

Nordlicht



Dezember 2019 | 22. Jahrgang

A K T U E L L



Ausbau 116117

**Alte Nummer -
neues Angebot**

SERVICESEITEN
AB SEITE 33

TITELTHEMA

- 4 116117: Alte Nummer – neues Angebot
- 6 Aufbruch in eine neue Welt: Interview mit Alexander Paquet, Leiter der Abteilung Management Versorgungsstrukturen der KVSH
- 8 Die neue 116117: Was Praxen jetzt wissen müssen
- 10 Software SmED hilft künftig bei Ersteinschätzung von Patienten

12 NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

- 14 Bericht von der Abgeordnetenversammlung
- 17 Kommentar: Sorgfalt

PRAXIS & KV

- 18 Wartezeiten in der Gastroenterologie: Dr. Michael Schroeder, stellvertretender Vorsitzender des beratenden Fachausschusses Fachärzte, erläutert im Interview die Hintergründe
- 21 Interessengemeinschaft der Heilberufe fordert Schutz der Freiberuflichkeit
- 22 Umfrage: Praxen sehen Nutzen in Digitalisierung
- 24 Rückblick auf Honorarsituation und Laborreform 2018
- 26 Psychotherapie: Was tun, wenn die Krankenkasse in eine laufende Behandlung eingreift?
- 27 Aus anderen KVen

28 BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

- 29 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

DIE MENSCHEN IM LAND

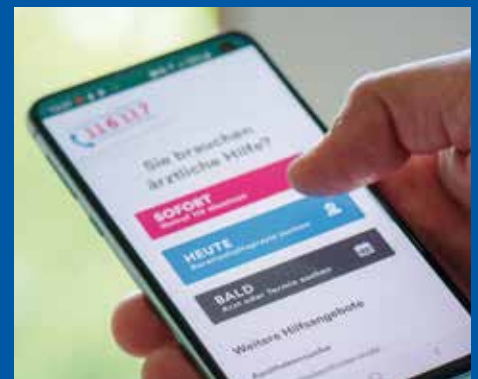
- 30 HNO-Orchester: Aus Freude an der Musik
- 32 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

SERVICE

- 33 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 34 Sie fragen – wir antworten
- 35 Seminare
- 39 Termine

Aus dem Inhalt

Die 116117 soll es richten. Ab 2020 ist unter der bundesweiten Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes auch die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein erreichbar – sieben Tage die Woche rund um die Uhr. Im Heft geben wir einen Überblick, wie Praxen die gesetzlichen Vorgaben umsetzen können.



04

Disease-Management-Programme, das Digitale-Versorgung-Gesetz, eQuaMaDi, Vertrag zum „Diabetischen Fuß“, Honorar und Haushalt: Die Abgeordnetenversammlung der KVSH beschäftigte sich mit einem vielfältigen Themenspektrum.

10

30



Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde aus ganz Deutschland gründeten vor fünf Jahren ein eigenes Orchester. Leiter ist PD Dr. Jan Löhler aus Bad Bramstedt. Er berichtet, wie sich das Gemeinschaftsprojekt im Laufe der Zeit professionalisiert hat und was klassische Musik so reizvoll macht.

i

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



EDITORIAL

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

Liebe Leserinnen und Leser,

ist die Elf6 Elf7 Segen oder Fluch?

Wenn ich ehrlich bin, weiß ich das selbst nicht so genau.

Einerseits darf man den Ausbau der Telefonnummer 116117, unter der ab Januar nicht mehr nur der ärztliche Bereitschaftsdienst, sondern auch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen erreichbar sind, als Chance begreifen. Die Patienten werden spätestens dann die Leistungsfähigkeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten (an)erkennen und es wird aufgrund des Einsatzes einer speziellen Software zur medizinischen Ersteinschätzung (SmED) besser als bisher möglich sein, den Patienten in die richtige Versorgungsebene zu leiten.

Auch darf man unterstellen, dass dadurch die Klagen der Krankenhäuser über die Flut von ambulanten Patienten während des Tages abnehmen sollten. In einer Zeit, in der Patientensteuerung notwendig wäre, ist jedes Instrument ein Gewinn.

Andererseits lässt mich das Gefühl nicht los, dass ein Unterbieten der ohnehin niedrigen Schwelle, sich einen Termin in einer Praxis zu holen, nur auf das Konto der Inanspruchnahme-Mentalität einzahlen könnte. Und es passt zu diesen Zeiten: Ebenda gibt es auch noch eine Negativrendite obendrauf. Was, wenn immer mehr Patienten über die Elf6 Elf7 einen Weg entdecken, der innerärztliche Steuerungselemente außer Kraft setzt, und sie sich einen „Akuttermin“ erschleichen, der objektiv Unsinn ist.

Wenn man die Hoffnung haben dürfte, dass eine dann beweisbare Fehlentwicklung sicher dazu führen würde, dass die Politik im Anschluss die richtigen Schlüsse zieht und eine andere wirksamere Form der Patientensteuerung verfolgen würde, wäre der Sorge schon mal etwas entgegengesetzt. Hierfür gibt es allerdings keinerlei Gewissheit, auch wenn das Gutachten des Sachverständigenrates als letzte Konsequenz aus allen potenziell gescheiterten Maßnahmen diesen Gedanken aufgreift – immerhin.

So bleibt nur die Hoffnung auf die positive Seite der Medaille. Es wird an Willen nicht mangeln, die anfragenden Patienten auf pragmatische Bahnen zu lenken, was in vielen Fällen der Gang zum eigenen Hausarzt sein kann. Ebenfalls werden wir Sorgfalt darauf verwenden, die Triagierung mittels SmED so zu implementieren, dass eine möglichst hohe Übereinstimmung zwischen Terminierung in Ihren Praxen und medizinischem Anlass entsteht.

Legt man die Diagnosen zugrunde, die als grundsätzlich ambulant anzusehen sind und während des Tages in Notfallambulanzen behandelt werden, müssen wir mit etwa 10.000 Patienten im Jahr rechnen, die als Akutpatienten in Ihre Praxis vermittelt werden. Bei dieser Größenordnung wird sich keine Überforderung einstellen. Wenn es allerdings deutlich mehr als 10.000 werden, dann schon.

Das bleibt abzuwarten. Jedenfalls handelt es sich letztlich um ein Experiment, das die klaffende Lücke von Behandlungserwartungen der Bevölkerung und ärztlicher Kapazitäten zu schließen versucht.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

SECHS ZIFFERN, VIEL SERVICE

116117: Die Nummer für Akutfälle und Termine

Das Angebot der 116117 wird ab dem 1. Januar 2020 deutlich ausgebaut. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) fordert weitreichende Veränderungen und verfolgt dabei vor allem zwei Ziele: Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sollen weiter entlastet und Patienten dorthin vermittelt werden, wo sie medizinisch am besten aufgehoben sind.



speziell geschulte Fachkräfte, die eine medizinische Ersteinschätzung vornehmen. Sie fragen die Anrufer gezielt nach ihren Beschwerden, um so die Dringlichkeit einer Behandlung einzuschätzen und Patienten in die richtige Versorgungsebene zu vermitteln.

SmED hilft bei Ersteinschätzung

Für die telefonische Ersteinschätzung kommt die Software „SmED“ (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) zum Einsatz. Diese unterstützt das Personal, die Beschwerden der Patienten und den Ernst der Lage einzuschätzen: Unterschieden wird in die Kategorien „lebensbedrohlicher Notfall“, „schnellstmögliche ärztliche Behandlung“, „ärztliche Behandlung binnen 24 Stunden“ und „ärztliche Behandlung später 24 Stunden“. Je nach Einordnung werden die Patienten in die richtige Versorgungsebene vermittelt: Rettungsdienst 112, Notaufnahme, ärztlicher Bereitschaftsdienst oder Arztpraxis. Das Prinzip: Wendet sich ein Patient mit Beschwerden an die 116117, leitet eine Fachkraft ihn mithilfe von SmED durch einen strukturierten Fragenkatalog. Dabei erkundigt sie sich neben den allgemeinen Patien-

tendaten und den aktuellen Beschwerden auch nach chronischen Krankheiten, Vorerkrankungen und Medikation. Das Ergebnis stellt dabei keine Diagnose dar, sondern gibt lediglich eine erste Einschätzung der Dringlichkeit des Falles (Triage). So kann SmED eine Empfehlung geben, wann der Patient zum Arzt muss, beziehungsweise welche Versorgungsebene die richtige für ihn ist.

Bislang ist unter der Nummer 116117 ausschließlich der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen erreichbar. Die Nummer ist bisher also nur für diejenigen bestimmt, die außerhalb der Praxiszeiten starke Beschwerden haben und nicht bis zum nächsten Tag warten können.

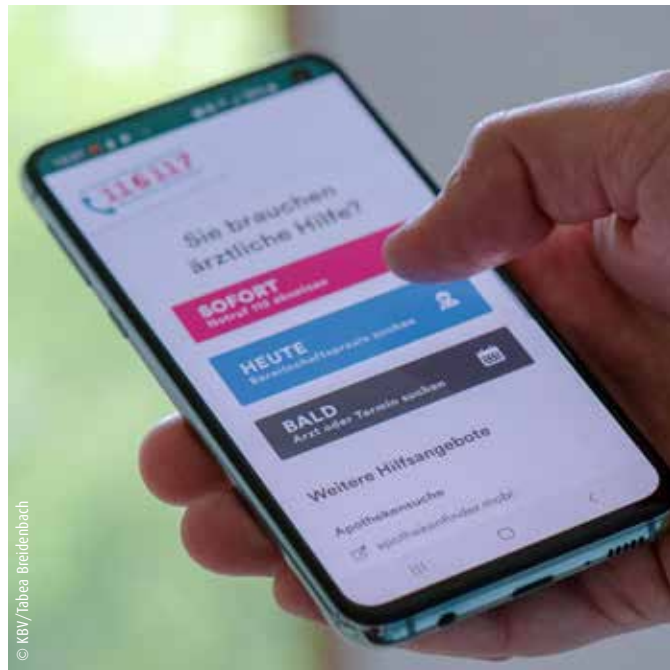
Für die Nummer wird sich zukünftig einiges ändern: Ab 2020 können Bürger deutschlandweit die Nummer 116117 rund um die Uhr wählen, wenn sie dringend ärztliche Hilfe benötigen. Gerade in akuten Krankheitssituationen ist es für viele Menschen schwierig einzuschätzen, welche Behandlung sie brauchen. Aus Angst, etwas Schlimmes zu haben, gehen sie häufig sofort in die Notaufnahmen der Krankenhäuser, obwohl es andere Angebote gibt. Für solche Fälle ist künftig die 116117 da: Am Telefon sitzen

tendaten und den aktuellen Beschwerden auch nach chronischen Krankheiten, Vorerkrankungen und Medikation. Das Ergebnis stellt dabei keine Diagnose dar, sondern gibt lediglich eine erste Einschätzung der Dringlichkeit des Falles (Triage). So kann SmED eine Empfehlung geben, wann der Patient zum Arzt muss, beziehungsweise welche Versorgungsebene die richtige für ihn ist.

Neue Möglichkeiten der Terminvereinbarung

Eine weitere Neuerung im Zuge des Ausbaus der 116117 ist die Verzahnung der Nummer mit den Terminservicestellen (TSS): Ab 1. Januar 2020 sind die TSS der KVen bundesweit ebenfalls über die 116117 erreichbar. Die KVen hatten die TSS bereits vor mehr als drei Jahren eingerichtet. Das Angebot war dafür gedacht, freie Termine an Patienten zu vermitteln, die eine Überweisung haben,

aber keinen Arzt finden. Dabei ging es zunächst nur um Termine bei Fachärzten, im April 2017 kamen die Vermittlung in die psychotherapeutische Sprechstunde sowie in Akutbehandlungen bei Psychotherapeuten hinzu. Seit Mai 2019 vermitteln die TSS auch Termine bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten und helfen Versicherten dabei, dauerhaft einen Haus- oder Kinderarzt zu finden.



App hilft bei Terminen und der Terminvergabe

Seit September ergänzt eine Smartphone-App das Telefon- und Online-Angebot zur 116117. Mit der neuen App finden Patienten mit akuten gesundheitlichen Beschwerden jederzeit und von jedem Ort aus die passende medizinische Hilfe, beispielsweise Notdienstpraxen in ihrer Nähe. Die Nutzer können zwischen drei Dringlichkeitsstufen wählen. Wer auf „Sofort“ klickt, landet beim Notruf 112, der Nummer für lebensbedrohliche Notfälle. Der Button „Heute“ zeigt Notdienstpraxen an, die Patienten außerhalb der Sprechzeiten aufsuchen können, wenn sie dringend medizinische Hilfe brauchen, die Beschwerden aber nicht lebensbedrohlich sind. Weiterhin besteht die Möglichkeit, sich direkt mit der 116117 verbinden zu lassen. Wer den Button „Bald“ wählt, wird mit einer Arzt- und Psychotherapeutensuche sowie mit den Terminservicestellen verbunden, die bei der Vermittlung von Arztterminen helfen. Ab Anfang kommenden Jahres sollen Patienten über die App auch Praxen für eine Terminvereinbarung vermittelt bekommen (eTerminservice). Bis Ende 2020 sind weitere Funkti-



onen geplant. Die neue App, die die KV Telematik entwickelt hat, können Patienten im Play Store von Google und im App Store von Apple kostenfrei herunterladen.

Kampagne zur 116117

Schon jetzt ist die 116117 bundesweit gefragt: Fast acht Millionen Menschen rufen die Nummer pro Jahr an, wenn sie die Hilfe des ärztlichen Bereitschaftsdienst benötigen. Zu Hochzeiten sind es 6.000 Anrufe pro Stunde. Bei diesen Zahlen wird es mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht bleiben. Denn die 24-Stunden-Erreichbarkeit und das neue Terminangebot werden die Anzahl der Anrufe steigen lassen. Hinzu kommt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die 116117 seit Ende August dieses Jahres mit einer deutschlandweiten Kampagne bewirbt und so die Bekanntheit der Nummer steigert.



Mehr zur Kampagne und den Werbemitteln erfahren Sie auf der Website 116117.de und auf Facebook sowie Twitter.

Info-Material zum ärztlichen Bereitschaftsdienst

Die KVSH wird die bisherigen Infokarten und Plakate zum ärztlichen Bereitschaftsdienst an das neue Kampagnenlayout „Elf 6 Elf 7“ anpassen. Diese können Sie demnächst unter www.ekvsh.de ▶ Praxis ▶ **Ärztlicher Bereitschaftsdienst** einsehen und bei Bedarf für Ihre Praxen bestellen.

Aufbruch in eine neue Welt

Der Ausbau der 116117 ab dem 1. Januar 2020 hat Auswirkungen auf die organisatorischen Abläufe in den Praxen. Alexander Paquet, Leiter der Abteilung Management Versorgungsstrukturen der KVSH, erklärt, wie sich Ärzte und ihre Mitarbeiter am besten darauf vorbereiten können.

Nordlicht: Auf welche Veränderungen müssen sich die Praxen zum Jahreswechsel einstellen?

Alexander Paquet: Das Terminservice- und Versorgungsgesetz sorgt dafür, dass es zum 1. Januar 2020 zu einer Verschmelzung der bisherigen Terminservice- und Versorgungsgesetzstelle und der bundesweit gültigen Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes kommt. Die 116117 wird ab dann deutschlandweit rund um die Uhr sieben Tage die Woche erreichbar sein und zu einer zentralen Steuerungseinheit bei der Patientenversorgung werden. Diese Veränderung wird sicher in den Praxen zu spüren sein, da die 116117 dann ab Januar auch zur Sprechstundenzeit neben den bisher bekannten Terminvermittlungen auf der Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (SmED) sogenannte „Akutpatienten“ an geöffnete Praxen vermitteln wird. Eine weitere Veränderung wird sein, dass es zukünftig ein Online-Angebot zu den Terminservicestellen gibt, sodass die Vermittlung von Praxen zur Terminvereinbarung nicht nur telefonisch, sondern auch online über www.eterminservice.de oder über die 116117-App funktioniert.

Nordlicht: Was ist ein Ziel des Gesetzgebers bei der neuen 116117?

Paquet: Ein Ziel der neuen 116117 ist es ganz, Patienten dorthin zu vermitteln, wo ihnen am besten geholfen werden kann. Um die Leitstelle bei ihrer Vermittlungsarbeit zu unterstützen, kommt daher zukünftig SmED zum Einsatz. Durch digitale Fragebögen, eine direkte Auswertungsmöglichkeit und entsprechende Handlungsvorschläge lassen sich Symptome, Krankheitsbilder, Vorerkrankungen und Risikofaktoren systematisch abfragen. So wird eingeschätzt, wie dringend die Behandlung ist und auf welcher Versorgungsebene dem Patienten am besten geholfen werden kann.

Nordlicht: Ein neuer Faktor im System ist also der „Akutpatient“. Was verbirgt sich dahinter?

Paquet: Immer wenn der Leitstellenmitarbeiter eine schnellstmögliche ärztliche Behandlung oder eine ärztliche Behandlung innerhalb von 24 Stunden für nötig hält, sprechen wir von einem „Akutpatienten“, den wir noch am selben Tag vermitteln. Zur Notdienstzeit wird er dazu wie bisher an unsere Anlaufpraxen

oder den Fahren den Dienst verwiesen. Zur Sprechstundenzeit muss der Akutpatient verbindlich an eine an diesem Tage geöffnete Praxis vermittelt werden, damit ein Arzt sein Beschwerdebild medizinisch beurteilen kann. SmED ermöglicht es übrigens auch, den Leitstellenmitarbeiter bei der Klärung der Frage zu unterstützen, ob ein Anrufer erst später als 24 Stunden nach seinem Anruf ärztliche Hilfe benötigt. Ist das der Fall, werden wir den Patienten wegen der nicht vorhandenen Dringlichkeit nämlich nicht am selben Tag, sondern zu einem späteren Zeitpunkt an eine Praxis vermitteln.

Nordlicht: Wie erfährt die Praxis, wann der Akutpatient in die Sprechstunde kommt und wie erkennt sie ihn?

