

Nordlicht



September 2022 | 25. Jahrgang

A K T U E L L

GKV-GESETZ:

Vorstandsinterview
Hintergründe
Protestbriefe
Reaktionen



GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Lauterbachs nächste Irrfahrt

SERVICESEITEN
AB SEITE 51

TITELTHEMA

- 4 „Jetzt zu behaupten, das habe nichts gebracht, ist absolut unverschämt.“ Interview mit dem KVSH-Vorstand zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz
- 8 Heute so, morgen so und übermorgen anders: Lauterbachs Positionswechsel in Zitaten
- 10 Offene Brief an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach
- 12 So ist die Lage in den Praxen: Offener Brief der KVSH an die schleswig-holsteinischen Abgeordneten des Deutschen Bundestags
- 15 Zi-Datenauswertung: Neupatientenregelung wirkt
- 18 Lauterbachs Streichungskatalog: Ein Schlag ins Gesicht der Patientenversorgung
- 21 Reaktionen der Berufsverbände
- 25 Kommentar: Verhöhnung

26 NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

- 27 FAQ zur AV-Wahl 2022
- 28 AV-Wahl 2022: Wer kandidiert?

PRAXIS & KV

- 36 Austausch der TI-Konnektoren: Kann das „Geldvernichtungsprogramm“ noch gestoppt werden?
- 38 „Ohne den Konnektor könnten keine Gesundheitskarten eingelesen werden.“ Interview mit IT-Experten der KVSH
- 40 Ambulante Komplexversorgung: Neues Versorgungsprogramm für Menschen mit psychischen Erkrankungen
- 43 Ambulante Komplexversorgung kann starten – Nicht nur die Vergütung wird bemängelt

45 BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

DIE MENSCHEN IM LAND

- 47 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein
- 48 Nach den Musiktagen ist vor den Musiktagen
- 50 Praxisabgeber sagen „Tschüss“

SERVICE

- 51 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 52 Sie fragen – wir antworten
- 53 Seminare
- 55 Termine
- 56 Ansprechpartner
- 59 Kreisstellen der KVSH

Aus dem Inhalt

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach will mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für eine Versorgung „ohne Abstriche“ sorgen. Bei den Mitgliedern der KVSH wächst dagegen der Widerstand gegen das Gesetzesvorhaben und der Frust über die Konsequenzen, die Lauterbachs Sparprogramm für Niedergelassene und ihre Patienten haben wird.

04



Die Konnektoren für die Telematikinfrastruktur müssen ab Herbst dieses Jahres nach und nach ausgetauscht und durch neue Geräte ersetzt werden. Als Grund für den kostspieligen Zwangsaustausch werden die Sicherheitszertifikate genannt, die nach fünfjähriger Nutzungszeit auslaufen. Was ist dran an diesem Befund?

36



48



Die Bergedorfer Musiktage sind nach zwei Corona-Jahren wieder in ruhigerem Fahrwasser unterwegs. Hinter dem traditionsreichen Event steht Hausarzt Dr. Farhang Logmani, der die klassische Konzertreihe seit 20 Jahren gemeinsam mit seinem Team organisiert und auch für die Saison 2023 bereits viele neue Ideen und Pläne hat.

i

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



EDITORIAL

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

Liebe Leserinnen und Leser!

Undank ist der Welten Lohn ...,

der Spruch ist keinesfalls erheiternd, wo es in Zeiten der Krise doch eigentlich Erbauendes bedürfte. Und doch passt er leider so sehr ins Bild.

Gestern waren die Niedergelassenen und ihre Leistungen die Helden, morgen werden Sie für Millionen Auffrischungsimpfungen wieder gebraucht und im Hier und Jetzt wird bei der gleichen Gruppe mit der Erwartung eines Solidarbeitrags abkassiert. Die Neupatientenregelung habe schließlich nichts gebracht, heißt es, mitunter wird dann nachgeschoben, es seien andere Neupatienten gemeint gewesen als die, die in den Praxen behandelt wurden (sic!). Wie man angesichts der Pandemie und der dennoch um zehn Prozent gestiegenen Patientenzahl auf derlei Blödsinn kommen kann, ist mir (k)ein Rätsel.

Richtig ist, das System ist unterfinanziert. Eine Botschaft an die Gesellschaft, wir können uns das und jenes nicht mehr leisten, wäre wenigstens konsistent und ehrlich. Diese Wahrheit wird durch Narrative ersetzt und das erklärt den Buchstaben k in der obigen Klammer. Der Verstandesmensch wendet sich allerdings angewidert vom politischen Zirkus ab, was für das Gesamtgefüge und die langfristige Stabilität alles Gemeinschaftlichen eine schwere Hypothek ist.

