist demnach wirtschaftlich bei:

- Kindern mit hohem Risiko für schwere Infektionsverläufe im Alter von ≤ 24 Lebensmonaten, im Fall von Nirsevimab ≤ 12 Lebensmonaten, zum Beginn der RSV-Saison,
  - die wegen bronchopulmonaler Dysplasie begleitende therapeutische Maßnahmen innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn der RSV-Saison benötigten. Diese Maßnahmen beinhalteten zusätzlichen Sauerstoff, Steroide, Bronchodilatoren oder Diuretika.
  - mit hämodynamisch relevanten Herzfehlern (zum Beispiel relevante Links-Rechts- und Rechts-Links-Shunt-Vitien und Patienten mit pulmonaler Hypertonie oder pulmonalvenöser Stauung)
  - mit Trisomie 21.

Darüber hinaus sei die Gabe unter wirtschaftlichen Aspekten noch vertretbar bei:

- Kindern im Alter von ≤ 6 Monaten bei Beginn der

RSV-Saison, die als Frühgeborene bis zur vollendeten 35. Schwangerschaftswoche (SSW) (34 (+6)) geboren wurden.

Eine ärztliche Verordnung von gegen das F-Protein des RSV gerichteten Antikörpern ist über die Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise hinaus ausnahmsweise mit Begründung in der Patientenakte möglich, wenn im Einzelfall ein vergleichbares Risiko für einen schweren Infektionsverlauf besteht. ■

**Therapiehinweis „Respiratorisches-Synzytial-Virus-Antikörper“ – Anlage IV der Arzneimittelrichtlinie:**  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) → Richtlinien → Arzneimittelrichtlinie → Anlage IV Therapiehinweise

## AUSZUG AUS DER STELLUNGNAHME DER AKDÄ ZUR FRÜHEN NUTZENBEWERTUNG VON NIRSEVIMAB (BEYFORTUS®)

Bei Kindern, während ihrer ersten RSV-Saison mit Indikation zur Sekundärprophylaxe von Infektionen der unteren Atemwege verursacht durch das RSV, bei denen Palivizumab angezeigt ist, ist für Nirsevimab ein Zusatznutzen nicht belegt.

Die praktische Relevanz von Nirsevimab besteht jedoch in der Reduktion von Applikationsfrequenz und Therapiekosten bei gleich wirksamer und sicherer Sekundärprophylaxe mit Nirsevimab gegenüber Palivizumab, sowie in der Verfügbarkeit eines für Kinder im ersten Lebensjahr ohne spezifische Einschränkungen zugelassenen Wirkstoffs. Dessen ärztliche Anwendungsindikation wird allerdings durch die Therapiehinweise des G-BA erheblich eingeschränkt gegenüber den Empfehlungen der aktualisierten S2k-Leitlinie.

[www.akdae.de](http://www.akdae.de) → Stellungnahmen → AMNOG → Stellungnahme zu Nirsevimab (24.06.2024)

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



## Ersatzverordnung von Arzneimitteln

Muss ein Arzneimittel aufgrund eines Arzneimittelrückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit erneut verordnet werden (Beispiel: Sartane aufgrund Nitrosamin-Verunreinigung), so ist die erneute Verordnung wie folgt zu kennzeichnen: „Ersatzverordnung gemäß §31 Abs. 3 Satz 7 SGB V“.

Bei einem E-Rezept ist dieser Hinweis als Freitext zu hinterlegen.

Falls eine Ersatzverordnung auf einem Muster 16 ausgestellt wird, dürfen keine weiteren Arzneimittel auf dem Verordnungsblatt verschrieben werden.

Die Ersatzverordnung gilt im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit.

Verordnungen, die aus anderen Gründen erneut ausgestellt werden (beispielsweise bei Verlust des Rezeptes), dürfen den Hinweis „Ersatzverordnung gemäß §31 Abs. 3 Satz 7 SGB V“ nicht enthalten. ■

## Dosierungsangabe muss aufs Rezept

**Seit dem 1. November 2020 sind Ärzt:innen verpflichtet, bei der Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auf dem Rezept eine Dosierungsangabe zu machen.** Bei der Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln kann die Angabe einer Dosierung optional erfolgen und ist aus Gründen der Arzneimittelsicherheit sehr empfehlenswert.

Die Dosierungsangabe erfolgt jeweils am Ende der Verordnungszeile, zum Beispiel »0-0-1« (1 x täglich abends) – oder »Dj« (Dosierungsanweisung vorhanden: ja), wenn ein Medikationsplan oder eine schriftliche Anweisung vorliegt.

Bei BTM-Rezepten muss entweder die Einzel- und Tagesdosis angegeben sein oder der Hinweis »gemäß schriftlicher Anweisung« ergänzt werden.