Paquet: Wir werden für die Akutvermittlung das gleiche Verfahren nutzen, das wir schon jetzt bei der Vermittlung von Terminen über die Terminservicestelle anwenden. Unsere Software wählt dazu eine Praxis aus und vermittelt den

Versicherten an diese. Die Zuteilung ist abhängig vom Aufenthaltsort des Versicherten, seines Beschwerdebildes, der festgestellten Dringlichkeit und der Anwesenheit des zum Beschwerdebild passenden Arztes bzw. der Praxis. Ziel ist eine möglichst gleichmäßige Verteilung auf alle infrage kommenden Ärzte. Der Versicherte bekommt dann einen eindeutigen Vermittlungscode und die Praxis mit ihren tagesaktuellen Sprechstundenzeiten genannt und wird an diese verwiesen. Einige Versicherte werden dann entweder in dieser Praxis anrufen, um noch am selben Tag einen Termin abzustimmen oder sie erscheinen mit dem Vermittlungscode in der Praxis. Wir werden allen Patienten empfehlen, vorab in der Praxis anzurufen. Der Anrufer hat durch den Vermittlungscode einen Anspruch auf einen Arztkontakt. Die Vermittlung von Akutpatienten wird dabei insbesondere Haus-, Kinder- und Jugendärzte sowie Gynäkologen, Augen-, HNO-Ärzte, Dermatologen, Urologen, Orthopäden und (Unfall-) Chirurgen betreffen.

Nordlicht: Wie geht es dann weiter?

Paquet: Sobald die 116117 Patienten an eine Praxis vermittelt hat, informieren wir diese umgehend über das eKVSH-Portal und per E-Mail. Akutpatienten werden bei Haus- und Kinderärzten insbesondere in die Vormittags- und Nachmittagsprechstunden sowie bei Fachärzten in die offenen Sprechstunden



© privat

vermittelt. Wir empfehlen Ärzten deshalb, für ihre Medizinischen Fachangestellten im eKVSH-Portal einen TSS-Benutzer einzurichten, der Zugriff auf alle Vermittlungen hat. Dort können sie auch E-Mail-Adressen hinterlegen, die wir bei einer Vermittlung anschreiben.

Nordlicht: *Damit die 116117 wie geplant ausgebaut werden kann, muss künftig also schon vorab für jeden Tag bekannt sein, welche Praxis wann Sprechstunde hat. Wie wird das gewährleistet?*

Paquet: Während viele andere Kassenärztliche Vereinigungen ihre Arztpraxen auffordern, feste Akuttermine zu melden, die dann nicht anderweitig vergeben werden dürfen, haben wir uns mit Blick auf unsere guten Erfahrungen mit der bisherigen TSS-Umsetzung für einen anderen Weg entschieden. Unser Modell basiert darauf, dass Patienten, die die 116117 auch mit akuten Beschwerden anrufen, von uns an eine geöffnete Praxis vermittelt werden. Eine Meldung von freien Terminen ist somit nicht erforderlich.

Nordlicht: *Was versprechen Sie sich von diesem Vorgehen und wie kann es umgesetzt werden?*

Paquet: Da keiner das tatsächliche Aufkommen an Akutpatienten seriös abschätzen kann, besteht der Vorteil unseres Modells dahingehend, dass wir so wenig wie möglich in die innere Organisation der Praxen eingreifen. Dies setzt allerdings voraus, dass wir vorab wissen müssen, ob die Praxis geöffnet ist. Dazu müssen sowohl die Sprechstunden- als auch die Abwesenheitszeiten immer aktuell im eKVSH-Portal eingetragen werden. Eine Abwesenheitsmeldung noch am selben Tag ist übrigens nur dann erforderlich, wenn ein Praxisstandort komplett geschlossen hat bzw. wenn eine komplette Fachgruppe einer Praxis an einem Standort nicht anwesend ist. Kurzfristige Abwesenheiten können schnell im eKVSH-Portal hinterlegt werden – dies geht übrigens auch per Smartphone.

Außerdem werden wir den Praxen noch eine gesonderte Telefonnummer zur Meldung von kurzfristigen Abwesenheiten zur Verfügung stellen, damit die Patienten nicht fälschlicherweise an eine geschlossene Praxis vermittelt werden. Unsere Empfehlung an die Ärzte: Richten Sie für ihre medizinischen Fachangestellten einen TSS-Benutzer ein, sodass diese kurzfristige Abwesenheiten schnell über das Portal der Terminservicestelle melden können. Das ganze Verfahren ist sicher gerade zu Beginn etwas ungewohnt und die Meldung der immer aktuellen Abwesenheiten im Voraus würden wir – wenn es den gesetzlichen Auftrag nicht geben würde – nicht einfordern. Wir glauben jedoch, dass dieses im Verhältnis zur sonst verpflichtenden Terminangabe weniger stark in die Praxisorganisation eingreift, da beispielsweise viele Abwesenheiten im Voraus bekannt sind.

Nordlicht: *Noch weiß niemand, wie die neue 116117 genutzt wird. Ist das neue System in Stein gemeißelt?*

Paquet: Falls sich in den ersten Monaten nach Start der neuen 116117 zeigen sollte, dass etwa aufgrund eines hohen Akutpatientenaufkommens eine andere Umsetzung, z. B. mit festen

Terminen, sachgerechter ist, werden wir dies sicher gemeinsam mit den Gremien der Selbstverwaltung erörtern.

Nordlicht: *Was müssen Ärzte, die Bereitschaftsdienst leisten, künftig beachten?*

Paquet: Die neue 116117 bringt keine Veränderung der Notdienstzeiten und der bekannten Notdienststruktur in Schleswig-Holstein mit sich. Die Anlaufpraxen öffnen weiterhin zu den bekannten Zeiten und der Fahrende Dienst wird wie bisher Einsätze zur Notdienstzeit von der Leitstelle erhalten. Da die 116117 zukünftig 24 Stunden 7 Tage die Woche zu erreichen ist, müssen wir sicher in der Zeit zwischen Sprechstundenzeit und Notdienstzeit bei der Akutvermittlung von Patienten abwägen, in welche Praxis der Anrufer vermittelt wird.

„Die Meldung der immer aktuellen Abwesenheiten im Voraus würden wir – wenn es den gesetzlichen Auftrag nicht geben würde – nicht einfordern.“

Nordlicht: *Haben Sie ein Beispiel für dieses Szenario parat?*

Paquet: Ein Akutpatient ruft am Dienstag um 16.30 Uhr an. Es kann dann vorkommen, dass er in eine Arztpraxis vermittelt wird, da beispielsweise an dem Tag eine Praxis vor Ort länger Sprechstunden anbietet. Es kann aber auch vorkommen, dass er an die Anlaufpraxis, die um 19 Uhr öffnet, verwiesen wird. Eine Verbesserung zur heutigen Situation ist, dass der Anrufer jederzeit einen Ansprechpartner unter der 116117 vorfindet, der ihn in Abhängigkeit von der Dringlichkeit an die richtige Versorgungsebene verweist. Dies war bisher nicht der Fall.

Nordlicht: *Wird es vor dem Start in die neue Welt einen „Testbetrieb“ geben?*

Paquet: Wir werden zum 1. Januar 2020 verbindlich starten, planen in den nächsten Wochen jedoch noch verschiedene Tests. Der Aufbau der neuen 116117 ist – dies sage ich ganz offen – eine große Herausforderung vor der wir gemeinsam stehen und deren Umsetzung uns sicher auch im nächsten Jahr noch weiter beschäftigen wird. Das Ganze wird sich im „Live-Betrieb“ sicher noch einspielen müssen. Albert Einstein sagte einst: „In jeder Schwierigkeit lebt eine Möglichkeit.“ Wir denken, dass wir im stetigen Austausch mit unseren Selbstverwaltungsgremien und norddeutschem Pragmatismus eine TSS-Umsetzung für Akutpatienten zur Sprechstundenzeit entwickelt haben, die sich am bisherigen bewährten TSS-Verfahren orientiert und damit die verbindliche Meldung von freien Terminen im Voraus vermeidet. Dafür müssen wir aber unbedingt vorab wissen, ob eine Praxis überhaupt geöffnet hat und brauchen hierzu die Unterstützung aller Praxen.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

FAQ – Was Praxen jetzt wissen müssen

Wie werden Akuttermine über die Terminservicestelle vermittelt?

Ergibt das Ersteinschätzungsverfahren SmED, dass sich ein Patient zeitnah bei einem Vertragsarzt vorstellen sollte, vermittelt die 116117 ihm noch am selben Tag eine Praxis. Die Akutpatienten bekommen von der 116117 dazu einen Vermittlungscode und eine zum Beschwerdebild passende Arztpraxis genannt. Wir empfehlen den Patienten, vor dem Aufsuchen der Sprechstunde die Praxis anzurufen.

Wie wählen wir die Praxis aus?

Die Auswahl des Arztes bzw. der Praxis funktioniert wie bei der bisherigen Vermittlung von Terminen über die Terminservicestelle. Kriterien sind: Aufenthaltsort des Versicherten, Beschwerdebild, Dringlichkeit, Anwesenheit des Arztes/der Praxis und eine möglichst gleiche Verteilung auf alle Ärzte.



Welche Arztgruppen bekommen Akutpatienten zugewiesen?

Insbesondere Haus-, Kinder- und Jugendärzte sowie Gynäkologen, Augen-, HNO-Ärzte, Dermatologen, Urologen, Orthopäden und (Unfall-) Chirurgen

Wie wird die Praxis über die Vermittlung eines Akutpatienten informiert?

Wenn die 116117 den Patienten an eine Praxis vermittelt, informieren wir diese umgehend über das eKVSH-Portal und per E-Mail. Akutpatienten werden bei Haus- und Kinderärzten vor allem in die Vormittags- und Nachmittagsprechstunden sowie bei Fachärzten in die offenen Sprechstunden vermittelt. Wir empfehlen, für die medizinischen Fachangestellten im eKVSH-Portal einen TSS-Benutzer einzurichten, der Zugriff auf alle Vermittlungen hat. Dort sollte die Praxis unbedingt auch eine oder mehrere E-Mail-Adressen angeben, um direkt über Vermittlungen informiert zu werden.

Wie werden Patienten vermittelt, die nicht innerhalb von 24 Stunden einen Arztkontakt benötigen?

Wird ein Patient nach der Ersteinschätzung mit SmED als subakut – so nennen wir Patienten, die nicht innerhalb von 24 Stunden einen Arztkontakt benötigen – eingeschätzt, wird auch er von der 116117 an eine Praxis vermittelt. Im Unterschied zum Akutpatienten vermitteln wir jedoch nicht taggleich an eine geöffnete Praxis, sondern mit einem zeitlichen Verzug von etwa zwei Tagen. Der Patient bekommt dann ebenfalls einen Vermittlungscode sowie eine Praxis zur Kontaktaufnahme inklusive der Öffnungszeiten genannt. Wir empfehlen den Patienten auch hier, vor dem Besuch die Praxis anzurufen. Diese Patienten werden wir in diesen Fällen ausschließlich an Haus-, Kinder- und Jugendärzte, Gynäkologen und Augenärzte vermitteln. Sie müssen als „TSS-Terminfall“ abgerechnet werden, da wir sie zwei Tage später vermitteln.



Wie rechne ich richtig ab?

- Abrechnung/Abrechnungsschein als „TSS-Akutfall“ kennzeichnen: Damit alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet werden, kennzeichnen Sie Ihre Abrechnung unter „Vermittlungsart“ als „TSS-Akutfall“.
- Für die Abrechnung des Zuschlags geben Sie die entsprechende GOP an.
- GOP mit A kennzeichnen: Für den 50-prozentigen Zuschlag fügen Sie GOP mit Endung A hinzu (z. B. Augenärzte: GOP 06228A). Den Rest übernimmt das PVS: Das Praxisverwaltungssystem ersetzt die angegebenen GOP automatisch und nachvollziehbar für die Praxis durch die altersklassenspezifischen GOP für die Zuschläge zu den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

Erscheint ein akut von der TSS vermittelter Patient in der offenen Sprechstunde, ist der Behandlungsfall dennoch als TSS-Akutfall zu kennzeichnen, da die Zuschläge nur in Verbindung mit der richtigen Vermittlungsart vergütet werden können.

Wie werden „TSS-Akutfälle“ vergütet?

Die Akutpatienten müssen als "TSS-Akutfall" gekennzeichnet werden. Der behandelnde Arzt bekommt die Leistungen für „TSS-Akutfälle“ extrabudgetär vergütet, wenn die Behandlung spätestens am Tag nach der Kontaktaufnahme des Patienten erfolgt ist. Das setzt voraus, dass bei der 116117 eine medizinische Ersteinschätzung der Dringlichkeit der Behandlung erfolgt ist. Zusätzlich wird in den arztgruppenspezifischen Kapiteln 3 bis 27 (mit Ausnahme der Kapitel 12 und 19) und dem Abschnitt 30.7 des EBM eine Gebührenordnungsposition als Zusatzpauschale für „TSS-Akutfälle“ aufgenommen, mit der die zusätzliche Vergütung in Höhe von 50 Prozent auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgebildet wird. Die Zusatzpauschalen sind im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig. Die Berechnung der Zusatzpauschalen erfolgt durch die Praxis.

Wo können Sprechstundenzeiten und Abwesenheiten eingegeben werden?

Um TSS-Akutfälle noch am selben Tag vermitteln zu können, muss die KVSH die genauen Sprechstundenzeiten und offenen Sprechstunden sowie die taggleichen Abwesenheitszeiten (d. h. Urlaub, Fortbildung, Krankheit usw.) der Ärzte und Praxen kennen. Die KVSH benötigt daher im eKVSH-Portal unter dem Menüpunkt „Sprechstunden/Erreichbarkeiten“ einerseits die Eingabe Ihrer Sprechstundenzeiten je Betriebsstätte und Fachgruppe. Außerdem benötigt die KVSH jede Abwesenheit von allen Ärzten/Praxen, an die zukünftig Akutpatienten vermittelt werden, im Voraus mitgeteilt. Diese Angaben müssen im eKVSH-Portal im Bereich „Abwesenheiten“ eingetragen werden.

Wie wird eine Abwesenheitsmeldung am selben Tag ausgestellt?

Eine Abwesenheitsmeldung noch am selben Tag ist nur dann erforderlich, wenn ein Praxisstandort komplett geschlossen hat oder wenn eine komplette Fachgruppe einer Praxis an einem Standort nicht anwesend ist. Kurzfristige Abwesenheiten können Sie oder Ihre medizinischen Fachangestellten als TSS-Benutzer schnell im eKVSH-Portal hinterlegen – auch per Smartphone.

An wen muss man sich wenden, wenn noch Fragen bestehen?

Nehmen Sie Kontakt zur TSS auf. Ärzten und ihren Teams stehen die Mitarbeiter der TSS unter der Telefonnummer 04551 3040 4949 oder der E-Mail-Adresse tss@kvsh.de zur Verfügung. Bitte beachten Sie, dass diese Telefonnummer und diese E-Mail-Adresse ausschließlich den Ärzten und ihren Teams für Rückfragen vorbehalten sind. Bitte geben Sie diese deshalb nicht an Patienten weiter.

Wie erreicht man das eKVSH-Portal?

Im Internet auf www.ekvsh.de bzw. www.ekvsh.kvsafenet.de



Neues digitales Angebot hilft künftig bei Ersteinschätzung von Patienten

Softwaregestütztes Ersteinschätzungsverfahren wird den Telefonzentralen der 116117 ab 1. Januar 2020 zur Verfügung stehen.

„Soll ich mit diesen Beschwerden zum Arzt? Und welcher Arzt kann mir weiterhelfen?“ In allen Industrieländern stellen sich immer mehr Menschen mit vermeintlich akuten Beschwerden spontan im Krankenhaus vor und beanspruchen so die Notaufnahmen. Diesen dienen aber eigentlich der Versorgung medizinischer Notfälle. Künftig steht gesetzlich Versicherten eine Alternative zur Verfügung: Die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 wird ab Januar nächsten Jahres 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche erreichbar sein. So werden Patienten dorthin vermittelt, wo ihnen am besten geholfen werden kann. Außerdem werden so die Notaufnahmen entlastet. Um die Disponenten in den Leitstellen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes bei ihrer Vermittlungsarbeit zu unterstützen, wird eine neue Software eingesetzt: SmED – Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland – unterstützt das medizinische Fachpersonal mit digitalen Fragebögen, direkter Auswertung und entsprechenden Handlungsvorschlägen. So lassen sich Symptome, Krankheitsbilder, Vorerkrankungen und Risikofaktoren systematisch abfragen, um am Ende einschätzen zu können, wie dringlich die Behandlung ist und wo der Patient am besten aufgehoben ist. Neben der Leitstelle 116117 testet die KVSH SmED auch in den Anlaufpraxen des Bereitschaftsdienstes in Kiel und Lübeck.

Welche Ergebnisse bietet die Software an?

Eine Diagnose wird hier bewusst nicht gestellt. Dies bleibt weiterhin einer ärztlichen Untersuchung vorbehalten. Das Fachpersonal am Telefon erhält als Entscheidungsgrundlage folgende Empfehlungen von SmED:

- den Zeitpunkt, zu dem eine medizinische Versorgung stattfinden sollte
- und die Versorgungsebene, in der dem Patienten geholfen werden sollte.

Nach der Erstprüfung, ob ein medizinischer Notfall vorliegt, schlägt die Software entweder eine schnellstmögliche ärztliche Behandlung, eine ärztliche Behandlung binnen 24 Stunden oder spätere Hilfe vor. Zudem empfiehlt sie eine angemessene Versorgungsebene, etwa: Hausarzt, niedergelassener Facharzt, Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst oder Notaufnahme. Dafür wertet die Software das angegebene Szenario aus. Sie stützt sich auf 85 sogenannte Leitbeschwerden, wozu zum Beispiel Fieber, Rückenschmerzen oder eine Knieverletzung gehören. Diese können mit Angaben zu Risikomeerkmalen und Begleitbeschwerden

kombiniert werden. Breiten sich Hautveränderungen schnell aus, liegen besonders starke Schmerzen vor oder bestehen zusätzlich Atembeschwerden, ist die Sachlage medizinisch anders einzuordnen als ohne solche Symptome. So ergeben sich aus dem Fragenkatalog nahezu unbegrenzte Kombinationsmöglichkeiten zur Erfassung von Beschwerdebildern, aus denen SmED hilft, die richtigen Empfehlungen abzuleiten.

Was passiert mit den Ergebnissen der Ersteinschätzung?

Das Ergebnis der Ersteinschätzung kann zu verschiedenen Veranlassungen führen. Je nach Resultat kann das Fachpersonal zum Beispiel dem Patienten einen entsprechenden Termin in einer Praxis vermitteln, einen Besuch des Bereitschaftsdienstes empfehlen oder zu einem Gang in die Notaufnahme raten. In seltenen Fällen wird der Patient direkt an die 112 weitergeleitet. Die Daten aus SmED können dem zuständigen Arzt übermittelt werden, damit dieser über die geeignete Behandlungsform entscheiden kann.