Die Kassen sind von dem Hang zur systemischen Unwahrheit der politisch Verantwortlichen auch betroffen. Deren Defizit hat der Gesetzgeber durch Eingriffe in ihre Rücklagen überwiegend selbst erzeugt. Daher ist ihr Hinweis in den aktuellen Honorarverhandlungen auf Bundesebene nicht unwahr, kein Geld zu haben. Gleichwohl kommt es ihnen genehm und so fehlt dann leider die Sportlichkeit, ein vertretbares Angebot an die KBV zu machen. Eine Nullrunde unter Verweis auf die Einnahmen der Praxen aus den Impfungen, ein Ignorieren der Inflation und den Kostensteigerungen in den Praxen, ein Übersehen der Problematik der MFA-Gehälter, all das sind keine Haltungen, die man als fair wahrnehmen könnte. Ihr Eintreten für die geplante Abschaffung der Neupatientenregelung erschwert den Dialog zusätzlich.

Was nun? Wir haben den offenen Brief an den Bundesgesundheitsminister von der Hälfte aller Praxen gezeichnet vorliegen und bringen diesen in die Öffentlichkeit. Lauterbach hat den persönlichen Termin dazu nicht zugestanden und auch die Einladung zur Sonder-Vertreterversammlung der KBV Anfang September hat er ausgeschlagen. Man könnte sagen: Herr Lanz sitzt ja auch nicht im Plenum ... Unser Bundesland hat eine Initiative auf den Weg gebracht, um im Bundesrat oder auch in der Gesundheitsministerkonferenz auf den Beibehalt der Neupatientenregelung hinzuwirken.

Versuchen wir also, die noch vorhandenen Optionen zu sehen und darauf zu hoffen, dass die Politik als Ganzes Ursache und Wirkung von Schieflagen in der Versorgung besser begreift, als Herr Minister Lauterbach dazu in der Lage ist. Deutschland braucht eine motivierte und breite niedergelassene Versorgung.

Herzliche, aber auch ernste Grüße aus Segeberg

Ihr

Ralph Ennenbach

Das GKV-Finanz- stabilisierungs- gesetz



GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ

„Jetzt zu behaupten, das habe nichts gebracht, ist absolut unverschämt“



Für Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach wird das geplante GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für eine Versorgung „ohne Abstriche“ sorgen. Dagegen wächst bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Widerstand gegen das Gesetzesvorhaben und der Frust über den Zickzackkurs des SPD-Politikers. Dr. Monika Schliffke und Dr. Ralph Ennenbach, die beiden Vorstände der KVSH, über Konsequenzen, die Lauterbachs Sparprogramm für Niedergelassene und ihre Patienten haben wird.

Nordlicht: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach will mit dem geplanten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz die Neupatientenregelung in der ambulanten Versorgung abschaffen, die vor drei Jahren mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt wurde. Lauterbach gilt neben seinem Vorgänger Jens Spahn als „Architekt“ des TSVG und damit auch eben jener Regelung, die er jetzt wieder einkassiert. Was halten Sie davon?

Dr. Monika Schliffke: Es zeigt die ganze Sprunghaftigkeit dieses Gesundheitsministers, die er ja auch bei COVID zeigt. Seine aktuellen Aussagen widersprechen denen, die er damals getätigt hat. Er hatte vor dem TSVG lange über Wartezeiten und mangelnde Übernahmebereitschaft von Neupatienten lamentiert, bis es nachher dann wirklich durchgekommen ist. Jetzt nimmt er diese Regelungen wieder zurück und das bedeutet für die Praxen: Seine politischen Aussagen sind unzuverlässig.

Dr. Ralph Ennenbach: Das TSVG war eine Folge der Koalitionsverhandlungen von CDU und SPD und stand unter der medialen Begleitung, dass die niedergelassene Versorgung zu wenig Kapazitäten anbietet. Damals sind viele Talkshows gelaufen, in denen – orientiert an Einzelschicksalen – das angebliche Defizit der niedergelassenen Versorgung dokumentiert wurde. Vor diesem Hintergrund hat man von den Ärztinnen und Ärzten noch mehr Leistung verlangt, obwohl bekannt ist, dass das deutsche Gesundheitswesen die höchste Leistungsdichte und die meisten Arzt-Patienten-Kontakte aller Industriestaaten aufweist. Das hat überhaupt keine Rolle gespielt, aber man hat damals die „Sau durchs Dorf getrieben“ und dem niedergelassenen Bereich organisatorische Vorgaben gemacht. Diese lässt man jetzt bestehen, gleichzeitig will man den Niedergelassenen das zusätzliche Honorar für mehr Leistung wieder wegnehmen. Derartige Volten zu schlagen, zwischen eigenen ideologischen Forderungen in der Vergangenheit und dem Brechen von Zusagen im Hier und Jetzt, ist eine Unverschämtheit und eines Bundesgesundheitsministers absolut unwürdig.