„Bei Bedarf“ ist keine konkrete Dosierungsangabe, die Patientinnen und Patienten bei der Einnahme unterstützt. Ausgenommen von einer verpflichtenden Dosierungsangabe sind gemäß AMVV lediglich Verordnungen, die unmittelbar an Ärzt:innen abgegeben werden. Dies betrifft zum Beispiel den Sprechstundenbedarf. ■

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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

# Wann ist es Screening – wann medizinisch indizierte Diagnostik?

Testen auf Trisomie und die jährliche Inspektion beim Frauenarzt

VON PROF. DR. INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.  
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Kriterien zur Bewertung von Screeningtests wurden erstmals 1968 von der WHO definiert, als klar wurde, dass alle Screeningmaßnahmen schaden und nur wenige auch nutzen (1). Die Kriterien beziehen sich auf den Risikofaktor bzw. die Erkrankung, das Testverfahren, die Behandlungsoptionen sowie das gesamte Programm zur Implementierung in ein Gesundheitssystem. Um den ethischen Ansprüchen ärztlichen Handelns im Sinne des „primum nil nocere“ gerecht zu werden, muss die jeweilige Screeningmaßnahme nachweislich mehr nutzen als schaden, und informiertes Entscheiden muss ermöglicht werden. Der Nutzen soll durch randomisiert-kontrollierte Studien mit patientenrelevanten Endpunkten belegt sein.

Ein medizinischer Test kann sowohl als Screeninguntersuchung als auch zur Diagnostik eingesetzt werden. An zwei aktuellen Beispielen aus der öffentlichen

Gesundheitsdebatte soll die Differenzierung zwischen Screening und medizinisch indizierter Diagnostik verdeutlicht werden.

## BLUTTEST AUF TRISOMIE

In Deutschland sind jährlich hunderttausende Schwangere mit der Frage konfrontiert, ob sie Pränataldiagnostik in Anspruch nehmen sollen. Der Screening-Leitfaden der WHO nennt als ein Ziel von Pränataldiagnostik *“to detect conditions in the fetus and provide information to parents so that they can make an informed choice about whether to continue or end a pregnancy.”* (1)

Seit Juli 2022 ist in Deutschland der nichtinvasive Pränataltest (NIPT) auf Trisomie 13, 18 und 21 eine Kassenleistung. Der NIPT soll jedoch keine Routineuntersuchung sein. Die Kassenzulassung beschränkt sich auf eine medizinische Indikation. Diese ist in den Mutterschaftsrichtlinien (Mu-Ri) geregelt und liegt vor, wenn eine Frau gemeinsam mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt zu der Überzeugung kommt, dass der Test in ihrer persönlichen Situation notwendig ist oder wenn sich aus anderen Untersuchungen ein Hinweis auf eine Trisomie ergeben hat, etwa aus den planmäßigen Vorsorgeuntersuchungen oder dem sogenannten Ersttrimester-Screening (ETS), das als Selbstzahlerleistung (IGeL) angeboten wird (2).

Kritiker:innen der Kassenzulassung des NIPT bemängeln, dass die medizinische Indikation nicht ausreichend klar geregelt wäre, der NIPT würde faktisch als Reihenuntersuchung auf Trisomie 21 (Down-Syndrom),

eingesetzt. Eine interfraktionelle Gruppe von Abgeordneten im Bundestag fordert nun ein Monitoring der Konsequenzen der Kassenzulassung. Evaluiert werden soll auch die medizinische Beratung der Schwangeren vor und nach der Inanspruchnahme eines NIPT (3).

Der NIPT auf Trisomie 21 hat eine Sensitivität und Spezifität von über 99 %. Ein Verdachtsbefund ergibt sich für etwa 20 pro 10 000 Getestete. Die Abklärung des Verdachts erfordert eine weitere, meist invasive Diagnostik (2,4). Zum Anteil der richtig positiv Getesteten an der Gesamtheit der positiv Getesteten gibt der positive Vorhersagewert Aufschluss. Dieser positiv prädiktive Wert ist abhängig von der Vortestwahrscheinlichkeit für Trisomie 21 und damit vom Alter der Schwangeren.

Die Tabelle zeigt Beispiele für 20-Jährige und 40-Jährige. Die Zahlenangaben sind Schätzwerte (2,4).

**TABELLE:  
TESTUNG MIT DEM NIPT AUF DOWN-SYNDROM**

	Altersgruppe 20-Jährige	Altersgruppe 40-Jährige
Prävalenz für Trisomie 21	8 pro 10 000	120 pro 10 000
Positiver Verdachtsbefund	16 pro 10 000	130 pro 10 000
Positiver Vorhersagewert	etwa 50 %	etwa 90 %

Das IQWiG hat eine evidenzbasierte Versicherteninformation zum NIPT entwickelt (5). Sie ist Teil der Mu-Ri (2). Offen bleibt, ob und in welcher Weise diese den Frauen auch vorgelegt wird und wie die Beratungsgespräche in den Arztpraxen ausfallen. Zudem erscheint es plausibel, dass der NIPT nicht ausschließlich im Sinne der medizinischen Indikation, sondern als Screening auf Down-Syndrom eingesetzt wird, denn Screening

auf Down-Syndrom wurde auch schon vor Kassenzulassung des NIPT angeboten und nachgefragt. Entweder haben die Schwangeren den NIPT privat finanziert oder es wurde das sogenannte Ersttrimesterscreening (ETS) durchgeführt (5,6).

