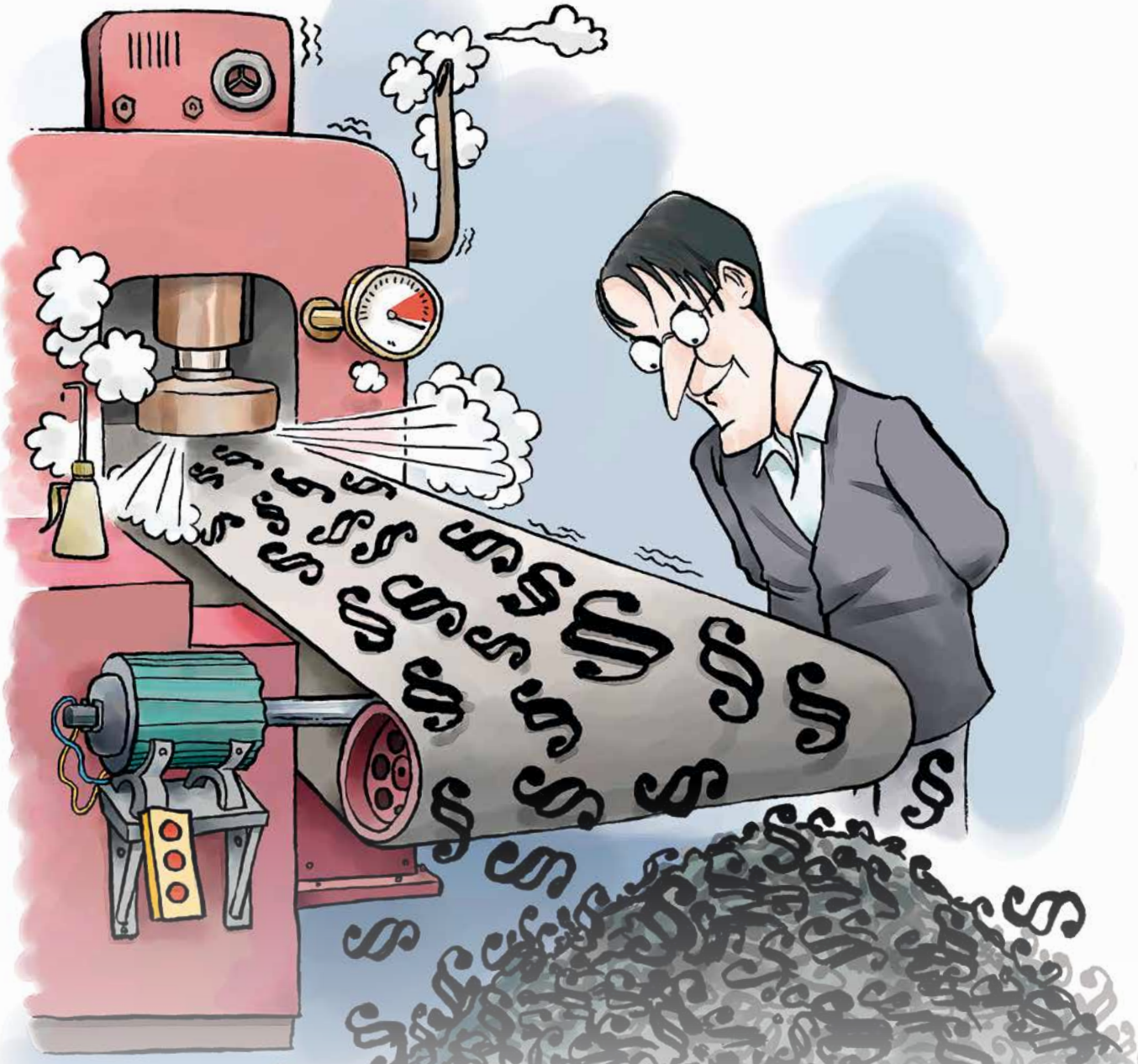
NR. 5 | 2023 Offizielles Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

# Nordlicht

Mai 2023 | 25. Jahrgang

KVSH AKTUELL



## Von Digitalisierung bis Reform der Notfallversorgung

# Lauterbach wirft die Gesetzgebungsmaschine an

SERVICESEITEN AB SEITE 31

# INHALT


SEITE RUBRIK/THEMA

**TITELTHEMA**

4 Überblick Gesundheitspolitik: Das hat sich die Bundesregierung für dieses Jahr vorgenommen

8 Kommentar: Sorgfalt

9 Sondervermögen und Doppelwumms: Honorarverteilung im kinderärztlichen Bereich

11 **NACHRICHTEN KOMPAKT**

**PRAXIS & KV**

13 Erste Bilanz: Hausarzt-Facharzt-Vermittlung über das eKVSH-Portal

14 KVSH prüft Einhaltung der Versorgungsaufträge

18 Zwischen Freiheit und Verantwortung

22 Psychotherapie: Was eigentlich ist Systemische Therapie?

24 **BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN**

**DIE MENSCHEN IM LAND**

26 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

27 Praxisabgeber sagen „Tschüss“

28 Aus der Hausarztpraxis zu „Wer wird Millionär“

**SERVICE**

31 Sicher durch den Verordnungsdschungel

32 Sie fragen – wir antworten

33 Seminare

36 Termine

37 Ansprechpartner

39 Kreisstellen der KVSH

40 KVSH-Newsletter im Online-Abo


HEFT 5 | 2023

## Aus dem Inhalt

*Die Zahl der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigten Reformvorhaben wächst und wächst. Die Themen sind vielfältig und reichen von der Digitalisierung im Gesundheitswesen bis zur Reform der Notfallversorgung. Im Titelthema bieten wir einen Überblick über das, was in diesem Jahr auf der Agenda steht.*

**04**

*Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber die Mindestsprechstundenzeit von 20 auf 25 Stunden pro Woche erhöht und die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Einhaltung der Regelung zu überprüfen. Erste Ergebnisse für Schleswig-Holstein liegen nun vor.*

**14**

**28**

*Wer bei „Wer wird Millionär“ auf dem berühmt-berüchtigten Quizstuhl sitzt, braucht nicht nur eine große Portion Allgemeinwissen, sondern auch gute Nerven. Hausarzt Dr. Sebastian Körner aus Mildstedt (Kreis Nordfriesland) gewann am Ende zwar nicht die begehrte Million, aber immerhin 64.000 Euro.*

i

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

EDITORIAL

**VON DR. MONIKA SCHLIFFKE, VORSTANDSVORSITZENDE DER KVSH**

# *Liebe Leserinnen und Leser,*

die Diskussion um die Notfallversorgung nimmt Fahrt auf und gleich gewisse absurde Züge an. Konnte man beim Bundespapier der Wissenschaftskommission noch hoffen, dass im Dialog mit allen Beteiligten die Strukturen ausgefeilt, regional angepasst und von unrealistischem Ballast befreit werden, so scheint diese Hoffnung nun auf dem Altar gegenseitiger Schuldzuweisungen zu sterben. Bund gegen Länder, stationär gegen ambulant und eine GKV, die zu Konzepten zu Patientensteuerung und Ambulantisierung nichts beizutragen hat. Die Basis für eine Strukturentwicklung war vor fünf Jahren schon mal besser.

Die kollektive Wissenschaftskompetenz erweist sich eher anekdotisch als empirisch. Wenn man sie politisch mit dem verkoppeln könnte, was in der Versorgung umsetzbar ist und dem Bürger gerecht würde, käme möglicherweise etwas Vernünftiges dabei heraus. Dafür müsste man aber den Unterschied zwischen Bedarf und Bedürfnis definieren. Nun stehen schon in der Krankenhauspolitik übergroße Ansprüche des Bundes dem Realitätssinn der Länder entgegen und es sieht auch nicht so aus, als würde der die Musik bezahlen wollen, der sie bestellt hat.

Für die ambulante Versorgung gilt das gleichermaßen. Der Blick hat sich abgewandt. Genau den gilt es beharrlich einzufordern. Das gelingt momentan nur dann, wenn Karl Lauterbach für sich daraus politisches Kapital schlagen kann, wie mit der kinderärztlichen Entbudgetierung. Die grenzenlos dargestellte Großzügigkeit freut uns, sie ist ein Anfang, aber unser Realitätssinn sagt, dass Weiteres nur dann kommen wird, wenn der Arztmangel so groß ist, dass man nicht mehr daran vorbeikommt. Es ist Irrsinn der GKV zu behaupten, Entbudgetierung führe zu unangemessenen Leistungssteigerungen. Wer sollte noch die Zeit dafür haben?

Die Praxen sind voll und Fachkräfte fehlen an allen Ecken und Enden. Health Nurses und Gesundheitskioske werden weiter propagiert. Der letzte Schrei ist jetzt Social Prescribing. Klingt nach havardianischer Umschreibung für Altenkaffee, Tanzkurs und Nordic Walking auf Rezept. Das Nonplusultra des fehlenden gesellschaftlichen Zusammenhalts? Wohl eher Normierung, Ausrichtung, auf Linie bringen. Freiheit und Eigenverantwortung geht anders.

Ihre

GESUNDHEITSPOLITIK

# Die ambitionierten Pläne des Karl Lauterbach

*Gesundheitspolitische Vorhaben der Bundesregierung im laufenden Jahr im Überblick*

Anfang April, kurz vor Auslaufen der letzten Coronamaßnahmen, erklärte auch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, in den zurückliegenden drei Jahren stets ein Mahner und Warner, die Pandemie schließlich für beendet. Von Kritikern wurde ihm gelegentlich vorgeworfen, er kenne nur das Thema Pandemie, weil er sich vor anderen drängenden Fragen, die in der Gesundheitspolitik auf der Tagesordnung stehen, drücken wolle.

Nun aber scheint es, als wolle er seine Kritiker Lügen strafen und unter Beweis stellen, dass er auch über die Pandemiebekämpfung hinaus den Anspruch hat, die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu gestalten. Die Zahl der zuletzt angekündigten oder schon in Arbeit befindlichen Reformvorhaben ist jedenfalls beachtlich, die Themen sind vielfältig und reichen von der Neuaufstellung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) bis zum Mammutprojekt einer Krankenhausreform. Damit Sie den Überblick nicht verlieren, haben wir zusammengestellt, was die Bundesregierung im laufenden Jahr vorhat.

**Reform der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) mit Entbudgetierung kinderärztlicher Leistungen**

Bereits das parlamentarische Verfahren durchlaufen hat ein Gesetz, mit dem im Wesentlichen die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) neu aufgestellt wurde. Sie ist künftig eine Stiftung bürgerlichen Rechts, finanziert mit jährlich 15 Millionen Euro von den gesetzlichen Krankenkassen. Genau diesen Punkt bemängeln Kritiker. Sie befürchten, dass die Unabhängigkeit nicht mehr ausreichend gegeben sein wird, wenn die UPD finanziell am Tropf der Krankenkassen hängt.

Für die vertragsärztliche Versorgung wesentlicher sind Änderungsanträge, die die Koalitionsfraktionen im Gesetzgebungsverfahren in die Beratung des Gesundheitsausschusses einbrachten. Mit diesen Anträgen wurde die Entbudgetierung der Kinderärzte gesetzlich geregelt und damit die Ankündigung von Minister Lauterbach, die kinderärztlichen Leistungen künftig ohne Abschläge vergüten zu wollen, umgesetzt. Kurz vor der abschließenden Befassung von Ausschuss und Parlament ergänzten die Regierungsfraktionen ihren Antrag noch um die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nun ebenfalls ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet werden.

**Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG)**

Ebenfalls bereits konkret sind die Pläne der Bundesregierung, auf die zuletzt zahlreicher auftretenden Lieferengpässe bei Arzneimitteln zu reagieren. Anfang April passierte ein Gesetzentwurf das Bundeskabinett, voraussichtlich im Sommer soll das Gesetz in Kraft treten.

Insbesondere für Kindermedikamente sollen die Preisvorgaben im GKV-System gelockert werden, um den Anreiz für Unternehmen zu erhöhen, diese Arzneimittel auf dem deutschen Markt anzubieten. So sollen für Arzneimittel speziell für Kinder künftig keine Festbeträge mehr gelten, auch Rabattverträge soll es hier nicht mehr geben. Die Hersteller der Arzneimittel können den Preis nach Auslaufen der Festbetragsregelung einmalig um bis zu 50 Prozent über den zuletzt geltenden Festbetrag anheben. Um Engpässe in Folge von Abhängigkeiten von wenigen Produktionsländern zu vermeiden, strebt die Bundesregierung zudem eine Diversifizierung der Lieferketten an. Beim Abschluss künftiger Rabattverträge soll es auch ein Kriterium sein, ob die Herstellung eines Wirkstoffs oder Medikaments in Europa erfolgt. Dies soll die Pharmaunternehmen motivieren, die Produktion nach Europa zurückzuverlagern.

Zu den weiteren Maßnahmen des Gesetzes gehören eine Lockerung der Austauschregeln, die es Apotheken ermöglichen, ein Alternativprodukt auszuhändigen, wenn ein verschriebenes Medikament nicht verfügbar ist, sowie die Einführung neuer Bevorratungspflichten für Hersteller rabattierter Arzneimittel und für Krankenhäuser, um kurzzeitige Störungen der Lieferketten oder vorübergehende Mehrbedarfe besser abfedern zu können.

**Pflegeunterstützungs- und entlastungsgesetz (PUEG)**

Dieser ebenfalls Anfang April vom Bundeskabinett beschlossene Gesetzentwurf betrifft nur die Pflegeversicherung. Wesentlicher Inhalt ist die Neuordnung der Beiträge zur Pflegeversicherung, die künftig einer Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts folgend nicht nur wie bisher nur für Eltern und Kinderlose unterschiedlich hoch ausfallen, sondern zusätzlich auch nach der Zahl der Kinder differenziert werden.

**Versorgungsgesetz I**



In einem deutlich früheren Stadium der Gesetzgebung befindet sich das „Versorgungsgesetz I". Bisher liegen lediglich Eckpunkte vor, die das Bundesgesundheitsministerium (BMG) unter das Motto „Leitidee: Stärkung der Medizin in der Kommune" gestellt hat. Ein ausformulierter Referentenentwurf könnte im Laufe des Frühjahrs folgen.

Ein wesentliches Vorhaben des Gesetzes soll die Schaffung sogenannter „Gesundheitskioske" sein, auf die sich die Ampelparteien bereits in ihrer Koalitionsvereinbarung geeinigt hatten. Diese sollen, so das BMG, eine „niedrigschwellige Beratung in sozial benachteiligten Regionen" anbieten. Auf seiner Website konkretisiert das Ministerium unter anderem: „Die Krankenkassen fördern zusammen mit den Kommunen mithilfe der Gesundheitskioske insbesondere die Gesundheitskompetenz von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und bieten diesen im Bedarfsfall individuelle Beratung zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils." Aufhorchen lässt, dass die Gesundheitskioske auch „einfache medizinische Routineaufgaben, wie z. B. Blutdruck und Blutzucker messen, Verbandswechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen", durchführen sollen, „veranlasst von Ärztinnen und Ärzten", wie das BMG hinzufügt. Eine Ankündigung, die viele Fragen offenlässt. Die Initiative zur Einrichtung von Gesundheitskiosken soll von den Kommunen ausgehen, die mehrheitliche Finanzierung durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen erfolgen.

Weitere Inhalte des Gesetzes sollen der Abbau bestehender Hürden bei der Gründung kommunaler MVZ, ein „Maßnahmenpaket für die Stärkung der Gesundheitsregionen", erweiterte Rechte der Länder in den Zulassungsausschüssen sowie Regelungen zu „Gesundheitszentren/Primärversorgungszentren" sein, ohne dass näher erläutert wird, was das BMG unter den einzelnen Punkten im Detail versteht. Für Diskussionen sorgte bereits die Ankündigung, eine „finanzielle Förderung von alternativen Terminvermittlungsangeboten" schaffen zu wollen, da befürchtet wird, das BMG plane private Terminportale mit öffentlichen Geldern zu unterstützen.

**Versorgungsgesetz II**

Auch den seit Januar vorliegenden Eckpunkten für ein zweites Versorgungsgesetz hat das BMG eine Leitidee vorangestellt. Sie lautet: „Stärkung des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung." Einen ersten Referentenentwurf des Versorgungsgesetzes II erwarten Beobachter erst im Sommer.

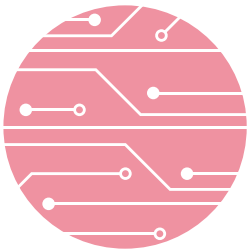
Insbesondere will die Ampelkoalition den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung verbessern und die Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz verkürzen. Äußerungen von Gesundheitspolitikern der Koalition ist zu entnehmen, dass in diesem Zusammenhang unter anderem erneut die Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung reformiert werden soll.

Ein zweiter wichtiger Punkt des Gesetzes soll die „Weiterentwicklung der Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ)“ werden. Konkret plant der Minister, die Möglichkeiten für Finanzinvestoren, Medizinische Versorgungszentren zu übernehmen und zu betreiben, erheblich einzuschränken. Dies hatten auch die Gesundheitsminister der Länder wiederholt gefordert.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Niedergelassenen betrifft zudem die Ankündigung erweiterter Informationspflichten hinsichtlich der Einhaltung der vertragsärztlichen Versorgungsaufträge. Geplant ist auch die Schaffung einer Rechtsgrundlage für den Direktzugang von Patienten zu Heilmittelerbringern sowie die Einführung des Prinzips der Direktabrechnung für privatversicherte Kinder und Jugendliche in der PKV.

**Digitalstrategie und Gesetze zur Digitalisierung im Gesundheitswesen**

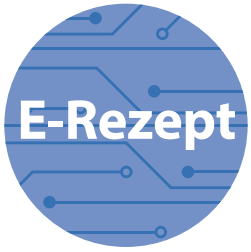
Im März hat der Bundesgesundheitsminister eine Digitalisierungsstrategie vorgelegt, in der er den weiteren Weg der Digitalisierung im Gesundheitswesen beschreibt. Zeitgleich stellte Lauterbach Eckpunkte für zwei Gesetze vor, mit denen wesentliche Ziele der Digitalisierungsstrategie in Gesetzesform gegossen werden sollen: Das Digitalgesetz und das Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetz (GDNG).