Wer hat SmED entwickelt?

Die Software beruht auf einem evidenzbasierten Verfahren, das in der Schweiz seit Jahren etabliert ist. Es heißt SMASS (Swiss Medical Assessment System) und geht auf ein Projekt des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bern zurück. In dieses Assistenzsystem sind jahrelange Erfahrungen der Telefon-Triage und der Telemedizin eingeflossen. Um das Verfahren für den Einsatz in Deutschland anzupassen, hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ein Joint Venture beauftragt: die Health Care Quality Systems (HCQS) GmbH aus Göttingen. Ein Zusammenschluss aus dem aQua-Institut (Göttingen) und der Schweizer in4medicine AG (Bern).

Wie wird das Produkt weiterentwickelt?

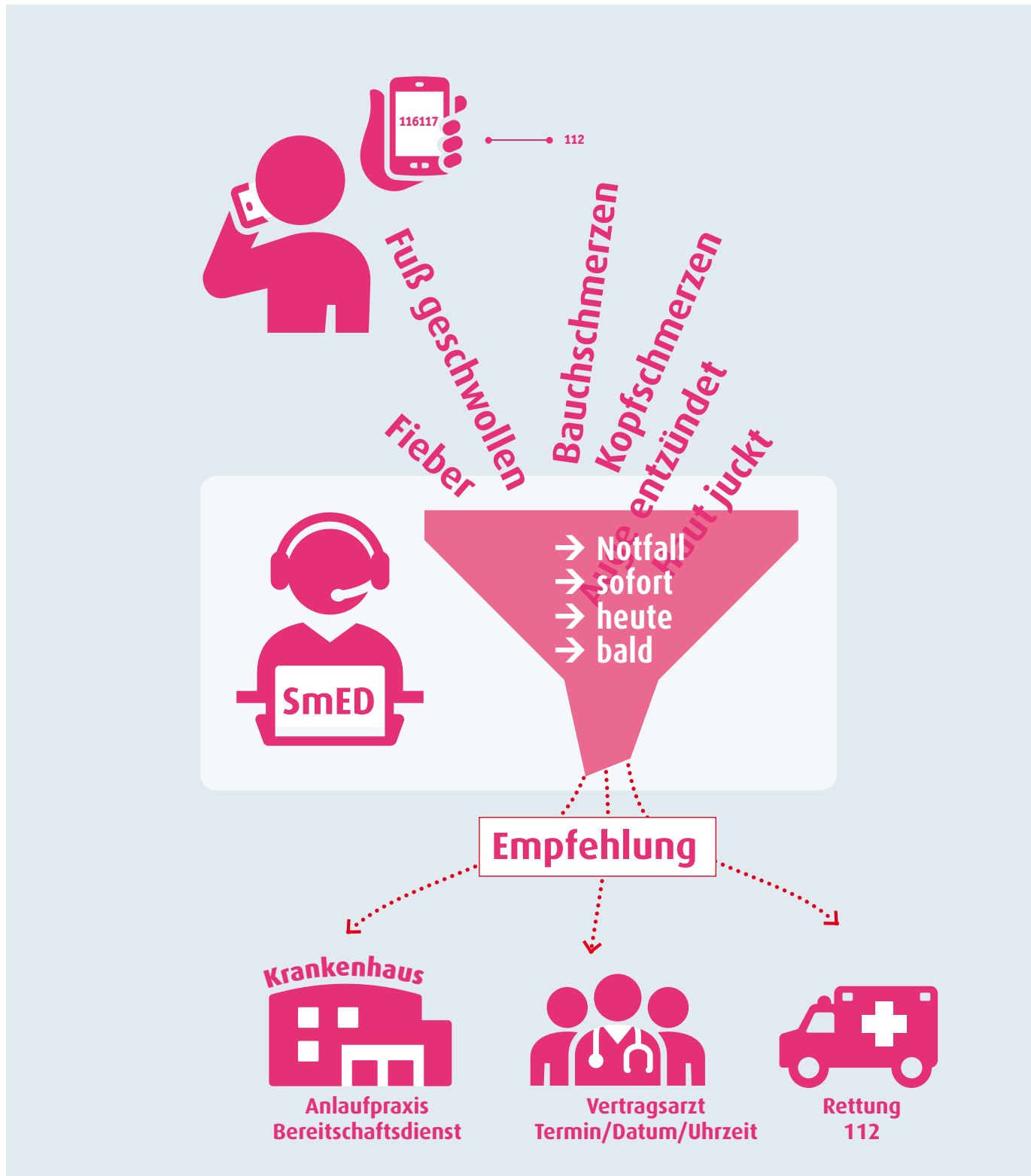
Das Zi hat einen entsprechenden Kooperationsvertrag mit HCQS geschlossen, der die Weiterentwicklung, den Softwarebetrieb und die Qualitätssicherung regelt. Zudem befasst sich ein medizinischer Beirat mit Fragen der Weiterentwicklung. Ihm gehören an: niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Vertreter vom Marburger Bund, der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Darüber hinaus arbeiten Entwickler daran, die Software für Anwendungen an Krankenhäusern und in Rettungsleitstellen zu optimieren.

Welche Vorerfahrungen sind mit dem System gemacht worden?

In der Schweiz dient das System vor allem zur Förderung der Telemedizin. Dort kann rund der Hälfte der Anrufer abschließend am Telefon geholfen werden. Anders als in Deutschland, können in der Schweiz aber auch Arzneimittel am Telefon verordnet werden. Wertet man den Einsatz des Schweizer Systems in den vergangenen Jahren aus, lässt sich sagen: Die Ersteinschätzung

hat geholfen, die Patienten zu erkennen, die eine unmittelbare ärztliche Versorgung benötigten. Und sie half einzuordnen, wem ein weniger eiliger Termin in Verbindung mit einer Anleitung zur Selbstbehandlung ausreichte. Nur bei weniger als einem Prozent lag ein Notfall vor.

KBV/ZI/REDAKTION



IT-SICHERHEIT

„PraxisCheck“ aktualisiert



Berlin – Das Online-Tool „Mein PraxisCheck Informationssicherheit“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde umfassend überarbeitet. Neben den neuesten Datenschutzvorgaben berücksichtigt der Selbsttest auch verschiedene Aspekte der Digitalisierung in der ambulanten Versorgung. Ärzte und Psychotherapeuten können so z. B. den Stand von Informationssicherheit und Datenschutz in ihrer Praxis einschätzen. Im Ergebnisbericht erhalten die Nutzer neben Tipps auch Links mit weiteren Informationen. Dabei geht es beispielsweise um den Datenschutzbeauftragten, den Schutz vor Hackerangriffen und Viren, sichere Passwörter sowie die Identifikation von Anrufern.

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

ONLINE-UMFRAGE

Digitalisierung im Gesundheitswesen



Bayreuth – Im Rahmen ihres Forschungsverbundprojektes „Medizin 4.0“ haben das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth und das Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München eine Online-Umfrage zu ethischen Implikationen der Digitalisierung im Gesundheitswesen gestartet und laden Ärzte ein, daran teilzunehmen. Der Fokus liegt auf gesundheitsbezogenen Apps, die Mediziner in ihrem beruflichen Alltag verwenden.

Die Umfrage steht unter <https://gesundheit-digital.uni-bayreuth.de> bereit.

PÄDIATRIE

Förderung für Weiterbildungsverbund



Dr. Christoph Weiß-Becker, Sprecher der Verbundpraxen, Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg und Prof. Dr. Egbert Herting, Sprecher der Kliniken im Verbund (v. l.)

Husum – Der Weiterbildungsverbund Pädiatrie hat vom Landesgesundheitsministerium einen Förderbescheid in Höhe von rund 97.000 Euro erhalten. Ziel ist es, die Weiterbildung künftiger Kinderärzte statt wie bisher fast ausschließlich im klinischen Umfeld nun auch in Praxen niedergelassener Kinderärzte zu ermöglichen. Die Mittel sind bis September 2022 bewilligt worden und stammen aus dem Versorgungssicherungsfonds, mit dem zur Sicherung der medizinischen Versorgung in der Fläche Schleswig-Holsteins innovative Projekte gefördert werden. Dazu gehen Kliniken und Praxen Kooperationen ein. Die angehenden Kinderärzte bleiben während der Weiterbildung Angestellte der Krankenhäuser und absolvieren ihre Weiterbildung in den Praxen.

BERUFSVERBÄNDE

Bambas in Bundesvorstand gewählt

Berlin – Die Delegiertenversammlung des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands (BVA) hat einen neuen Bundesvorstand gewählt. Dr. Bernhard Bambas rückte dabei als neues Mitglied in den fünfköpfigen Vorstand auf. Der Augenarzt aus Bad Segeberg leitet seit dem Jahr 2000 den BVA-Landesverband in Schleswig-Holstein und wirkt seit 2016 im Arbeitsausschuss des Bundesvorstands mit. Neuer Vorsitzender des BVA wurde Dr. Peter Heinz, Augenarzt aus Schlüsselfeld (Bayern).



CAU KIEL

KVSH fördert Stipendiatin



Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH, überreicht Josephine Sawierucha ihre Förderurkunde.

Kiel – Die KVSH fördert auch in diesem Jahr wieder eine Medizinstudentin mit einem Deutschlandstipendium. Josephine Sawierucha von der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel erhielt gemeinsam mit 100 weiteren Stipendiaten ihre Förderurkunde im Rahmen einer Feierstunde im Ratssaal der Landeshauptstadt. Sie bekommt nun ein Jahr lang jeden Monat 300 Euro Fördergeld. Die eine Hälfte des Förderbetrags übernimmt die KVSH, die andere trägt der Bund. Über 120 Studierende, Angehörige, Freunde und Vertreter aus Wirtschaft, Politik und Verbänden waren ins Kieler Rathaus gekommen, um bei der feierlichen Übergabe der Stipendienurkunden dabei zu sein.

UKSH CAMPUS LÜBECK Anlaufpraxis der KVSH umgezogen

Lübeck – Die Anlaufpraxis der KVSH für den ärztlichen Bereitschaftsdienst am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck ist seit Ende November im Haus A des neuen Zentralklinikums zu finden. Neben den 13 Kliniken ist dort auch die Interdisziplinäre Notaufnahme untergebracht. Die Anlaufpraxis Lübeck ist zu den bekanntesten Öffnungszeiten geöffnet. „Sie liegt direkt hinter dem Haupteingang im Erdgeschoss und ist über das Parkhaus für Patienten zu Fuß gut zu erreichen“, erklärte Dr. Ralf Staiger, regionaler Notdienstbeauftragter der KVSH für Lübeck zur Eröffnung.

KREBSPATIENTEN

Wohnungen für Angehörige



Lübeck – Die Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V. stellt Angehörigen und Freunden von Krebspatienten in Lübeck und Kiel zwei Wohnungen mit mehreren Gästezimmern zur Verfügung. Diese können von ihnen während der onkologischen Behandlung am Krankenhaus kostenlos genutzt werden.

Angehörigenwohnung „Stützpunkt“ Kiel

Annenstraße 74, 24105 Kiel
Tel. 0431 800 1087

Angehörigenwohnung „Stützpunkt“ Lübeck

Paul-Ehrlich-Straße 9a, 23562 Lübeck
Tel. 0451 592 14151

jeweils montags bis freitags von 15 bis 16 Uhr, sonst bitte auf den Anrufbeantworter sprechen

Mehr Informationen unter www.krebsgesellschaft-sh.de

MVZ

Erster gemeinnütziger Träger zugelassen

Hürup – Die „Medizinische Versorgungszentrum im Amt Hürup gGmbH“ hat Ende November offiziell ihren Betrieb aufgenommen. Die Sozialstation mit der Gemeinde Hürup (Kreis Schleswig-Flensburg) als Mitglied im Trägerverein ist damit bundesweit die erste gemeinnützige Einrichtung, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen wurde. Das neue Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) erhält nun rund 458.000 Euro aus dem Versorgungssicherungsfonds des Landes Schleswig-Holstein. Die Mittel fließen zum einen in die Einrichtung und das Angebot einer systematischen Patientenkoordination genutzt. Zum anderen soll das MVZ eine telemedizinische Ausstattung erhalten, mit der sich Ärzte, Patientenkoordinatoren und Pflegekräfte von unterschiedlichen Orten aus miteinander vernetzen können, z. B. zur Video-Unterstützung von Pflegern bei delegierbaren Aufgaben. Um die medizinische Versorgung in Hürup auch perspektivisch aufrecht erhalten zu können, hatte die Sozialstation als Träger das MVZ in Abstimmung mit den Ärzten vor Ort gegründet. Die bisher selbstständigen Ärzte haben sich für drei Jahre verpflichtet, im Anstellungsverhältnis weiter zu praktizieren. Momentan sind drei Ärzte mit drei Arztsitzen im neuen MVZ vertreten: zwei Sitze liegen in Husby, einer in Freienwill.

Zwischen Gestaltungsanspruch und staatlicher Regulierung

Innovative Projekte der KVSH trotz engerer Spielräume



Waren die vorherigen Abgeordnetenversammlungen durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geprägt, so hatte die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke, in der November-Sitzung eine Reihe von Einzelthemen im Gepäck. Jedes für sich aber mit durchaus größerer Bedeutung.

Disease-Management-Programme (DMP) bleiben

Eine gute Nachricht gab es zu Beginn: Sah es zwischenzeitlich danach aus, dass die Disease-Management-Programme auf der Kippe stünden, konnte Schliffke jetzt Entwarnung geben. Das Ansinnen, die DMP-Programmpauschale zu streichen, ist aus dem Entwurf des „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ wieder gestrichen worden. Dies lasse die Aussicht zu, dass nicht nur die vorhandenen DMP blieben, „sondern auch die neuen – Herzinsuffizienz, Osteoporose, Rückenschmerz, Depression und Rheumatoide

Arthritis – überhaupt verhandelbar werden“. Die Vorstandsvorsitzende erinnerte daran, dass der Gemeinsame Bundesausschuss angekündigt habe, für die neuen DMP bis zum Frühjahr alle Anforderungen definiert zu haben. Das bedeute, dass im nächsten Jahr „Gespräche zwischen den Kassen und uns aufgenommen werden können“.

Weitere Punkte, die die KVSH kritisiert hatte, seien ebenfalls nicht mehr im Gesetz enthalten: Die bundesweite Öffnung der AOKen und damit die Verlagerung der Aufsicht auf das Bundesversicherungsamt (BVA) sei vom Tisch, es werde bei den Landesaufsichten für die AOKen bleiben. Und im Risikostrukturausgleich (RSA) werde es entgegen erster Ministeriumsüberlegungen doch keine unterschiedliche Behandlung von haus- und fachärztlichen Diagnosen geben.

Spielräume für Verträge werden enger

Kritik übt Schliffke jedoch an den im „Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz“ geplanten restriktiven Regelungen zu Diagnosen als Teil von innovativen Verträgen. Das Bundesversicherungsamt werde erneut mehr Möglichkeiten erhalten, um sich in Selektivverträge einzumischen. Die jetzt geplanten Bestimmungen würden bei künftigen Vertragsgesprächen anhaltend Probleme bereiten, da kaum zu überblicken sei, „was man denn nun darf und was nicht“. Hinter all dem stünde „dieses Gespenst, Ärzte würden für das Eintragen von Diagnosen bezahlt und nicht für Leistungen, die hinter kodierten Diagnosen stehen“, kritisierte die Vorstandsvorsitzende.

„Arztregister hoch drei“

Ein weiteres Gesetz, das „Digitale-Versorgung-Gesetz“, wurde zwar inzwischen vom Bundestag verabschiedet. Schliffke lenkte aber in ihrem Bericht zur Lage die Aufmerksamkeit auf eine Regelung, die bislang nicht im Fokus stand. So finde sich versteckt die gesetzliche Vorgabe, dass die gematik ein „neues staatliches Melderegister“, wie es Schliffke zugespitzt nannte, zu erstellen habe. Ein Verzeichnis, in dem alle „im Gesundheitswesen tätigen Personen, die in der TI verbunden sind“ erfasst werden sollen. Das Gesetz verpflichte die Ärztekammern, die KVen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Übermittlung der Daten. Hintergrund sei die künftige sichere Übermittlung von Dokumenten und die Vergabe von Zugriffsrechten für die elektronische Patientenakte (ePA) ab 2021. „Arztregister hoch drei kann man das nennen und wieder der Entzug von Kompetenz weg von der Selbstverwaltung hin zu Vater Staat“, so Schliffke. Die per Gesetz eingeführte 51-Prozent-Mehrheit des Bundesgesundheitsministeriums der gematik sei insofern „eine strategische Entscheidung“ gewesen.

Digitaler Neustart für QuaMaDi

Dass die KVSH trotz eines schwierigen politischen Umfelds gewillt ist, die Versorgung aktiv mitzugestalten, machte die Vorstandsvorsitzende anhand zweier aktueller Projekte deutlich, die jeweils Innovationen enthalten, die perspektivisch auch in anderen Versorgungsbereichen zur Anwendung kommen könnten.

So stehe das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm QuaMaDi (Qualitätsgesicherte Mamma-Diagnostik) vor einem digitalen Neustart, der ein „großer Schritt in die reale digitale Versorgungswelt“ sein werde. Sämtliche papiergebundenen Abläufe würden durch digitale Prozesse ersetzt. Im Rechenzentrum der KVSH werde eine eigene Dokumentationsplattform für den Transfer aller Bilder und Befunde angesiedelt, die von jedem Behandler eines Behandlungsvorgangs auch zusammen mit seiner Patientin eingesehen werden könne. Die Themen Datenschutz, Zugriffsrechte und Sicherheit spielten bei eQuaMaDi eine große Rolle, betonte Schliffke. Alle Beteiligten seien an die TI angeschlossen, es liege eine gematik-Zulassung vor und das KVSH-Rechenzentrum sei „ohne Zweifel verlässlich“. Die digitalen Prozesse, die für eQuaMaDi entwickelt wurden, könnten perspektivisch „eine Blaupause für weitere fach- und sektorenübergreifende digitale Fallmanagements“ sein.