Das ETS besteht aus einer Ultraschalluntersuchung und der Bestimmung von Biomarkern. Dieses Screening sucht nicht nur nach Hinweisen auf Down-Syndrom, sondern auch nach Fehlbildungen und anderen Auffälligkeiten des Fetus. Ein Cochrane Review findet für das ETS auf Down-Syndrom eine Sensitivität und Spezifität von etwa 95 % (6).

Die Abklärung erfordert weitere, teils invasive Diagnostik. Das ETS ist keine reguläre Kassenleistung, sondern wird als IGeL von den Schwangeren selbst bezahlt. Ein systematisches Monitoring zum Einsatz, den Folgen und den Beratungsprozessen fehlt für das ETS. Auch steht für das ETS keine, der NIPT Broschüre für Schwangere vergleichbar gute, Entscheidungshilfe zur Verfügung. Unnötige Schwangerschaftsabbrüche, Verunsicherung oder auch falsche Beruhigung der Schwangeren könnten nicht nur Folge des NIPT, sondern auch Folge des ETS sein.

Die Screening-Kriterien der WHO (1) stützen die Forderung der Bundestagsabgeordneten nach Monitoring und Evaluation zur Differenzierung zwischen medizinischer Indikation und Screening bei Einsatz des NIPT (3). Allerdings sollte die Evaluation auch auf das als IGeL angebotene ETS ausgeweitet werden. Aus Perspektive der Evidenzbasierten Medizin (EbM) wäre eine aussagekräftige Studie zum Vergleich der beiden Verfahren geboten, um die Auswirkungen des Screenings sowohl für den NIPT als auch für das ETS beurteilen zu können. Insbesondere müsste geprüft werden, ob den Betroffenen das ethisch verbrieftete Recht auf eine informierte Entscheidung ermöglicht wird. → Fortsetzung nächste Seite



→ Fortsetzung

## VAGINALER ULTRASCHALL

Der vaginale Ultraschall wird sowohl als Screeningtest als auch zur Abklärung von Beschwerden eingesetzt, beispielsweise zur Diagnostik einer Endometriose. Die Untersuchung ist dann medizinisch indiziert und wird von der Krankenkasse bezahlt. Hingegen ist das Screening mit dem vaginalen Ultraschall auf Eierstockkrebs keine Kassenleistung, da für diese Screeninguntersuchung der Schaden überwiegt. Randomisiert-kontrollierte Studien konnten keine Abnahme der Krebssterblichkeit finden. Das Screening führt jedoch zu einer Zunahme an unnötigen operativen Eingriffen aufgrund falscher Verdachtsbefunde. Eine sachgerechte Aufklärung der Versicherten müsste darüber informieren, dass diese Untersuchung nachweislich keinen Nutzen hat, jedoch ein relevantes Schadenspotenzial. Dennoch wird der vaginale Ultraschall als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) den Frauen in Deutschland weiterhin verkauft.

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung hat daher kürzlich vorgeschlagen, die vaginale Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Eierstock- und Endometriumkarzinom sowie andere IGeL ohne Nutzenachweis zu verbieten (7). Die Reaktion des Berufsverbands der Frauenärzte erfolgte prompt in einer offenen Stellungnahme. Mit Unterstützung der gynäkologischen Fachgesellschaft versucht der Berufsverband, die Notwendigkeit dieser IGeL medizinisch zu begründen (8).

Zwar wird bestätigt, dass sich der vaginale Ultraschall nicht als Screeningtest zur Früherkennung von Krebs eignet. Das Hauptargument für das Angebot einer transvaginalen Sonografie wäre jedoch „die komplettierende Erweiterung der gynäkologischen Routineuntersuchungen“, die Untersuchungsmethode würde „gut das gesamte kleine Becken visualisieren“. Der Fokus liege hierbei „auf den viel häufigeren funktionellen und gutartigen Veränderungen sowie gynäkologischen Problemen“. Veränderungen sollten nicht erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert werden.

Aus Perspektive der EbM und der WHO wäre dies ein ungezieltes, unkontrolliertes und nicht qualitätsgesichertes Screening mit hohem Schadenspotenzial (1).

Zur wissenschaftlichen Begründung seiner Aussagen zitiert der Berufsverband eine nicht kontrollierte Querschnittstudie einer Radiologin aus Mumbai (8). Diese hat eine Gruppe selbst-selektionierter Frauen in einem ‚Camp Setting‘ auf einer indischen Insel mit dem vaginalen Ultraschall untersucht und dabei bei etwa 10 % Auffälligkeiten gefunden. Unklar bleibt, nach welchem methodischen Verfahren der Berufsverband zur Auswahl dieser Publikation kommt, um das Screening gesunder Frauen in deutschen gynäkologischen Praxen wissenschaftlich zu begründen.

Die jährliche frauenärztliche Inspektion und Palpation des äußeren und inneren Genitale ist in Deutschland eine Kassenleistung. Sie wird ohne medizinische Indikation als Screeninguntersuchung an gesunden bzw. beschwerdefreien Menschen durchgeführt. Eine wissenschaftliche Begründung für diese Routineuntersuchung gibt es nicht. Ein systematischer Review zur routinemäßigen gynäkologischen Untersuchung des kleinen Beckens findet keine Evidenz für einen Nutzen dieses Verfahrens (9).