**Digitalgesetz**

Mit dem Digitalgesetz soll unter anderem umgesetzt werden, worauf sich das Regierungsbündnis bereits in seinem Koalitionsvertrag geeinigt hatte: Bis Ende 2024 soll grundsätzlich für alle gesetzlich Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) eingerichtet werden. Wer sie nicht nutzen möchte, muss aktiv widersprechen („Opt-Out“). Das bedeutet eine Umkehr des bisherigen Verfahrens, wonach eine ePA nur eingerichtet wurde, wenn der Versicherte dies ausdrücklich wünschte. Teil der ePA soll künftig, in enger Verknüpfung mit dem E-Rezept, auch eine vollständige und weitestgehend automatisiert erstellte, digitale Medikationsübersicht sein, um ungewollte Wechselwirkungen besser vermeiden zu können.

Auch dem E-Rezept soll mit dem Gesetz zum Durchbruch verholfen werden. Es wird nach den Plänen Lauterbachs ab Januar 2024 verbindlicher Standard, die Nutzung soll zudem stark vereinfacht werden, indem das E-Rezept sowohl mit der Gesundheitskarte als auch der ePA-App eingelöst werden kann.




Ebenfalls im Digitalgesetz will das BMG regeln, dass die gematik künftig zu 100 Prozent in die Trägerschaft des Bundes übergehen soll, dass die Chronikerprogramme (DMP) stärker digitalisiert werden und dass „assistierte Telemedizin“ künftig in Apotheken oder Gesundheitskiosken angeboten werden kann.

**Gesundheitsdaten-Nutzungsgesetz**

Ziel dieses Gesetzes ist es, den Zugang der Forschung zu Gesundheitsdaten zu erleichtern. Dies auch, um den Forschungsstandort Deutschland im internationalen Wettbewerb zu stärken. Neu ist, dass mit dem Gesetz der Industrie der Zugang zu anonymisierten Gesundheitsdaten für ihre Forschung ermöglicht werden soll. Deshalb soll unter anderem eine zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle geschaffen werden, die den Zugang zu Forschungsdaten aus unterschiedlichen Quellen (z. B. Krebsregister, Krankenkassendaten) herstellt, die Verknüpfung unterschiedlicher Datenquellen soll über Forschungspseudonyme ermöglicht werden. In diesem Zusammenhang soll auch die Datenfreigabe aus der ePA vereinfacht werden.

**Reform der Notfallversorgung**

Die Reform der Notfallversorgung ist seit Jahren auf der Tagesordnung der Gesundheitspolitik und wäre schon weiter vorangeschritten, wäre die Pandemie nicht dazwischengekommen. In seinem Gutachten hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) bereits 2018 Eckpfeiler einer künftigen Notfallversorgung skizziert, die seither im Wesentlichen die Grundlage der Diskussion bilden.

Einen eigenen Vorschlag hat das BMG noch nicht vorgelegt, allerdings hat die von der Bundesregierung eingesetzte „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ im Februar Empfehlungen für eine Reform der Notfallversorgung vorgelegt, zu denen der Minister sich positiv geäußert hat. Vieles, was dort empfohlen wird, ist in den Grundzügen aus dem Gutachten des Sachverständigenrates bekannt. Ein Kern des Vorschlags ist ein enges digitales Zusammenrücken der Leitstellen der 112 und der 116117, um gemeinsam eine „integrierte Leitstelle“ zu bilden. Sie soll künftig bei allen Anrufern zunächst eine standardisierte und wissenschaftlich fundierte Ersteinschätzung vornehmen, um die Patienten stets der jeweils medizinisch gebotenen Notfallstruktur zuleiten zu können und Fehlinanspruchnahmen zu vermeiden.

Zweiter Kernpunkt der Kommissionsempfehlungen ist der Aufbau von „integrierten Notfallzentren (INZ)“ an Krankenhäusern, die die Notaufnahme des Krankenhauses und die KV-Anlaufpraxis bündeln und über einen gemeinsamen „Tresen“ als zentrale Entscheidungsstelle verfügen. Dort wird der Patient ersteingeschätzt und bedarfsgerecht in die richtige Versorgungsebene gesteuert. Während die grundsätzliche Richtung den Vorstellungen entspricht, die von KVen in der Vergangenheit geäußert wurden, bieten viele Details der Empfehlungen Anlass für Diskussionen, etwa Empfehlungen zur Qualifikation der Ärzte im Bereitschaftsdienst, zu Öffnungszeiten der Notfallangebote und zu weiteren Fragen. Offen ist, in welchem Umfang sich das Ministerium die Empfehlungen zu eigen machen wird, und in welchen Bereichen, auch als Ergebnis der aktuellen fachlichen Diskussion, von einzelnen Vorschlägen Abstand genommen wird. Wann ein Gesetzentwurf vorliegen wird, ist offen. Festgelegt hat sich die Koalition aber, dass die Reform noch in diesem Jahr beschlossen werden soll.

**Krankenhausreform**



Ebenfalls ambitioniert ist die von Bundesgesundheitsminister Lauterbach angestoßene umfassende Krankenhausreform. Einen Gesetzentwurf gibt es noch nicht, er soll bis zum Sommer vorliegen. Ob der Zeitplan eingehalten werden kann, ist unklar. Denn die Krankenhausreform kann die Bundesebene nicht allein umsetzen, da zahlreiche Kompetenzen der Länder berührt sind – und diese haben deutlich gemacht, dass es ohne ihre umfassende Einbindung keine Reform geben wird.

Um die Reform vorzubereiten, hat der Bundesgesundheitsminister im vergangenen Jahr eine Regierungskommission eingesetzt, die Empfehlungen formulieren soll. Mittlerweile liegen vier Stellungnahmen zu verschiedenen Aspekten der Reform vor, die die Grundlage von Bund-Länder-Gesprächen bilden. Diese haben das Ziel, einen Gesetzentwurf zu erarbeiten, der gemeinsam von den Ländern und dem Bund getragen und umgesetzt wird.

Die Einzelheiten des aktuellen Diskussionsstandes wiederzugeben, würde den Rahmen sprengen. Skizzieren lassen sich Grundzüge der Neuordnung, die von der Kommission vorgelegt wurden. Demnach soll die bisherige Finanzierung nur über Fallpauschalen einem differenzierten Modell weichen, mit dem das politische Ziel verfolgt wird, dass – so formulierte es der Bundesgesundheitsminister – nicht mehr „die Ökonomie, sondern die Patienten" im Mittelpunkt stehen. Grundlage ist ein Versorgungstufenmodell, in dem alle Kliniken nach bundeseinheitlichen Kriterien einer von drei Versorgungsstufen – von der Grundversorgung bis zur Maximalversorgung – zugeordnet werden. Für jedes Level gelten Mindestanforderungen. Ergänzend sollen 128 Leistungsgruppen definiert werden. Welche der Leistungen jeweils von welcher Klinik angeboten werden kann, ist von der Erfüllung von Strukturvoraussetzungen, die für die einzelnen Leistungsgruppen gelten, sowie vom Level, dem das Krankenhaus zugeordnet ist, abhängig. Schließlich soll die Finanzierung nicht mehr allein durch Fallpauschalen erfolgen, sondern zusätzlich durch Vorhaltepauschalen.

**Weitere Vorhaben des Bundesgesundheitsministers – und was fehlt**

Mit diesen bereits ambitionierten Vorhaben endet die Liste des Bundesgesundheitsministers nicht. Ebenfalls auf der Agenda noch für dieses Jahr steht eine weitere GKV-Finanzreform, zudem ist eine Reform des Medizinstudiums geplant, ein Entwurf hierzu soll noch im Frühjahr vorliegen. Auch eine Novelle des Patientenrechtegesetzes, auf die sich die Ampelparteien in ihrer Koalitionsvereinbarung verständigt haben, will Lautenbach im laufenden Jahr auf den Weg bringen, außerdem eine Neuregelung der Ausbildung von Physiotherapeuten und ein Gesetz zur Legalisierung von Cannabis, erste Eckpunkte hierzu wurden Mitte April veröffent-licht. Aus Sicht der Niedergelassenen von Interesse ist zudem die Ankündigung des Ministers, bis Herbst den Entwurf eines Bürokratieentlastungsgesetzes vorzulegen. Inhalte sind allerdings noch nicht bekannt.

Bemerkenswert ist auch, was auf keiner Vorhabenliste auftaucht: Die seit Jahren geforderte GOÄ–Novelle hat für das BMG offenkundig ebenso keine Dringlichkeit, wie die im Koalitionsvertrag angekündigte Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen, die trotz erfolgter Entbudgetierung im kinderärztlichen Bereich weiter auf sich warten lässt.

An Plänen und Ankündigungen besteht also kein Mangel. Ob sie tatsächlich alle noch in diesem Jahr angepackt werden, bleibt abzuwarten. Und manchmal gibt es trotz aller Vorhabenlisten auch Überraschungen, wie die im Koalitionsvertrag nicht vorgesehene Entbudgetierung der kinderärztlichen und psychiatrischen Leistungen, die eine Reaktion auf die angespannte Lage in den betroffenen Praxen im Herbst und Winter war. Das **Nordlicht** wird berichten, wie es mit den Gesetzgebungsvorhaben weitergeht und in welcher Weise sie jeweils die ambulante Versorgung betreffen.

DELF KRÖGER, KVSH

Zurück zur Inhaltsangabe

KOMMENTAR

# Sorgfalt

Es schwirrt einem der Kopf, wenn man die Vielzahl und die Fülle der Gesetzesvorhaben von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach liest, die vielfach noch in diesem Jahr in Kraft treten sollen. Dabei war man von seinem Vorgänger, Jens Spahn, schon einiges gewohnt. 16 Gesetze in 16 Monaten waren sein ganzer Stolz und wäre ihm nicht Corona dazwischengekommen, hätte er wahrscheinlich in diesem Tempo weitergemacht. Auch jetzt soll alles ganz schnell gehen mit der Telematikinfrastruktur, den Reformen der Pflegeversicherung, der Krankenhausstruktur, der Notfallversorgung, der Abrechnung kinderärztlicher Leistungen, der Schaffung von Gesundheitskiosken und nicht zuletzt der Cannabis-Legalisierung. Das hohe Tempo suggeriert Handlungsbereitschaft, übersieht aber, dass all das vor Ort umgesetzt werden muss – ein Fehler, der schon in der Vergangenheit zu Frust und Ablehnung bei den Betroffenen geführt hat. So werden gute Ansätze verstolpert, bevor man überhaupt die Möglichkeit hatte, ein so komplexes System wie die deutsche Gesundheitswirtschaft auf einen neuen Kurs zu bringen.

*„Die niedergelassenen Ärzte sind kein Versuchslabor für Gesetze, die mit heißer Nadel genäht werden."*

Gut gedacht, ist eben noch längst nicht gut gemacht. Musterbeispiel ist der Rückzug aus der Rolloutphase des E-Rezepts in Schleswig-Holstein im vergangenen Jahr. Was pragmatisch und nicht weniger sicher als das Fax vergangener Tage war, kassierte das Datenschutzzentrum des Landes wieder ein, weil der Rezept-Versand per E-Mail- oder SMS-Verfahren auch bei ausdrücklicher Zustimmung aller Beteiligten als nicht ausreichend sicher bewertet wurde. Im Dschungel von Gesetzen und verschiedenen beteiligten Behörden bleibt oft unklar, was richtig ist, obwohl sich alle auf dieselben geltenden Gesetze berufen. Umso mehr muss künftig der Blick auf die Konformität der neuen Telematikinfrastruktur mit dem Datenschutz gerichtet sein. Die ersten Datenschützer haben schon Bedenken angemeldet. Sie sollten nicht nur gehört, sondern ihre Zweifel ausgeräumt werden, bevor, wie beim E-Rezept, wieder alles zurückgedreht werden muss. Die niedergelassenen Ärzte sind kein Versuchslabor für Gesetze, die mit heißer Nadel genäht werden.

Ähnliches gilt für die Krankenhausstrukturreform. Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Bayern fühlen sich in der Planungshoheit für ihre Krankenhäuser überfahren und lehnen außerdem die vorgesehene dreistufige Struktur von Grund- bis Maximalversorgung ab. Gutachter geben ihnen Recht, und auch hier kann man dem Bund nur dringend raten, den Zuständigkeitsstreit unter sich und nicht auf dem Rücken von Krankenhäusern und Patienten auszutragen, die dringend auf eine Neuregelung der Finanzierung – Stichwort: Abschaffung der Fallpauschalen – warten. Dass man obendrein in Flächenländern eine andere Struktur als in Ballungszentren braucht, gilt im Übrigen in gleicher Weise für die neue Notfallversorgung.

Wer in seinem Nahbereich wählen kann, an wen er sich wendet, kennt nicht die Probleme in ländlichen Regionen, wo mancherorts im Umfeld von 50 Kilometern kein Arzt, kein Krankenhaus und kein Rettungswagen steht – ausgenommen die Freiwillige Feuerwehr. Wenn man im BMG schon daran denkt, mit Gesundheitskiosken eine dezentrale Beratungsstruktur mit Versorgungsmöglichkeiten auch auf dem Land aufzubauen, stellt sich doch erneut die Frage, ob eine ambulante Versorgung mit klinischer Anbindung nicht viel leistungsfähiger, preisgünstiger und patientengerechter ist. Auch hier macht Lauterbach keinen Fehler, wenn nochmal eine Denkpause eingelegt wird, in der man Fachleute zu Rate zieht.

Ob das beim Umbau der Pflege überhaupt noch möglich ist, darf man bezweifeln. Zwar entspricht die Neuordnung der Beitragssätze rechtlich nun den Vorgaben des Urteils des Bundesverfassungsgerichts. Die Finanzierung der Heime ist damit aber keineswegs sicherer geworden. Und die Absicht durch das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz die exorbitant gestiegenen Kosten zu deckeln und die Leistungen in der Pflege „zu dynamisieren", hilft weder beim Bremsen der Eigenanteile noch bei der Besetzung der zehntausenden offenen Stellen in den Pflegeeinrichtungen. Schon seit Jahren doktert die Politik am Notfall Altenpflege herum, ob häuslich oder stationär. Hier wie dort kompensieren die Angehörigen, was das System nicht leistet: Pflege, Versorgung, Zuwendung. Wer das bestreitet, sollte für zwei Wochen ein Praktikum in einem Heim machen. Dann dürfte auch klar sein, warum allein mit besserer Bezahlung und anderen „Strukturen" die Misere in der Pflege nicht zu lösen ist.

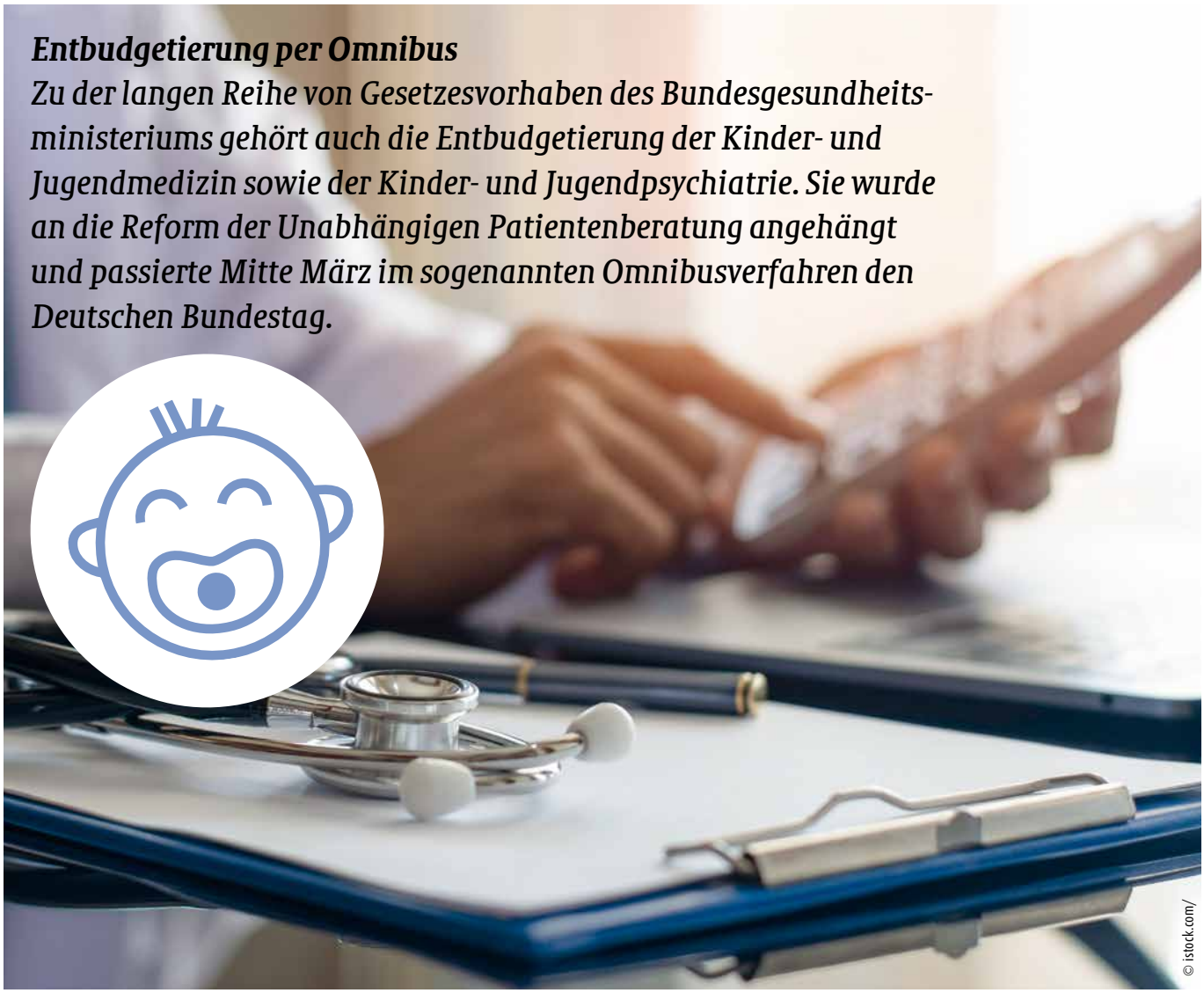
Dass Prof. Lauterbach angesichts der Legalisierung von Cannabis der Wind von Fachleuten derart ins Gesicht bläst, wie in den letzten Wochen geschehen, scheint ihn unerwartet zu treffen. Sieht man von der fachlich substanziellen Kritik einmal ab, bestätigt sich einmal mehr, dass die Akzeptanz von Beratung und Dialog nicht gerade Stärken des Ministers sind. Dabei sollte gerade er als Gesundheitsökonom wissen, dass in der Wirtschaft nichts mit der Brechstange läuft. Das gilt erst recht in einem Bereich, der wie die Gesundheitswirtschaft aus einer Vielzahl von Playern besteht, die ihre Rechte und Pflichten kennen. Ihr Mittelpunkt sind die Patienten. Sie und alle anderen sind nur mit Überzeugungen zu gewinnen und nicht mit neuen Gesetzen. Insofern wäre Karl Lauterbach gut beraten, auf Schnellschüsse zu verzichten und den Grundsatz „Sorgfalt geht vor Schnelligkeit" walten zu lassen.