Nordlicht: „Die außerbudgetären Vergütungen für Ärzte sind sinnvoll, da gerade neue Patienten viel Arbeit machen und mehr Zeit in Anspruch nehmen. Wenn eine unterbezahlte Leistung besser bezahlt wird, ist das richtig, zumal Patienten, wenn sie derzeit keine Ärzte finden, zur Behandlung in die Kliniken ausweichen.“ Das ist ein Lauterbach-Zitat aus 2019, kurz vor Inkrafttreten des TSVG. Jetzt soll eine außerbudgetäre Vergütung für Neupatienten auf einmal nicht mehr sinnvoll sein und wird darum einfach gestrichen, oder wie ist das zu verstehen?

Schliffke: Das bestätigt den absoluten Widerspruch zwischen dem, was Lauterbach damals noch als stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion, zuständig unter anderem für das Thema Gesundheit, gesagt hat und dem, was heute in der Gesetzesvorlage des Bundesgesundheitsministers steht. Das macht es auch so unerklärlich und bestätigt das Vorurteil „Was kümmert mich mein Geschwätz von gestern.“

Nordlicht: Die im Gesetzentwurf vorgesehene Streichung der Neupatientenregelung begründet Lauterbach mit der Behauptung, diese habe nichts gebracht. Stimmt das?

Schliffke: Eine aktuelle Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zeigt das Gegenteil, nämlich, dass mehr als jeder vierte gesetzlich Versicherte von der Regelung begünstigt wurde (siehe Artikel Seite 15). Außerdem ist zu bedenken, dass wir zwei Jahre Pandemie hinter uns haben. Das heißt, die Praxen hatten Einschränkungen in Bezug auf die Aufnahme von Patienten. Es hat auch die Reaktion der Patienten gegeben, lieber nicht oder nur im Notfall in eine Praxis zu gehen. Hier sind äußere Einflüsse hinzugekommen, die die Einführungsphase des TSVG extrem behindert haben. Jetzt zu behaupten, das habe nichts gebracht, ist absolut unverschämt.

Ennenbach: Herr Lauterbach ist ein Politiker, der sich gern den Tarnmantel des Wissenschaftlers umhängt. Und an dieser Stelle würde ich den Wissenschaftler in ihm gern einmal fragen, aus welchen Grundlagen er diese Behauptung ableitet.



„Die Überlastungssituation für das medizinische Fachpersonal wird sich weiter verstärken. Das ist weder gut für die MFA noch im Sinne der Patientenversorgung.“

DR. MONIKA SCHLIFFKE

Nordlicht: Was ist das für ein Signal, wenn sich die Niedergelassenen auf den politisch gesetzten Rahmen nicht mehr verlassen können?

Schliffke: Das wird wahrscheinlich individuell sehr unterschiedlich sein. Es wird Kolleginnen und Kollegen geben, die sagen: „Ich führe meinen Arbeitsstil so fort, wie ich ihn immer hatte.“ Es wird aber auch Ärztinnen und Ärzte geben, die sagen: „Mit mir nicht.“ Das stellt für uns als KV ein großes Problem dar. Mancher, der seinen Ruhestand vor sich sieht, wird diesen Schritt jetzt möglicherweise vorziehen und jungen Kolleginnen und Kollegen wird das Signal gesetzt, wie abhängig sie von unmittelbaren, kurzfristigen politischen Entscheidungen sind, die sich drehen können wie ein Fähnchen im Wind.

Ennenbach: Hier ist auch viel Frust im Spiel. Zum einen gibt es diese politische Lobhudelei während der Pandemie nach dem Motto „Ihr Ärztinnen und Ärzte seid so toll“ – dann kommt aber auch gleich der Tritt in den Allerwertesten. Nehmen wir das Beispiel eines Hausarztes, der in einem Zuzugsgebiet praktiziert mit vielen neuen Anwohnern und vielen neuen Patienten. Nun fällt der Hausarzt mit dem von Lauterbach geplanten Gesetz zurück in den budgetierten Käfig, muss sich dann eventuell sogar mit weniger Personal diesen Anforderungen stellen. Was wird er machen? Er wird sicherlich nicht sein Leistungsangebot ausweiten, das kann er gar nicht.

Schliffke: Ein großes Problem liegt dazu in dem Abwandern medizinischer Fachkräfte, ausgelöst durch die mangelnde Wertschätzung der Politik während der Pandemie. Die Überlastungssituation für das medizinische Fachpersonal wird sich weiter verstärken. Das ist weder gut für die MFA noch im Sinne der Patientenversorgung.