Bevor das Programm starte, werde es im Januar noch Schulungstermine geben, ebenfalls im Januar werde die KVSH das neue eQuaMaDi der Öffentlichkeit vorstellen. Ausdrücklich galt der Dank der Vorstandsvorsitzenden den beteiligten Berufsverbänden und dem persönlichen Einsatz ihrer Vorsitzenden. „Wir haben in

der ersten Infoveranstaltung im September schon gesehen, wie gut vonseiten der Berufsverbände die Kollegen mitgenommen wurden. Irgendwie scheinen nun alle zu brennen, dass es endlich losgeht“, fasste sie ihren Eindruck zusammen.

Vertrag zum „Diabetischen Fuß“ jetzt mit Casemanagement

Schliffke stellte einen weiteren Vertrag vor, der wesentlich überarbeitet wurde: Den Selektivvertrag zum „Diabetischen Fuß“ mit der AOK NordWest. Was bei QuaMaDi die Digitalisierung ist, ist in diesem Fall die Schaffung eines Casemanagements zur Entlastung der beteiligten Ärzte.

Doch auch an anderen Stellschrauben wurde gedreht. Die bisher komplizierten Abrechnungsmodalitäten wurden deutlich verschlankt, zudem werden sechs bis sieben über das Land verteilte regionale Fußnetze als wesentliches Element des Vertrages geschaffen. In jedem der Netze werde es künftig ein gemeinsames Casemanagement geben. Das sei eine „praxisübergreifende Delegationsform, die es bislang – außer im Lauenburger Praxisnetz – so noch nicht gibt“, hob Schliffke hervor. Patienten würden auch künftig vom Arzt eingeschrieben, danach aber kümmern sich das Casemanagement um alle weiteren Abläufe und entlaste die beteiligten Praxen von organisatorischen Aufgaben. Erfahrungen mit der Einbindung eines praxisübergreifenden Casemanagements zu sammeln sei „ein Kern dieses Relaunchs“. Denn jeder klage über immer mehr Bürokratie, aber es sei oft nicht ganz einfach, sich davon zu trennen. Bei vielen scheine ein Gefühl zu bleiben, man verlöre mit Delegation auch Kontrolle, so Schliffke. „Das muss keineswegs so sein, es kann aber wohl nur durch Qualifikation auf der Delegationsseite und mit Vertrauen peu à peu abgebaut werden.“

Ausblick auf neue Bedarfsplanung

Mitte Dezember wird der Landesausschuss Beschlüsse zur Umsetzung der neuen Bedarfsplanung in Schleswig-Holstein treffen. Wie sich das neue Regelwerk zwischen Nord- und Ostsee auswirken wird, erläuterte die Vorstandsvorsitzende in ihrem Bericht zur Lage. Schliffke wies darauf hin, dass es in Schleswig-Holstein im Gegensatz zu anderen Bundesländern möglich ist, in der Bedarfsplanung „ohne größere politische Kontroversen zu dem notwendigen Konsens mit Kassen und Land zu kommen“. Dies sei ein Verdienst einer „sehr exakten Datenbasis“, über die die KVSH verfüge.

Insgesamt, das wurde deutlich, ändert sich an den Zahlen nicht allzu viel. Die Standard-Verhältniszahlen für verschiedene Arztgruppen werden moderat neu justiert, wodurch es einen Zuwachs an Arztstellen geben wird. Dies betreffe im Wesentlichen Fachgruppen, so Schliffke, „die bereits unsere Sorgenkinder sind“. Unter anderem würden 6 neue Kinderarzt- und 10,5 zusätzliche Nervenarztstellen geschaffen. Hinzu kämen künftig Quoten für die einzelnen Schwerpunkte der fachärztlichen Internisten, um hier zu einer gleichmäßigeren Verteilung zu kommen.

Bei der Planung der hausärztlichen Versorgung kündigte Schliffke eine größere Änderung im Hamburger Umland an. Die beiden bisherigen hausärztlichen Planungsbereiche Metropolregion Ost und West werden aufgelöst und durch die ursprünglichen Mittelbereiche ersetzt, um der Entwicklung der Teilräume besser gerecht werden zu können.

Landesweit, erläuterte Schliffke, würden rund 40 neue Stellen für Allgemeinmediziner entstehen, da die Verhältniszahl für die hausärztliche Versorgung nun auch in den ehemaligen Metropolregionen dem Landesniveau angeglichen werde. Der größere Teil der neuen Niederlassungsmöglichkeiten für Allgemeinmediziner entstünde in den künftigen Planungsbereichen Elmshorn, Geesthacht und Kaltenkirchen. Sie wies darauf hin, dass dies Gebiete seien, in denen die Versorgungslage in der Vergangenheit bereits vielfach Gegenstand von Gesprächen und Presseberichten war. Die Vorstandsvorsitzende verdeutlichte aber auch die Grenzen der Bedarfsplanung. Wo auf einen Schlag 40 neue Hausärzte herkommen sollten, bleibe offen, so Schliffke. „Neue Niederlassungsmöglichkeiten bedeuten nicht automatisch eine Besetzung dieser Stellen.“

Bereitschaftsdienstkosten Thema der Honorarverhandlungen

Dr. Ralph Ennenbach, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVSH, ging auf die Honorarperspektiven für das Jahr 2020 ein. Die rechtlichen Spielräume für regionale Kompetenzen laufen faktisch darauf hinaus, die Kassen zu einer Strukturkostenbeteiligung am Notdienst zu bringen. Durch das TSVG sei eine Grundlage geschaffen worden, die Strukturkosten für den Bereitschaftsdienst und weiterer Angebote der 116117 zum Verhandlungsgegenstand zu machen. Die KVSH habe entsprechende Forderungen an die Krankenkassen gerichtet, derzeit seien diese Gegenstand von Verhandlungen.

Die zu erwartende EBM-Reform, die am 1. April 2020 in Kraft treten soll, werde im Ergebnis punktzahl- und damit auch mittelbar nur „honorarneutral“ sein. Diese Reform ziele ohnehin zunächst nur auf die Punktzahlbemessung, während die Budgetbildung in den KVen davon nur mittelbar beeinflusst werde. Es werde daher eine Neubewertung von Leistungen und damit verbunden eine Umverteilung geben, aber keine zusätzliches Geld. Für die meisten Arztgruppen werde dies nur ein „Rauschen“ ohne größere Auswirkungen sein. Bei einigen wenigen Arztgruppen könnte die Reform spürbarer werden. Die KVSH werde, kündigte Ennenbach an, im Bedarfsfall Maßnahmen prüfen, um mögliche Auswirkungen abzufedern.

Auch die Hoffnung, die gestiegenen Kosten der Praxen in den Bereichen Hygiene und Datenschutz bei den Krankenkassen einfordern zu können, liege auf Eis. Ein Gutachten, ob die Kosten sachgerecht im EBM abgebildet seien, sei auf Bundesebene noch immer nicht vorgelegt worden.

Haushalt der KVSH verabschiedet

Wie stets im November stand der Haushalt der KVSH auf der Tagesordnung. Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Hans Irmer, blickte sowohl zurück auf die Zahlen des Haushaltsjahres 2018 als auch auf die Planungen für das nächste Jahr. Die KVSH konnte das Jahr 2018 mit einem Überschuss abschließen, der der Rücklage zugeführt wurde. Im Jahre 2020 sieht die Planung eine Entnahme aus der Rücklage zum Ausgleich von Aufwendungen und Erträgen vor. Dr. Ralph Ennenbach wies aber ergänzend darauf hin, dass mögliche Auswirkungen des TSVG zurückhaltend angesetzt wurden.

Die Abgeordneten honorierten die solide Haushaltsführung, fassten einstimmig die erforderlichen Beschlüsse, um das Haushaltsjahr 2018 abzuschließen, und gaben grünes Licht für die Planungen 2020.

Dank für langjähriges berufspolitisches Engagement

Zum Abschluss gab es einen Abschied. Für Doris Scharell endet mit dem Jahresende nach neun Jahren die Zugehörigkeit zur Abgeordnetenversammlung, da sie ihre vertragsärztliche Tätigkeit beendet. Der Vorsitzende der Versammlung, Dr. Christian Sellschopp, dankte der Gynäkologin aus Kronshagen, die auch im Berufsverband der Frauenärzte und im Praxisnetz Kiel engagiert ist, im Namen der Abgeordneten und unter dem Applaus der Anwesenden für ihre lange und engagierte Mitarbeit.

Ein neues Gesicht wählten die Abgeordneten in den beratenden Fachausschuss der Hausärzte. Der Elmshorner Allgemeinmediziner Dr. Tomasz Warns gehört dem Ausschuss als neues stellvertretendes Mitglied an.

DELF KRÖGER, KVSH

Sorgfalt

Man muss nicht alles kritisieren, was in diesem Jahr an Gesetzen und Verordnungen aus dem Haus von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gekommen ist. Dennoch sind das Tempo und die Furcht, mit der der gelernte Bankkaufmann und Politikwissenschaftler der Gesundheitspolitik seinen Stempel aufdrückt, weder sachlich zwingend noch gut verträglich für die Betroffenen. Sicher gibt es viele große, ungelöste Probleme im Gesundheitswesen. Dennoch sollte Sorgfalt vor Geschwindigkeit gehen, gerade in der Medizin und ihrem Umfeld – schließlich muss das, was in Berlin ausgeheckt wird, vor Ort umgesetzt werden. Damit das erfolgreich gelingt und bei den Patienten ankommt, braucht es Verständnis und Akzeptanz.

Dass Spahn in diesem Punkt dazulernen muss, zeigt exemplarisch das Terminservice- und Versorgungsgesetz. Zugegeben: Es lässt sich trefflich streiten, ob in allen Fachbereichen und in sämtlichen Städten und Regionen Termine für den Arztbesuch kurzfristig zu bekommen sind. Im Gegenzug par ordre du Mufti Öffnungszeiten anzuordnen, ist kein Weg, der in einem freien Beruf auf Akzeptanz stoßen kann. Jeder niedergelassene Arzt ist selbstständig und hat das Recht, die Organisation seines Betriebes selbst zu regeln – so wie es Juristen, Architekten, Handwerker und Einzelhändler auch können. Warum müssen Ärzte öffnen, wie es der Staat vorschreibt, obwohl sich die Mischung aus Termin- und offenen Sprechstunden in der Praxis und in den Praxen bewährt hat?

Ähnliche Schnellschüsse sind die Einführung der Impfpflicht bei Masern und die „doppelte Widerspruchslösung“ bei künftigen Organspenden, die dem Bundestag vorliegt. Bei der Einführung der Impfpflicht werden Szenarien an die Medien gespielt, als stünde der Ausbruch einer Epidemie unmittelbar bevor und der wirkmächtige moralische Zeigefinger deutet schon jetzt auf alle Gegner dieser Regelung und ihre Kinder. Unterlegt mit der Androhung saftiger Bußgelder erhöht das den Druck, die Akzeptanz wird damit nicht verbessert. Ähnliches gilt für die Organspende, die von der Spende zur Abgabe wird. So groß die ethischen und verfassungsrechtlichen Bedenken auch sein mögen – das Gesetz kommt.

Bei jedem dieser Beispiele ist die Gefahr groß, dass die Ärzteschaft und ihre Vertretungen zu Prügelknaben gemacht werden, wenn in Wahrnehmung ärztlicher Interessen wie auch der praktischen Umsetzung Probleme offenbar werden, die man vorher nicht erkannt hat, weil die Zeit für eine sorgfältige Beratung fehlte, besser gesagt: weil man sie sich nicht nehmen wollte. Wer als Politiker so überdreht, darf sich nicht wundern, wenn seine Sympathiewerte trotz allem Aktionismus verhalten bleiben. Nicht zuletzt gilt das auch angesichts der höchst umstrittenen Einrichtung einer Pflegekammer.

Zum Glück sind die Verhältnisse in Schleswig-Holstein besser, soweit es in der Macht des Landes und seiner hier tätigen Institutionen steht. Die neue Pflegehilfeausbildung an 17 Klinikstandorten im Land ist ein Schritt in die richtige Richtung. Das Land heilt damit das Versäumnis des Bundes, für die generalistische Pflegehelferausbildung einen gesetzlichen Rahmen vorzugeben. Auch die Einrichtung eines Strukturfonds in Höhe von

3,2 Millionen Euro durch die Kassenärztliche Vereinigung gehört in diese beispielhafte Aufzählung. Mit Geld aus diesem Fonds soll die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen gefördert werden.

Warum müssen Ärzte öffnen, wie es der Staat vorschreibt, obwohl sich die Mischung aus Termin- und offenen Sprechstunden in der Praxis und in den Praxen bewährt hat?

Bilanziert man das gesetzgeberische Handeln dieses Jahres, kommt man nicht an der Feststellung vorbei, dass Masse immer noch keine Klasse hat. Schnellschüsse treffen selten ins Schwarze und verursachen allenfalls Hektik. Dass man im Windschatten der Eile auch noch berufsständische Freiheiten kassiert und den bürokratischen Druck weiter erhöht, nehmen die Betroffenen vielfach nur noch resignierend hin. Schließlich bleibt ihnen keine Zeit, ihre Bedenken und ihren Widerstand zu artikulieren. Denn bevor das geschieht, ist schon das nächste Gesetz in der Welt. Wer so handelt, wird sich davon etwas versprechen. Und ganz allein steht der Bundesgesundheitsminister im Kabinett auch nicht da. Die Regierung hat zur Halbzeit alles wie geplant auf den Weg gebracht, eher noch etwas mehr.

Umso mehr muss es da verwundern, wenn die Parteien der Mitte einen Aderlass geradezu historischen Ausmaßes erleben. Denn obwohl CDU und SPD so viel wie selten zuvor vor allem an sozialen Wohltaten beschlossen haben, um verlorenes Vertrauen wiederzubekommen, haben ihnen 50 Prozent ihrer Wähler bei der Landtagswahl in Thüringen den Rücken gekehrt. Und wer sich damit trösten sollte, dass Landtagswahlen keine Bundestagswahlen und in Thüringen besondere Faktoren zu berücksichtigen sind, für den muss die aktuelle Allensbach-Umfrage wie eine kalte Dusche wirken. Von 81 auf 57 Prozent ist das Vertrauen der Bundesbürger in die Qualität der Regierungsarbeit und die Stabilität des politischen Systems in Deutschland gesunken – ein ebenso dramatischer wie deprimierender Befund.

Die Ursachen mögen vielschichtig sein. Gut gemeinte Gesetze in möglichst großer Zahl – von der Mütterrente bis zum TSVG – sind es nicht, was der Wähler erwartet und was er honoriert. Da muss es noch etwas anderes geben. Für das neue Jahr kann man uns nur wünschen, dass sich die Politik dieser Erkenntnis stellt und sich neues Vertrauen erarbeitet. Auch das ist ein Prozess, bei dem es nicht auf das Tempo ankommt, sondern auf die Sorgfalt.

PETER WEIHER, JOURNALIST

„Die Ressourcen sind begrenzt“

Bei bestimmten gastroenterologischen Untersuchungen gibt es momentan oft Wartezeiten von bis zu einem halben Jahr. Dr. Michael Schroeder ist Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie in Kiel. Der stellvertretende Vorsitzende des Fachausschusses Fachärzte der KVSH und Regionalleiter des bng, Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschland e. V. für Schleswig – Holstein, erläutert im Interview die Hintergründe und zeigt mögliche Lösungswege auf.

Nordlicht: *Facharztpraxen berichten von Kapazitätsengpässen bei der Terminvergabe bei gastroenterologischen Untersuchungen. Wie sieht die Situation in Ihrer Praxis aus?*

Dr. Michael Schroeder: Nottfälle und eilige Termine ermöglichen wir noch am selben Tag. Das ist z. B. bei beobachteter oberer Magen-Darm-Blutung oder beim Verdacht auf hängengebliebene Speisen bzw. Fremdkörper im Ösophagus der Fall. Patienten erhalten aber auch z. B. bei beobachteter, aber nicht kreislaufwirksamer transanaler Blutung innerhalb von wenigen Tagen einen Termin. Elektive Untersuchungen, also planbare Kontrollen oder Vorsorgeuntersuchungen, dürfen dagegen schon mal einen Vorlauf von Wochen oder wenigen Monaten haben. Liegt möglicherweise ein Tumor vor, werden auch sehr kurzfristig Untersuchungen angeboten. Je nach Dringlichkeit des Verdachtes meistens innerhalb von mehreren Tagen bis zu wenigen Wochen.

Nordlicht: *Endoskopische Leistungen werden von Patienten immer häufiger nachgefragt. Für den Zeitraum von 2007 bis 2017 gab es nach Angaben des Berufsverbandes niedergelassener Gastroenterologen bundesweit bei durch die KVen abgerechneten Koloskopien einen Zuwachs von 33 Prozent. Woran liegt das?*

Schroeder: Zum einen wird erfreulicherweise die Vorsorgekoloskopie immer ernster genommen und bei Männern nun ja auch ab dem 50. Lebensjahr empfohlen. Dazu kommen deutlich frühzeitiger einsetzende Überwachungskoloskopien in Risikofamilien mit Angehörigen mit Darmkrebs. Außerdem sehen wir



bei mehr als 40 Prozent aller Vorsorgekoloskopien Polypen, sodass bei einer immer größeren Anzahl von Patienten nach der ersten Vorsorgekoloskopie lebenslang alle drei bis fünf Jahre Kontrollkoloskopien erfolgen müssen. Kummer macht uns aber vor allem die Zunahme der nachgefragten Gastroskopien.

Nordlicht: *Inwiefern spielen unscharfe oder zu großzügige Indikationen und Fehlüberweisungen dabei eine Rolle?*

Schroeder: Dies gilt häufig für die Gastroskopien, selten für Koloskopien. Einfache Refluxbeschwerden z. B. sind heute sehr häufig. Sie hängen mit den Lebensumständen zusammen, der Hektik im Alltag, zu raschem Essen zwischendurch, oft auch mit Übergewicht. Ohne Alarmzeichen –

also Schmerzen beim Essen oder Hängenbleiben von Speisen, Bluterbrechen oder Tumorverdacht – besteht insbesondere in jüngerem Lebensalter im Grunde keine Untersuchungsindikation. Sollte allerdings unter adäquater Behandlung keine Therapie ansprechen, empfiehlt sich einmalig eine sogenannte Indexuntersuchung, bei unkompliziertem Ergebnis aber keine Kontrolluntersuchung. Bei der Koloskopie haben wir es wesentlich seltener mit nicht sinnvollen Indikationen zu tun.