PETER WEIHER, JOURNALIST

Zurück zur Inhaltsangabe

# Sondervermögen und Doppelwumms in der Honorarverteilung

*Lautmalereien und Euphemismen begleiten heute fiskalpolitische Maßnahmen. Das übernehmen wir auch einmal für die Gesundheitspolitik mit kinderärztlichem Vordergrund.*



© istock.com/

***Entbudgetierung per Omnibus***

*Zu der langen Reihe von Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums gehört auch die Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie wurde an die Reform der Unabhängigen Patientenberatung angehängt und passierte Mitte März im sogenannten Omnibusverfahren den Deutschen Bundestag.*

**Sondervermögen**

Beginnen wir zunächst mit den Kinderärzten; Kinder- und Jugendpsychiater lesen bitte weiter unten. Entbudgetiert werden fast alle Leistungen des Kapitels 4 EBM. Dafür haben die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Honorarvolumen innerhalb der MGV bereitzustellen. Konkret ist es die auf Kapitel 4-Leistungen entfallende MGV-Vergütung im 2. Quartal 2022. Sie bildet zusammen mit der Rückbereinigung der Neupatienten nun für alle Quartale das „Sondervermögen". Reicht das Volumen nicht für eine Vollvergütung, sind die Krankenkassen nachschusspflichtig.

## KINDERÄRZTLICHE LEISTUNGEN

Bleibt von dem „Sondervermögen“ noch etwas übrig, ist der Restbetrag in Form von Zuschlägen an die Kinderärzte auszuzahlen. Die Regelung gilt seit dem 1. April 2023.

Bei der gesetzlichen Regelung handelt es sich leider nicht um eine klassische extrabudgetäre Vergütung, denn die Bindung innerhalb der MGV bleibt bestehen. Im Hintergrund werden in den KVen komplexe Berechnungen ablaufen, die zum Glück praxisseitig unsichtbar bleiben.

**Übrige Leistungen**
Leistungen außerhalb des Kapitels 4 EBM – sofern sie nicht extrabudgetär vergütet werden – unterliegen weiterhin dem HVM. Zudem gilt die gesetzliche Regelung nur für Patienten, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die PZV-Mitteilungen für das 2. Quartal 2023 bleiben für die restlichen Leistungen relevant, denn der Anspruch auf eine Vollvergütung der Kapitel 4-Leistungen besteht bereits zum Zeitpunkt der Abrechnung. Wir informieren zu gegebener Zeit, wie wir das im Honorarbescheid ausweisen. Wie diese Leistungen ab dem 3 Quartal 2023 vergütet werden, wird die Abgeordnetenversammlung beschließen.

**Kinder- und Jugendpsychiater**
Im fachärztlichen Bereich ist es etwas einfacher. Die MGV wird auf Basis der vier Vorjahresquartale klassisch bereinigt. Im Gegenzug erfolgt ab dem 2. Quartal 2023 eine extrabudgetäre Vergütung. Sie gilt für die „ ... kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung, Gespräche, Beratungen, Erörterungen, Abklärungen, Anleitung von Bezugs- oder Kontaktpersonen, Betreuung sowie kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung oder in beschützenden Einrichtungen oder Heimen“. Der Bewertungsausschuss wird dies mit EBM-Positionen spezifizieren.

Die übrigen Leistungen bleiben – sofern sie nicht extrabudgetär sind – weiterhin Bestandteile der MGV. Auch hier hat die Abgeordnetenversammlung zu beschließen, wie diese zukünftig zu vergüten sind.

**Der Doppelwumms**
Als „Doppelwumms“ bezeichnen wir die Stützung der Behandlung von Kindern bis zum zwölften Lebensjahr bei definierten Atemwegserkrankungen. Sie gilt für die Quartale 4/2022 und 1/2023. Die Abrechnung des 4. Quartals zeigt, dass die zur Verfügung gestellten Mittel zu 54 Prozent aufgebraucht sind. Im 1. Quartal 2023 wird es lediglich zu einem Teilwumms reichen.

**Warum so kompliziert?**
Grund ist eine hohe hausärztliche Vergütung in vielen KVen. Dort können sogar Zuschläge auf die bereits hohe Vergütung im HVM verankert sein. Das ist verständlich und nicht zu kritisieren.

Mit der neuen Regelung erhalten die Krankenkassen nun wieder Einfluss auf die Honorarverteilung. Zum einen ist ihnen gegenüber die kinderärztliche Vergütungsquote nachzuweisen, zum anderen sind bei nicht ausgeschöpften Mitteln mit ihnen Zuschläge zu vereinbaren.

Weil in keiner KV die fachärztliche MGV für eine Vollvergütung reicht, ist das Verfahren für die Entbudgetierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen einfach. Der komplizierte Gesetzestext muss nun in Beschlüsse des Bewertungsausschusses gegossen werden.

EKKEHARD BECKER, KVSH

Zurück zur Inhaltsangabe

ÄZQ

# Informationen zu seltenen Erkrankungen

**Berlin** – Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat 17 neue Patienteninformationen zu seltenen Erkrankungen veröffentlicht. Sie sollen dazu beitragen, Patienten mit verständlichen und kompakt zusammengefassten Informationen aufzuklären. Das Themenspektrum reicht von der Stoffwechselkrankheit Adrenoleukodystrophie über Morbus Osler bis hin zur Sarkoidose und dem Turner-Syndrom. Die zweiseitigen Informationsblätter beinhalten alles Wissenswerte über das jeweilige Krankheitsbild sowie über mögliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Dazu kommen Tipps zur Selbsthilfe.

Download auf der Website des ÄZQ unter **www.patienten-information.de/themen/seltene-erkrankungen**

KBV

# Neuer Info-Service „Quartalsüberblick“

**Berlin** – Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat auf ihrer Website unter **www.kbv.de/html/quartalsueberblick.php** mit dem neuen Format „Quartalsüberblick“ einen zusätzlichen Info-Service für Praxen eingerichtet. Darin fasst die KBV künftig immer zu Quartalsbeginn Neuigkeiten aus wichtigen Themengebieten kurz zusammen – von A wie Abrechnung bis V wie Verordnung. Dazu kommen Service-Tipps und Terminhinweise.

ZI

# Ärzte verordnen immer weniger Antibiotika

© istock.com/spaxias

**Berlin** – Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben deutlich weniger Antibiotika verschrieben, wie eine Auswertung ihrer Arzneiverordnungsdaten durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ergab. 2021 erhielten rund zwei Millionen Patienten mit einer Infektion der oberen Atemwege ein Antibiotikum – bei knapp 18,5 Millionen Betroffenen mit entsprechender Diagnose. 2014 bekamen noch rund fünf Millionen ein Antibiotikum verordnet – bei rund 17 Millionen Patienten. „Die Entscheidung für die Gabe eines Antibiotikums muss einer strengen Abwägung des Behandlungsnutzens und möglicher Schäden durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen folgen“, erklärte der Zi-Vorstandsvorsitzende Dominik von Stillfried. Ziel sei es daher, immer so wenig Antibiotika wie möglich, aber dennoch so viel wie nötig zu verordnen. „Diesem Leitsatz folgen die niedergelassenen Ärzte inzwischen umfassend“, so von Stillfried.

Mehr Informationen unter
**https://www.zi.de/detailansicht/7-april-2011**

MITTELSTANDSUNION

# Zuschuss für Beschäftigte in Praxen gefordert

**Kiel** – Die Mittelstandsunion (MIT) Schleswig-Holstein hat einen Inflationszuschuss für die Beschäftigten im ambulanten Gesundheitswesen gefordert, der für die Berufsgruppen ausgezahlt werden soll, die von der Bundesregierung keinen Coronabonus erhalten haben. „Vielen Beschäftigten im ambulanten Gesundheitswesen wurde die Anerkennung für ihre jeweilige Leistung in der Coronapandemie durch einen Coronabonus verweigert“, erklärte der Landesvorsitzende der MIT, Stefan Lange. Dazu zählten unter anderem medizinische und zahnmedizinische Fachangestellte und Beschäftigte in Apotheken. Der gesundheitspolitische Arbeitskreis (GPA) der MIT fordere daher einen staatlichen Zuschuss für Beschäftigte im ambulanten Gesundheitswesen. Diese sollten „für ihre Arbeit und ihr Engagement in der Pandemie angemessen belohnt“ und mit Klinik- und Pflegeheimpersonal gleichgestellt werden. Beteiligt am Positionspapier war neben dem GPA-Vorsitzenden Hans-Peter Küchenmeister unter anderem auch Dr. Ralph Ennenbach, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVSH.

ANALYSE

## Schlafstörungen verursachen fast 20.000 Ausfalltage

© istock.com/Kiwis

**Kiel** – Eine aktuelle Analyse der AOK NordWest zeigt, dass Krankmeldungen aufgrund von Schlafstörungen in Schleswig-Holstein in den letzten Jahren stark zugenommen haben und sich auf einem neuen Höchstwert befinden. So entfielen auf bei der AOK NordWest versicherte Beschäftigte im nördlichsten Bundesland rund 20.000 Fehltage – ein Drittel mehr als im Vorjahr. 2023 befanden sich 30.500 AOK-Versicherte in Behandlung. Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit könnten der Krankenkasse zufolge, neben Stress, psychische Belastungen, Leistungsdruck oder ein verstärkter abendlicher Konsum von Smartphone oder TV sein. Bei Betroffenen seien Konzentrations- und Leistungsschwäche oder auch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems dabei nur einige der möglichen Folgen.

KVSH

## Qualitätsbericht 2021 online

**Bad Segeberg** – Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein versorgen ihre Patienten auf medizinisch hohem Niveau. Das zeigt der aktuelle Qualitätsbericht, den die KVSH vorgelegt hat. Der Bericht für das Jahr 2021 erscheint zum ersten Mal nur noch digital, gibt in bewährter Form einen Überblick über die Qualität ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen und sorgt für Transparenz in der ambulanten Versorgung.

Der Qualitätsbericht 2021 steht auf der Website der KVSH unter **www.kvsh.de/presse/publikationen** zum Download bereit.

LONG-/POST-COVID NETZWERK DER KVSH

## Long-COVID-Gruppe in Hattstedt

**Husum** – Dr. Karin Höhn, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Hattstedt (Kreis Nordfriesland), bietet eine psychotherapeutisch geleitete Long-/Post-COVID-Gruppe für alle Patientinnen und Patienten mit Long-/Post-COVID an, die unter somatischen Beschwerden und/oder Fatigue leiden. Im Rahmen der Gruppe werden die jeweiligen Beschwerdebilder erfasst, der individuelle Umgang im Alltag mit z. B. Dyspnoe, Tachykardie, Fatigue etc. erarbeitet, Psychoedukation vermittelt und die Patienten individuell bei der Umsetzung begleitet. Die Gruppe diene auch der Prophylaxe bzw. der Behandlung einer depressiven Entwicklung oder Ängsten, erklärte die Initiatorin. Ziele der Therapie sind die Vermittlung von Copingstrategien, dem aktuellen Sachstand zu Long-/Post-COVID, Akzeptanz und Entwicklung neuer Lebensqualität sowie gruppentherapeutische Wirkungsfaktoren. Jede Gruppe wird ca. sechs Teilnehmer umfassen, um individuell arbeiten zu können.

**Kontakt und Anmeldung:**
Dr. Karin Höhn, Bundesstr. 15, 25856 Hattstedt
Telefon 04846 9519147
E-Mail: praxis.hoehn@web.de

ARZNEIVERORDNUNG

## Schwerpunktthema Cholesterinsenkung

© istock.com/udra

**Berlin** – Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat in ihrer Online-Publikation „Arzneiverordnung in der Praxis“ einen neuen Leitfaden für die medikamentöse Cholesterinsenkung zur Vorbeugung kardiovaskulärer Erkrankungen veröffentlicht. Er soll Ärztinnen und Ärzte in ihrer Behandlungsentscheidung unterstützen und richtet den Fokus dazu auf typisch klinische Entscheidungssituationen, die durch häufige Indikationen für eine lipidsenkende Therapie und gängige Vorbehandlungen charakterisiert sind. Ein weiteres Thema ist die Überarbeitung und Ergänzung der PRISCUS-Liste, die seit 2010 über Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen informiert, die als potenziell inadäquate Medikation (PIM) für ältere Menschen gelten. PRISCUS 2.0 stuft nun 177 Wirkstoffe als PIM ein, davon wurden 133 neu aufgenommen.

Praxen finden die Online-Publikation der AkdÄ unter **www.akdae.de/arzneimitteltherapie/avp/aktuell**

# Guter Start für HAFA-Vermittlungsportal

*Die KVSH bietet allen haus- und fachärztlichen Praxen im eKVSH-Portal ein digitales Vermittlungsportal für „Hausarzt-Vermittlungsfälle“ (HAFA-Fälle) an. Hausärzte können dort bei Facharztpraxen verbindliche Termine für HAFA-Fälle digital buchen. Fachärztliche Praxen können gezielt und mit geringem Aufwand Termine für die Buchung durch Hausärzte bereitstellen.*

Nun gibt es die HAFA-Regelung seit Anfang Januar und sicherlich sind neben vielen kreativen Lösungen auch manche Startschwierigkeiten in der Umsetzung bekannt. Und klar ist auch, dass die alte Neupatientenregelung viele Vorzüge hatte.

Aber alles Jammern hilft ja nichts. Unsere EDV-Unterstützung per eKVSH-Portal geht in die sechste Woche und hat einen technisch sehr guten Start hingelegt. Kritik negativer Art zur Umsetzung fehlt, positive Rückmeldungen haben wir aber sehr wohl erhalten.

Was das Angebot an Terminen angeht, kann man ebenso von einem guten Start sprechen: Mehr als 4.000 Termine seitens 115 Betriebsstätten sind schon einmal ein Wort. Die knapp zehnprozentige Bebuchung der Termine ist allerdings niedriger ausgefallen als gedacht. Das kann daran liegen, dass andere Wege erfolgreich etabliert sind oder eine gewisse Skepsis zu technischen Lösungen zu Beginn normal ist. Hier hilft der Austausch zwischen den Praxen zur Einfachheit des hier angebotenen technischen Prozesses sicher deutlich weiter.

Das bleibt alles weiter zu beobachten und ein endgültiges Fazit können wir erst nach Vorliegen kompletter Abrechnungsdaten ziehen.