„Irgendwann ist die Zitrone ausgepresst.“

DR. RALPH ENNENBACH

Nordlicht: Und im bevorstehenden Pandemie-Herbst dürfen Niedergelassene und Medizinische Fachangestellte wieder klaglos Spitzenleistungen erbringen?

Ennenbach: Irgendwann ist die Zitrone ausgepresst.

Schliffke: Ja, sie ist ausgepresst und es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie Praxen das deutlich machen können. Ein Beispiel: Wenn im Herbst wieder mehr geimpft werden wird, könnte ich mir vorstellen, dass kaum eine Praxis dann noch Impfsprechstunden am Abend oder sogar am Wochenende anbieten wird. Die meisten Praxisinhaber werden sagen: „Das kann ich meinem Personal nicht mehr zumuten und will es auch nicht mehr mir und meiner Familie zumuten.“

Ennenbach: Und man darf auch nicht zu lange darauf setzen, dass die ethisch-moralische Falle – in der Ärztinnen und Ärzte von Berufs wegen sitzen – so viel Raum freisetzt, dass man damit quasi alle politischen Vorstellungen refinanzieren kann. Das Motto: „Egal, was wir euch antun, ihr werdet schon arbeiten“ ist ohnehin verwerflich, aber es ist auch endlich. Gerade nach der Pandemie und den schon aufdringlichen Lobhudeleien des Herrn Lauterbach auf dem Deutschen Ärztetag ist die Fallhöhe extrem hoch, die durch das geplante GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und die damit verbundenen Nachteile für die Niedergelassenen entsteht. Das ist nicht vermittelbar und wird Folgen haben, die über den heutigen Tag hinaus gehen.

Nordlicht: Lauterbach sagt, in der Krankenversicherung klappe ein Loch von 17 Milliarden Euro. Darum müssten alle Beteiligten sparen. Hat der Minister nicht recht?

Ennenbach: Der wesentliche Kostentreiber im Gesundheitswesen sitzt in den stationären Strukturen und klar ist, dass dieses System ausgedünnt werden müsste. Die Politik schiebt das Thema aber immer wieder auf die lange Bank. Das ist ein Fass ohne Boden, den Boden haben aber nicht die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu verantworten oder zu kompensieren.

Schliffke: Ich glaube außerdem, dass die Zahlengrundlage für das Gesetzesvorhaben gar nicht stimmt. Wenn man sich Analysen ansieht, wie sich die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten entwickelt, ist zu erkennen, dass diese wieder ziemlich steil nach oben geht. Es gibt mehr als vor der Pandemie und damit verbessert sich auch die finanzielle Perspektive der Kassen. Ja, man hat sie in der Pandemie mit eigentlich staatlichen Aufgaben ausgeräubert, aber es wundert schon, dass jetzt mit diesem Eifer zulasten anderer die Lücken gefüllt werden sollen. Man hätte auch erst einmal abwarten können, wie sich die Situation der GKV entwickelt, ohne gleich dieses drastische Gesetz auf den Weg zu bringen.



Nordlicht: Wird es aus dem Bundesgesundheitsministerium weitere Einschränkungen geben?

Schliffke: Das Gesetz ist ein grundsätzlicher Angriff auf die Selbstverwaltung von KVen und Krankenkassen, denn es nimmt finanzielle Spielräume für die Gestaltung der ambulanten Patientenversorgung. Ich sehe den Hintergedanken der Bundes-SPD, auf diese Weise die Kassenlandschaft deutlich zu reduzieren und längerfristig dann doch Bürgerversicherung und ein staatliches Gesundheitswesen zu implementieren.

Nordlicht: Und wie wird es mit dem Bundesgesundheitsminister weitergehen?

Ennenbach: Herr Lauterbach wird keine zwei Jahre mehr Bundesgesundheitsminister bleiben.

Nordlicht: Ist das Ihre Hoffnung?

Ennenbach: Nein, ich bin mir sicher, dass er sich mit seinem Hang zum Chaotisieren nicht im Amt halten wird.