Jede Ausweitung eines Screenings, z.B. mit dem vaginalen Ultraschall im Rahmen der jährlichen frauenärztlichen Inspektion, ist bei beschwerdefreien Personen ein nicht medizinisch indiziertes Testen. Je ungezielter gesucht wird, umso häufiger finden sich Auffälligkeiten, die weitere diagnostische Maßnahmen zur Folge haben. Die Kosten dafür werden durch die Versichertengemeinschaft getragen.

Ungezieltes, anlassloses Testen ist potenziell gesundheitsgefährdend (1). Schaden entsteht durch Überdiagnosen und Übertherapie, unnötige Verängstigung und durch Ressourcenbindung. Die Ärzt:innen sind mit der Aufarbeitung von Verdachtsbefunden zeitlich und personell gebunden, zum Nachteil der kranken Menschen.

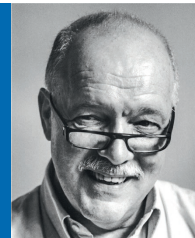
Nach den Kriterien der EbM sind die Forderungen des Patientenbeauftragten der Bundesregierung nach einem Verbot von IGeL ohne Nutznachweis zu unterstützen, wenn das Schadenspotenzial das Nutzenpotenzial überwiegt. Eine Erweiterung der bereits bestehenden Routineuntersuchungen ohne wissenschaftlichen Nutzenbeleg sollte den Bürger:innen nicht als IGeL verkauft werden. ■



**UNIV.-PROF. DR. MED.  
INGRID MÜHLHAUSER**  
Universität Hamburg  
MIN Fakultät  
Gesundheitswissenschaften  
E-Mail: [Ingrid.Muehlhauser@uni-hamburg.de](mailto:Ingrid.Muehlhauser@uni-hamburg.de)  
Tel: 040 / 42838 - 3988

#### Literatur:

- 1) WHO Regional Office for Europe (2020). Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054782>
- 2) Gemeinsamer Bundesausschusses (2023). Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL. <https://www.g-ba.de/richtlinien/19/>
- 3) Rüffer C et al. (2024) Antrag zu: Kassenzulassung des nichtinvasiven Pränataltests – Monitoring der Konsequenzen und Einrichtung eines Gremiums. Deutscher Bundestag. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/105/2010515.pdf>
- 4) Gießelmann K (2020) Nichtinvasive Pränataltests: Risiko für Fehlinterpretation. Dtsch Arztebl 2020; 117(7): A-320 / B-285 / C-274 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/212522/Nichtinvasive-Praenataltests-Risiko-fuer-Fehlinterpretation>
- 5) Gesundheitsinformation.de (2022) Bluttest auf Trisomien (nicht invasiver Pränataltest – NIPT) <https://www.gesundheitsinformation.de/bluttest-auf-trisomien-nicht-invasiver-praenataltest-nipt.html>
- 6) Alldred SK et al. (2017) First trimester ultrasound tests alone or in combination with first trimester serum tests for Down's syndrome screening. Cochrane Database of Systematic Reviews. [file:///C:/Users/Ingrid/Downloads/Alldred\\_et\\_al-2017-Cochrane\\_Database\\_of\\_Systematic\\_Reviews.pdf](file:///C:/Users/Ingrid/Downloads/Alldred_et_al-2017-Cochrane_Database_of_Systematic_Reviews.pdf)
- 7) DPA (2024) Debatte um Verbot bestimmter individueller Gesundheitsleistungen. News online Deutsches Ärzteblatt. 4. April 2024 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/150420/Debatte-um-Verbot-bestimmter-individueller-Gesundheitsleistungen>
- 8) Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGOG) (2024) Gemeinsame Stellungnahme zur Kritik an Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in der Frauenheilkunde. April 2024 <https://www.bvf.de/aktuelles/gbcog-mitteilungen/meldung/kritik-an-individuellen-gesundheitsleistungen-igel-in-der-frauenheilkunde/>
- 9) Guirguis-Blake JM, Henderson JT, Perdue LA (2017) Periodic screening pelvic examination: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA 317: 954-966.



# „Überalterung“: Die Angst vor dem demografischen Wandel

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

**E**s gibt verschiedene Lawinen. Es gibt Schneelawinen, Staublawinen, Eislawinen und Schlammlawinen. Lawinen entwickeln bergabstürzend eine ungeheure Gewalt, sind unentrinnbar und können enorme Schäden verursachen. Sie sind Naturkatastrophen.

Seit einigen Jahren werden wir nun von einer ganz neuen Lawine heimgesucht, die uns – ebenfalls unentrinnbar – überrollt, ohne dass wir uns zuvor in alpines Gelände begeben haben. Das ist die Alterslawine.