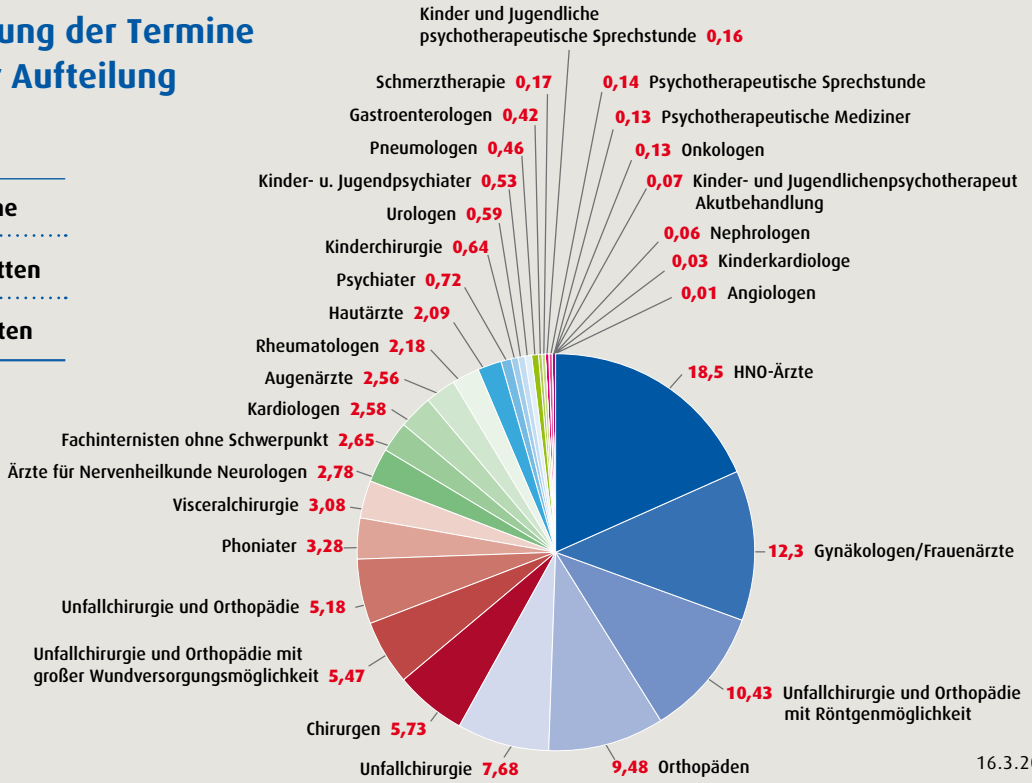
DR. RALPH ENNENBACH,
STELLVERTRETENDER VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH

## Zusammensetzung der Termine in prozentualer Aufteilung

**Mehr als 4.000 Termine**

**115 Hauptbetriebsstätten**

**19 Nebenbetriebsstätten**



BERICHT

# Prüfung der Einhaltung von Versorgungsaufträgen – Ziel erreicht?

**Eine Einführung in das Thema**

Der Gesetzgeber hat die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) vor jetzt fast vier Jahren dazu verpflichtet, fortlaufend die Einhaltung der Erfüllung der Versorgungsaufträge durch ihre Mitglieder zu prüfen und bei Nichteinhaltung Maßnahmen zu ergreifen. Über die Ergebnisse der Überprüfung sowie die ergriffenen Maßnahmen muss jährlich ein Bericht für den Zulassungsausschuss, den Landesausschuss und die für die KV zuständige Aufsichtsbehörde angefertigt werden. Das klingt vernünftig und sinnvoll, denn alle Arztgruppen unterliegen einer Bedarfsplanung, sodass es nur eine begrenzte Anzahl von besetzten Arztstellen gibt bzw. geben darf. Die aber sollen konsequenterweise dazu genutzt werden, im Umfang des jeweils erworbenen Versorgungsauftrages die gesetzlich Versicherten zu versorgen. Ziel des Gesetzgebers war es laut Gesetzesbegründung, die Wartezeiten auf einen Arzttermin zu verkürzen. Deswegen wurden mit dem „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG)“ im Jahr 2019 die Aufgaben der Terminservicestellen erweitert, die Mindestsprechstundenzeit von 20 auf 25 Stunden pro Woche verlängert und die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Prüfung der Versorgungsaufträge auf individueller Ebene eingeführt.

Nach dem in Paragraf 12 Abs. 1 SGB V festgelegten Wirtschaftlichkeitsgebot müssen die vertragsärztlichen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Erkennbar zielt das Wirtschaftlichkeitsgebot auf die tatsächlich erbrachten Leistungen und deren Notwendigkeit im medizinischen Sinn ab. Ein „Zuviel“ an Leistungen soll verhindert werden, um die finanzielle Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu gewährleisten.

Bei der Prüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge geht es demgegenüber allein darum, dass bei einer Vollzeitstelle mindestens 25 Sprechstunden pro Woche angeboten werden sollen. Welche Leistungen erbracht werden, ist grundsätzlich unerheblich. Eine inhaltliche Prüfung durchzuführen, würde voraussetzen, dass definiert wäre, welche konkreten Leistungen – womöglich in einem bestimmten Umfang – erbracht werden müssen. Muss eine Hausarztpraxis Heimbesuche durchführen? Muss sie impfen? Gehört das konservative Leistungsspektrum zu einer Zulassung für die Augenheilkunde? Das Bundessozialgericht hat zwar klargestellt, dass die Kernleistungen eines Fachgebietes angeboten werden müssen, aber konkretisiert wurde dies bisher nicht. Als Rahmen für die Frage, was die einzelnen Facharztgruppen zumindest nicht dürfen, dienen die Berufsordnungen und der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Die Prüfung der Erfüllung der Versorgungsaufträge beschränkt sich also auf die Abhaltung der Mindestsprechstundenzeiten und nicht darauf, womit diese Sprechstundenzeiten ausgefüllt werden.

Ein Aspekt sei in diesem Zusammenhang schon an dieser Stelle erwähnt. Als Reaktion auf die „Mahnschreiben“ der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) wegen Nichterfüllung des Versorgungsauftrages wurde unter anderem geltend gemacht, die Praxis sei an mindestens 25 Stunden pro Woche geöffnet gewesen, aber es seien nicht „genügend“ Patientinnen und Patienten gekommen, sodass das Sprechstundenangebot nicht aus der Abrechnung hervorgehen könne.

**Der „Seehoferbauch" und die Prüfung der Versorgungsaufträge**

Die Bedarfsplanung wurde 1993 per Gesetz eingeführt, weil nach Auffassung der Politik immer mehr Vertragsärztinnen und -ärzte zu immer höheren Ausgaben im Rahmen der GKV führten. Das war vereinfacht gesagt der Grund für die Einführung von Zulassungsbeschränkungen. Die Budgetierung der Gesamtvergütung war das Ziel und diese ließ sich am einfachsten durch eine Begrenzung der Arztstellen umsetzen.

Die damals produzierte, „Seehoferbauch" genannte, große Anzahl an Arztsitzen war das Ergebnis. Es gab überwiegend Einzelpraxen, wenige Berufsausübungsgemeinschaften und Praxisgemeinschaften, noch keine Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), erst recht keine in den Praxen angestellten Ärztinnen und Ärzte und die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten waren noch nicht in das System integriert. Alle waren mehr oder weniger in Vollzeit freiberuflich tätig und hatten keine Chance, auf andere Art und Weise vertragsärztlich tätig zu sein.

Das alles ist Historie. Der Sicherstellungsauftrag wird immer häufiger durch Angestellte ausgeübt und zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte teilen sich Stellen. Die Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten sind sogar schon ganz überwiegend auf halben Stellen tätig. Angestellte wiederum können auch nur vierteltags beschäftigt sein, wobei bereits eine wöchentliche Arbeitszeit von einer Stunde als Vierteltagsanstellung gilt. Eine Vertragsarztstelle kann mit vier jeweils für eine Stunde pro Woche Angestellten besetzt werden. Das ist keinesfalls der Regelfall im Rahmen einer Teilzeitanstellung, aber die Anstellung für 31 Stunden pro Woche auf einer Vollzeitstelle ist es durchaus, denn jede Anstellung im Umfang von mehr als 30 Stunden gilt als Ganztagsanstellung und erzeugt ein entsprechendes Budget.

Angestellte wechseln häufiger die Stellen und die Nachbesetzungen erfolgen selten nahtlos, sodass es immer häufiger vorübergehend unbesetzte Stellen gibt, die aber bei der Bedarfsplanung angerechnet werden müssen. Es gibt Zweigpraxen, in denen ausschließlich Angestellte tätig sind und zwar in immer mal wieder wechselnder Besetzung und nicht immer gehört zu der Zweigpraxis auch eine Arztstelle. 25 Sprechstunden müssen dann dort nicht angeboten werden.

MVZ wurden eingeführt und im Laufe der Zeit haben nationale und internationale Investorenfonds bundesweit marode Krankenhäuser aufgekauft, um die Gründereigenschaft für MVZ zu erwerben. Es ist davon auszugehen, dass die Versorgungaufträge in diesen investorengetragenen MVZ, erfüllt werden. Sie sind jedenfalls bei der Überprüfung der Versorgungsaufträge bisher in Schleswig-Holstein nicht aufgefallen.

In großen Berufsausübungsgemeinschaften haben die Partner die organisatorischen Aufgaben entweder untereinander aufgeteilt oder ein Partner bzw. eine Partnerin übernimmt den größten Teil und ist dann zumeist in geringerem Umfang ärztlich tätig. Handelt es sich um ein MVZ muss jemand die ärztliche Leitung übernehmen, was sich ebenfalls auf den Umfang der ärztlichen Tätigkeit auswirken kann.

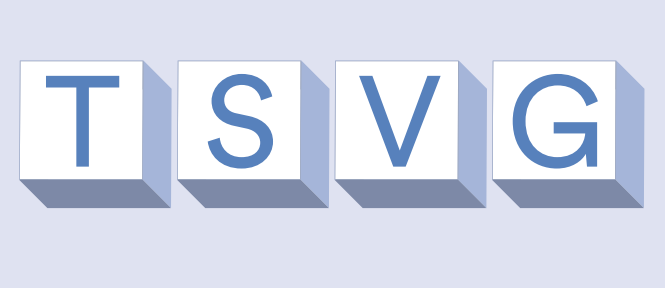
Viele Leistungen, die „früher" nur stationär möglich waren, können jetzt ambulant erbracht werden und es werden immer mehr. Dies kann eine Ausdünnung der konservativen Versorgung zur Folge haben, aber wie schon erwähnt, kommt es auf die konkreten Leistungen bei der Überprüfung der Versorgungsaufträge nicht an.

All das ist „von außen" nicht erkennbar und führt nicht selten zu Nachfragen bei der KVSH und zwar von allen Seiten: Gemeinden, Zeitungen, Funk und Fernsehen, Nachbarpraxen und natürlich Patientinnen und Patienten wundern sich über vorübergehend unbesetzte Stellen oder verringerte Praxisöffnungszeiten. Es ist bunter geworden in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung, aber auch intransparenter und weniger planbar. Alle Versorgungsaufträge sollen jedoch einer einheitlichen Prüfungssystematik unterliegen. Ganz ausdrücklich hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Einhaltung der Versorgungsaufträge unter Berücksichtigung des individuellen Umfangs des Versorgungsauftrages bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen bzw. den dazugehörigen Angaben zum erforderlichen Zeitaufwand zu prüfen ist.

Ist das machbar? Welchen Sinn kann eine Überprüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge trotz der obigen Ausführungen haben? Kann sie die Wartezeiten verkürzen? Was kann die Prüfung der Versorgungsaufträge also leisten und was nicht?

**Herangehensweise**

Praxen, die keine Abrechnung einreichen, fallen als Nichtabrechnende auf und das Gleiche gilt für Angestellte, deren LANR in der Abrechnung nicht erscheint. Entsprechende Zulassungen können von den Zulassungsausschüssen entzogen werden wegen Nichtausübung und die Genehmigungen zur Anstellung können widerrufen werden. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ein Tätigkeitsumfang von unter zehn Prozent des Fachgruppendurchschnitts einer Nichtausübung gleichkommt und damit in der Konsequenz ebenfalls zur Zulassungsentziehung bzw. dem Widerruf der Anstellungsgenehmigung führen kann. Der Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein und Zulassungsausschüsse in anderen Bundesländern haben in der Vergangenheit in diesen Fällen bereits Entziehungs- bzw. Widerrufsverfahren durchgeführt. Stets handelte es sich um Ausnahmefälle. Jetzt geht es um ein permanentes Scannen der Praxen und nachvollziehbare Maßstäbe für die Überprüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge.




**Exkurs TSVG**

Das TSVG ist 2019, also kurz vor Ausbruch der Pandemie, in Kraft getreten und die Ankündigungen des Bundesministeriums für Gesundheit unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sind längst vergessen. Alles lief jedenfalls unter der Überschrift, dass Patientinnen und Patienten schneller Arzttermine bekommen und die Leistungen der Krankenkassen und die Versorgung verbessert werden sollten. Dies waren die Ziele des

TSVG. Es sollten künftig mindestens 25 Sprechstunden pro Woche angeboten werden und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten dies bundeseinheitlich überprüfen. In den Ankündigungen des Ministeriums schwang der Vorwurf mit, dass viele Vertragsarztpraxen keine ausreichenden Sprechstunden anböten und die Kassenärztlichen Vereinigungen sich darum nicht kümmerten, denn sonst bestünden keine langen Wartezeiten. Erwähnt sei auch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen während der Pandemie nicht von der Überprüfungspflicht befreit wurden.

**Konkrete Umsetzung**

Letztendlich war es der KVSH lange Zeit unmöglich, mit der Prüfung der Versorgungsaufträge zu beginnen, weil ihre dafür zwingend notwendige IT keinerlei freie Kapazitäten hatte. Die KBV hatte mit Datum vom 15. September 2019 methodische Hinweise für ein datengestütztes Auffälligkeitsscreening zur Umsetzung der bundeseinheitlichen Prüfung des Versorgungsauftrages an die Kassenärztlichen Vereinigungen versandt. Diese zugrunde legend hat die KVSH Ende 2019 mit den Vorarbeiten für die Prüfung begonnen. Ausgehend davon, dass das TSVG diverse Neuheiten, wie die Neupatientenregelung und offene Sprechstunden, eingeführt hatte, wollte die KVSH dessen Auswirkungen berücksichtigen, wobei zu bedenken war, dass die neuen Regelungen nicht gleichzeitig in Kraft treten sollten, sondern unterschiedliche Startzeitpunkte hatten. Das Quartal 3/2019 war das erste sogenannte TSVG-Quartal, d. h. ab diesem Quartal galten die ersten neuen Regelungen. Das Quartal 1/2020 sollte für die KVSH das erste „Probequartal" sein und ab dem Quartal 2/2020 sollte die Prüfung dann in die Tat umgesetzt werden. Aber dann kam alles anders, sodass sich der Startzeitpunkt verzögerte. Die grob geplante Herangehensweise wurde jedoch beibehalten.

Geprüft werden Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die seit mindestens acht Quartalen abrechnen. Aufbauquartale werden also nicht geprüft. Eine Auffälligkeit bzw. ein Auslöser für ein Anschreiben liegt dann vor, wenn in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen die Erfüllung der Mindestsprechstundenzeiten nicht erkennbar ist.

**Woraus ergibt sich der Referenzwert?**

Zwei Schritte sind für die Prüfung notwendig. Es muss erstens die individuell geleistete Zeit ermittelt werden, die dann zweitens mit einem Referenzwert abgeglichen wird. Für die Festlegung des Referenzwertes kommt es darauf an, in welchem Umfang Urlaub, Fortbildung und Erkrankungen vorab pauschal berücksichtigt werden. Die KVSH legt als Referenzwert einen Mindestumfang von 255 Stunden pro Quartal zugrunde. Diese Stundenzahl sollte aus der Abrechnung bei einer Vollzeittätigkeit hervorgehen und wird anteilig reduziert bei Teilzeittätigkeiten. Es handelt sich also nicht um eine Durchschnittszeit, sondern die Stundenzahl ergibt sich aus der Mindestsprechstundenzeit und den Arbeitstagen pro Quartal unter pauschaler Berücksichtigung von Fehlzeiten.

Für die Ermittlung der aus der Abrechnung hervorgehenden Arbeitszeit sollen nach dem Gesetz die im EBM niedergelegten Prüf- und Kalkulationszeiten sowie die Fallzahlen maßgeblich sein. Ein so nicht abgebildeter Zeitaufwand für „die Bürokratie" findet also keine Berücksichtigung, aber hierzu ist anzumerken, dass der Gesetzgeber für eine Vollzeittätigkeit 25 Wochenstunden genügen lässt. Allein darauf abzustellen, welche Sprechstundenzeiten gegenüber der KVSH gemeldet werden, wäre im Übrigen keine Prüfung des Leistungsgeschehens, da diese Angaben gegenüber der KVSH nicht überprüfbar sind.

Prüf- und Kalkulationszeiten sind nicht immer identisch. Bei einer Diskrepanz wird von der KVSH die jeweils höhere Zeit angesetzt. Ferner wird bei der Prüfsystematik berücksichtigt, ob regelmäßig Gebührenordnungspositionen ohne Zeitwerte angesetzt werden. Dies ist insbesondere im hausärztlichen Bereich der Fall, sodass hier die Fallzahlen ausschlaggebend sind. Diese allerdings können schon deswegen innerhalb der Arztgruppe sehr unterschiedlich sein, weil hier Quartalspauschalen maßgeblich sind und häufig in den Praxen erscheinende Chroniker keine neuen Fälle auslösen, aber durchaus Arztzeit bzw. Sprechstundenzeit in Anspruch nehmen, was sich in der Abrechnung aber nicht widerspiegelt.

Chroniker tragen also zur Erfüllung des Versorgungsauftrages bei – sofern sie nur einmal im Quartal kommen, um ihr Quartalsrezept abzuholen, was unter medizinischen Aspekten häufig für das ganze Jahr ausgestellt werden könnte. Haben sie häufiger akute Beschwerden und suchen eine Hausarztpraxis mehrfach im Quartal auf, ist dies für die Erfüllung des Versorgungsauftrages unerheblich.

Heimbesuche finden zwar außerhalb der Sprechstundenzeiten statt, werden aber bei den Berechnungen berücksichtigt. Kommt es allein auf die Fallzahlen an, wird vorausgesetzt, dass mindestens 70 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe erreicht wird.

Für die KVSH ist die Prüfung der Versorgungsaufträge keineswegs mit einem schlichten „LANR-Screening" abgetan. Um nicht Ergebnisse und insbesondere Mahnschreiben zu produzieren, die lediglich einer Statistik dienen, erfolgt nach dem Screening eine individuelle Vorprüfung „per Hand". Es wird beispielsweise geklärt, ob schon ein Ausschreibungsantrag mit dem Ziel der Nachbesetzung vorliegt oder Erkrankungen bekannt sind. Klargestellt hat der Gesetzgeber, dass trotz Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung oder an Selektivverträgen sowie an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) Ärztinnen und Ärzte geeignet sind für die Ausübung einer vertragsärztlichen Tätigkeit. Aus diesem Grund werden diese Nebentätigkeiten ebenfalls als Erklärung für nicht aus der Abrechnung hervorgehende Mindestsprechstundenzeiten herangezogen.

**Erste Schritte – Der psychotherapeutische Bereich**

Im Frühjahr 2022 hat die KVSH mit der Prüfung begonnen und die ersten Praxen angeschrieben. Da zunehmend Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung beklagt werden und diese Gruppe relativ homogen ist, hat die KVSH zunächst die psychotherapeutische Leistungserbringung auf die Einhaltung der Zeitvorgaben hin überprüft.