DAS INTERVIEW FÜHRTE MARCO DETHLEFSEN, KVSH

Heute so, morgen so und über Lauterbachs Positionswechsel

20. DEZEMBER 2018**KARL LAUTERBACH IN DER
NEUEN OSNABRÜCKER ZEITUNG**

*„Der ein oder andere Arzt
wird ab Mittwochnachmittag
auf dem Golfplatz gesehen.“*

30. JANUAR 2019**KARL LAUTERBACH ZUM TSVG
PRESSEKONFERENZ**

*„Das Grundgerüst des
Gesetzes bleibt erhalten:
Patienten sollen mehr Fach-
arzttermine bekommen und
Ärzte dafür extrabudgetär
honoriert werden.“*

2018**2019****14. MÄRZ 2019****KARL LAUTERBACH AUF
TWITTER**

*„Mit dem Termingesetz für
Ärzte von heute werden wir
erreichen, dass Patienten in
sehr viel kürzerer Zeit einen
Termin beim Facharzt bekom-
men. Monatelanges Warten
wird beendet. Ein Meilenstein
Richtung Bürgerversicherung.
Dieses Gesetz war mir beson-
ders wichtig, kommt ab
1. Mai.“*

27. JULI 2022**KARL LAUTERBACH ZUM
GKV-FINANZSTABILISIERUNGS-
GESETZ**
PRESSEMITTEILUNG BUNDES-
GESUNDHEITSMINISTERIUM

*„Insgesamt ist unser
Ziel, dass die Gesetzliche
Krankenversicherung erst-
klassig bleibt. Ohne Abstriche
in der Versorgung.“*

morgen anders: in Zitaten

6. MÄRZ 2019

**KARL LAUTERBACH ZUM TSVG
HANDELSBLATT**

„Der Ansatz, dass Ärzte Kassenpatienten schneller behandeln, ist richtig. Dafür braucht man starke Anreize. Sonst wird es nie so sein, dass gesetzlich Versicherte mit Privatpatienten konkurrieren können.“

14. MÄRZ 2019

**KARL LAUTERBACH ZUM TSVG
PRESSEMITTEILUNG DES
DEUTSCHEN BUNDESTAGES**

„Die außerbudgetären Vergütungen für Ärzte sind sinnvoll, da gerade neue Patienten viel Arbeit machen und mehr Zeit in Anspruch nehmen. Wenn eine unterbezahlte Leistung besser bezahlt wird, ist das richtig, zumal Patienten, wenn sie derzeit keine Ärzte finden, zur Behandlung in die Kliniken ausweichen.“

2022

8. AUGUST 2022

**KARL LAUTERBACH ZUR
NEUPATIENTENREGELUNG
DEUTSCHES ÄRZTEBLATT
HEFT 31–32**

„Empirische Arbeiten geben keinen Hinweis darauf, dass auch nur ein einziger Patient zusätzlich behandelt wurde wegen dieser Regelung.“

10. AUGUST 2022

**KARL LAUTERBACH ZUR
NEUPATIENTENREGELUNG
PRESSEKONFERENZ BUNDES-
GESUNDHEITSMINISTERIUM**

„Da sind wir nicht richtig in der Lage zu prüfen, wer Bestands- und wer Neupatient ist.“

Offener Brief an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach

2019 wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten eingeführt. Nun, drei Jahre später, will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die Neupatientenregelung ebenfalls per Gesetz wieder abschaffen. Das ist ein erneutes Zeichen der Politik, dass die Leistung, die die Praxen Tag für Tag erbringen, keine Würdigung erfährt – statt Anerkennung gibt es Honorarkürzungen. Und das, obwohl die Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den zurückliegenden schwierigen Zeiten das Versorgungsangebot nicht nur aufrechterhalten, sondern sogar verbessert haben.

Die KVSH hat deshalb einen offenen Brief initiiert, der die Sorgen, den Unmut und die Enttäuschung der Niedergelassenen zusammenfasst und die Praxen um Unterstützung des Briefes gebeten. Obwohl der Zeitraum zur Teilnahme zum Teil noch in die Sommerferien fiel, haben in kurzer Zeit rund 1.700 und damit rund die Hälfte aller Praxen in Schleswig-Holstein den offenen Brief an Lauterbach unterzeichnet. Wir dokumentieren den offenen Brief, der dem Minister in Kürze zugeleitet werden wird.



Sehr geehrter Herr Bundesminister Lauterbach,

wir, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein, protestieren gegen die Honorarkürzungen, die mit der geplanten TSVG-Rückabwicklung einhergehen werden. Honorarkürzungen werden entgegen Ihrer Verlautbarung zwangsläufig Leistungskürzungen für Versicherte nach sich ziehen.