Man könnte aber auch wirklich erschrecken. Während im Jahr 1950 etwa zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland über 65 Jahre alt war, zählte man im Jahr 2022 bereits 22 Prozent. Der Anteil hat sich also mehr als verdoppelt, bei einer Steigerung der Lebenserwartung um etwa 15 Jahre. In manchen Prognosen wird bis 2035 mit einer weiteren Verdoppelung gerechnet.

Das nennt man den demografischen Wandel. Er hat weitreichende Auswirkungen auf die ganze Gesellschaft, auf politische Programme, auf die Umwelt, auf den Arbeitsmarkt, auf die Lebensarbeitszeit und auf die Sozialsysteme.

Vor allem aber hat er ein demagogisches Trommelfeuer eröffnet, das unter der Überschrift der Kostenexplosion daherkommt. In aller Munde ist seit 2004 Frank Schirrmachers

„Methusalem-Komplott“, wo eine Verschwörung der Alten suggeriert wird, in der *Süddeutschen Zeitung* war gar von der Gerontokratie die Rede, wo eine heimliche Herrschaft der Alten suggeriert wird, sodass wir uns „ängstlich vor der unaufhaltsamen Alterslawine ducken“, auch die *Frankfurter Rundschau* stimmte in das Konzert ein, „denn mit dem demografischen Wandel rollt auch die Alterslawine unaufhörlich weiter.“

**Die weitaus größten Kosten verursacht jeder von uns im letzten Lebensjahr. Dieser relativ große Kostenblock verschiebt sich in ein höheres Lebensalter.**

Die suggestiven Metaphern werden immer derber: Alterslawine, Rentnerschwemme, Vergreisung, sozialverträgliches Frühableben und Gerontokratie gipfeln in dem perfidesten aller Begriffe, der Überalterung.

Die Suche nach „Überalterung“ führt bei Google zu weit mehr als einer halben Million Treffern. Wenn man den überalterten Schilfbestand am Neusiedler See oder die überalterte Militärausrüstung der Nato

einmal abzieht, bleiben immer noch knapp 500.000 Internetseiten, die sich mit der unentrinnbaren demografischen Katastrophe beschäftigen, die allenthalben Überalterung genannt wird.

Bei näherer Betrachtung entpuppt sich die Überalterung allerdings als reiner Kampfbegriff. Mit ihm wird der Zusammenbruch unserer solidarischen Sozialsysteme vorausgesagt, der Rentenversicherung, der Pflege-

versicherung und der Krankenversicherung. Es sei mit einer Kostenexplosion zu rechnen.

In der Krankenversicherung ist es allerdings trotz der längst eingetretenen „Überalterung“ mitnichten zu einem Zusammenbruch gekommen. Es ist zwar eine Tatsache, dass die Menschen immer älter werden, aber es ist genauso nachweisbar, dass sich gleichzeitig der Lebensabschnitt des gesunden Altseins wesentlich verlängert hat.



Der gesunde Sechzigjährige von 1950 ist der gesunde Achtzigjährige von heute. Die Gesundheitskosten explodieren nicht, denn die weitaus größten Kosten im Gesundheitswesen verursacht jede:r von uns im letzten Lebensjahr.

Mit der erhöhten Lebenserwartung, mit der verlängerten Lebenszeit, verschiebt sich dieser relativ große Kostenblock also lediglich in ein entsprechend höheres Lebensalter, aber er erhöht sich nicht, ge-

schweige denn, dass er explodiert.

Die herrschende Anti-Aging-Ideologie, die Altersfeindschaft und die Träume von ewiger Jugend sind dazu geeignet, pharmakologische und ökonomische Interessen zu bedienen. Wer die demografischen Veränderungen zur Demontage unserer Sozialsysteme missbraucht, der hat nichts Gutes im Sinn.

Viel wichtiger als die Frage, wie alt wir werden, ist die Frage, wie wir alt werden. Das ist schon eher ent-

scheidend für den Bestand unserer Sozialsysteme.

Aus diesem Grund schlage ich für die nächste Wahl zum Unwort des Jahres die Überalterung vor, denn das ist ein gewalttätiges, ein diskriminierendes Wort. ■

#### DR. BERND HONTSCHIK

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

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

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

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

**KVH**

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

## Wir beraten – nicht nur zu Ihren Arzneimitteldaten!

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

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

Am besten vereinbaren Sie noch heute Ihren persönlichen Beratungstermin.

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





# Herz und Seele des Hamburger Gesundheitswesens – Vision der KVH

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg hat ein neues Logo. Dahinter steckt mehr als nur ein grafisches Zeichen, es beinhaltet ein Zukunftsbild. „Wir sichern heute und in Zukunft die bedarfsgerechte ambulante Versorgung – Herz und Seele des Hamburger Gesundheitswesens“, lautet die Vision der KV Hamburg. Im Zentrum: die vieldeutigen Begriffe Herz und Seele. Sie stehen als Sinnbild für die KV-Mitglieder und zugleich für das Arbeiten im Gesundheitssystem.