Fast ein Zehntel der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten war im Ergebnis auffällig und wurde angeschrieben. Sowohl ganze als auch halbe Versorgungsaufträge wurden nicht in dem geforderten Umfang ausgeübt. In ihren Schreiben hat die KVSH nach den Gründen für die unzureichende Ausübung des Versor-

gungsauftrages gefragt und unterschiedliche Begründungen erhalten. Es wurden individuelle Gründe genannt, wie beispielsweise die eigene Erkrankung oder eine schwere Erkrankung von engen Familienmitgliedern, aber es wurden auch grundsätzliche Aspekte angeführt. So wurde etwa darum gebeten, die von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wöchentlich vorzuhaltende telefonische Erreichbarkeitszeit zu berücksichtigen. Dies hat die KVSH abgelehnt, weil in dieser Zeit die in jeder Praxis anfallende Bürokratie erledigt werden kann.

Die KVSH hat in ihren Schreiben im Übrigen darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit besteht, beim Zulassungsausschuss die Ausschreibung eines Teils oder des ganzen Versorgungsauftrages mit dem Ziel einer Nachbesetzung zu beantragen oder ohne Nachfolge ganz oder teilweise auf die Zulassung zu verzichten. Einen Ausschreibungsantrag haben 19 der angeschriebenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eingereicht, aber nicht allen Anträgen wurde stattgegeben. Sofern der Antrag abgelehnt wurde, haben sechs auf einen Teil des Versorgungsauftrages ohne Nachbesetzung verzichtet. Zehn haben sogar ohne den Versuch einer Ausschreibung mindestens anteilig auf ihren Versorgungsauftrag verzichtet. Bei anderen war im nächsten Quartal erkennbar, dass sie den Umfang ihrer Tätigkeit gesteigert haben oder aber erneut den Versorgungsauftrag nicht erfüllt haben. Letztere sind jetzt von den mit den Schreiben angekündigten Honorarkürzungen betroffen.

Betont sei also, dass im Ergebnis entweder der Leistungsumfang gesteigert oder der Versorgungsauftrag reduziert wurde. Die wenigen verbliebenen erneut Aufgefallenen haben bereits Honorarkürzungen hinzunehmen und müssen letztendlich mit Entziehungsverfahren zumindest für einen Teil ihres Versorgungsauftrages rechnen.

**Erste Schritte – Der ärztliche Bereich**

Mittlerweile wurden weitere Arztgruppen geprüft und angeschrieben und hier waren die Reaktionen erwartungsgemäß vielfältiger. Beispielsweise wurde eine Problematik genannt, die bei den psychotherapeutischen Praxen keine Rolle spielt. Es geht um den Fachkräftemangel. Durch die Pandemie hat dieser sich im Hinblick auf die medizinischen Fachangestellten verstärkt. Dies fängt mit unbesetzten Ausbildungsstellen an und endet bei der Abwerbung gut ausgebildeter Fachkräfte durch Kliniken. Im Ergebnis müssen Praxen ihre Sprechstundenzeiten einschränken, obwohl ärztliche Kapazitäten vorhanden wären.

Angeschrieben wurden insgesamt 157 Ärztinnen und Ärzte, wobei alle Arztgruppen betroffen waren. Viele der Angeschriebenen haben sich telefonisch mit der KVSH in Verbindung gesetzt und sich zunächst einmal die Berechnungsgrundlage erläutern lassen, weil sie mehr als 25 Sprechstunden pro Woche anbieten und demzufolge den Grund für das Anschreiben nicht nachvollziehen konnten. Regelmäßig waren dann häufige Patientenkontakte ohne eine zusätzliche Abrechnungsmöglichkeit oder aber die oben schon erwähnte Teilnahme an Selektivverträgen ausschlaggebend. Angeführt wurde auch ein besonderes Leistungsspektrum wie beispielsweise Homöopathie, wobei es sich aber regelmäßig nicht um vertragsärztliche Leistungen handelt.

**Erste Maßnahmen**

Wie schon erwähnt sind seit der Honorarabrechnung 4/2022 die ersten Praxen von Honorarkürzungen betroffen. Hier stellt sich die Frage nach deren Umfang, da der Gesetzgeber hierzu keine Aussagen getroffen hat. Die KVSH kürzt dann, wenn keine rechtfertigenden Gründe vorgetragen wurden und der Umfang der Tätigkeit innerhalb der von der KVSH gesetzten Frist nicht gesteigert wurde, pauschal um fünf Prozent. Hierbei wurde berücksichtigt, dass bei Nichtbeachtung der Fortbildungspflicht Kürzungen von zehn Prozent gesetzlich vorgesehen sind. Die Fortbildungspflicht hat das Ziel, die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung fortlaufend zu gewährleisten, während es bei der Prüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge um die Quantität geht und letztendlich viele Faktoren die Leistungsmenge beeinflussen. Die KVSH hält daher insoweit eine Kürzung um fünf Prozent für angemessen und ausreichend, um das Ziel zu erreichen, dass im Einzelfall mehr Sprechstunden angeboten werden.

**Fazit**

Die KVSH wird zum 30. Juni 2023 ihren ersten jährlichen Bericht vorlegen. Dieser Bericht ist nach dem Gesetz dem Zulassungsausschuss, dem Landesausschuss sowie der Rechtsaufsicht zu übermitteln. Welcher Erkenntnisgewinn sich daraus für diese Gremien bzw. die Rechtsaufsicht ergibt, können nur die Adressaten beurteilen.

Unabhängig davon werden jetzt dann, wenn die individuelle Leistungserbringung unter dem liegt, was dem jeweiligen Versorgungsauftrag entspricht, Maßnahmen ergriffen. Welche Maßnahmen von der höchstrichterlichen Rechtsprechung bestätigt werden und welche Ursachen für die Nichterfüllung zu akzeptieren sind, bleibt abzuwarten.

Das tägliche Geschäft der Kassenärztlichen Vereinigungen besteht auch hier wieder in der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben mit Augenmaß und unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck der Vorgaben. So wird auch die Prüfung der Versorgungsaufträge einigen Rechtsanwaltskanzleien neue Mandantschaften zuführen und die Gerichte beschäftigen. Dies ist sicherlich nicht Sinn und Zweck der Regelung und die KVSH ist bemüht, derartige Verfahren zu vermeiden. Dies kann aber nicht bedeuten, dass keine Maßnahmen ergriffen werden, sofern Versorgungsaufträge nur noch eine Hülle darstellen und nach Belieben genutzt werden oder auch nicht und gleichzeitig leistungswillige Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgrund von Zulassungsbeschränkungen keinen Zugang zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung haben. Abschließend sei erwähnt, dass auch dann, wenn im Ergebnis stets nur wenige extreme Einzelfälle übrigbleiben, Versorgungsaufträge durch die Prüfsystematik zur Ausschreibung kommen und im Ergebnis neu vergeben werden können. Dies wiederum sollte dann eine Verkürzung von Wartezeiten zur Folge haben. Nachvollziehbar wird ein solcher Effekt jedoch kaum sein, da sich die Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Tätigkeit regelmäßig so schnell ändern, dass sich die Effekte einzelner Maßnahmen oder Gesetzesänderungen allenfalls vermuten lassen.

BIANCA HARTZ, KVSH

Zurück zur Inhaltsangabe

GESCHICHTE DER KVSH

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

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

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

# Zwischen Freiheit und Verantwortung

*Ein historischer Streifzug durch die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein*

## Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Im Sozialgesetzbuch V hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und damit in Schleswig-Holstein der KVSH die Aufgabe übertragen, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, d. h. eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse. Dies gilt insbesondere auch für Regionen, in denen eine ärztliche Unterversorgung vorliegt oder droht.

Zwar ist die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung noch überall im Lande gesichert, jedoch gerät sie schon heute erheblich an ihre Grenzen, nicht nur in ländlichen Regionen. 635 Hausärzte sind in Schleswig-Holstein 60 Jahre und älter und werden in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen. Nachrückende Ärzte, die diese Versorgungslücken schließen, sind jedoch in selbem Umfang nicht in Sicht.

Junge Medizinerinnen und Mediziner scheuen gerade zum Berufseinstieg vielfach die selbstständige Tätigkeit als niedergelassener Arzt, insbesondere in klassischen Einzelpraxen und in ländlichen Regionen. Aber auch hohe Investitionskosten, die Unberechenbarkeit der Verdienstmöglichkeiten aufgrund der sich ständig ändernden Gesetzgebung und die Überregulierung im Gesundheitswesen halten viele davon ab, sich niederzulassen. Zudem haben sich auch die Lebensvorstellungen der nachrückenden Ärztegeneration grundlegend verändert. Diese wünscht sich eine völlig andere Balance von Arbeit und Privatleben als noch ihre Vorgänger. Insbesondere die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht ganz oben auf der Prioritätenliste, ebenso wie die Arbeit im Team.

Verlockend sind auch andere Optionen, wie etwa eine Beschäftigung im Ausland oder in der Forschung. In den Vordergrund rückt auch in der ambulanten Versorgung immer häufiger die Betätigung als angestellter Arzt.

Zwar kann die KVSH gemeinsam mit den Krankenkassen den fiktiven Bedarf an Ärzten und Psychotherapeuten durch neue Bedarfsplanungsrichtlinien immer besser abbilden und in den einzelnen Regionen gezielter planen, jedoch lässt sich damit nicht das grundlegende Problem des Ärztemangels beseitigen. „Neue Ärzte und Psychotherapeuten gibt es damit nicht auf Knopfdruck", fasst Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH, die Situation treffend zusammen.

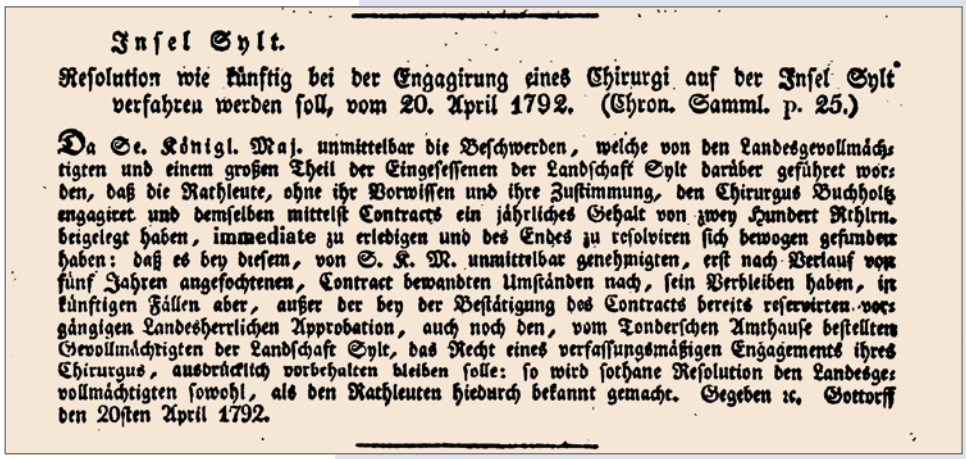
Die KVSH setzt daher mit vielfältigen Maßnahmen alles daran, die Niederlassung als Arzt in Schleswig-Holstein, insbesondere für junge Medizinerinnen und Mediziner, wieder attraktiver zu gestalten. Insofern wandelt sich die Rolle der KVSH weg von der alleinigen Verwaltung und Verteilung von Arztsitzen hin zu einer aktiven und vorausschauenden Gestaltung einer im Wandel begriffenen Versorgungslandschaft.

Vor rund 250 Jahren war man in Schleswig-Holstein von einer wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung mit Ärzten noch Lichtjahre entfernt. Erst mit der Einführung sogenannter Physikatsdistrikte im Jahr 1757 in vielen Teilen der beiden dänisch regierten Herzogtümer Schleswig und Holstein wurde eine gewisse Versorgungsstruktur erkennbar. An der Spitze jedes Physikatsdistriktes stand ein sogenannter „Districtphysikus". Dieser war ein staatlich angestellter Arzt, der in seinem Bezirk Aufgaben der Medizinalpolizei wahrnahm wie die Abwehr von Seuchen. Auch hatte er zumeist die Pflicht, arme Menschen unentgeltlich zu behandeln. Aufgrund der äußerst geringen staatlichen Zuwendungen waren die Physici jedoch gezwungen, neben ihrem Amt auch eine Privatpraxis gegen klingende Münze zu betreiben. Für eine nennenswerte ärztliche Versorgung in der Fläche waren die Physikatsdistrikte dennoch viel zu groß. Insbesondere abgelegene Gegenden oder gar Inseln standen aufgrund der schlechten Verkehrs- und Wetterverhältnisse daher nur höchstselten auf dem Terminkalender eines Physikus.

**Ärztemangel auf der Insel Sylt**

Auf der zum Physikat Tondern gehörenden Insel Sylt gab es zum Beispiel – anders als heute – zunächst nicht einen einzigen Arzt, obwohl die Bewohner durch Schifffahrt zu einigem Wohlstand gekommen waren. Man musste sich daher mit handwerklich ausgebildeten Wundärzten und Chirurgen behelfen, die auch noch häufig eine hohe Fluktuation aufwiesen. Der Sylter Landvogt Mathias Mathiessen beklagte diesen Zustand in einem Bericht vom 22. Juni 1752:

„Nicht selten pfleget es zu geschehen, daß die Schiffer oder so genannte Commandeurs, welche von Holland, Bremen, Hamburg etc. auf Grönland und den Wallfischfang fahren, ihre auf den Schiffen mit sich führende Chyrurgos zur Herbst Zeit bey ihrer Rückkunft mit sich nach Hause nehmen, welche dan den Winter über daselbst sich aufhalten und nachher wieder mit ihren Commandeurs auf die Grönländische (...) oder anderswo hin begeben".



Insel Sylt.

Resolution wie künftig bei der Engagirung eines Chirurgi auf der Insel Sylt verfahren werden soll, vom 20. April 1792. (Chron. Samml. p. 25.)

Da Se. Königl. Maj. unmittelbar die Beschwerden, welche von den Landesgevollmächtigten und einem großen Theil der Eingesessenen der Landschaft Sylt darüber geführet worden, daß die Rathleute, ohne ihr Vorwissen und ihre Zustimmung, den Chirurgus Buchholtz engagiret und demselben mittelst Contracts ein jährliches Gehalt von zwey Hundert Rthlrn. beigelegt haben, immediate zu erledigen und des Endes zu resolviren sich bewogen gefunden haben: daß es bey diesem, von S. K. M. unmittelbar genehmigten, erst nach Verlauf von fünf Jahren angefochtenen, Contract bewandten Umständen nach, sein Verbleiben haben, in künftigen Fällen aber, außer der bey der Bestätigung des Contracts bereits reservirten vorgängigen Landesherrlichen Approbation, auch noch den, vom Tonderschen Amthause bestellten Gevollmächtigten der Landschaft Sylt, das Recht eines verfassungsmäßigen Engagements ihres Chirurgus, ausdrücklich vorbehalten bleiben solle: so wird sothane Resolution den Landesgevollmächtigten sowohl, als den Rathleuten hiedurch bekannt gemacht. Gegeben ꝛc. Gottorff den 20sten April 1792.

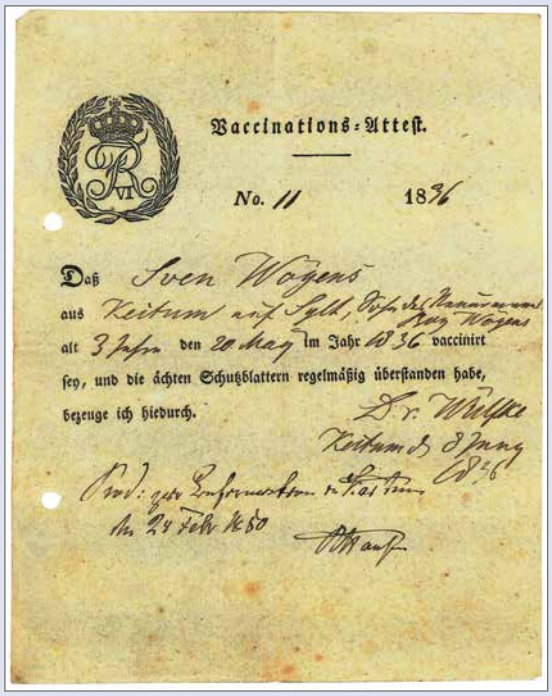
*Resolution der Deutschen Kanzlei in Kopenhagen, 1792*

Als im Jahr 1784 auf Sylt eine ansteckende Krankheit ausbrach und viele Menschen starben, sahen sich die kommunalen Vertreter und Landvogt Mathiessen veranlasst, einen „ordentlichen Arzt" mit einem jährlichen Grundgehalt fest anzustellen.

Im Januar 1786 wurde ein Vertrag geschlossen, worin sich der Chirurg Christian Friedrich Buchholz verpflichtete, „sich seinen künfftigen Wohnsitz im Dorfe Keitum als der mittelste Ort der Landschaft, aufzuschlagen und beständig daselbsten zu wohnen, und zum Besuch der Patienten sich eines selbst zu haltenden Reitpferdes zu bedienen. Er verpflichtet sich, seine Patienten fleißig aufzuwarten und mit aller Treue gewißenhafft zu begegnen und in Hinsicht seines Honorarii der Billigkeit sich zu befleißigen (...).

© Sylt Museum

*Dr. med.et chir. Georg Nikolaus Wülfke, Landschaftsarzt auf Sylt*


Vaccinations-Attest.

No. 11 1836

Daß Sven Wogens
aus Keitum auf Sylt, Sohn des Hannes und Mary Wogens
alt 3 Jahre den 20 May im Jahre 1836 vaccinirt
sey, und die ächten Schutzblattern regelmäßig überstanden habe,
bezeuge ich hiedurch.