- Trotz Pandemie und unter hohem Aufwand und Personaleinsatz wurden nachweislich zusätzliche Termine für Neupatienten angeboten und Wartezeiten verkürzt, wie es die Politik ausdrücklich mit dem TSVG gewollt hat. Im Nachgang wird nun die medizinische Leistungsfähigkeit der Praxen während der Pandemie durch die geplanten Honorarkürzungen abgewertet.
- Honorarkürzungen in den Praxen sind gleichzeitig ein erneutes fatales Signal an medizinische Fachangestellte, die im Gegensatz zum Pflegepersonal in Kliniken und Heimen keine politische Wertschätzung für ihre enormen Leistungen in der Pandemie erfahren haben. Die Abwanderungsquote des Fachpersonals aus Praxen ist bereits jetzt hoch.
- Die geplante Honorarkürzung sendet zudem das demotivierende Signal an den dringend in unseren Praxen benötigten ärztlichen Nachwuchs, dass die politischen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung nicht verlässlich sind und mit ihnen nach Belieben verfahren wird.
- Offenbar denken Sie schon heute an eine Wiederholung der Impfkampagne, möglicherweise sogar in einer Dauerschleife. Wir denken: Ärztliche Arbeitszeit ist endlich, ebenso die des medizinischen Fachpersonals. Sie können jetzt davon ausgehen, dass Praxen und ihr Personal als Reaktion auf Honorarkürzungen und verweigerte Anerkennung nicht mehr zu Überstunden an Abenden und Wochenenden bereit sind. Nur diese haben hohe Impfquoten in einem engen Zeitraum ermöglicht.
- Öffentliche politische Dankbarkeitsäußerungen für Pandemie- und Impfleistungen verstehen wir unter dem Aspekt folgender Honorarkürzungen als Nachtreten der Politik. Dies ist nicht hinnehmbar, weil man an uns gleichzeitig neue Forderungen stellt:
 - Umsetzung neuer Anwendungen in der Telematikinfrastruktur nach Zeitplan
 - Erhebliche Eigenfinanzierung des Konnektortausches

Als Vertragsärzte werden wir sehr genau prüfen, inwieweit ein ausreichender Mehrwert für uns erkennbar ist und nur diesen umsetzen. Es ist geradezu grotesk, dass GKV-Ausgaben in Höhe von 300 bis 400 Millionen Euro für einen Konnektortausch quasi klaglos akzeptiert werden und gleichzeitig an anderer Stelle Versorgung abgebaut wird.

Wir erwarten, dass Sie sich über die Konsequenzen Ihrer Gesetzgebung jederzeit im Klaren sind.

Mit freundlichen Grüßen

Die Unterzeichner des offenen Briefes

Brief zur Lage in den Praxen an die schleswig-holsteinischen Abgeordneten des Deutschen Bundestages

Die Pläne der Bundesregierung, die extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten wieder aus dem Gesetz zu streichen, sind nur das neueste Ärgernis in einer Reihe von Entscheidungen der Politik, die in den Praxen für Unverständnis und Unmut gesorgt haben. Die Nicht-Berücksichtigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen beim staatlichen Corona-Bonus trotz ihres unermüdlichen Engagements während der Pandemie hatte zuvor schon für Kopfschütteln gesorgt, ebenso die Art, wie die Digitalisierung im Gesundheitswesen von der Politik vorangetrieben wird, nämlich durch immer neue TI-Anwendungen, die mit kurzen Fristen eingeführt werden sollen, ohne technisch ausgereift zu sein – die Praxen werden so immer öfter zu TI-Versuchslaboren.

Der Vorstand der KVSH hat die aktuellen Honorarkürzungspläne bei Neupatienten im Zuge des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes zum Anlass genommen, den Bundestagsabgeordneten aus Schleswig-Holstein die Lage in den Praxen zu schildern und die Parlamentarier aufzufordern, die Bedenken der Niedergelassenen ernst zu nehmen und eine Politik zu vermeiden, die die Arbeitsbedingungen für jene erschweren, die mit großem Einsatz täglich die ambulante Versorgung sicherstellen. Wir dokumentieren den Brief, den gleichlautend alle 28 Bundestagsabgeordneten aus Schleswig-Holstein erhalten haben.



21. Juli 2022

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

die Pläne des Bundesgesundheitsministers, mit dem geplanten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz die erst mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte extrabudgetäre Vergütung von Neupatienten zu streichen und gegebenenfalls auch noch die Regelungen zur offenen Sprechstunde zur Disposition zu stellen, hat nicht nur zu erheblichem Unmut unter den Mitgliedern der KSH geführt, sondern fügt sich leider in eine Reihe von Entwicklungen ein, die in den Praxen zu einer zunehmenden Demotivation führen. Dies kann sich negativ auf die bereits angespannte Versorgungssituation auswirken.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben seit Pandemiebeginn mit großem Engagement die reguläre Versorgung unter erschwerten Bedingungen aufrechterhalten und sich zugleich zusätzlichen Herausforderungen gestellt. Sie haben unter anderem maßgeblich zu den gerade in Schleswig-Holstein hohen Impfquoten beigetragen, in ihren Praxen zum Schutz von Patienten und Personal aufwendige Hygienekonzepte umgesetzt, gesonderte Infektsprechstunden eingerichtet und im Rahmen des ambulanten Monitorings von COVID-Infizierten die engmaschige medizinische Betreuung dieser Patienten übernommen und dadurch die Krankenhäuser vor einer Überlastung geschützt. Während diese außerordentlichen Leistungen zwar gelegentlich durch die Politik verbal anerkannt werden, gibt es eine Enttäuschung in den Praxen, dass diese Wertschätzung jenseits öffentlicher Äußerungen nicht spürbar ist.