Nordlicht: *Wann kommt es bei der Koloskopie zu Fehlüberweisungen?*

Schroeder: Typischerweise bei festgestelltem Reizdarm, also rein funktionellen Beschwerden und bereits erfolgter Koloskopie zum sicheren Ausschluss organischer pathologischer Befunde. Auch ein pathologischer Blutstuhlttest stellt nach

durchgeführter Koloskopie mit unauffälligem Befund ausdrücklich für einen Zeitraum von zehn Jahren keine Indikation für eine frühzeitige Kontrolluntersuchung dar. Der immunologische Test auf okkultes Blut im Stuhl (iFOBT) sollte im Grunde in dieser Indikation dann nicht durchgeführt werden. Es sei denn z. B. im Rahmen der Abklärung einer neu aufgetretenen Anämie.

Nordlicht: Was empfehlen Sie überweisenden Ärzten als fachliche Orientierung?

Schroeder: Unser Berufsverband hat vor kurzem in der Zeitschrift für Gastroenterologie dazu ein Positionspapier und eine Übersicht der ZFG-Kontrollintervalle (siehe unten) veröffentlicht, in dem eindeutige Indikationen für Gastroskopien und

Koloskopien detailliert aufgeführt sind und Empfehlungen für Kontrolluntersuchungen sowie Untersuchungsintervalle gegeben werden. Darüber hinaus bietet sich in Zweifelsfällen immer auch der persönliche Kontakt zwischen Zuweiser und Gastroenterologen an. Eine Terminvergabe mit den Möglichkeiten des Terminservice- und Versorgungsgesetz ist meines Erachtens in diesem Zusammenhang übrigens eher kontraproduktiv. Es verschärft das Problem fehlender Untersuchungskapazitäten und ist damit wenig hilfreich. Über die Terminservicestelle kann im Zweifel ein Termin in unterschiedlichen Zeitfenstern erwungen werden, ohne dass damit das Problem nicht indizierter Untersuchungen gelöst und mit der „Ressource Endoskopie“ sinnvoller umgegangen wird.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Kontrollintervalle

Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD)		1. Kontroll-ÖGD	2. Kontroll-ÖGD
Refluxkrankheit (nicht erosiv) und Refluxösophagitis	ÖGD nur bei Alarmsymptomen, Nichtansprechen auf Therapie, Refluxsymptomen über mehrere Jahre	keine	keine
Barrett-Metaplasie ohne -Dysplasie		nach 1 Jahr	nach 3–4 Jahren
Barrett-Metaplasie mit Low-Grade-Dysplasie	Endoskopische Resektion oder Ablation optional	nach 6 Monaten	1 × pro Jahr
Barrett-Metaplasie mit High-Grade-Dysplasie	Vollständige endoskopische Resektion und Ablation der Metaplasie	nach 3 Monaten	alle 6 Monate für 2 Jahre, dann 1 ×/Jahr
H.-pylori-Gastritis	Kontrolle nach Therapie mittels H.-p.- Antigens im Stuhl oder C13-Atemtests	keine	keine
Reizmagensyndrom, nicht ulzeröse Dyspepsie	Einmalige ÖGD bei Diagnosestellung gerechtfertigt	keine	keine
Chron. atrophische Gastritis und ausgedehnte intestinale Metaplasie (Corpus)	Keine Empfehlung in den Leitlinien; Kontrolle kann bei ausgeprägtem Befund sinnvoll sein	nach 1–3 Jahren	alle 1–3 Jahre (stadienabhängig)
Ulcus duodeni		keine	keine
Ulcus ventriculi	Kontrollendoskopie, wenn Malignität nicht ausgeschlossen werden kann	nach 4–8 Wochen	keine
Zöliakie	Antikörperkontrollen nach 3 Monaten Endoskopiekontrolle unter glutenfreier Diät kann sinnvoll sein	nach 6 Monaten	keine
Nach Magenresektion wegen eines Magenkarzinoms	Routineendoskopien zur Nachsorge sind nicht erforderlich	keine	keine

Koloskopie	Indexkoloskopie	1. Kontrollkoloskopie	2. Kontrollkoloskopie
Vorsorgekoloskopie Männer	mit 50 Jahren	nach 10 Jahren	keine
Vorsorgekoloskopie Frauen	mit 55 Jahren	nach 10 Jahren	keine
Nach vollständiger Abtragung von 1–2 tubulären Adenomen < 1 cm (ohne villöse Komponente)		nach 5 – 10 Jahren	nach 10 Jahren
Nach vollständiger Abtragung von 3 – 4 Adenomen oder eines Adenoms mit villöser Komponente		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
Nach vollständiger Abtragung eines Adenoms ≥ 1 cm oder eines Adenoms mit hochgradiger intraepithelialer Dysplasie (HGIEN)		nach 3 Jahren	nach 5 Jahren
Nach endoskopischer R0-Abtragung eines Adenoms mit Karzinom (T1)		nach 6 Monaten	nach 3 Jahren
Nach operativer R0-Resektion eines kolorektalen Karzinoms		nach 1 Jahr	nach 5 Jahren
bei familiärer Karzinom-Belastung (erstgradig Verwandter)	Ab 40 Jahren bzw. 10 Jahre vor Erkrankungsalter des Verwandten	nach 5 – 10 Jahren	nach 5 – 10 Jahren
bei gehäuften Darmkrebs in der Familie, bei familiärem Darmkrebs-Syndrom (FAP, HNPCC etc.)	Nach fachärztlicher Entscheidung. Erstvorstellung beim Gastroenterologen mit spätestens 25 Jahren		
Reizdarmsyndrom	Einmalige Koloskopie bei Diagnosestellung	nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge	keine
Obstipation	Einmalig nur bei Warnsymptomen, hohem Leidensdruck, fehlendem Ansprechen auf Therapie	nach 10 Jahren im Rahmen der Vorsorge	keine
Divertikulitis	Nach Abheilung nur dann, wenn in den letzten 10 Jahren keine Koloskopie erfolgte; vor geplanter Operation		
Colitis ulcerosa, M. Crohn	Endoskopien nach fachärztlicher Entscheidung abhängig vom Verlauf und der Therapie. Überwachungskoloskopien bei langjährigem Verlauf erforderlich.		
iFOBT nach Koloskopie	Bei Personen, bei denen bereits eine Koloskopie erfolgte, soll innerhalb von 10 Jahren keine Untersuchung auf fäkales okkultes Blut (iFOBT) erfolgen.		

QUELLE: BNG (BERUFSVERBAND NIEDERGELASSENER GASTROENTEROLOGEN DEUTSCHLANDS E. V.)

Kommerzialisierung, nein danke!

Interessengemeinschaft der Heilberufe fordert, die freien Heilberufe zu stärken.



Der Schutz der Freiberuflichkeit vor Kapitaleinfluss zum Wohle der Patienten stand im Mittelpunkt des diesjährigen Thementages, zu dem Ende Oktober die Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein (IDH), der auch die KVSH angehört, nach Kiel eingeladen hatte.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung, zu deren Teilnehmern aus Politik und Gesundheitswesen auch die FDP-Bundestagsabgeordnete Christine Aschenberg-Dugnus sowie die Landtagsabgeordneten Birte Pauls (SPD) und Hans Hinrich Neve (CDU) gehörten, stand ein Vortrag von Professor Dr. Eckhard Nagel, geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bayreuth.

Unter dem zugespitzten Titel „Angriff des Kapitalmarktes auf die Freiberuflichkeit: Wo bleibt der Patient?“ mahnte der Mediziner mit langjähriger Erfahrung in ärztlichen Leitungsfunktionen, der zudem in Philosophie promovierte, dass die besondere Tätigkeitsform und die mit ihr einhergehende Verantwortungsübernahme, die die akademischen Heilberufe kennzeichnet, nicht durch Investoren kompromittiert werden dürfe. Der Patient sei kein Kunde und der Umgang mit den Pflichtbeiträgen der Sozialversicherung habe grundsätzlich sehr sparsam und zweckgebunden zu erfolgen. Der grundlegenden Prämisse der „Sozialpflichtigkeit allen Handelns im Gesundheitswesen“, so Nagel, müsse auch die ökonomische Logik folgen, weshalb sich besondere Gewinnerwartungen, die Kapitalinvestoren hätten, verböten.

Freiberuflich-selbstständig geführte Praxen als Garanten der Patientenorientierung

Eine Warnung, die die Vertreter der in der IDH vertretenen akademischen Heilberufe unterstützten. Gemeinsam forderten sie den Schutz der Freiberuflichkeit vor dem Einfluss von Investoren mit rein ökonomischen Interessen. So wies die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke, in ihrem Statement zum Thementag darauf hin, dass freiberuflich-selbstständig geführte Praxen „Garanten für die Patientenorientierung der Versorgung“ seien. Ihre „wirtschaftliche Unabhängigkeit sichert die Therapie- und Verordnungsfreiheit“, betonte sie.

Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und in diesem Jahr turnusmäßiger Vorsitzender der IDH, stellte klar: „Die Ärztekammer Schleswig-Holstein lehnt die Kommerzialisierung des Arztberufes entschieden ab.“ Eine Haltung, die auch die Vertreter der Tierärzte, Apotheker und Zahnärzte für ihre Berufe unterstützen. Der Präsident der Psychotherapeutenkammer, Dr. Oswald Rogner, wies darauf hin, dass die freiberufliche psychotherapeutische Tätigkeit „sich ausschließlich an fachlichen und ethischen Grundsätzen orientieren“ müsse und hob hervor: „Kommerziellen Interessen von Dritten darf kein Raum gegeben werden sie gefährden eine angemessene Versorgung der Patienten.“

Gemeinsam forderten die Präsidenten und Vorsitzenden der IDH-Mitgliedsorganisationen die politischen Entscheidungsträger dazu auf, sich mehr für den Erhalt und die Stärkung der freien Heilberufe einzusetzen. Sie seien aus einer Gemeinnützigkeit entstanden und essenzieller Teil des solidarischen Gesundheitssystems in Deutschland.

DELF KRÖGER, KVSH

Praxen sehen Nutzen in Digitalisierung

Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten stehen der weiteren Digitalisierung offen gegenüber. Als besonders nutzbringend wird dabei das Praxismanagement bewertet. Das ergab das nunmehr zweite von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Auftrag gegebene PraxisBarometer Digitalisierung, an dem sich mehr als 2.000 Praxen beteiligten.



Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Digitalisierung in den Praxen schon weit vorangeschritten ist. Das gilt vor allem für die Bereiche Praxisorganisation sowie Dokumentation, in denen die Ärzte tatsächlich die Digitalisierung am stärksten als Fortschritt wahrnehmen würden. Skeptisch sind die Niedergelassenen vor allem hinsichtlich der Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Praxen arbeiten zunehmend digital

Generell arbeiten Arztpraxen dem PraxisBarometer zufolge auf hohem Niveau zunehmend digital. So ist der Anteil der Praxen, die Patientendokumentation, Praxismanagement und Qualitätsmanagement nahezu komplett digitalisiert haben, gestiegen. Der Befragung zufolge hat sich der Anteil der Praxen, die einen eher hohen Nutzen in digitalen Anwendungen sehen, im Vergleich zum Vorjahr von 13 auf 33 Prozent deutlich erhöht. Auch sind immer mehr Ärzte und Psychotherapeuten bereit, in ihrer Patientendokumentation einheitliche Standards für Anamnese, Befunderhebung und Therapie zu nutzen, um so den Austausch von Daten zu beschleunigen und zu vereinfachen. Insgesamt stieg deren Anteil innerhalb eines Jahres von 37 auf 46 Prozent.

Kollegen-Kommunikation noch stark papiergebunden

Im Gegensatz dazu erfolgt die Kommunikation sowohl innerhalb des ambulanten Bereichs als auch zwischen den Sektoren, beispielsweise zwischen Praxen und Krankenhäusern, weiterhin weitgehend in Papierform (85 beziehungsweise 93 Prozent). Dabei erachten viele der Befragten gerade den digitalen Austausch mit niedergelassenen Kollegen als besonders vorteilhaft. Insbesondere der elektronische Arztbrief wird von knapp 60 Prozent der Praxen als nutzbringendste Anwendung der externen Praxiskommunikation eingeschätzt.

Ärzte fürchten nach wie vor Sicherheitslücken

Wie schon im Vorjahr habe die Befragung ergeben, dass die Ärzte sorgenvoll auf die Sicherheit der EDV-Systeme blickten: Rund 60 Prozent der Befragten – im Vorjahr waren es 54 Prozent – sehen mögliche Sicherheitslücken in der EDV als starkes Hemmnis für die weitere Digitalisierung ihrer Praxen.

Mehr Informationen zur Befragung unter www.kbv.de/html/praxisbarometer.php



der Vertragsarztpraxen mit digitalen medizinischen Geräten haben diese mindestens teilweise an ihr PVS angebunden.



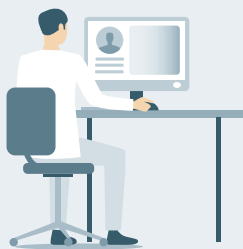
der Vertragsarztpraxen haben die Patientendokumentation mehrheitlich oder vollständig digitalisiert.



der Hausärzte nutzen eine digitale Anwendung zur Arzneimitteltherapiesicherheit.



der Praxen sind bereit, ihre Patientendokumentation auf einheitliche Standards umzustellen.



der Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben in den letzten 3 Jahren an einer Fortbildung zur Digitalisierung teilgenommen.



ERWARTETER NUTZEN DER DIGITALISIERUNG:

- 59% elektronischer Medikationsplan
- 56% Notfalldatensatz
- 51% digitale Verordnungen
- 46% digitale Pässe (z.B. Mutterpass, Impfpass etc.)
- 43% arztverwaltete Patientenakte

HEMMNISSE DER DIGITALISIERUNG:

- 85% Sicherheitslücken in der IT
- 81% Umstellungsaufwand
- 79% ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis
- 77% Fehleranfälligkeit der IT-Systeme
- 69% fehlende Nutzerfreundlichkeit der Anwendungen



DER PRAXEN ERWARTEN VERBESSERUNGEN BEI:

- › Kommunikation mit Krankenhäusern
- › Kommunikation mit Niedergelassenen
- › Praxismanagement



DER PRAXEN BEFÜRCHTEN EINE VERSCHLECHTERUNG DER ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG



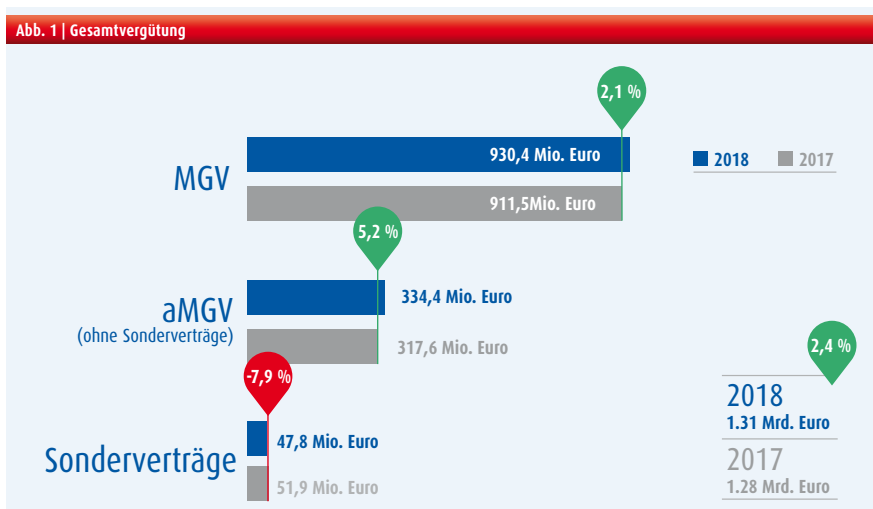
QUELLE: PraxisBarometer Digitalisierung 2019 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; repräsentative Befragung von 2.099 vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxen im April und Mai 2019 durch das IGES Institut

Rückblick auf Honorarsituation und Laborreform 2018

Der Honorarbericht 2018 der KVSH befasst sich in seinem Sonderteil mit den Effekten der Laborreform und berichtet wie gewohnt über die Honorarsituation in Schleswig-Holstein.

Die Gesamtvergütung 2018 verzeichnet mit 1,31 Milliarden Euro ein Plus von rund 2,4 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) steigt mit der Morbi-Rate um rund 3,3 Millionen Euro und dem Orientierungswert um etwa 10,9 Millionen Euro. Weitere Anpassungen erfährt sie durch diverse Beschlüsse des Bewertungsausschusses.



Die Honorarsituation in den einzelnen Arzt- und Therapeutengruppen ist durchgängig positiv, was unter anderem in den Erhöhungen der Punktzahlvolumen (PZV) begründet ist. Die Überauslastung der PZV fällt entsprechend geringer aus.