Dr. Wülfke

Keitum d. 3 Juny 1836

Ord: gute Information [illegible]
Am 24 Feb. 1850

© Sylt Museum

*Vaccinations-Attest, ausgestellt vom Landschaftsarzt Wülfke, Keitum, 1836*

Buchholz war somit der erste „Landschaftsarzt" auf Sylt, ein als kommunaler Beamter angestellter Arzt. Er hatte seine praktischen Kenntnisse allerdings nicht an einer Universität erworben, sondern am Collegium medico-chirurgicum in Berlin und sodann in der preußischen Armee als Stabschirurgiqus. Als Buchholz im Jahr 1824 verstarb, wünschten sich die Sylter Repräsentanten bei dem Nachfolger allerdings, „dass er sowohl die Medicin als Practische Chirurgie studirt hätte und dabey zugleich accoucheur sey". Dieses Anforderungsprofil spiegelte eine allgemeine Gesamtentwicklung wider. Ab Ende des 18. Jahrhunderts löste sich die Trennung der Heilkunde in Chirurgie und Medizin zunehmend auf und auch in Schleswig-Holstein traten studierte Ärzte immer mehr an die Stelle der alten Wundärzte und Chirurgen. Der zweite Landschaftsarzt Georg Nikolaus Wülfke hatte insofern seine Ausbildung an der Landesuniversität zu Kiel absolviert und führte – wie auch seine Nachfolger – den akademischen Grad „Dr. med. et chir.". Fast 100 Jahre sorgte die Institution „Landschaftsarzt" auf Sylt für eine Kontinuität in der ärztlichen Versorgung und wurde erst im Jahr 1890 beendet, als mehrere Ärzte dort ihren ständigen Wohnsitz hatten.

**Das Schleswig-Holsteinische Sanitätskollegium**

Im Jahr 1804 errichtete der dänische Staat in Kiel das „Schleswig-Holsteinische Sanitätskollegium". Als übergeordnete Medizinalbehörde führte es die Aufsicht über „alle im Lande befindlichen Medicinal-Verwandte". Da das Sanitätskollegium aber auch Vorschläge an die vorgesetzte Deutsche Kanzlei in Kopenhagen einreichen sollte „über alle die Medicinal-Gesetzgebung betreffende Gegenstände", kam ihr große Bedeutung insbesondere im Hinblick auf die ärztliche Versorgung im dänisch regierten Schleswig-Holstein zu.

Die ordentlichen Mitglieder des Sanitätskollegiums bestanden aus den Professoren der Medizinischen Fakultät der Kieler Landesuniversität. Durch „Adjunkten" (Beisitzer) und außerordentliche Mitglieder wurden aber auch die verschiedenen Landesteile mit einbezogen.

Für die damalige Zeit war das Sanitätskollegium ausgesprochen detailliert über die Gesundheitslage in den einzelnen Physikatsdistrikten informiert. Dreh- und Angelpunkt waren dabei die halbjährigen Berichte der Physici. Unter anderem hatten diese„die Veränderungen der medicinischen Personale, die sich (...) in ihrem Physikatsdistricte ereignet haben, genau aufzuführen, und zwar namentlich etwaige Todesfälle von Aerzten, Chirurgen, Apothekern, Hebammen, Versetzungen derselben an andern Orten, Ansetzungen neuer Aerzte, Chirurgen, Apotheker und Hebammen, und dabey die Personalien dieser neu angesetzten Medicinalverwandten genau anzugeben (...)".

Ergab sich aus den Berichten eine medizinische Unterversorgung, so informierte das Sanitätskollegium die Deutsche Kanzlei in Kopenhagen, meist verbunden mit einem den regionalen Gegebenheiten angepassten Lösungsvorschlag. Im positiven Fall wies dann die Deutsche Kanzlei die entsprechende Kommune an, das Entsprechende zu veranlassen.

© Stapelholmer Apotheke

*Historisches Arzthaus und Apotheke Stapelholm, erbaut 1810*

So wurde im Jahr 1810 auf Vorschlag des Sanitätskollegiums dem Hüttener Amtshaus offiziell aufgetragen,

1. „dass für die Landschaft Stapelholm ein eigener Arzt mit einem jährlichen in viertelsjährigen Terminen zu entrichtenden Gehalt von 200 Rthlrn (Reichstaler) aus der landschaftlichen Casse angesetzt werden möge,
2. dass für denselben ein Haus auf dem bereits angekauften Bauplatze auf Kosten der Landschaft erbauet und
3. in diesem Hause zugleich ein Local für die Apotheke eingerichtet werden möge, jedoch solchergestalt, dass das Local einen eigenen, von dem Haupteingange des Hauses getrennten Eingang erhalte (...)“.

| | Bevölkerung | Ärzte gesamt | Ärzte in Städten | Ärzte auf dem Lande |
|---|---|---|---|---|
| 1826 | 720.000 | 191 | 160 (83,8 %) | 31 (16,2 %) |
| 1835 | 773.000 | 275 | 216 (78,5 %) | 59 (21,5 %) |
| 1847 | 858.000 | 366 | 250 (68,3 %) | 116 (31,7 %) |
| 1908 | 1.530.000 | 669 | 488 (72,9 %) | 181 (27,4 %) |

Nach Berechnungen von Geh. San.-Rat Dr. Ernst Suadicani, 1909

Insofern handelte es sich aus heutiger Sicht betrachtet um nichts anderes als die Urform einer kommunalen Eigeneinrichtung. Übrigens hat das besagte Haus sämtliche historische Entwicklungen unbeschadet überstanden und beherbergt auch 200 Jahre später noch immer eine Apotheke unter ihrem Dach (vgl. Abb. S. 20).

**Die Ärzte breiten sich aus**

Obwohl die Zahl der Ärzte in Schleswig-Holstein während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts überproportional zur Gesamtbevölkerung stieg, ließen sich diese seltener auf dem Lande nieder, sondern vorwiegend in größeren Städten wie Altona, Kiel, Schleswig und Flensburg.

Dieser Ärzteboom stieß allerdings nicht überall auf Begeisterung, da er auch zu einer Verdrängung der etablierten Leistungsanbieter führte. So beklagten sich im Jahr 1841 zwei Physici aus Schleswig und Eckernförde bei dem Sanitätskollegium, „daß sich auf dem Lande in jedem größeren Dorfe Ärzte niedergelassen haben (...). Viele verdiente und tüchtige Physici (...) werden am Abend ihres Lebens in Armut und Dürftigkeit versinken müssen, da die Einkünfte ihres Amtes sie nicht gegen Mangel schützen und die jüngeren Ärzte ihnen dazu alle Gelegenheiten zur Privatpraxis abschneiden“.

Jedoch fühlten sich auch die Hebammen durch das Aufkommen ärztlicher „accoucheur“ (Geburtshelfer) „an den Rand des Verderbens gebracht“, wie deren Klageschrift aus dem Jahr 1823 an den Schleswiger Magistrat zeigt: „Es ist in neueren Zeiten bei den Damen der Stadt Schleswig, von der höchsten bis zur niedrigsten, allgemein Mode geworden, die zartere und sittsamere Hilfe ihres Geschlechts zu verschmähen und sich selbst in der Stunde der Not von einer Mannesperson manipulieren zu lassen. Diese Mode, verbunden mit dem Eifer des Geburtshelfers Kehrmeyer, der für dieses unsaubere Geschäft eine solche Leidenschaft hat, daß es ihm völlig einerlei ist, ob er Bezahlung erhält oder nicht (...), hat uns beklagenswerte Supplikantinnen an den Rand des Verderbens gebracht“.

MARTIN MAISCH, KVSH

Zurück zur Inhaltsangabe

PSYCHOTHERAPIE

# Was ist eigentlich Systemische Therapie?

*Die Systemische Therapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Erst im Herbst 2019 wurde die Systemische Therapie vom Gemeinsamen Bundesausschuss als weiteres Richtlinien-Verfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen und kann seit 1. Juli 2020 bei gesetzlich versicherten Erwachsenen ambulant erbracht und abgerechnet werden. In der Versorgung spielt dieses Verfahren bislang kaum eine Rolle. Zu gering ist die Zahl von Psychotherapeuten mit einer durch Aus- oder Weiterbildung erlangten systemisch-psychotherapeutischen Fachkunde.*

© istock.com/Pro-stock-Studio

**Das Besondere des Verfahrens**

Die Systemische Therapie versteht psychische Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von sozialen Beziehungen und der dort stattfindenden Interaktionen. So ist es nur schlüssig, dass in dieser Therapie regelhaft Lebenspartner oder andere wichtige Bezugspersonen mit einbezogen werden. Neben der Sicht auf krankhaft Belastendes stehen die Nutzung eigener Kompetenzen und Fähigkeiten des Patienten bzw. seines Umfeldes im Mittelpunkt. Das Verfahren nutzt die Angehörigen als Ressource für die Behandlung weitaus mehr als andere Psychotherapieverfahren es tun. Dieses Mehrpersonensetting ist eine Haupteigenschaft dieses neuen Richtlinien-Verfahrens, welches für die Behandlung von gesetzlich Versicherten zur Verfügung steht. Ziel ist es, symptomfördernde Verhaltensweisen, Interaktionsmuster und Bewertungen umwandeln zu helfen und neue, gesundheitsfördernde Lösungsansätze zu entwickeln. Unter Berücksichtigung von für die Erkrankung bedeutsamen Beziehungen und Interaktionen sowie in diesem besonderen Setting wird Störung verändert und geheilt.

**Historie**

Ihren Ursprung hat die Systemische Therapie in der Familientherapie. In den 50er Jahren stellten Psychotherapeuten vornehmlich bei der Behandlung jüngerer Patienen häufig fest, in welch hohem Maße die Familienmitglieder in die Problematik des Erkrankten eingebunden waren. Begrifflichkeiten, wie das kranke Individuum und die krankmachende Familie, machten die Runde. Später erfuhr diese einfache Sichtweise vielfältige und wissenschaftlich begründete Erweiterungen. Die Unterschiedlichkeit und mitunter Einmaligkeit von Familiensystemen oder ganz allgemein von Systemen menschlichen Zusammenlebens, deren Organisationsstrukturen, ihre Interaktionsmuster und die in ihnen wohnenden dynamischen Prozesse rückten mehr und mehr in den Fokus der Betrachtung. Der systemische Ansatz hat damit eine grundsätzliche Änderung der Erklärungsmodelle für individuelles dysfunktionales Verhalten und psychische Erkrankungen bewirkt. Der sozialrechtlichen Zulassung als viertes Richtlinien-Verfahren ging jahrzehntelange Forschungsarbeit voraus. Letztendlich konnten so vor dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vielfältige Wirksamkeitsstudien präsentiert werden. Diese bescheinigten der Systemischen Therapie eine positive Wirkung gerade in der Behandlung der am häufigsten vorkommenden Beeinträchtigungen, wie Depression, Suchterkrankungen und Angststörungen.

Obwohl die Systemische Therapie ihre Wurzeln in der Arbeit mit Familien hatte, bei denen der Symptomträger bzw. der Erkrankte ein Kind oder Jugendlicher war, erfolgte die Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zunächst nur für Patienten ab dem 18. Lebensjahr. Das Bewertungsverfahren für den Einsatz des Verfahrens bei Kindern und Jugendlichen wurde Mitte 2021 vom G-BA aufgenommen und ist momentan noch nicht abgeschlossen.

**Erbringungs- und Abrechnungsgenehmigung muss beantragt werden**

Wie bei allen anderen Richtlinien-Verfahren auch, bedarf es zur Erbringung- und Abrechnung systemisch-psychotherapeutischer Leistungen durch Psychotherapeuten bei gesetzlich Versicherten einer Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, die sich bereits in vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit befinden, die Fachkunde besitzen und das Verfahren anbieten wollen, können eine Genehmigung bei der Abteilung Qualitätssicherung ihrer KV beantragen. Daneben können Einträge in das Arzt- und Psychotherapeutenregister der KV mit dieser Fachkunde erfolgen. Die Fachkunde in Systemischer Therapie bei Erwachsenen weisen Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten in der Regel mit einem Ausbildungsnachweis eines entsprechenden Institutes und einem Weiterbildungszeugnis ihrer Kammer nach.

**Vollumfänglich integriert in die Richtlinie und EBM**

Wie für die anderen Richtlinien-Verfahren auch, gelten für die Systemische Therapie die gleichen Vorgaben hinsichtlich vorgeschalteter Psychotherapeutischer Sprechstunde, Probatorischer Sitzungen und der Antrags- und Genehmigungspflicht. Alle Indikationen der Psychotherapie-Richtlinie dürfen mit Systemischer Therapie behandelt werden. Die in der Psychotherapie-Richtlinie festgelegten Sitzungskontingente sind unter Würdigung der wissenschaftlichen Studien und den Verlautbarungen der Fachgesellschaften entsprechend den Möglichkeiten der Systemischen Therapie angepasst. Sie liegen teilweise unterhalb der Umfänge der anderen Verfahren. Die verschiedenen Leistungspositionen und ihre Vergütung finden sich im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wieder. In Struktur und Höhe gibt es eine große Übereinstimmung mit den Leistungen der anderen Richtlinien-Verfahren. Lediglich aufgrund des möglichen Mehrpersonensettings tauchen Abweichungen auf. So sind beispielsweise Probatorische Sitzungen im Mehrpersonensetting nur mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten möglich. Eine Teilung der Sitzung in zweimal 25 Minuten ist hier nicht statthaft.

**In der Versorgung noch nicht angekommen**

Drei Jahre nach Einführung der Systemischen Therapie als Richtlinien-Verfahren spielt diese Therapieform in der ambulanten Versorgung kaum eine Rolle. Der Anteil von systemisch-psychotherapeutischen Leistungen unter allen in den Richtlinien-Verfahren ambulant erbrachten Behandlungen bewegt sich im Promillebereich. Das entspricht keineswegs den Vorzügen, die das Behandlungsverfahren in vielen Fällen bietet. Das Verfahren ist in der Versorgung noch nicht angekommen. Die Erklärung dafür liegt keinesfalls in der Bedarfsplanung oder den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse. Sie verbirgt sich ganz einfach darin, dass es schlichtweg zu wenige Psychotherapeuten gibt, die ihre Fachkunde mittels eines Weiterbildungszeugnisses ihrer Kammer nachweisen können. So konnten beispielsweise von der Psychotherapeutenkammer in Schleswig-Holstein bislang nur zwei entsprechende Anerkennungen ausgesprochen werden. In der Großstadt Hamburg konnten immerhin 29 Zertifikate erteilt werden. Viele Ärztekammern konnten nicht eine einzige entsprechende Fachkunde-Bestätigung erteilen. Demgegenüber stehen einige tausend Psychotherapeuten mit der Fachkunde in den anderen Richtlinien-Verfahren. So muss einer Forderung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), die lautet, solange die Systemische Therapie bei Nachbesetzungen in den Zulassungsausschüssen zu bevorzugen, bis ihr Anteil an der Versorgung mindestens das Niveau des zweitkleinsten Therapieverfahrens erreicht hat, eine klare Absage erteilt werden. Unter den derzeitigen Gegebenheiten, eine solche Forderung aufzustellen, entbehrt jeder vernünftigen Grundlage.

HEIKO BORCHERS , PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT,
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT

Zurück zur Inhaltsangabe

# Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung

**Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen durch die KVSH**
Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung schreibt die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein ausschließlich auf ihrer Website unter **www.kvsh.de/praxis/zulassung/ausschreibungen** 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.

**Folgende Ärzte wurden im Rahmen des Sonderbedarfes zugelassen. Diese Beschlüsse sind noch nicht bestandskräftig, sodass hiergegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.**

| Name | Fachgruppe/Schwerp. | Niederlassungsort | Niederlassungsdatum |
|---|---|---|---|
| Vera Schnebele<br>– halbe Zulassung – | Psychiatrie, ausschließlich psychotherapeutisch tätig | 25938 Wyk/Föhr,<br>Am Golfplatz 9b | 01.06.2023 |
| Johanna Redlich<br>– halbe Zulassung – | Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie | 21481 Lauenburg/Elbe,<br>Blumenstraße 14 | 01.07.2023 |
| Dr. med. Tilo Sauer<br>– weitere halbe Zulassung – | Neurologie | 23714 Bad Malente,<br>Rosenstraße 43 | 06.04.2023 |

**Folgende Ärzte haben Anstellungsgenehmigungen im Rahmen des Sonderbedarfes erhalten. Diese Beschlüsse sind noch nicht bestandskräftig, sodass hiergegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.**

| Name des anstellenden Arztes/MVZ | Ort | Fachgruppe | Beginn | Name des Angestellten |
|---|---|---|---|---|
| Nathalie Bourgeon/<br>Dr. med. Daniela Manner | 21493 Schwarzenbek,<br>Pröschstraße 6 | Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie | 23.03.2023 | Dipl. päd. Andre Kipper<br>– halbtags – |
| Dres. Paulsen/Kummerfeldt/Vejvoda-Köhler/Irmer | 24340 Eckernförde,<br>Kieler Straße 57 | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | 06.04.2023 | Dr. med. Martin Schlaeth<br>– Erhöhung von halb- auf ganztags – |
| Dr. med. Arne Eick | 24986 Mittelangeln<br>OT Satrup,<br>Glücksburger Straße 3 | Allgemeinmedizin | 06.04.2023 | Ann-Kathrin Jennet<br>– ganztags – |
| Dres. Lawin-Mosecker/Rett/Troester | 22880 Wedel,<br>Rosengarten 5–9 | Kinder- und Jugendmedizin | 01.07.2023 | Maria Büchner<br>– halbtags –<br>Übernahme einer Angestelltenstelle |
| Dres. M. Hasilik/<br>A.-K. Holle | 25421 Pinneberg,<br>Diesterwegstraße 30 | Kinder- und Jugendmedizin | 01.07.2023 | Wulf Ziegenrücker<br>– halbtags –<br>Übernahme einer Angestelltenstelle |