**„Die Fragen, wohin die Institution steuert, welchen Auftrag sie verfolgt und welche Werte ihr wichtig sind, haben an Bedeutung gewonnen“,** sagt John Afful, Vorsitzender der KV Hamburg. „Wir stehen gesellschaftlich und im Gesundheitswesen vor immensen Umbrüchen.“

Fachkräftemangel, eine nicht mehr zeitgemäße Finanzierung, Bürokratie und Digitalisierung – vor allem in der ambulanten Versorgung sind die Herausforderungen gewaltig.

„Im ambulanten Gesundheitswesen müssen und wollen wir diesen Entwicklungen aktiv begegnen“, so die stellvertretende Vorsitzende Caroline Roos, die auch die KV als Unternehmen im Veränderungsprozess sieht. „Dafür haben wir eine Vision, eine Mission und strategische Ziele entwickelt, die unserem Handeln einen Rahmen geben“, so Roos.

**Menschlicher – sichtbarer – leitend**  
Caroline Roos sieht die Vision als Leitstern, der den KV-Mitarbeitenden Orientierung in einem sich ständig verändernden Umfeld bietet und

dazu anregt, aktiv an der Erreichung des Zukunftsbildes mitzuwirken.

„Die Vision soll das Unternehmen sowohl nach innen als auch nach außen repräsentieren: für unsere Mitglieder, Mitarbeitenden und für die Patientinnen und Patienten“, sagt sie.

„Herz und Seele“ ist in seiner Bedeutung mehrdimensional. Die ambulante Versorgung – die KV und die vielen Hamburger Praxen mit ihren engagierten Praxisteams – bildet Herz und Seele der Gesundheitsversorgung in der Hansestadt. Tagtäglich versorgen die Hamburger Praxen weit über 60.000 Patientinnen und Patienten – und das eben mit Herz und Seele“, erklärt Caroline Roos.

Zugleich steht das Herz als das zentrale Organ des Blutkreislaufs, als der Motor des Lebens, metaphorisch für das Netz aus ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten. Doch Körper und Seele sind nur gemeinsam stark: So ist die Seele als unser Innerstes, die seelische Gesundheit auch als Sinnbild für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unserer Stadt zu sehen.

**Mission: Wie wird die KV Hamburg der Vision gerecht?**

Im Vorfeld der Entwicklung hat sich die KV Hamburg mit ihren Stärken und Schwächen sowie mit den relevanten Ansprechpartnern des Gesundheitswesens – so mit der Selbstverwaltung und der Politik – beschäftigt und Interviews geführt, um alle gegenwärtigen Anforderungen abzubilden. Daraus entstanden mit der Vision das übergeordnete „Was“ und mit der Mission das „Wie“, im weiteren Sinne der Auftrag.

„Unserem Auftrag werden wir gerecht, indem wir unseren Mitgliedern und ihren Patientinnen und Patienten in sämtlichen Belangen der ambulanten Gesundheitsversorgung zur Seite stehen, gemeinsam mit Politik und Krankenkassen die Finanzierbarkeit und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems sichern und eine leistungsgerechte Vergütung der Ärztinnen und Ärzte, der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mitgestalten“, sagt John Afful.

Die Herausforderung der KV besteht seit jeher in ihrer Doppelrolle, häufig mit dem Bild der Janusköp-



figkeit gezeichnet, und den damit verbundenen scheinbar widersprüchlichen Aufgaben: einerseits als Interessenvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu fungieren, andererseits gesetzliche Vorgaben, die immer kleinteiliger vom Staat vorgegeben werden, umsetzen zu müssen.

#### Strategische Ziele

Die aus der Mission abgeleiteten Ziele sind klar definiert:

- Die KV Hamburg setzt sich für die Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit ein.
- Sie bringt sich proaktiv in Reformvorhaben ein oder stößt diese an.
- Die Organisation ist effizient und orientiert sich an den Bedarfen der Mitglieder.
- Die Wirksamkeit als KV Hamburg basiert auf der Kompetenz und dem Engagement der Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter – für sie gilt es, attraktive Arbeitsbedingungen zu bieten.

- Die KV Hamburg organisiert bedarfsgerecht die ambulante medizinische und psychotherapeutische Versorgung innerhalb und außerhalb der Praxisöffnungszeiten.

Um diese Ziele zu erreichen, setzt sich die KV Hamburg damit auseinander, wie sie sich immer weiter verbessert und damit zukunftsfähig bleibt, um sich jederzeit schnell auf neue Anforderungen einstellen zu können. Hierzu befindet sich die KV Hamburg derzeit auf einem Veränderungspfad, auf dem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als die Experten für ihre Fachthemen ein deutliches Mehr an Eigenverantwortung erhalten. „Eine Veränderung lässt sich nicht indoktrinieren“, so Roos, „sie kann nur aus der Mitte

heraus geschehen. Daher ist uns wichtig, unsere Mitarbeitenden auf diese Transformationsreise mitzunehmen und aktiv am Wandel der KV mitwirken zu lassen.“

#### Sichtbare Veränderung: neues Logo

So wie sich die KV weiterentwickelt, so hat auch das KV-Logo eine Veränderung erfahren, indem die Vision bildlich eingeflossen ist. Darüber hinaus findet sich im Logo mit Darstellung der Seele nun auch der psychotherapeutische Bereich wieder, welcher seit diesem Jahr auch an der Spitze der Selbstverwaltung repräsentiert wird.