Für viel Unverständnis hat gesorgt, dass die enormen Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen unwürdigt blieben, da die Medizinischen Fachangestellten im Gegensatz zu ihren Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und Heimen vom staatlichen Corona-Bonus ausgenommen wurden. Und dass, obwohl der ambulante Sektor nachweislich als Schutzwall der Kliniken gedient hat und gerade die MFA manche Gereiztheit in der Bevölkerung unverdient haben ertragen müssen. Es geht in dieser Frage nicht nur um eine finanzielle Anerkennung. Dieser Bonus wäre vielmehr ein Zeichen der Wertschätzung des Engagements und der Leistung der MFA durch den Staat gewesen. Die Betroffenen verstehen dies so, dass ihre Leistung zur Bewältigung der Pandemie nicht gesehen und nicht anerkannt wird. Es hat sich der Eindruck verfestigt, dass es einen sehr einseitigen Blick der Politik auf Kliniken und Pflegeheime gibt.

Für ein ebenfalls erkennbares Unbehagen sorgt bereits seit längerer Zeit die Art, wie die durchaus wünschenswerte Digitalisierung im Gesundheitswesen vonseiten der Politik vorangetrieben wird. Immer wieder werden neue Anwendungen im Bereich der Telematikinfrastruktur (TI) mit stets engen Zeitplänen in Gesetzen festgezurrt, ohne dass die technische Realisierbarkeit, die die Voraussetzung für einen Mehrwert für die Praxen ist, bei der Umsetzung angemessen berücksichtigt wird. Wenn aber die Nutzung von TI-basierten Anwendungen mit konkreten Stichtagen und verbunden mit Sanktionsdrohungen vorgegeben wird, die Praxen aber die Erfahrung machen, dass die Technik weder kurz vor noch nach dem politisch gesetzten Stichtag einsatzfähig ist, sorgt dies für Verdruss und unterminiert auf Dauer die Aufgeschlossenheit der Praxen für viele für die Digitalisierung wesentlichen Prozesse. Denn grundsätzlich erhoffen sich die Niedergelassenen durchaus sowohl eine Reduzierung des Aufwands in den Praxen als auch einen Mehrwert für die Behandlung der Patientinnen und Patienten durch eine engere digitale Vernetzung der unterschiedlichen Beteiligten. Die Praxen lehnen es aber ab, Versuchskaninchen für unausgereifte Software oder Hardware spielen zu müssen, und Prozesse einzuführen, deren Fehlerhaftigkeit zu einem Mehraufwand in den Praxen führt, obwohl Entlastung und Vereinfachung durch digitale Anwendungen versprochen wurden.

Dem eRezept, das das Papierrezept ablösen und sowohl für Praxen als auch für Patienten eine Erleichterung bringen soll, drohte ein ähnliches Vorgehen, nachdem die zuständige und sich mehrheitlich in den Händen des BMG befindliche gematik verkündete, dass dieses unter anderem in Schleswig-Holstein zum 1. September verbindlich eingeführt werden solle. Und dass, obwohl die technische Verlässlichkeit bislang nicht gegeben ist, um diese Anwendung ohne weitere Tests flächendeckend einzuführen. In diesem Fall konnte durch unseren deutlichen Einspruch und den Protest weiterer ärztlicher Organisationen in Gesprächen mit dem BMG erreicht werden, dass die zwangsweise Einführung in den Praxen vom Tisch ist und die Umsetzung ausdrücklich

nur im Takt des technischen Möglichen erfolgen soll. D. h. es konnte erreicht werden, dass Ärztinnen und Ärzte nicht mit verbindlichen Stichtagen ohne Rücksicht auf den Stand der technischen Umsetzbarkeit konfrontiert werden. Die KVSH begleitet diesen neuen Ansatz aus Überzeugung sehr intensiv, weil wir glauben, dass nur so eine Digitalisierung gelingen wird, die einen echten Mehrwert für Praxen und Patienten darstellt. Es gibt noch eine Reihe von TI-Baustellen, wo ein solches gestuftes Vorgehen sinnvoll und angebracht wäre. Eine von diesen ist der jetzt beginnende Konnektorentausch, der ohne zwingende sachliche Notwendigkeit Kosten der GKV in Höhe von ca. 300 Millionen Euro als auch zeitliche Belastungen in den Praxen nach sich zieht. Der Hintergrund ist, dass die Zertifikate aus formalen Gründen nach fünf Jahren verfallen, obwohl Alternativen des Weiterbetriebs möglich wären. Dieses Geld der GKV fehlt nun in der Versorgung.