**Folgende Ärzte bzw. Institute wurden ermächtigt bzw. bei folgenden Ärzten haben sich Änderungen ergeben. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Ermächtigungsverzeichnis auf www.kvsh.de/praxis/zulassung/ermaechtigungen.**

| Name | Fachgruppe | Ort |
|---|---|---|
| Dipl.-Psych. Karl-Heinz Krüdenscheidt | Psychologische Psychotherapie | Kiel |
| Dr. med. Clemens von Reusner | Innere Medizin/Kardiologie | Wyk/Föhr |
| Dr. med. Dirk-Peter Drescher | Innere Medizin/Kardiologie | Flensburg |
| Dr. med. Ulrich Rauschenbach | Innere Medizin/Kardiologie | Flensburg |
| Artak Margkarian | Innere Medizin/Kardiologie | Bad Oldesloe |
| Ansgar Leidinger | Innere Medizin/Angiologie | Eutin |
| Dr. med. Stefan Jäckle | Innere Medizin/Gastroenterologie | Reinbek |
| Dr. med. Jens Stahmer | Innere Medizin/Gastroenterologie | Reinbek |
| Dr. med. Mariam Kaspari | Innere Medizin/Pneumologie | Flensburg |
| PD Dr. med. habil. Hans-Peter Hauber | Innere Medizin/Pneumologie | Elmshorn |
| Dr. med. Louisa Kleine-Doepke | Plastische und Ästhetische Chirurgie | Flensburg |
| Dr. med. Jörn Ailland | Orthopädie und Unfallchirurgie | Flensburg |
| Dr. med. Volker Stein | Orthopädie und Unfallchirurgie | Schleswig |
| Dr. med. Frank von Feldmann | Chirurgie/Gefäßchirurgie | Heide |
| Dr. med. Steffen Krause | Chirurgie | Heide |
| Dr. med. Malte Noack | Viszeralchirurgie | Heide |
| Wiebke Buchholz | Viszeralchirurgie | Heide |
| PD Dr. med. Aldemar Andres Hegewald | Neurochirurgie | Damp |
| Dr. med. Christine Raschdorff | Neurochirurgie | Damp |
| Ibrahim Colak | Neurochirurgie | Damp |
| PD Dr. med. Till Burkhardt | Neurochirurgie | Neumünster |
| Dr. med. Klaus Christian Mende | Neurochirurgie | Neumünster |
| Dr. med. Sönke von Weihe | Chirurgie | Großhansdorf |
| Dr. med. Stefan Müller | Orthopädie und Unfallchirurgie | Bad Bramstedt |
| Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH, Klinik Heide | ./. | Heide |
| Dr. med. Wolfram Kluge | Anästhesiologie/Schmerztherapie | Itzehoe |
| Bernhard Schwartau | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | Eutin |
| Andreas Nottelmann | Psychiatrie und Psychotherapie | Heide |

Zurück zur Inhaltsangabe

# Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

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

© privat

NAME: Dr. Lennart Bartolitius
FACHRICHTUNG: Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
SITZ DER PRAXIS: Neumünster
NIEDERLASSUNGSFORM: Einzelpraxis

**Neu niedergelassen seit: 1. April 2023**

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?
Die besseren Arbeitsbedingungen gegenüber der Klinik mit mehr Zeit für die Familie. Insbesondere keine Nacht- bzw. Hintergrunddienste und keine Wochenend- oder Feiertagsdienste. Außerdem ist die freiere Zeiteinteilung im Gegensatz zur Klinik sehr attraktiv.

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?
Der Kontakt zu den Menschen

1. Welchen Tipp würden Sie Kollegen geben, die sich ebenfalls niederlassen wollen?
Hospitieren Sie in einer Praxis und lassen Sie sich vom ambulanten Arbeiten überzeugen.

2. Welchen berühmten Menschen würden Sie gern treffen und was würden Sie ihn fragen?
John Lennon. Was die Inspiration für viele seiner Songs war.

3. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?
Gitarre spielen und Singen, sowie Musik hören, um einfach mal abzuschalten.

4. Was ist Ihr Lieblingsbuch?
„Das muss das Boot abkönnen“ von Stefan Kruecken

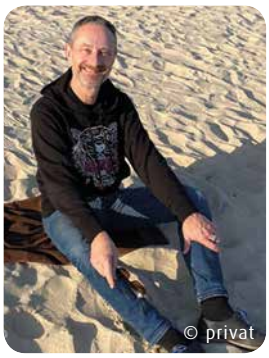
5. Warum ist Schleswig-Holstein das ideale Land, um sich als Arzt niederzulassen?
Es ist das Land zwischen den Meeren mit Mehrwert. Egal wo man sich befindet, man ist schnell am Wasser.

6. Wenn ich nicht Arzt geworden wäre, dann wäre ich ...
Tischler geworden.

Zurück zur Inhaltsangabe

# Praxisabgeber sagen „Tschüss“

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


© privat

| | |
|---|---|
| NAME: | Dr. Matthias Clausen |
| FACHRICHTUNG: | Augenheilkunde |
| SITZ DER PRAXIS: | Lübeck |
| NIEDERLASSUNGSFORM: | Überörtliche BAG seit 2001 |

**1. Was war für Sie das Schönste an Ihrer Berufszeit?**
Der Auf- und Ausbau eines Praxisnetzes samt Gestaltung neuer Praxisräume. Das breite Spektrum an A) tüchtigen Mitarbeitern verschiedenster Charaktere und B) zugewandten Patienten mit verschiedensten Krankheitsbildern sowie C) eine rege OP-Tätigkeit ließen kaum mal Langeweile und damit stete Zufriedenheit im Alltag aufkommen.

**2. An welchen Moment erinnern Sie sich besonders gern zurück?**
Meine grandiose Abschiedsfeier mit allen mir zugewandten Mitarbeitern und deren liebevollem Abschiedsbuch: „Eine Legende verlässt das Gelände“ haben mich enorm bewegt.

**3. Gibt es etwas, dass Sie anders machen würden?**
Das Leben besteht aus verschiedenen Kapiteln. Retrospektiv hätte ich manchmal vielleicht früher auf Zeichen reagieren sollen, um ein neues Kapitel aufzuschlagen, das dann jedoch gerne auch gerade zeitlich passen soll ...

**4. Was war Ihr Rezept, den Praxisalltag einmal hinter sich zu lassen?**
Die Pflege eines tollen privaten Freundeskreises und stets viele kleine und auch größere Reisen lieferten mir viel Abwechslung zum Praxisalltag.

**5. Womit werden Sie Ihren Ruhestand ausfüllen?**
Noch habe ich mich nicht ganz zurückgezogen und genieße die Arbeit mit einem frisch motivierten Team in einer Praxis in der Schweiz. Reisen spielen dabei ausgleichend weiterhin eine große Rolle in meinem Leben.

**6. Was ist Ihr Lieblingsort in Schleswig-Holstein?**
Die Aufenthalte auf der zu Travemünde gehörenden Halbinsel Priwall empfand ich immer als ein Quell der Entschleunigung.

**7. Haben Sie ein Lebensmotto?**
Hey, welches Lebensmotto haben Sie?

A) Beneide niemanden, außer du wärst bereit, sein komplettes Päckchen zu übernehmen.

B) Wenn ich anfange, mich über etwas aufzuregen, stelle ich mir aktuell selbst rasch die Frage: „Stirbt jemand deswegen? Nein? Dann chille wieder und verdirb Dir nicht Deine restliche Zeit mit schlechten Gedanken!“

**8. Welchen Tipp geben Sie jungen Kollegen, die sich niederlassen wollen?**
Wer mit dem Gedanken spielt, eine Praxis zu übernehmen, sollte einfach loslegen und machen. Dass einer engagierten Saat die freudige Ernte (Work-Life-Balance) folgt, muss dabei klar sein. Mir haben die Niederlassung und der ungebremste Aufbau jedenfalls lange unglaublich viel Freude bereitet. Aus meiner Sicht lohnt sich die Niederlassung also nach wie vor.

Zurück zur Inhaltsangabe

VOR ORT

# Aus der Hausarztpraxis in die TV-Show

*Dr. Sebastian Körner aus Mildstedt (Kreis Nordfriesland) schaffte es bei „Wer wird Millionär“ auf den Quiz-Stuhl und gewann am Ende 64.000 Euro.*

© istock.com/RTL/Stefan Gregorowius

**Nordlicht:** *Quizsendungen jeglichen Zuschnitts gibt es in Hülle und Fülle und auf fast jedem Kanal. Sie wollten immer am liebsten zu „Wer wird Millionär“. Warum eigentlich?*

**Dr. Sebastian Körner:** Die Sendung hat mich schon seit dem Beginn der Ausstrahlung 1999 fasziniert. Das erste Mal habe ich „WWM“ damals während meines Auslandsaufenthaltes in den USA gesehen. Die Kombination aus cleveren und schwierigen Fragen, einer attraktiven Gewinnsumme und das Charisma von Günther Jauch haben mich seitdem nicht mehr losgelassen. Ich wollte das Spiel immer mal selbst „live“ spielen und erfahren, wie ich auf dem heißen Stuhl in Drucksituationen reagiere.

**Nordlicht:** *Hat „Wer wird Millionär“ auch nach der Feuerprobe weiterhin einen festen Sendeplatz bei Ihnen oder legen Sie jetzt erst einmal eine „Quiz-Pause“ ein?*

**Körner:** Ich werde es weiter regelmäßig schauen, aber nicht mehr ganz so intensiv wie zuvor. Doch es wird wohl weiterhin so laufen: Wenn ich montags TV schaue, dann „WWM“.

**Nordlicht:** *Sie hatten sich schon mehrfach beworben, bevor es dann endlich geklappt hat. Wie sind Sie bis in die Show gekommen?*

**Nordlicht:** *Wie haben Sie sich auf Ihren großen Auftritt vor einem Millionenpublikum vorbereitet?*

**Körner:** Nicht besonders. Ich gehe immer mit offenen Augen durchs Leben. Das muss eigentlich reichen. Die Auswahlfragen habe ich noch einmal extra in der „WWM-App" geübt.

**Nordlicht:** *Die erlebte Realität unterscheidet sich sicher von dem Bild, dass Sie als Zuschauer im Kopf hatten, wenn Sie die Sendung auf dem sicheren heimischen Sofa verfolgten. Was hat Sie am meisten überrascht, als Sie live in der Show waren?*

**Körner:** Ich hatte doch irgendwie im Hinterkopf, dass ich auch das Publikum und Herrn Jauch unterhalten muss. Das hat meine Konzentration auf das eigentliche Spiel etwas schwerer gemacht. Man will ja nicht nur stupide „A", „B", „C" oder „D" antworten. Außerdem war ich in der ersten Sendung deutlich nervöser als gedacht.

**Nordlicht:** *Unumstrittener Star der Sendung ist Quiz-Urgestein Günther Jauch, der im Ruf steht, auch mal den einen oder anderen Kandidaten durch die Mangel zu nehmen, wenn ihm dieser unsympathisch ist. Wie haben Sie Jauch in der Show erlebt?*

**Körner:** Herr Jauch ist unglaublich souverän. Wir haben ihn selbst auch erst im Studio zu Gesicht bekommen. Das hat es nicht leichter gemacht. Ich glaube, er konnte anfangs nicht so viel mit mir anfangen und wusste nicht, was ich in der Show will, da ich als Arzt ja glücklicherweise schon ein „Gutverdiener" bin. Im Verlauf hat er dann zum Glück gemerkt, dass ich eigentlich nur einfach unbedingt mal das Spiel spielen wollte.

**Nordlicht:** *Mit welchen Fragen zu Ihrer Arbeit als Land- und Hausarzt hat er versucht, Sie aus dem Konzept zu bringen?*

**Körner:** In den letzten 20 Jahren habe ich immer mal wieder eine Bewerbung abgegeben oder andere haben mich angemeldet. Vor rund zwei Jahren kam dann der Anruf und ich habe zwei Telefon- bzw. Zoom-Casting-Runden mitgemacht. Anfangs ging es ums Wissen, im Verlauf dann aber auch um die Fernsehtauglichkeit. Es hat ja scheinbar beides gereicht.

*„Herr Jauch konnte anfangs nicht so viel mit mir anfangen."*

**Körner:** Das war wirklich der unangenehme Teil, da man sich ja nicht vor einem Millionenpublikum um Kopf und Kragen reden will. So fragte er unter anderem nach meinem Umgang mit Patienten, die vorher ihre Diagnose „ergoogelt" haben. Ein Thema, bei dem du eigentlich nur verkehrt antworten kannst. Außerdem wurde über Bürokratie gesprochen. Aus der ersten Sendung wurde dann glücklicherweise auch die Diskussion über die Vergütung der Grundpauschalen rausgeschnitten. Ich war froh, als die beruflichen Fragen nicht mehr im Vordergrund standen.

**Nordlicht:** *Als Unterstützerin hatten Sie Ihre Mutter mit ins Studio genommen, die in der Praxis, die Sie gemeinsam mit Ihrem Vater Harald führen, als Praxismanagerin arbeitet. Inwiefern hat Ihnen ihre Gegenwart geholfen?*

## *„Die Nacht war etwas kurz, da ich doch ordentlich ‚Gedankenkreisen' hatte."*

**Körner:** Durch ihren amüsanten Konter gegenüber Herrn Jauch wegen eines möglicherweise kurz bevorstehenden Ruhestands hat sie mir doch etwas die Last genommen. Ansonsten sind Mütter halt Mütter: immer für einen da und der Fels in der Brandung.

**Nordlicht:** *Sie waren in zwei Sendungen Kandidat, da die erste Show, als Sie bei 16.000 Euro standen und noch alle Joker hatten, nach Ablauf der regulären Sendezeit beendet war. Wie haben Sie die Zeit bis zur Fortsetzung empfunden?*

**Körner:** Als sehr angenehm. Die zweite Sendung wurde am Folgetag aufgezeichnet. Nach der ersten Sendung sind meine Mutter und ich in Köln-Hürth noch etwas essen gegangen. Ich habe ein paar Bier getrunken, um zu feiern, dass ich es überhaupt „in die Mitte" geschafft habe. Die Nacht war etwas kurz, da ich doch ordentlich „Gedankenkreisen" hatte. Aber das war nicht schlimm.

**Nordlicht:** *Wie lief dann der Auftritt in der Fortsetzungsshow?*

**Körner:** Ich war viel entspannter, denn ich wusste ja nun, was mich erwartet. Ich kannte das ganze Prozedere und hatte auch keinen Druck mehr, auf den Stuhl zu kommen, da ich den Platz ja schon sicher hatte. Ich glaube, dass man mir meine entspanntere Haltung im Vergleich zur ersten Sendung auch deutlich angesehen hat.

**Nordlicht:** *Schluss war schließlich bei der 125.000 Euro-Frage „Im Jahr 1956 war ein Herr Strauch in der Bundesrepublik Deutschland der erste offizielle...?" Sie hatten die Wahl zwischen „Lotto-Millionär", „Frauenbeauftragte", „Flugpassagier" und „Arbeitslose". Sie hatten eigentlich den richtigen Verdacht „Lotto-Millionär", loggten aber nicht ein. Hätten Sie da nicht ins Risiko gehen können?*

**Körner:** Das frage ich mich seit der Aufzeichnung jeden Tag. Ich fand die Frage sehr unglücklich. Irritiert hat mich der Zusatzjoker, der mehr Zweifel gestreut hat, anstatt zu helfen, da er ohne zu argumentieren auf den „Frauenbeauftragten" tippte. Diese Antwort wollte ich eigentlich ausschließen. Hätte ich aber die „normale Variante" mit 16.000 Euro sicher genommen, hätte ich gezockt. Beruhigt war ich im Nachhinein, als hinterher einige Senioren aus dem Pflegeheim und der Praxis meinten, dass sie den „Lotto-Millionär" sofort ausgeschlossen hätten, da es damals nur 500.000 DM zu gewinnen gab. Aber so ist das Spiel und 64.000 Euro wollte ich dann auch nicht verlieren.

**Nordlicht:** *Hand aufs Herz: Was machen Sie mit dem Geld?*

**Körner:** Ich werde mit meinem Kumpel nach Mallorca fliegen und dort dieses Jahr ein halbwegs vernünftiges Hotel für uns buchen. Meine Brüder und die Familie werde ich sicherlich noch auf einen tollen Kurztrip einladen und der Rest wird erst einmal zur Seite gelegt. Ich möchte damit irgendetwas machen, das ich sonst nie gemacht hätte. Von einer Million hätte ich mir ein schönes Ferienhaus an der Ostsee gekauft, doch dafür reichen die 64.000 Euro nicht aus.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Zurück zur Inhaltsangabe

TEAM BERATUNG

© istock.com/RedlineVector

**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

**Antihistaminika**
Die Verordnung von Antihistaminika bei der saisonalen allergischen Rhinitis ist schon seit längerem nur eingeschränkt möglich. Eine Übersicht zu diesem Thema haben wir auf unserer Website unter Praxis-Verordnungen-Arzneimittel A-Z hinterlegt.

**Paxlovid-Abgabe in der Praxis**
Durch das Ende der Coronaschutzverordnung ist auch die Abrechnungsmöglichkeit für die Abgabe von Paxlovid® in der Praxis entfallen.

Da die Apotheker weiterhin 15 Euro für die Abgabe von Paxlovid® erhalten, werden die Kosten bei Abforderung für die Praxis den Praxen in Rechnung gestellt. Die Apotheken können die Kosten nur bei Einzelverordnung auf den Namen des Patienten der jeweiligen Kasse in Rechnung stellen.

Wir empfehlen daher, Paxlovid® bei entsprechender Indikation nur noch als Einzelverordnung zu tätigen.

**Korrekte Rezeptangaben**
Die Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) verlangt, dass auf dem Muster 16 der Name, Vorname und die Berufsbezeichnung des Unterzeichners angegeben werden muss. Das gilt auch für Weiterbildungsassistenten (WBA). Zukünftig muss ein WBA auch eine eigene Signatur für das E-Rezept haben.