Vielleicht haben Sie das neue Logo bereits im Rahmen der Kampagne „Das ist Praxis in Hamburg“, die die Vielfalt und den Wert der ambulanten Versorgung in der Hansestadt in den Mittelpunkt stellt, entdeckt. ■



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. David Herzog**  
Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. David Herzog**  
Geburtsdatum: **17.09.1982**  
Familienstand: **verheiratet, 2 Kinder**  
Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**  
Hobbys: **Rennradfahren**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** Zum größten Teil ja. Auch wenn es Phasen gibt, in denen ich mich frage, warum ich so lange studiert habe, um Fragen der Rentenversicherung zu beantworten.

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Es war mir immer schon wichtig, sich zu organisieren, um Dinge verändern zu können.

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Die Stärkung der Rolle der hausärztlichen Versorgung im Gesundheitssystem (Primärversorgung) und damit auch deren Bedeutung für die Gesellschaft!

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis?** Wir sind in der Praxis oft die, die die Fäden zusammenhalten. Die Patient:innen hier jeden Tag aufs Neue zu begleiten, kann manchmal ganz schön herausfordernd sein.

**Welchen (privaten oder beruflichen) Traum möchten Sie gerne verwirklichen?** Dass die Politik endlich erkennt, dass wir Hausärzt:innen das Rückgrat der medizinischen Versorgung darstellen, und entsprechende Schritte (Endbudgetierung!) einleitet, um gute Hausarztmedizin auch in Zukunft möglich zu machen.



Dr. Johannes Frey (Mitte) mit Dr. Björn Parey (li.) und Dr. Michael Reusch (re.)

## Dr. Johannes Frey zum weiteren stellvertretenden Vertreterversammlungsvorsitzenden gewählt

Die KV-Vertreterversammlung hat den Psychotherapeuten Dr. Johannes Frey im Juni 2024 zum weiteren stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

Frey steht nun neben dem Vertreterversammlungsvorsitzenden Dr. Michael Reusch und dem stellvertretenden Vorsitzenden Dr. Björn Parey an der Spitze des höchsten Selbstverwaltungsgremiums der KV Hamburg.

Die Position ist durch eine Satzungsänderung neu geschaffen worden, um der Perspektive der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mehr Geltung zu verleihen. „Es ist mir wichtig, die Belange der Berufsgruppe gegenüber Vorstand und Vertreterversammlung angemessen zu repräsentieren“, sagte Frey. „Ich

möchte mich aber auch für die Verbesserung der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten einsetzen. Deshalb danke ich der VV und dem Vorstand dafür, dass sie sich für die Schaffung dieses Postens eingesetzt haben, der zu einer weiteren und stärkeren Integration der Psychotherapie in das KV-System beiträgt.“

Dr. Johannes Frey ist seit 2017 in eigener Praxis in Hamburg Eppendorf niedergelassen. Seit 2012 ist er im Vorstand der Deutschen Psychotherapeutischen Vereinigung der Landesgruppe Hamburg. Von 2022 bis 2024 war er Sprecher des Beratenden Fachausschusses Psychotherapeutische Versorgung, seit 2022 ist er Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg. ■

## Pilotprojekt: Sozialberatung in Hamburger Hausarztpraxen gestartet

Seit Juni 2024 gibt es in sechs Hausarztpraxen in Hamburg eine Sozialberatung. Es handelt sich um ein Pilotprojekt, das zunächst für sechs Monate läuft.

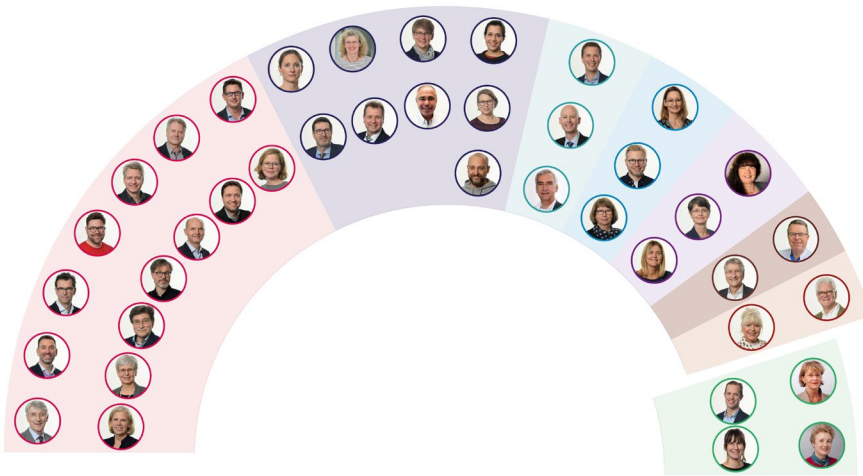
Wenn Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis über soziale Probleme berichten, können sie im Rahmen des Projekts an die Sozialberatung weitergeleitet werden. Diese wird ein- bis zweimal pro Woche in den Praxisräumen angeboten und vom öffentlichen Unternehmen „hamburger arbeit“ durchgeführt.