Tab. 13 | PZV-Durchschnitte und -Auslastungen über alle vier Quartale 2018 nach Arztgruppen

Arztgruppe	PZV in Punkten		Veränderung PZV In % ggü. Vorjahr	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung In % ggü. Vorjahr
	Jahr 2018	Jahr 2017		Jahr 2018	Jahr 2017	
Anästhesisten	60.544	59.622	1,5	102	100	2,7
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	13.047	17.589	-25,8	88	95	-7,6
Augenärzte, ausschließlich konservativ tätig	255.346	251.537	1,5	121	124	-2,3
Augenärzte, operativ tätig	200.831	198.742	1,1	118	124	-5,1
Chirurgen	253.902	250.163	1,5	111	115	-3,9
Endokrinologen	336.618	329.544	2,1	106	119	-10,8
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	364.175	351.342	3,7	113	115	-1,9
Gastroenterologen	356.250	346.764	2,7	111	116	-4,4



Arztgruppe	PZV in Punkten		Veränderung PZV In % ggü. Vorjahr	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung In % ggü. Vorjahr
	Jahr 2018	Jahr 2017		Jahr 2018	Jahr 2017	
Gynäkologen	218.634	213.279	2,5	116	119	-2,6
Hausärzte	388.692	375.371	3,5	111	113	-1,6
Hautärzte	268.648	264.097	1,7	112	115	-2,0
HNO-Ärzte	401.498	385.022	4,3	123	126	-2,0
Humangenetiker	52.414	51.476	1,8	142	157	-10,0
Kardiologen und Angiologen	580.644	563.832	3,0	121	122	-1,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	18.484	21.426	-13,7	118	114	4,1
Kinder- und Jugendpsychiater mit Sozialpsychiatrie	365.904	355.858	2,8	110	112	-2,0
Kinder- und Jugendpsychiater ohne Sozialpsychiatrie	365.904	355.858	2,8	87	90	-3,4
Kinderärzte	379.881	369.280	2,9	116	118	-0,9
Kinderkardiologen	622.215	605.661	2,7	120	117	2,7
Kinderpneumologen	573.847	564.197	1,7	118	120	-1,5
Labormediziner	5.925	8.764	-32,4	86	75	14,0
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	9.101	8.830	3,1	143	140	2,4
Nephrologen	39.726	39.093	1,6	108	105	2,0
Nervenärzte	462.929	452.491	2,3	110	109	0,5
Neurochirurgen	182.313	179.682	1,5	107	112	-5,0
Neurologen	407.429	372.210	9,5	106	107	-1,2
Nuklearmediziner	454.133	445.534	1,9	105	110	-5,2
Onkologen	458.589	450.430	1,8	133	127	4,3
Orthopäden	404.048	397.445	1,7	111	114	-2,5
Pathologen	441.346	434.605	1,6	104	104	-0,2
Phoniatler	143.287	136.477	5,0	113	114	-0,7
Physikalisch-Rehabilitative Mediziner	368.167	362.933	1,4	109	112	-2,7
Pneumologen	560.756	542.413	3,4	119	122	-2,0
Psychiater	234.980	228.987	2,6	109	109	0,0
Psychologische Psychotherapeuten	13.723	17.668	-22,3	113	107	5,4
Psychotherapeutische Mediziner	19.099	23.072	-17,2	102	95	6,9
Radiologen	770.909	751.232	2,6	118	118	-0,4
Rheumatologen	403.764	388.024	4,1	109	113	-3,1
Strahlentherapeuten	14.342	14.160	1,3	103	98	4,5
Urologen	247.240	242.258	2,1	117	119	-1,6



© istock.com/mayneung1

Tab. 19 | Vergütung Wirtschaftlichkeitsbonus selbst erbrachtes und beauftragtes Labor nach Arztgruppen 2018 im Vergleich zu 2017, ohne 1. Quartal 2018

	2018 Vergütung in Euro				Veränderung Wirtschaftlichkeitsbonus in % ggü. 2017	Veränderung selbst erbrachtes Labor inkl. Laborgemeinschaft in % ggü. 2017	Veränderung beauftragtes Labor in % ggü. 2017	Veränderung Summe Laborleistung in % ggü. 2017
	Wirtschaftlichkeitsbonus	Selbst erbrachtes Labor inkl. Laborgemeinschaft	Laborauftrag	Summe Laborleistung				
Hausärzte	4.572.625	3.949.000	16.453.918	20.402.917	-1,0	-28,7	-8,1	-12,9
Gynäkologen	469.679	424.227	2.323.499	2.747.726	-44,3	-13,9	-17,4	-16,9
Urologen	277.550	587.422	939.238	1.526.659	-12,8	-14,4	-0,1	-6,1
Kinder- und Jugendmediziner (Kinderärzte)	226.281	194.306	1.568.680	1.762.986	34,0	-13,8	-8,2	-8,8
Hautärzte	220.515	312.042	924.448	1.236.490	393,4	-9,7	3,4	-0,2
HNO-Ärzte	126.840	14.509	424.803	439.313	154,6	-14,2	-2,3	-2,7
Kardiologen und Angiologen	84.600	97.497	104.925	202.422	-14,1	-15,8	-7,0	-11,4
Pneumologen	84.202	150.572	343.607	494.179	59,4	-10,5	9,5	2,5
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	76.092	51.084	355.123	406.207	-17,5	-40,6	-3,9	-10,8
Orthopäden	73.213	9.933	608.276	618.209	-15,6	-36,5	-4,8	-5,6
Nephrologen	64.439	264.180	3.070.510	3.334.690	91,4	-15,9	2,2	0,5
Nuklearmediziner	57.727	66.465	176.632	243.097	374,5	-12,8	14,6	5,5
Gastroenterologen	37.405	13.216	628.058	641.274	10,1	-53,0	-6,6	-8,5
Rheumatologen	37.153	213.748	486.366	700.114	16,7	-10,6	-3,3	-5,6
Chirurgen	32.677	7.600	170.187	177.788	-58,3	-37,6	-17,5	-18,6
Kinderpneumologen	31.963	10.948	261.539	272.487	40,3	-46,7	-11,8	-14,1
Kinderkardiologen	30.745	7.882	61.943	69.825	89,5	-21,6	-19,5	-19,7
Psychiater	8.000	79.279	255.703	334.982	-13,0	5,8	-5,9	-3,4
Onkologen	7.800	150.297	2.001.116	2.151.412	311,1	-19,6	-7,1	-8,1
Nervenärzte	7.604	24.060	353.761	377.821	-54,2	-33,7	-1,2	-4,2
Endokrinologen	7.444	340.961	323.093	664.054	23,9	37,2	11,3	23,2
übrige Arztgruppen	23.537	704.556	606.020	1.310.576	-81,6	29,8	38,9	68,7
Summe	6.558.092	7.673.783	32.441.446	40.115.229	-2,7	-20,2	-6,4	-9,4

Der befürchtete Umsatzeinbruch in der Labormedizin ist ausgeblieben. Mit Minus 1,1 Prozent verzeichnet die Arztgruppe einen moderaten Rückgang. Weil die über Laborgemeinschaften bezogenen Leistungen nun mit 89 Prozent vergütet werden, ist hier ein stärkerer Umsatzrückgang zu beobachten.

Der Honorarbericht 2018 sowie seine Vorgänger sind als PDF abrufbar auf www.kvsh.de ▶ **Presse** ▶ **Sonderpublikationen** ▶ **Honorarbericht 2018**

EKKEHARD BECKER, KVSH

Eingriffe in eine laufende Behandlung

Störend! Schädlich! Unzulässig?

Vermeintlich stellen Psychotherapeuten aber auch Hausärzte fest, dass sich Krankenkassen telefonisch mit Patienten in Verbindung setzen, die sich in einer laufenden psychotherapeutischen Behandlung befinden. In den meisten Fällen geht es dabei darum, den Versicherten zur Teilnahme an einem Online-Programm, einem Selektivvertrag oder zur Nutzung einer Krankheits-App zu bewegen. Fast alle Patienten sind von dieser unaufgeforderten Kontaktaufnahme seitens ihrer Krankenkasse verunsichert oder verärgert. Diese Kontaktaufnahme empfinden Patienten wie Psychotherapeuten und Hausärzte als wenig hilfreich – eher als deutlich störend. Aus diesem Grund gab es hierzu im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) unter Einbindung des Fachausschusses der Psychotherapeuten und dem der Hausärzte intensive Erörterungen.

Situation des Patienten

Der Patient ist krank, eventuell arbeitsunfähig und befindet sich in einer laufenden psychotherapeutischen Behandlung. Gleich ob Depression, pathologische Angst, Erschöpfungssyndrom oder Posttraumatische Belastungsstörung – fast alle psychischen Erkrankungen kennzeichnen ein Verlust des Selbstvertrauens, hohe Verunsicherung, ein Gefühl von Hoffnungslosigkeit sowie Verzweiflung, erhöhte Ängstlichkeit und oft auch ein Unvermögen, mit Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden. Vereinfacht gesagt, der Versicherte befindet sich in einer labilen und belastenden Lage – eben deshalb befindet er sich in psychotherapeutischer Behandlung. Während dieser Zeit meldet sich unaufgefordert und telefonisch seine Krankenkasse und schlägt ihm in einer Mischung aus Befragung und Beratung verschiedene Möglichkeiten und Wege zur baldigen Genesung vor. Das alles ist vollkommen ungewohnt für den Versicherten. Meist kann er dieses Telefonat in seiner Bedeutung gar nicht einordnen. Fast zwangsläufig verstärkt sich seine Symptomatik. Es gibt Fälle, da wird nachfolgend sofort versucht, Kontakt zum behandelnden Hausarzt oder Psychotherapeuten aufzunehmen. Zweifelsohne war das ein den Genesungsprozess schädigender Eingriff.

Vielschichtige rechtliche Bewertung

Die rechtliche Einordnung oben genannter Vorgehensweisen ist vielschichtig. Grundsätzlich ist schon der Telefonanruf einer Krankenkasse bei einem Versicherten ohne dessen Bitte oder Einverständnis problematisch. Hier jedoch geht es regelhaft um persönliche Gesundheits- und Krankheitsthemen eines psychisch erkrankten Versicherten. Allein aus diesem Grund schon sind derartige Vorfälle eine Stufe höher anzusiedeln. Sie gehören mindestens in die Kategorie der Unzumutbarkeit. Dass dem allein nicht so ist, hat der Justitiar der KVSH, Klaus-Henning Sterzik, in einem Rechtsvermerk sehr genau herausgearbeitet. Gesetzes-

normen und verschiedene höchstrichterliche Entscheidungen sprechen sehr eindeutig gegen eine Zulässigkeit von unaufgeforderter telefonischer Kontaktaufnahme durch Krankenkassenmitarbeiter insbesondere zu sensiblen Krankheitsthemen und insbesondere auch während einer laufenden psychotherapeutischen Behandlung.

Wie sich dagegen zur Wehr setzen?

Belästigend, unzumutbar, unzulässig und eine Störung der Psychotherapeut-Patient-Beziehung. Doch wie dagegen Einspruch erheben? Einerseits hat nur der Versicherte eine direkte Rechtsbeziehung zu seiner Krankenkasse. Er allein könnte sich gegen die Unzumutbarkeit derartiger Anrufe aussprechen oder im Rahmen dieser Telefonate abgegebene Erklärungen (z. B. die Teilnahme an einem Online-Programm etc.) widerrufen. Doch in vielen Fällen, gerade bei psychisch erkrankten Patienten, ist das bloße Theorie. Tatsächlich können sich nur sehr wenige der vielen Patienten von Psychotherapeuten ohne Unterstützung angemessen zur Wehr setzen. Neben den an den Patienten gerichteten Hinweisen auf Patientenorganisationen, Patientenbeauftragte und dem Patienten-Ombudswesen sollten sich aber auch Psychotherapeuten gegen die geschilderten Vorgänge aussprechen. Denn fast immer führen diese unaufgeforderten Telefonate, in denen ganz persönliche Krankheitsthemen angesprochen werden, zu einer Schädigung des Genesungsprozesses. Aber auf jeden Fall auch unabhängig von einer eventuellen Schädigung stellen sie einen unzulässigen Eingriff in eine laufende Behandlung dar. Und allein schon dagegen sollten sich Ärzte wie Psychotherapeuten immer verwahren.

Service der KVSH

Wie bereits erwähnt, hat sich der Fachausschuss Psychotherapie der KVSH wiederholt und erfolgreich hierüber mit dem Vorstand der KVSH ausgetauscht. Da die Problematik zunehmend auch von Hausärzten erlebt wird, folgten Erörterungen auch im Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung.

Der oben erwähnte Rechtsvermerk des Justitiars, ergänzende Hinweise für Hausärzte sowie ein Musterschreiben stehen allen Mitgliedern der KVSH auf der Startseite der Website www.kvsh.de zur Verfügung.

HEIKO BORCHERS, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, KIEL



Hausärztemangel auch in Großstädten befürchtet

Hannover – Die KV Niedersachsen (KVN) hat beim Thema „Ärztemangel“ vor einseitiger Betrachtung allein des ländlichen Raumes gewarnt. Die Versorgungslage sei zwar gut, auch wenn dies aus Patientensicht gelegentlich anders gesehen werde, erklärte Dr. Jörg Berling, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVN. Doch auch in einigen Großstädten zeichneten sich zukünftig Probleme ab. Dr. Thorsten Kleinschmidt, Vorsitzender des Bezirksausschusses in Braunschweig, bestätigte diese Aussage anhand von Zahlen aus der Region: „Aktuell sind bereits mehr als 35 Prozent aller Hausärztinnen und Hausärzte in den Großstädten Braunschweig, Salzgitter und Wolfsburg 61 Jahre und älter. Im Bereich der Bezirksstelle Braunschweig liegt der Anteil der Hausärzte, die jünger als 50 Jahre sind, nur bei knapp über 25 Prozent. In Salzgitter liegt er bereits unter 20 Prozent.“ In Großstädten mit Problemlagen müsse daher auch die ambulante Versorgung durch Hausärzte in den Fokus der Daseinsvorsorge rücken. Es gelte, neue politische Prioritäten in der regionalen Gesundheitsversorgung zu setzen und diese auch deutlich auszusprechen.



Gezielte Antibiotika-Gabe erleichtert

Hamburg – Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) und die AOK Rheinland/Hamburg, die Betriebskrankenkassen, die DAK-Gesundheit und die IKK classic haben sich für die Erleichterung einer gezielten Verordnung von Antibiotika in der ambulanten Versorgung ausgesprochen. Im Rahmen eines gemeinsamen Modellprojekts wird deshalb nun erstmals der sogenannte quantitative CRP-Schnelltest gefördert, den Hamburgs Haus-, Kinder- und HNO-Ärzte in der eigenen Praxis durchführen können und mit dessen Hilfe sie bereits nach wenigen Minuten das Ergebnis erhalten, ob ein Infekt eine virale oder bakterielle Ursache hat. Der CRP-Schnelltest funktioniert wie ein Blutzuckertest und zeigt an, ob im Körper bakteriell bedingte Entzündungswerte vorhanden sind. Bei schweren bakteriellen Infektionen kommt es zu einem Anstieg des C-reaktiven Proteins (CRP), der bei viralen Infektionen in der Regel ausbleibt. Hieran kann abgelesen werden, ob der Einsatz eines Antibiotikums sinnvoll ist. Der Vertrag wird durch eine von der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel durchgeführte wissenschaftlichen Evaluation begleitet.



Modellprojekt zur Antibiotikaverordnung ausgewertet

Düsseldorf – Ärzte, die für das Thema Antibiotika sensibilisiert sind, verordnen weniger und vor allem gezielter. Das ist das Ergebnis des zweijährigen Modellprojekts des BKK-Landesverbandes Nordwest mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO) in den Regionen Essen und Duisburg. Ziel des Vertrages war es, Antibiotika bei Harnwegsinfekten und bei Entzündungen des Mund-Rachen-Raumes nur noch einzusetzen, wenn sie nachweislich Sinn ergeben – dies wurde durch den Einsatz von Antibiotogrammen beziehungsweise Schnelltests festgestellt. Die Ärzte führten diese Tests direkt in der Praxis durch, um festzustellen, ob es sich bei dem Infekt um eine virale oder bakterielle Entzündung handelt. Wichtigstes Ergebnis des Projekts: Ärzte, die sich an dem Modellversuch beteiligten, verordneten 20 Prozent weniger Antibiotika (bei Scharlach und Mandelentzündung) als die Ärzte, die sich nicht am Modellprojekt beteiligt haben. Bei Patienten mit akuten Entzündungen im Hals-Rachen-Raum verordneten Ärzte im Vorher-Nachher-Vergleich 17 Prozent weniger Antibiotika. Am Modellprojekt hatten sich nach Angaben der KVNO 48 Fachärzte aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Frauenärzte, Hals-Nasen-Ohrenärzte sowie Urologen mit insgesamt 1.474 Patienten beteiligt.



100. Förderung über das Förderverzeichnis genehmigt

Dortmund – Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) hat ein positives Fazit ihrer Fördermaßnahmen gegen Ärztemangel in ländlichen Regionen gezogen. Seit 2015 vergibt die KVWL über ein sogenanntes Förderverzeichnis finanzielle Unterstützung an Ärzte, die sich in einer von Unterversorgung bedrohten Region niederlassen. Im Herbst dieses Jahres hat der KV-Vorstand nun die 100. Förderung dieser Art genehmigt. Das Förderverzeichnis ist laut der KV ein Frühwarnsystem, mit dem aufgezeigt wird, wo in Westfalen-Lippe Probleme bei der ambulanten Versorgung eintreten könnten. Hierfür sind die Versorgungsdichte mit ambulant tätigen Medizinern in einer Region und ihre Altersstruktur von Bedeutung. Steht eine Gemeinde auf dem Förderverzeichnis, können Ärzte, die sich dort niederlassen oder einen Arzt anstellen wollen, eine Förderung beantragen. Zu den Fördermöglichkeiten zählen vor allem Kostenzuschüsse zum Praxisaufbau oder zur Praxisübernahme. Während das Förderverzeichnis anfänglich fünf Gemeinden umfasste, stehen im Augenblick insgesamt 31 Städte, Stadtteile und Gemeinden darauf. 29 Einträge beziehen sich auf die hausärztliche Versorgung, eine auf die Pädiatrie und eine auf die rheumatologische Versorgung.

Aus der Zulassungsabteilung	28
Kündigung Abrechnungsvertrag Parkklinik Manhagen	29
Tonsillotomiebehandlung für Kinder	29
Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM)	29

Aus der Zulassungsabteilung

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen durch die KVSH

Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung schreibt die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein ausschließlich auf ihrer Website unter www.kvsh.de aus. Die Veröffentlichung der Ausschreibungen erfolgt zum Monatsbeginn mit einer Bewerbungsfrist bis zum Monatsende. Ärzte/Psychotherapeuten, die in einer Warteliste stehen, werden nach wie vor per E-Mail über eine Ausschreibung informiert, sofern der Praxisabgeber dies wünscht.

Formlose Bewerbung

Zur Einhaltung der Bewerbungsfrist reicht eine formlose Bewerbung aus. Gerne auch per E-Mail an: zulassung-bewerbung@kvsh.de. Dies gilt ausschließlich für Nachbesetzungsverfahren und nicht für Stellen, die aufgrund der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss ausgeschrieben werden.

Veröffentlichungen aus der Zulassungsabteilung

Nach wie vor wird an dieser Stelle über Sonderbedarfsfeststellungen und Ermächtigungen informiert werden unter dem Hinweis auf die Möglichkeit zur Einlegung von Widersprüchen.

Veröffentlichungen auf www.kvsh.de

Bitte beachten Sie, dass die Übersichten über erfolgte Zulassungen, Anstellungen und Verlegungen, sofern die Veröffentlichung gewünscht ist, nicht mehr im **Nordlicht**, sondern auf der Startseite von www.kvsh.de im rechten unteren Bereich unter dem Punkt „Quicklinks“ veröffentlicht werden.

Folgende Ärztin wurde im Rahmen des Sonderbedarfes zugelassen. Dieser Beschluss ist noch nicht bestandskräftig, sodass hiergegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.

Name	Fachgruppe/Schwerpunkt	Niederlassungsort	Niederlassungsdatum
Dipl.-Musiktherapie Lillie-Kristina Roggenbock Übernahme von Dipl.-Päd. Hildegard König	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	24534 Neumünster, Haartallee 2	01.04.2020

Folgender Arzt hat Anstellungsgenehmigung im Rahmen des Sonderbedarfes erhalten. Dieser Beschluss ist noch nicht bestandskräftig, sodass hiergegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.