THOMAS FROHBERG, KVSH

© istock.com/

| Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel und Impfstoffe | | |
|---|---|---|
| | Telefon | E-Mail |
| Thomas Frohberg | 04551 883 304 | thomas.frohberg@kvsh.de |
| **Beratungsapotheker** | | |
| Cornelius Aust | 04551 883 351 | cornelius.aust@kvsh.de |
| **Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel, Impfstoffe und Hilfsmittel** | | |
| Ellen Roy | 04551 883 931 | ellen.roy@kvsh.de |
| **Ihre Ansprechpartnerin im Bereich Sprechstundenbedarf** | | |
| Heidi Dabelstein | 04551 883 353 | heidi.dabelstein@kvsh.de |

i

Sie fragen
wir antworten

# INFO-TEAM

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

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

### *Über welchen Kostenträger wird die Jugendarbeitsschutzuntersuchung abgerechnet?*

Die Jugendarbeitsschutzuntersuchung wird über die Arbeitsschutzbehörde bei der Unfallkasse Nord (VKNR 01854) abgerechnet.

### *Benötigt man bei der Jugendarbeitsschutzuntersuchung sowohl für die Erst- als auch für die Nachuntersuchung den Berechtigungsschein?*

Der Berechtigungsschein wird für jede erforderliche bzw. anspruchsberechtigte Untersuchung ausgegeben.

### *Wenn wir einen eArztbrief erhalten oder versenden, der Patient hat aber in dem Quartal keinen weiteren Kontakt zur Praxis, können die GOP 86900 und 86901 trotzdem abgerechnet werden?*

Da diese GOP keinen direkten Arzt-Patienten-Kontakt erfordern, können diese auch ohne Einlesen der eGK abgerechnet werden.

### *Kann eine hausärztliche Praxis (nicht kinderärztlich) im Zusammenhang mit den Kinderfrüherkennungsuntersuchungen bei pathologischem Ergebnis die GOP 04354 EBM abrechnen?*

Die GOP 04354 kann nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin abgerechnet werden.

### *Gibt es eine zeitliche Vorgabe, bis wann DMP-Dokumentationen zur KV bzw. zur Datenstelle übermittelt werden müssen?*

Die Dokumentationen müssen 10 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle übermittelt werden, danach besteht noch 42 Tage die Möglichkeit, Korrekturen auf die Fehlermeldungen der Datenstelle vorzunehmen. Wir empfehlen jedoch, die DMP-Dokumentationen nach ein oder zwei Wochen regelmäßig an die Datenstelle elektronisch zu senden, damit mögliche Korrekturen noch im selben Quartal erledigt werden können und die Korrekturen überschaubar bleiben.

Zurück zur Inhaltsangabe

FORTBILDUNGSANGEBOT

# FÜR ÄRZTE, PSYCHOTHERAPEUTEN UND MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

THEMA: *QEP®-Einführungsseminar– zweitägig*

DATUM: **2. JUNI 2023, 15.00 BIS 19.00 UHR**
**3. JUNI 2023, 9.00 BIS 17.00 UHR**

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

**INHALTE DES SEMINARS:**

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

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

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

**FORTBILDUNGSPUNKTE:** 18

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

**ES STEHT EIN WEITERER TERMIN ZUR AUSWAHL:**
8. und 9. September 2023

## Fragen zur Anmeldung

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

© istock.com/courtneyk

# FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

THEMA: *Moderatorengrundausbildung für Qualitätszirkel – zweitägig*

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

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

**INHALTE DES SEMINARS:**
- Moderationstechniken
- QZ-Module
- Übung von Moderationssituationen
- Umgang mit Teilnehmern
- Kommunikation und Gruppendynamik
- Rahmenbedingungen zur Qualitätszirkelarbeit
- Gründung von Qualitätszirkeln

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

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

**FORTBILDUNGSPUNKTE:** 20

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

© istock.com/FangXiaNuo

## Fragen zur Anmeldung

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

FORTBILDUNGSANGEBOT

# FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

THEMA: *Moderatorengrundausbildung für Qualitätszirkel – zweitägig*

DATUM: **17. NOVEMBER 2023, 15.00 BIS 21.00 UHR**
**18. NOVEMBER 2023, 9.00 BIS 17.00 UHR**

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

**INHALTE DES SEMINARS:**
- Moderationstechniken
- QZ-Module
- Übung von Moderationssituationen
- Umgang mit Teilnehmern
- Kommunikation und Gruppendynamik
- Rahmenbedingungen zur Qualitätszirkelarbeit
- Gründung von Qualitätszirkeln

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

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

**FORTBILDUNGSPUNKTE:** 20

**TEILNAHMEBEDINGUNGEN:** Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Verbindliche Anmeldungen können online unter **www.kvsh.de/termine** vorgenommen werden und in Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

© istock.com/vm

## Fragen zur Anmeldung

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

# Veranstaltungen

*Wir übernehmen nur für KVSH-Termine Gewähr.*

## Schleswig-Holstein

**13. MAI 2023, 9.00 BIS 16.30 UHR**

### 14. Gemeinsamer Infotag der ÄKSH, ApoBank und KVSH

Ort: Räumlichkeiten der ÄKSH und der KVSH, Bismarckallee, Bad Segeberg

Info: Die einen wollen sich niederlassen, die anderen ihre Praxis abgeben. Beide Seiten bringen die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein zum 14. Mal zusammen. Auf dem Programm stehen Vorträge zu den Themen Praxisgründung und -übergabe, Zulassungsrecht, Vermögensplanung für den Ruhestand und Steuertipps. Es referieren ein Rechtsanwalt und ein Steuerberater. Das Eingangsreferat wird Bianca Hartz, Leiterin der Abteilung Zulassung der KVSH, halten und daran wird sich ein Erfahrungsbericht eines neu Niedergelassenen anschließen. Tel. 04551 883 255, Bettina Fanselow

E-Mail: Zulassung@kvsh.de

**31. MAI 2023, 13.00 BIS 19.30 UHR**

### Fortbildungsveranstaltung: „Medizinal Cannabis in der Praxis“

Ort. Hotel Mercator, Hanseaten-Platz 2, 25524 Itzehoe

Info: Workshop mit Fachbeiträgen, Experten aus den Fachbereichen Palliativ- und Schmerztherapie, Neurologie, Psychotherapie, Gynäkologie sowie die AOK sprechen über Erfahrungen, Erfolge, BSG Rechtsprechung und mehr. Dozenten: Dr. med. Bastian Steinberg, Dr. med. Wolfram Kluge, Dr. med. Iris Pleyer, Prof. Dr. Kirsten müller-Vahl, Herr Dr. Culkies/AOK. Die Veranstaltung ist kostenfrei. Es wurden 8 Fortbildungspunkte beantragt.

E-Mail: veranstaltung@neurologikum-itzehoe.de (Anmeldung ist erforderlich) www.neurologikum-itzehoe.de/Service (Flyer)

© istock.com/fatomm

**7. JUNI 2023, 16.00 BIS 19.00 UHR**

### Workshop – 5. HCC-Symposium

Ort. Maritim Hotel Bellevue Kiel, Bismarckallee 2, 24105 Kiel

Info: Bitte melden Sie sich per E-Mail oder telefonisch spätestens bis zum 1. Juni an bei: Petra Fritzsche, Tel. 0431 500 33421

E-Mail: petra.fritzsche@uksh.de www.uksh.de

**14. JUNI 2023, 17.00 BIS 18.00 UHR**

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

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

Info: Tel. 0431 500 18 502, Fax 0431 500 18 504 Direkteinwahl: Webex-Meeting beitreten: Meeting-ID: 2732 954 2530, Passwort: xYbEU4RyP83 (99238479 über Videosysteme)

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

**23. JUNI 2023, 9.00 BIS 17.15 UHR**

### 7. Kieler Workshop – Interventionelle Endosonographie

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

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

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

**14. SEPTEMBER 2023, 7.45 BIS 18.30 UHR**
**15. SEPTEMBER 2023, 8.30 BIS 19.30 UHR**
**16. SEPTEMBER 2023, 8.00 BIS 15.00 UHR**

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

Ort: Universität zu Lübeck, Institut für Anatomie, Haus 63, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Info: Petra Schuhr, Tel. 0451 500 42001, 980 Euro inkl. Schulungsunterlagen und Verpflegung

E-Mail: petra.schuhr@uksh.de www.uksh.de

Zurück zur Inhaltsangabe

KONTAKT

# Ansprechpartner der KVSH

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

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

## Vorstand

**Vorstandsvorsitzende**
Dr. Monika Schliffke ..... 206/217/355/229

**Stellvertretender Vorstandsvorsitzender**
Dr. Ralph Ennenbach ..... 206/217/355/229

## Geschäftsstelle Operative Prozesse

Ekkehard Becker ..... 486

## Justitiarin

Alexandra Stebner ..... 230

## Selbstverwaltung

Regine Roscher ..... 218

## Abteilungen

**Abrechnung**
Andrea Werner (Leiterin) ..... 361/534
Christopher Lewering (stellv. Leiter) ..... 361/534
Fax ..... 322

**Abteilung Recht**
Alexandra Stebner (Leiterin) ..... 230/251
Maria Behrenbeck (stellv. Leiterin) ..... 251
Stefanie Kuhlee ..... 431
Hauke Hinrichsen ..... 265
Tom-Christian Brümmer ..... 474
Esther Petersen ..... 498
Lisa Woelke ..... 343
Nadine Aksu ..... 457
Oliver Schacht (Vergaberecht) ..... 460

**Ärztlicher Bereitschaftsdienst**
Dr. Hans-Joachim Commentz (BD-Beauftr. d. Vorstands) ..... 579
Alexander Paquet (Leiter) ..... 214

**Arztregister**
Anja Scheil/Dorit Scheske ..... 254

**Ärzte in Weiterbildung**
Janine Priegnitz ..... 384
Brigitte Teufert ..... 358

**Beratungsapotheker**
Cornelius Aust ..... 351

**Datenschutzbeauftragter**
Tom-Christian Brümmer ..... 474

**Ermächtigungen**
Evelyn Kreker ..... 346
Maximilian Mews ..... 462
Coline Greiner ..... 590
Büsra Apaydin ..... 561

**Gesundheitspolitik und Kommunikation**
Delf Kröger (Leiter) ..... 454
Marco Dethlefsen (stellv. Leiter) ..... 818

**Heil- und Hilfsmittel**
Ellen Roy ..... 931

**HVM-Team/Info-Team**
Stephan Rühle (Leiter) ..... 334

**Info-Team/Hotline**
Telefon ..... 883
Fax ..... 505

**IT in der Arztpraxis**
Timo Wilm (Telematikinfrastruktur) ..... 307
Kathrin Friester (TI-Finanzierungsvereinbarung) ..... 476
Timo Rickers (EDV/PVS Beratung) ..... 286

**Niederlassung/Zulassung**
Susanne Bach-Nagel ..... 378
Martina Schütt ..... 258
Vanessa Dohrn ..... 456
Michelle Hansen ..... 291
Kristina Brensa ..... 817
Katharina Marks ..... 634
Melanie Lübker ..... 491
Nicole Rohwer ..... 907

**Nordlicht aktuell**
Borka Totzauer ..... 356
Jakob Wilder ..... 475

**Personal und Finanzen**
Lars Schönemann (Leiter) ..... 275
Thorsten Heller (Stellvertreter Finanzen) ..... 237
Claudia Rode (Stellvertreterin Personal) ..... 295
Yvonne Neumann (Entgeltabrechnung) ..... 577
Sonja Lücke (Mitgliederbereich) ..... 288
Katja Kodalle (Zentrale Angelegenheiten) ..... 982
Fax ..... 451

**Plausibilitätsprüfung**
Sabrina Rüdiger ..... 691
Ulrike Moszeik ..... 336

**Pressesprecher**
Marco Dethlefsen ..... 818
Nikolaus Schmidt ..... 381

**Praxisbörse**
Nicole Geue ..... 303

**Qualitätssicherung**
André Zwaka (Leiter) ..... 369
Ute Tasche (stellv. Leiterin) ..... 485
Fax ..... 374

**Rückforderungen der Kostenträger**
Björn Linders ..... 564

**Sprechstundenbedarf**
Heidi Dabelstein ..... 353

**Struktur und Verträge**
Simone Eberhard (Leiterin) ..... 434
Fax ..... 7331

**Telematik-Hotline** ..... 888

**Teilzahlungen**
Brunhild Böttcher ..... 231
Luisa-Sophie Lütgens ..... 465

**Verordnung (Team Beratung)**
Thomas Frohberg ..... 304

**Widersprüche (Abteilung Recht)**
Gudrun Molitor ..... 439

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

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

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

## Prüfungsstelle

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

**Beschwerdeausschuss**
Dr. Johann David Wadephul (Vorsitzender) ..... 9010 0
Dr. Hartmut Günther (Stellvertreter) ..... 9010 0
**Leiter der Dienststelle**
Birgit Hanisch-Jansen (Leiterin) ..... 9010 21
Dr. Michael Beyer (Stellvertreter) ..... 9010 14
**Verordnungsprüfung Arznei- und Verbandmittel**
Dorthe Thede ..... 9010 15
**Verordnungsprüfung Heilmittel**
Kristina Dykstein ..... 9010 23
**Sprechstundenbedarfs-, Honorarprüfung**
Birgit Wiese ..... 9010 12

## Zentrale Stelle Mammographie-Screening

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

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

# IMPRESSUM

## Nordlicht aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

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

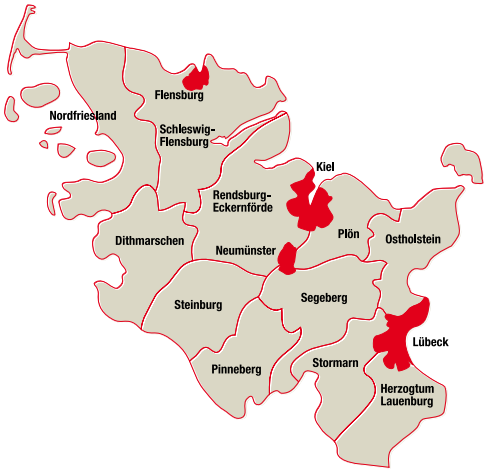
**Anschrift der Redaktion**
Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg,
Tel. 04551 883 356, E-Mail: nordlicht@kvsh.de,
www.kvsh.de

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

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

KONTAKT

# Kreisstellen der KVSH




## Kiel
**Kreisstelle: Herzog-Friedrich-Str. 49, 24103 Kiel**
Tel ..... 0431 93222
Fax ..... 0431 9719682
**Wolfgang Schulte am Hülse, Facharzt für Allgemeinmedizin**
Tel ..... 0431 541771
Fax ..... 0431 549778
E-Mail ..... kreisstelle.kiel@kvsh.de

## Lübeck
**Kreisstelle: Parade 5, 23552 Lübeck**
Tel ..... 0451 72240
Fax ..... 0451 7063179
**Dr. Christian Butt, Facharzt für Allgemeinmedizin**
Tel ..... 04502 888774
Fax ..... 04502 889095
E-Mail ..... kreisstelle.luebeck@kvsh.de

## Flensburg
**Dr. Ralf Wiese, Facharzt für Anästhesiologie**
Tel ..... 0461 31545047
Fax ..... 0461 310817
E-Mail ..... kreisstelle.flensburg@kvsh.de

## Neumünster
**Dr. Carsten Klatt, Facharzt für Augenheilkunde**
Tel ..... 04321 949290
Fax ..... 04321 949294
E-Mail ..... kreisstelle.neumuenster@kvsh.de

## Kreis Dithmarschen
**Burkhard Sawade, Praktischer Arzt und Facharzt für Chirurgie**
Tel ..... 04832 8128
Fax ..... 04832 3164
E-Mail ..... buero@kreisstelle-dithmarschen.de

## Kreis Herzogtum Lauenburg
**Raimund Leineweber, Facharzt für Allgemeinmedizin**
Tel ..... 04155 2044
Fax ..... 04155 2020
E-Mail ..... kreisstelle.lauenburg@kvsh.de

## Kreis Nordfriesland
**Björn Steffensen, Facharzt für Allgemeinmedizin**
Tel ..... 04884 1313
Fax ..... 04884 903300
E-Mail ..... kreisstelle.nordfriesland@kvsh.de

## Kreis Ostholstein
**Dr. Bettina Schultz, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
Tel ..... 04521 2950
Fax ..... 04521 3989
E-Mail ..... kreisstelle.ostholstein@kvsh.de

## Kreis Pinneberg
**Dr. Zouheir Hannah, Facharzt für Orthopädie**
Tel ..... 04106 82525
Fax ..... 04106 82795
E-Mail ..... kreisstelle.pinneberg@kvsh.de

## Kreis Plön
**Dr. Joachim Pohl, Facharzt für Allgemeinmedizin**
Tel ..... 04526 1000
Fax ..... 04526 1849
E-Mail ..... kreisstelle.ploen@kvsh.de

## Kreis Rendsburg-Eckernförde
**Eckard Jung, Praktischer Arzt**
Tel ..... 04351 3300
Fax ..... 04351 712561
E-Mail ..... kreisstelle.rendsburg-eckernfoerde@kvsh.de

## Kreis Schleswig-Flensburg
**Dr. Carsten Petersen, Facharzt für Innere Medizin**
Tel ..... 04621 951950
Fax ..... 04621 20209
E-Mail ..... kreisstelle.schleswig@kvsh.de

## Kreis Segeberg
**Dr. Ilka Petersen-Vollmar, Fachärztin für Allgemeinmedizin**
Tel ..... 04551 9955330
Fax ..... 04551-9955331
E-Mail ..... kreisstelle.segeberg@kvsh.de

## Kreis Steinburg
**Dr. Axel Kloetzing, Facharzt für Allgemeinmedizin**
Tel ..... 04126 1622
Fax ..... 04126 394304
E-Mail ..... kreisstelle.steinburg@kvsh.de

## Kreis Stormarn
**Dr. Hans Irmer, Arzt**
Tel ..... 04102 52610
Fax ..... 04102 52678
E-Mail ..... kreisstelle.stormarn@kvsh.de

ANZEIGE

# Neues auf einen Klick

## Schneller infomiert mit den Newslettern der KVSH

**Registrieren Sie sich unter**

**www.kvsh.de/newsletter-abonnement**

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

- Abrechnungsregelungen
- Informationen zur Telematikinfrastruktur
- Neue Verträge

und vieles mehr ...

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

Zurück zur Inhaltsangabe