Konzipiert wurde das Projekt vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband Hamburg, von der „hamburger arbeit“ und vom Institut für Allgemeinmedizin (IPA) am UKE. Die Pilotphase wird durch das IPA wissenschaftlich evaluiert. ■

### VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 16. Oktober 2024 (19 Uhr)

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



### ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

### KREISVERSAMMLUNG

#### KREIS 19

(Lohbrügge, Bergedorf, Curslack, Altengamme, Neuengamme, Kirchwerder, Ochsenwerder, Reitbrook, Allemöhe, Billwerder, Moorflet, Tatenberg, Spadenland)  
**Kreisobmann: Dr. Sven-Holger Kühn / Stellvertreterin: Dr. Jutta Lipke**

Programm:

- Leistungsportfolio der Abteilung Verordnung & Beratung der KV Hamburg (Dr. Andreas Walter, Abteilungsleiter)
- Wahl einer neuen Obfrau / eines neuen Obmannes Kreis 19
- Punctator - Cunctator? Grenzverschiebung oder -überschreitung in der aktuellen interventionellen Kardiologie (Dr. med. Ingo Büchner, Teamchefarzt Kardiologie des Bethesda Krankenhauses)

**3 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Di, 5.11.2024 (19.15 Uhr s.t.)**

**Ort: Agaplesion Bethesda Krankenhaus Bergedorf / Glindersweg 80  
 Konferenzraum 1, Ebene O, Haus B**

### QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

**Prävention und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt gegen Kinder und Jugendliche / Schutzkonzept (online)**  
**Mi. 2.10.2024 (15 - 18.30 Uhr)**

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Datenschutz in der Arztpraxis (Präsenz)**

**Mi. 9.10.2024 (9.30 - 17 Uhr)**

**12 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**QEP® Einführungsseminar für Arztpraxen und Psychotherapeuten (Präsenz)**

**zweiteilig**

**Teil I: Fr. 18.10.2024 (15 - 20 Uhr)**

**Teil II: Sa. 19.10.2024 (9 - 16 Uhr)**

**14 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Praxisorganisation an der Anmeldung (online)**

**Mi. 20.11.2024 (15 - 18.30 Uhr)**

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Arbeitsrecht (online)**

**Mi. 11.12.2024 (9 - 14 Uhr)**

**9 FORTBILDUNGSPUNKTE**

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

Oder über den QR-Code:



#### **Ansprechpartner:**

Sabrina Pfeifer, Tel: 040 / 22 80 2-858

Michael Bauer, Tel: 040 / 22802-388

Lena Belger, Tel: 040 / 22802-574

[qualitaetsmanagement@kvhh.de](mailto:qualitaetsmanagement@kvhh.de)



**DATENSCHUTZ-  
JAHRESSCHULUNG**

**Für Praxisinhaber und Mitarbeiter**

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.  
Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

**Fr. 8.11.2024 (14.30 - 17 Uhr)**

**4 FORTBILDUNGSPUNKTE**

Teilnahmegebühr:  
€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern

**Ort: Ärztehaus  
Humboldtstraße 56  
Saal 5 + 6  
22083 Hamburg**

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Rita Trettin,  
praxis@neurologiewinterhude.de  
www.neurologiewinterhude.de oder:  
www.datenschutz.  
neurologiewinterhude.de  
Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können.

**WINTERHÜDER  
QUALITÄTSZIRKEL**

**Nicht-motorische Störungen beim  
Parkinson-Syndrom**

Vigilanz – Schlafstörungen – vegetative Störungen in der differentialdiagnostischen Betrachtungsweise

**Mi. 18.9.2024 (18 -22 Uhr)**

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Ort: Ärztehaus  
Humboldtstraße 56  
Saal 5 + 6  
22083 Hamburg**

**Betriebliches  
Gesundheitsmanagement**

Gesunde und motivierte Mitarbeiter in gesunden Betrieben

**Mi. 20.11.2024 (18 -22 Uhr)**

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE**

**Ort: Ärztehaus  
Humboldtstraße 56  
Saal 3  
22083 Hamburg**

**Ansprechpartnerin:**

Dr. Rita Trettin  
praxis@neurologiewinterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE  
DER ÄRZTEKAMMER**

**Fortbildungen für Ärztinnen und  
Ärzte**

**Aktuelle Infos:**

[www.aerztekammer-hamburg.org/  
akademieveranstaltungen.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html)

**Ansprechpartnerin:**

Bettina Rawald, Fortbildungsakademie  
Tel: 040 / 202299-306  
akademie@aekhh.de

**Medizinische  
Fachangestellte:  
Planen Sie Ihre  
Fortbildungen für 2024!**



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

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der zweiten Jahreshälfte 2024 stattfinden. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg.

[www.aerztekammer-hamburg.org/  
fortbildung\\_mfa.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html)

# KVH



## Kurze Info gefällig?

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

**Mitgliederservice (ehemals Infocenter) - Wir begleiten Sie durch das KV-System.**

 **040 22 802 802**

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