Name des anstellenden Arztes/ MVZ	Ort	Fachgruppe	Beginn	Name des Angestellten
Dr. med. Jan-Andreas Wessig	24159 Kiel, Oldestraße 1	Neurologie	01.12.2019	Simone Sablowsky – ganztags –

Folgende Ärztin wurde ermächtigt (Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Ermächtigungsverzeichnis auf www.kvsh.de):

Name	Fachgruppe	Ort
Dipl.-Psych. Marietta Blaue	Psychologische Psychotherapie	Flensburg



Kündigung Abrechnungsvertrag Parkklinik Manhagen

Die KVSH hat aufgrund der EU-Datenschutzgrundverordnung die Abrechnungsvereinbarung der prä- und postoperativen Leistungen mit der Parkklinik Manhagen zum 31. Dezember 2019 gekündigt. Daher ist eine Abrechnung folgender Ziffern 91200C, 91200D, 91200E, 91200F, 91200G, 91200H, 91200I, 91200J, 91200K und 91200L ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr möglich.

Ab dem 1. Januar 2020 übernimmt die Parkklinik Manhagen für die Krankenkassen die Abrechnung. Bei Fragen zur weiteren Abrechnung steht Ihnen Frau Zunker (elke.zunker@manhagen.de) der Parkklinik Manhagen zur Verfügung.

Tonsillotomiebehandlung für Kinder

Vertragsende Knappschaft

Am 19. Juni 2019 hat der Bewertungsausschuss in seiner 439. Sitzung den Beschluss zur Einführung der Tonsillotomie in den EBM gefasst. Der Beschluss beinhaltet die Aufnahme der Tonsillektomie (ohne Adenotomie): partiell, transoral (OPS: 5-281.5) und die entsprechenden Gebührenordnungspositionen in den Anhang 2 zum EBM.

Mit der Knappschaft konnten wir für einen besseren Übergang eine Weiterführung des Vertrages bis zum 31. Dezember 2019 vereinbaren. Daher ist eine Abrechnung ab dem 1. Januar 2020 über den Sondervertrag nicht mehr möglich. Die erbrachte Leistung ist dann nur über den EBM abrechenbar.

Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 20. November 2019 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. Januar 2020 beschlossen.

Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Website www.kvsh.de. Auf Anforderung wird der Text der Bekanntmachung in Papierform zur Verfügung gestellt, Tel. 04551 883 486

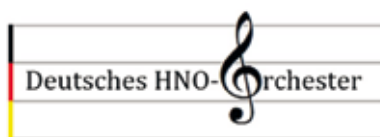
VOR ORT

Aus Freude an der Musik

2014 gründeten einige Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde aus ganz Deutschland ein eigenes Orchester. Leiter ist PD Dr. Jan Löhler. Der HNO-Arzt aus Bad Bramstedt berichtet, wie sich das Projekt seitdem professionalisiert hat und was den Reiz der Arbeit mit klassischer Musik ausmacht.



Eröffnungskonzert 2016 in Mannheim



Aktives Musizieren ist für viele Ärztinnen und Ärzte immer noch ein gern gepflegtes Hobby. Es gibt zahlreiche regionale

Ärztchorer, Ensembles und Einzelmusiker, die auch öffentlich regelmäßig auftreten und somit einen wichtigen kulturellen Beitrag, oft auf hohem Niveau und mit großem Anspruch, leisten. Etwas anders sieht es bei den einzelnen medizinischen Fachgruppen aus. Zwar organisieren sich auch hier Kollegen vor Ort, überregionale, fachgruppenspezifische Orchester sind jedoch eher selten. Vor einigen Jahren – nach einer musikalischen Kongresseröffnung durch Berufsmusiker eher mediokren Zuschnitts – kam einigen HNO-Ärzten die Idee zu versuchen, diese Aufgabe selbst zu übernehmen. Durch bestehende Kontakte und eine enge Kooperation des Berufsverbandes der HNO-Ärzte mit der Fachgesellschaft fanden sich schnell genügend interessierte Musikerinnen und Musiker, um im Oktober 2014 unter meiner Leitung mit einem klassisch besetzten Orchester zu starten: Werke von Bach, Stamitz und Mozart standen auf dem Programm.

Aktivitäten

Seitdem erfuh das Orchester stetigen Zuwachs, mittlerweile werden regelmäßig die Kongresseröffnungen des HNO-Berufsverbandes und der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde musikalisch begleitet. Ein Höhepunkt war dabei die Jubiläumsveranstaltung der 50. Fortbildungsveranstaltung in Mannheim im Oktober 2016. Mittlerweile hat sich das Orchester ein umfangreiches, stilistisch weitgespanntes Repertoire erarbeitet, das Werke von Komponisten aus den letzten vier Jahrhunderten umfasst. Dabei sind sowohl Kompositionen klassischer Komponisten als auch anspruchsvollere Werke des Jazz und der Film- und Unterhaltungsmusik vertreten, von Bach, Händel, Käfer und Friedrich II. von Preußen über Haydn, Danzi und Mendelssohn Bartholdy bis hin zu Fauré, Strauss, Britten, Anderson und Goodwin.



Eröffnungskonzert Berlin 2019

Proben und Auftritte

Während sich regionale Ensembles meist regelmäßig zu Proben treffen können, ist dieses bei einem überregionalen Orchester, wie dem Deutschen HNO-Orchester, nicht so einfach möglich, weil sich die Musiker ja ehrenamtlich aus dem ganzen Bundesgebiet rekrutieren. Nach Abstimmung des Programms für ein geplantes Konzert durch den Orchestervorstand wird daher zunächst eine musikalische Analyse durchgeführt und eine Spielanleitung erarbeitet, die dann – Monate vor dem eigentlichen Konzert – den Musikern zur Verfügung gestellt wird, sodass sich diese entsprechend zuhause auf die eigentliche Probenarbeit vorbereiten können. Etwa vier bis sechs Wochen vor dem Konzert treffen sich dann alle zu einem intensiven Probenwochenende, bei dem an dem Orchesterklang gefeilt wird. Oft beendet ein kleines Konzert oder die Teilnahme an einem musikalischen Gottesdienst in einer gastgebenden Kirchengemeinde diesen dreitägigen Zyklus. Das Ergebnis wird aufgezeichnet und wiederum musikalisch analysiert und den Mitwirkenden zur Verfügung gestellt. Großer Wert wird auch auf die begleitenden Aktionen, wie z. B. ein großes gemeinsames Essen gelegt, bei dem es natürlich neben dem musikalischen auch zu einem fachlichen Austausch kommt. Am Vormittag der Kongresseröffnung findet dann noch eine intensive Generalprobe statt, bei der die letzten Feinheiten erarbeitet werden, um abends im Rahmen der festlichen Kongresseröffnung präsentiert

zu werden. Häufig wird dabei ein Akzent auf eine musikalische Besonderheit gesetzt, so wurden z. B. Konzerte für Orchester und Klarinette, Orgel oder Schlagzeug und ein Violinen-Doppelkonzert aufgeführt. Für das Frühjahr 2020 sind Werke für Solo-Sopranistin und Orchester von Mendelssohn, Wagner und Bernstein geplant.

PRIV.-DOZ. DR. JAN LÖHLER, HALS-, NASEN- UND
OHRENHEILKUNDE, BAD BRAMSTEDT

Mitmachen erwünscht

Das Orchester freut sich immer über weitere interessierte HNO-Ärztinnen und Ärzte, Verwandte und Freunde, die Zeit und Lust haben, sich mit ihrem Instrument bei den einzelnen Projekten zu beteiligen. Selbstverständlich sind auch andere ärztliche Kolleginnen und Kollegen jederzeit herzlich willkommen, egal, ob sie nun Streich-, Holz- oder Blechblasinstrumente beherrschen. Interessierte können sich gern beim Autor des Artikels melden.

PD Dr. Jan Löhler
Maienbeeck 1
24576 Bad Bramstedt
loehler@hno-aerzte.de

Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

Jedes Jahr lassen sich rund 120 Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein nieder. Ob Hausarzt oder Facharzt, ob in der eigenen Praxis, in einer Kooperation oder angestellt, ob in der Stadt oder auf dem Land: Sie alle nutzen die vielfältigen Möglichkeiten, um als niedergelassener Arzt zu arbeiten. Wer sind diese Ärzte und Psychotherapeuten? Welche Motivation bringen sie mit? Welches Berufsverständnis haben sie?



NAME: Dr. Thorben Ahrens
GEBURTSDATUM: 30. Juli 1980
GEBURTSORT: Bremen
FAMILIE UND FREUNDE: verheiratet, eine Tochter
FACHRICHTUNG: Gynäkologie und Geburtshilfe, Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin, Gynäkologische Onkologie
SITZ DER PRAXIS: Bad Schwartau
NIEDERLASSUNGSFORM: Einzelpraxis und Belegarzt

Neu niedergelassen seit dem 1. Juli 2019

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Da gab es einige Gründe. Ein Grund war die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Ein anderer die Möglichkeit, selbstbestimmter arbeiten zu können, als dies in einer Klinik möglich ist. Als Belegarzt macht es Spaß, die Patientinnen nicht nur im OP zu versorgen, sondern auch lange vorher und nachher zu betreuen.

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Das Überbringen guter Nachrichten.

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

Ein Tipp ist es, frühzeitig Kontakt zu niedergelassenen Kollegen zu suchen und in Gesprächen herauszufinden, ob die Arbeit etwas für einen wäre. Zum ist es sinnvoll, sich frühzeitig um Voraussetzungen für eventuell genehmigungspflichtige Leistungen zu kümmern, da im Rahmen der Tätigkeit in einer Klinik auch diesbezüglich schon einiges in die Wege geleitet werden kann.

4. Welchen berühmten Menschen würden Sie gern treffen und was würden Sie mit ihm unternehmen?

Ich würde Freddie Mercury nach einem Ticket für das nächste Queen-Konzert fragen.

5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Viele Möglichkeiten: Ein gutes Buch, frische Luft, gemeinsamer Mittagsschlaf mit meiner kleinen Tochter

6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

So viele, z .B. Buddenbrooks, zudem fast alles von Juli Zeh.

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

Weil man nach getaner Arbeit ein Bad im Meer nehmen kann, wahlweise in Nord- oder Ostsee.

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

wahrscheinlich trotzdem nicht Fußball-Bundestrainer geworden.

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

Krankentransport für Reha-Maßnahmen

Die Fahrten zu Reha-Maßnahmen regelt der jeweilige Kostenträger. Hierfür dürfen keine Krankentransportscheine („Taxi-Schein“ Muster 4) ausgestellt werden. Der Kostenträger übernimmt in der Regel die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel. Die Kostenübernahme hat der Patient mit dem Rentenversicherungsträger oder der Krankenkasse zu klären.

Freestyle Libre®

Die Freestyle Libre-Sensoren für die Glukosemessung aus dem Unterhautgewebe sind in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen worden und als Hilfsmittel zu verordnen. Sie gehören in das Kapitel der Real-Time-Messgeräte (rtCGM) und unterliegen neben der medizinischen Indikation somit den folgenden Qualitätssicherungskriterien:

Zur Durchführung der Methode rtCGM berechtigt sind:

- Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder

- Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ bzw. mit vergleichbarer Qualifikation oder
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“.

Arzneiverordnung und Dosierung – Muster 16 –

Es häufen sich die Bitten der Apotheker auf einer Arzneiverordnung Muster 16 die Dosierung des Arzneimittels anzugeben, da sonst die Kosten nicht übernommen werden.

Die Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) verlangt diese Angaben in Paragraph 2 nur für Rezepturarzneimittel und bei tierärztlichen Verordnungen.

THOMAS FROHBERG, KVSH

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel und Impfstoffe

	Telefon	E-Mail
Thomas Frohberg	04551 883 304	thomas.frohberg@kvsh.de
Stephan Reuß	04551 883 351	stephan.reuss@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

SERVICE-TEAM

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

Wann wird die Chronikerpauschale (GOP 03220/04220 und 03221/04221 EBM) mit dem Suffix „H“ gekennzeichnet?

Die „H“-Kennzeichnung wird ausschließlich bei einem Hausarztwechsel vorgenommen.

Die Kennzeichnung für den Hausarztwechsel dokumentiert in der Abrechnung, dass die Abrechnungsbedingungen (siehe Regelungen zum Abschnitt 3.2.2 EBM) erfüllt sind. In Bezug auf die geforderten Arzt-Patienten-Kontakte bedeutet dies, dass der neue Hausarzt, der die Betreuung des Patienten übernimmt, die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren muss.

Kann die Spirografische Untersuchung nach der GOP 03330 EBM mehrfach in derselben Sitzung abgerechnet werden, wenn die Messung einmal vor und einmal nach der Medikamentengabe durchgeführt wird?

Nein, die Abrechnung der GOP 03330 EBM umfasst die komplette Untersuchung, d. h. ist eine Kontrollmessung erforderlich, ist diese mit dem ersten Ansatz der GOP 03330 EBM abgegolten.

Dürfen die präoperativen GOP 31010-31013 EBM auch dann abgerechnet werden, wenn die Operation belegärztlich durchgeführt wird?

Ja, die präoperativen Gebührenordnungspositionen dürfen für ambulante und belegärztliche Eingriffe der Kapitel 31 und 36 EBM abgerechnet werden.

Wie oft dürfen die GOP 10343 und 10344 EBM „(Teil-)Exzision einer kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung“ am Behandlungstag abgerechnet werden?

Die GOP 10343 und 10344 EBM sind gemäß der Anmerkung zum Abschnitt 10.3 EBM höchstens fünfmal am Behandlungstag berechnungsfähig.

Was ist bei der Abrechnung der GOP 01602 EBM zu beachten?

Die Gebührenordnungsposition 01602 kann bei der Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt angesetzt werden.

Bei der Abrechnung der GOP 01602 EBM ist die Arztnummer oder der Name des Hausarztes gemäß Paragraph 73 Abs. 1b SGB V anzugeben.

SERVICE-TEAM

Tel. 04551 883 883
Montag bis Donnerstag
8.00 bis 17.00 Uhr
und Freitag
8.00 bis 14.00 Uhr

WAS, WANN, WO?

Seminare

*Nicht zu allen Seminaren
wird persönlich eingeladen.*

FÜR ÄRZTE UND QM-MITARBEITER

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

DATUM: 5. FEBRUAR 2020, 14.00 BIS 18.00 UHR

Wie sind die Anforderungen aus der Richtlinie „Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses mit möglichst geringem Aufwand umzusetzen? Welche gesetzlichen Anforderungen stellen gegebenenfalls ein Haftungsrisiko für die Praxis dar? Wie kann ein QM-System die Umsetzung erleichtern?

In diesem Seminar werden unter anderem die folgenden Inhalte behandelt:

- Was muss zur Erfüllung der Richtlinie dokumentiert werden?
- Wie kann die Dokumentation schnell und systematisch erfolgen?
- Welche Beauftragten muss meine Praxis haben?
- Welche Themen sind regelmäßig zu unterweisen?
- Welche Anforderungen bestehen bei Themen, wie Arbeitsschutz, Medizinprodukte und Hygiene?

In dem Seminar erhalten Sie neben umfangreichen Informationen auch Checklisten und Unterweisungsunterlagen, die Sie direkt in Ihrer Praxis einsetzen können. Sie erfahren außerdem, wie Ihre KV Sie bei der Umsetzung von QM unterstützt.

ORT: Sitzungszentrum der KVSH, Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: 50 Euro

FORTBILDUNGSPUNKTE: 5

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Verbindliche Anmeldungen werden in schriftlicher Form angenommen (Brief/Fax oder E-Mail) und in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Angelika Ströbel

Tel. 04551 883 204

Fax 04551 883 7204

E-Mail angelika.stroebel@kvsh.de

FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

THEMA: *Moderatorengrundausbildung
für Qualitätszirkel*

DATUM: 7. FEBRUAR 2020, 15.00 BIS 21.00 UHR
8. FEBRUAR 2020, 9.00 BIS 17.00 UHR

Ergebnisorientiertes Arbeiten im Qualitätszirkel erfordert Moderation. Sie sollte zielorientiert, achtsam und methodisch sein. Dies erfordert Übung und Methodik. Beides sind wesentliche Bestandteile dieser speziellen Moderatorengrundausbildung für die Qualitätszirkelarbeit. In den letzten Jahren wurden viele Techniken und sogenannte Qualitätszirkelmodule entwickelt, die dem Moderator die Arbeit erheblich erleichtern können. Die Teilnehmer werden in der Grundausbildung qualifiziert,

- das Setting eines Qualitätszirkels zu erarbeiten,
- den Zirkel zu moderieren,
- verschiedene QZ-Techniken bedarfsgerecht einzusetzen,
- die Gruppenprozesse in Qualitätszirkelsitzungen zu steuern und
- mit schwierigen Situationen in Gruppenprozessen umzugehen.

Inhalte des Seminars:

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

ORT: Sitzungszentrum der KVSH, Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: 200 Euro inklusive Tagungspauschale
für Material und Verpflegung

FORTBILDUNGSPUNKTE: 20

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Die vorhandenen Seminarplätze werden nach Eingang der Rückmeldung und vorrangig an Mitglieder der KVSH vergeben.

ANMERKUNG: Die Ausbildung ist nach einem Wochenende abgeschlossen.

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

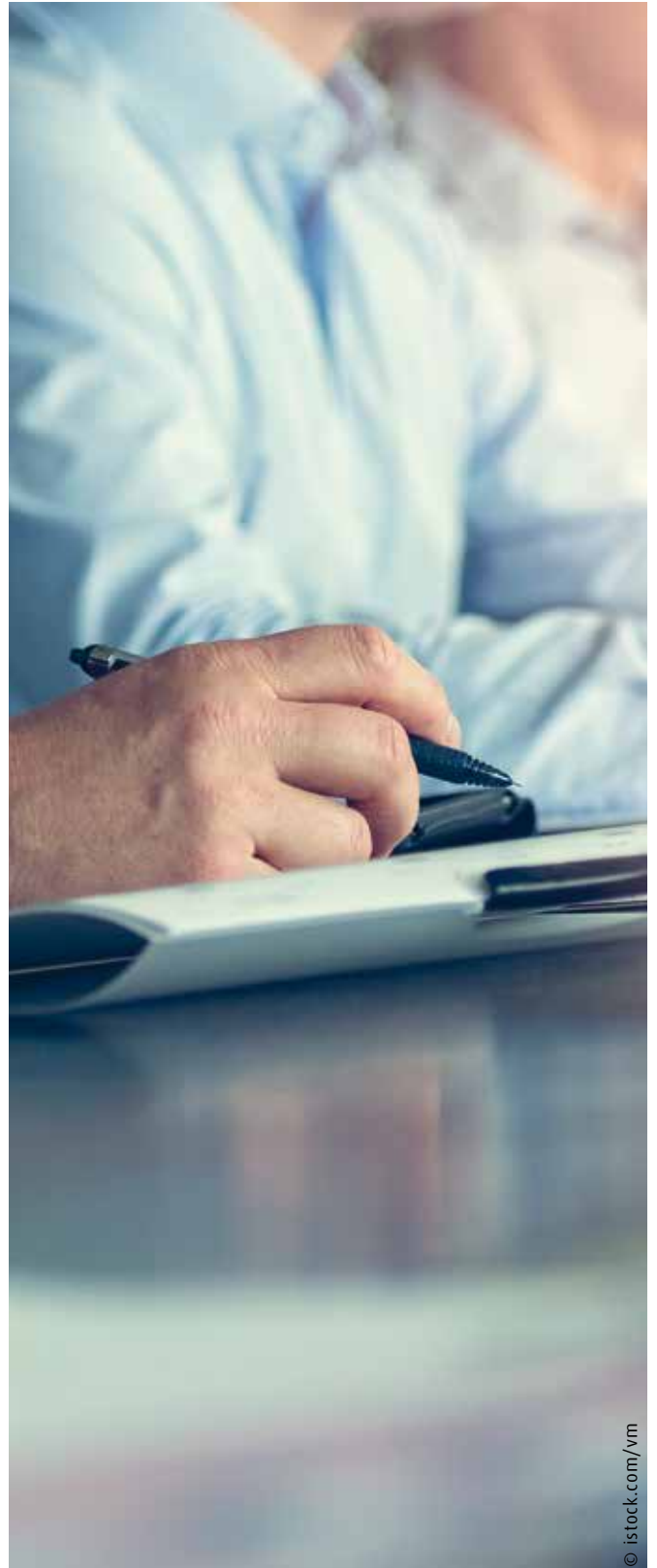
Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Dagmar Martensen

Tel. 04551 883 687

Fax 04551 883 374

E-Mail dagmar.martensen@kvsh.de



FÜR ÄRZTE UND QM-MITARBEITER

THEMA: QEP®-Einführungsseminar

DATUM: 21. FEBRUAR 2020, 15.00 BIS 21.00 UHR
22. FEBRUAR 2020, 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:

- konsequente Praxisorientierung
- einfache Anwendbarkeit
- viele Umsetzungsvorschläge und Musterdokumente
- die Möglichkeit zur Fremdbewertung/Zertifizierung

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

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

FORTBILDUNGSPUNKTE: 18

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Verbindliche Anmeldungen werden in schriftlicher Form angenommen (Brief/Fax oder E-Mail) und in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

Abmeldungen können schriftlich bis zehn Tage vor der Veranstaltung und im Krankheitsfall kostenlos erfolgen. Bei Absage bis drei Tage vor Seminarbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr von 50 Prozent der Teilnahmegebühr fällig. Die Benennung von Ersatzpersonen ist möglich. Spätere Absagen oder Nichterscheinen erfordern die volle Seminargebühr.

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Angelika Ströbel

Tel. 04551 883 204

Fax 04551 883 7204

E-Mail angelika.stroebel@kvsh.de





© istock.com/courtneyk

FÜR ÄRZTE

THEMA: *Praxiskauf/Praxisverkauf – Infotag gibt Orientierung*

DATUM: 21. MÄRZ 2020, 9.00 BIS 17.30 UHR

Referenten sind ein Rechtsanwalt, ein Steuerberater und Vertreter der Veranstalter. Auf dem Programm stehen Vorträge zu den Themen Gesetzesänderungen, Praxisgründung und -übergabe, Zulassungsrecht, Praxisabgabe, Vermögensplanung für den Ruhestand und Steuertipps. Ferner ist vorgesehen, dass ein bereits niedergelassener Vertragsarzt über seine Erfahrungen bei der Existenzgründung berichtet.

Alle potenziellen Teilnehmer erhalten demnächst eine Einladung, unter anderem mit Informationen zur Online-Anmeldung auf dem Webportal der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank (univiva.de).

ORT: VITALIA Seehotel, Am Kurpark 3, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: 40 Euro für Seminarunterlagen, Tagungsgetränke und Mittagessen

FORTBILDUNGSPUNKTE: 8

ONLINE-ANMELDUNG: univiva.de (Webportal der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank)

KONTAKT

Zulassung/Praxisberatung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg
Bettina Fanselow

Tel. 04551 883 255

Fax 04551 883 7255

E-Mail bettina.fanselow@kvsh.de

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

KVSH

5. FEBRUAR 2020, 14.00 BIS 17.00 UHR

Offene Sprechstunde

Ort: Zulassung/Praxisberatung der KVSH, Bad Segeberg
 Info: An jedem ersten Mittwoch im Monat für alle Ärzte und Psychotherapeuten zu Themen aus dem Bereich der Zulassung (Praxisübergabe, Anstellung, Verlegung, Kooperation etc.)
 • ohne vorherige Terminvergabe

Bettina Fanselow, Zulassung/Praxisberatung
 Tel. 04551 883 255

E-Mail: bettina.fanselow@kvsh.de

Karin Ruskowski, Zulassung/Praxisberatung
 Tel. 04551 883 430

E-Mail: karin.ruskowski@kvsh.de
www.kvsh.de

Schleswig-Holstein

7. DEZEMBER 2019, 9.30 BIS 15.00 UHR

Lübecker Augenärztliche Fortbildung

Ort: Radisson Blu Senator Hotel, Willy-Brandt-Allee 6, 23554 Lübeck
 Info: Organisation: Jennifer Junghans, Tel. 0451 500 43 911, Fax 0451 500 43 914
 Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Schleswig-Holstein mit 6 Fortbildungspunkten zertifiziert.

E-Mail: jennifer.junghans@uksh.de
www.uksh.de/augenklinik-luebeck

11. DEZEMBER 2019, 17.00 BIS 19.00 UHR

De facto: Onkologie – Neuroonkologie

Ort: Karl-Lennert-Krebszentrum, Haus L, Feldstr. 21, 24105 Kiel, Konferenzraum 3. OG, UKSH, Campus Kiel
 Info: Tel.: 0431 500 -18 201, Fax: -18 204
 E-Mail: krebszentrum-nord@uksh.de
www.krebszentrum-nord.de

7. FEBRUAR 2020 BIS 8. FEBRUAR 2020

3. Insel-Workshop – Onkologie

Ort: Asklepios Nordseeklinik, Norderstraße 81, 25980 Sylt/OT Westerland
 Info: Tel. 04651 84 1381, Fax 04651 84 461381
 E-Mail: m.weber@asklepios.com
www.asklepios.com/sylt/reha

8. FEBRUAR 2020, 10.00 BIS 15.30 UHR

Gesellschaft für integrierte ophthalmologische Versorgung (GIO IVOM) Zertifizierungskurs

Ort: Altes Stahlwerk Neumünster
 Info: Tel. 04332 4377600
 E-Mail: fortbildung@gioonline.de
www.gioonline.de/fortbildungsakademie/

10. MÄRZ 2020, 8.30 BIS 20.00 UHR

11. MÄRZ 2020, 8.30 BIS 18.00 UHR

12. MÄRZ 2020, 8.30 BIS 18.00 UHR

13. MÄRZ 2020, 8.30 BIS 12.30 UHR

Basiskurs Hämatologisches Labor

Ort: Karl-Lennert-Krebszentrum, Konferenzraum im 3. Obergeschoss, Haus L, Feldstr. 21, 24105 Kiel
 Info: Inges Kuntt, Tel. 0431 500 24 970, Fax 0431 500 24 974,
 Eine verbindliche Voranmeldung wird aus organisatorischen Gründen bis zum 24. Februar 2020 erbeten.
 Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat die Veranstaltung mit 38 Fortbildungspunkten anerkannt.
 E-Mail: inges.kuntt@uksh.de
www.uksh.de

25. MÄRZ 2020, 13.00 BIS 19.00 UHR

26. MÄRZ 2020, 9.00 BIS 16.00 UHR

Kongress Vernetzte Gesundheit 2020 „Komplexe Probleme – komplexe Lösungen?!“

Ort: Media Docks Lübeck, Willy-Brandt-Allee 31, 23554 Lübeck
 Info: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren,
 Frühbucherrabat: 275 Euro
 Sondertarif ärztliches und medizinisches Fachpersonal: 225 Euro
www.vernetzte-gesundheit.de

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
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender	
Dr. Ralph Ennenbach	206/217/355

Geschäftsstelle Operative Prozesse

Ekkehard Becker	486
-----------------------	-----

Justitiar

Klaus-Henning Sterzik	230
Alexandra Stebner (stellv. Justitiarin)	230

Selbstverwaltung

Regine Roscher	218
----------------------	-----

Abteilungen

Abrechnung	
Petra Lund (Leiterin)	361
Andrea Werner (Leiterin)	361
Ernst Sievers (stellv. Leiter)	534
Fax	322
Abteilung Recht	
Klaus-Henning Sterzik (Leiter)	230/251
Maria Behrenbeck (stellv. Leiterin)	251
Alexandra Stebner	230
Hauke Hinrichsen	265
Tom-Christian Brümmer	474
Esther Petersen	498
Susanne Hammerich	686
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	
Dr. Hans-Joachim Commentz (BD-Beauftr. d. Vorstands)	579
Alexander Paquet (Leiter)	214
Akupunktur	
Kathrin Kramaschke	380
Ambulantes Operieren	
Stephanie Purrucker	459
Arthroskopie	
Stephanie Purrucker	459
Ärztliche Stelle (Röntgen)	
Kerstin Weber	529
Uta Markl	393
Tanja Ohm-Glowik	386
Virginia Pilz	641
Alice Lahmann	360
Ines Deichen	297
Heidrun Reiss	571
Caroline Boock	458
Ärztliche Stelle (Nuklearmedizin/Strahlentherapie)	
Kerstin Weber	529
Nina Tiede	325

Ärztliche Stelle (Mammographie)

Kerstin Weber	529
Virginia Pilz	641
Uta Markl	393
Arztregister	
Anja Scheil/Dorit Scheske	254
Assistenz-Genehmigung	
Janine Priegnitz	384
Renate Tödt	358
Balneophototherapie	
Michaela Schmidt	266
Begleiterkrankungen Diabetes mellitus	
Renate Krupp	685
Chirotherapie	
Heike Koschinat	328
Datenschutzbeauftragter	
Tom-Christian Brümmer	474
Delegations-Vereinbarung	
Kathrin Kramaschke	380
Dermatohistologie	
Michaela Schmidt	266
Dialyse-Kommission/LDL	
Katharina Studt	423
Diabetes-Kommission	
Aenne Villwock	369
DMP-Team	
Marion Frohberg	444
Carolin Tessmann	326
Nadine Pries	453
Drogensubstitution	
Astrid Patscha	340
Dünndarm Kapselendoskopie	
Nadine Pries	453
EDV in der Arztpraxis	
Timo Rickers	286
Leif-Arne Esser	307
Ermächtigungen	
Katja Fiehn	291
Evelyn Kreker	346
Maximilian Mews	462
ESWL	
Monika Nobis	938
Formularausgabe	
Sylvia Warzecha	250
Fortbildung/Veranstaltungen	
Tanja Glaw	332
Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V	
Timo Dröger	637
Caroline Boock	527
Früherkennungsuntersuchung Kinder	
Heike Koschinat	328
Gesund schwanger	
Monika Nobis	938

Gesundheitspolitik und Kommunikation	
Delf Kröger (Leiter Gesundheitspolitik).....	454
Marco Dethlefsen (Leiter Kommunikation).....	381
Hautkrebs-Screening	
Christina Bernhardt.....	470
Hausarztzentrierte Versorgung	
Heike Koschinat.....	328
Herzschrittmacherkontrollen	
Renate Krupp.....	685
Heil- und Hilfsmittel	
Ellen Roy.....	931
Histopathologie im Rahmen Hautkrebs-Screening	
Michaela Schmidt.....	266
HIV/AIDS	
Doreen Dammeyer.....	445
Hörgeräteversorgung	
Katharina Studt.....	423
Homöopathie	
Heike Koschinat.....	328
HVM-Team/Service-Team	
Stephan Rühle (Leiter).....	334
Internet	
Jakob Wilder.....	475
Borka Totzauer.....	356
Interventionelle Radiologie	
Daniela Leisner.....	578
Intravitreale Medikamenteneingabe	
Stephanie Purrucker.....	459
Invasive Kardiologie	
Christine Sancion.....	533
Kernspintomografie	
Daniela Leisner.....	578
Koloskopie	
Carolin Tessmann.....	326
Koordinierungsstelle Weiterbildung	
Janine Priegnitz.....	384
Krankengeldzahlungen	
Doris Eppel.....	220
Laborleistung (32.3)	
Marion Froberg.....	444
Langzeit-EKG	
Renate Krupp.....	685
Mammographie (Screening)	
Anja Liebetruh.....	302
Mammographie (kurativ)	
Anja Liebetruh.....	302
Molekulargenetik	
Marion Froberg.....	444
MRSA	
Caroline Boock.....	527
Neuropsychologische Therapie	
Katharina Studt.....	423
Niederlassung/Zulassung	
Susanne Bach-Nagel.....	378
Martina Schütt.....	258
Christian Schrade.....	634
Daniel Jacoby.....	259
Michelle Teegen.....	596
Christian Riske.....	493
Nordlicht aktuell	
Borka Totzauer.....	356
Jakob Wilder.....	475
Nuklearmedizin	
Monika Nobis.....	938
Onkologie	
Stephanie Purrucker.....	459
Otoakustische Emissionen	
Katharina Studt.....	423
Personal und Finanzen	
Lars Schönemann (Leiter).....	275
Thorsten Heller (Stellvertreter Finanzen).....	237
Claudia Rode (Stellvertreterin Personal).....	295
Yvonne Neumann (Entgeltabrechnung).....	577
Sonja Lücke (Mitgliederbereich).....	288
Karin Hiller (Objektmanagement).....	468
Fax.....	451
PET/PET-CT	
Monika Nobis.....	938
Phototherapeutische Keratektomie	
Stephanie Purrucker.....	459
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	
Stephanie Purrucker.....	459
Physikalisch-Medizinische Leistungen	
Heike Koschinat.....	328
Plausibilitätsprüfung	
Hauke Hinrichsen.....	265
Sabrina Bardowicks.....	691
Ulrike Moszek.....	336
Rita Maass.....	467
Polygrafie/Polysomnografie	
Christina Bernhardt.....	470
Pressesprecher	
Marco Dethlefsen.....	381
Fax.....	396
Psychotherapie	
Katharina Studt.....	423
Qualitätssicherung	
Aenne Villwock (Leiterin).....	369/262
Fax.....	374
Qualitätszirkel	
Dagmar Martensen.....	687
Qualitätsmanagement	
Timo Dröger.....	637
Angelika Ströbel.....	204
QuaMaDi	
Gabriela Haack.....	442
Radiologie-Kommission	
Ute Tasche.....	485
Daniela Leisner.....	578
Christine Sancion.....	470
Röntgen (Anträge)	
Daniela Leisner.....	578
Röntgen (Qualitätssicherung nach SGB)	
Christine Sancion.....	533
Rückforderungen der Kostenträger	
Björn Linders.....	564
Schmerztherapie	
Kevin Maschmann.....	321
Service-Team/Hotline	
Telefon.....	388/883
Fax.....	505
Sonografie (Anträge)	
Tanja Steinberg.....	315
Ramona Schröder-Berthold.....	611
Sonografie (Qualitätssicherung)	
Susanne Willomeit.....	228
Sozialpädiatrie	
Katharina Studt.....	423
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	
Katharina Studt.....	423
Soziotherapie	
Katharina Studt.....	423

Sprechstundenbedarf	
Heidi Dabelstein	353
Strahlentherapie	
Monika Nobis.....	938
Struktur und Verträge	
Simone Eberhard (Leiterin)	434
Fax	7331
Telematik-Hotline	888
Teilzahlungen	
Brunhild Böttcher.....	231
Tonsillotomie	
Doreen Dammeyer	445
Vakuumbiopsie	
Stefani Schröder	930
Verordnung (Team Beratung)	
Thomas Froberg.....	304
Stephan Reuß (Beratender Arzt).....	351
Widersprüche (Abteilung Recht)	
Gudrun Molitor	439
Zulassung	
Bianca Hartz (Leiterin).....	255
Fax	276
Zytologie	
Michaela Schmidt	266

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

Klaus-Henning Sterzik.....	230
E-Mail: infoParagraph81aSGBV@kvsh.de	

Prüfungsstelle

Bahnhofstraße 1, 23795 Bad Segeberg
Tel. 04551 9010 0, Fax 04551 9010 22

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

Elsbeth Kampen	9010 23
----------------------	---------

Sprechstundenbedarfs-, Honorar- und Zufälligkeitsprüfung

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

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, Fax 04551 883 396,
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 („der Arzt“, „der Psychotherapeut“), ist hiermit selbstverständlich jegliche Form des Geschlechts gemeint. Ebenso ist mit „der Arzt“, je nach Zusammenhang, auch die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut 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. Andreas Bobrowski, Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Tel 0451 610900

Fax 0451 6109010

E-Mail kreisstelle.luebeck@kvsh.de

Flensburg

Dr. Christine Stegmann, Fachärztin für Innere Medizin

Tel 0461 4041

Fax 0461 4043

E-Mail kreisstelle.flensburg@kvsh.de

Neumünster

Jörg Schulz-Ehlbeck, Facharzt für Innere Medizin

Tel 04321 47744

Fax 04321 41601

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 968600

Fax 04551 968602

E-Mail kreisstelle.segeberg@kvsh.de

Kreis Steinburg

Dr. Klaus-Heinrich Heger, Facharzt für Innere Medizin

Tel 04124 2822

Fax 04124 7871

E-Mail kreisstelle.steinburg@kvsh.de

Kreis Stormarn

Dr. Hans Irmer, Arzt

Tel 04102 52610

Fax 04102 52678

E-Mail kreisstelle.stormarn@kvsh.de

Arzt hat zu? Wir sind da!