In dieser ohnehin schon als unbefriedigend empfundenen Lage der Praxen kommt nun die zusätzliche Ankündigung, die extrabudgetäre Vergütung der Neupatienten, die erst mit dem TSVG vor rund zweieinhalb Jahren eingeführt wurde, wieder aufzuheben. Dies führt zu erheblichem Unmut und zwar nicht primär nur aus finanziellen Gründen, sondern weil die Pandemie mit ihren Einschränkungen und Kontaktbegrenzungen der ambulanten Versorgung keine Chance gegeben hat, die Versorgungsverbesserung sichtbar zu machen. Statt also dies erst einmal zu ermöglichen und damit auch die Leistungen der Niedergelassenen während der Pandemie zu würdigen, wird ein gegenteiliges Signal mit Nachteilen für Praxen, aber auch für Patientinnen und Patienten gesendet. Wir sehen die Gefahr, dass sich, wird die Streichung der Zuschläge für Neupatienten und gegebenenfalls auch noch der offenen Sprechstunden tatsächlich umgesetzt, die Versorgungssituation verschärfen wird. Auch ist es ein Signal nicht verlässlicher Rahmenbedingungen an den ärztlichen Nachwuchs. Das konterkariert unsere Bemühungen, mehr jüngere Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit in den Praxen zu gewinnen.

Vor diesem Hintergrund bitten wir Sie, sich dafür einzusetzen, dass die Gesundheitspolitik die Bedenken der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ernst nimmt und Entscheidungen vermeidet, die die Arbeitsbedingungen für jene erschweren, die mit großem Einsatz täglich die ambulante Versorgung der Bevölkerung flächendeckend sicherstellen.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns die Gelegenheit geben würden, die hier beschriebene Situation in einem persönlichen Gespräch weiter zu erläutern.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Monika Schliffke

Dr. Ralph Ennenbach



DR. MONIKA SCHLIFFKE,
VORSTANDSVORSITZENDE DER KVSH



DR. RALPH ENNENBACH,
STELLVERTRETENDER
VORSTANDSVORSITZENDER
DER KVSH

„Empirische Arbeiten geben keinen Hinweis darauf, dass auch nur ein einziger Patient zusätzlich behandelt wurde wegen dieser Regelung.“ So zitiert das Deutsche Ärzteblatt Karl Lauterbachs Begründung, warum die 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte Neupatientenregelung im neuen GKV-Finanzstabilisierungsgesetz gekippt werden soll. Während der Bundesgesundheitsminister also behauptet, die Neupatientenregelung habe nichts gebracht, kommt eine Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zu einem ganz anderen Schluss. Denn das Zi hat nachgewiesen, dass mehr als jeder vierte gesetzlich versicherte Patient von der Regelung profitiert hat. Hier die Pressemitteilung des Zi.

Neupatientenregelung wirkt

Zi-Datenauswertung belegt positive Effekte der Neupatientenregelung auf Versorgungsqualität seit Einführung in 2019. Pläne der Bundesregierung zur Abschaffung der Neupatientenregelung werden Kassenpatient:innen den Zugang zu ärztlicher Versorgung erschweren.



Berlin, 27. Juli 2022 – Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführten Maßnahmen zur Förderung von Arztterminen für Neupatient:innen haben die gewünschte Wirkung gezeigt. Dies teilte Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), nach einer aktuellen Auswertung der ärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2021 mit. „Unsere Auswertung zeigt, dass im vierten Quartal 2021 mehr Neupatient:innen behandelt wurden als im vierten Quartal 2019, obwohl die ärztlichen Behandlungskapazitäten in diesen zwei Jahren eher weniger als mehr geworden sind. Außerdem haben Neupatient:innen gegenüber dem vierten Quartal 2019 mehr zusätzliche Leistungen erhalten als bereits bekannte Patient:innen. Genau diese Effekte waren beabsichtigt, als mit dem TSVG im Jahr 2019 die allgemein geltenden Leistungsbegrenzungen für die ärztliche Behandlung von Neupatient:innen abgeschafft wurden“, fasste von Stillfried die Ergebnisse zusammen. Im Einzelnen zeige die Auswertung des Zi, dass

- mehr als jede:r vierte gesetzlich versicherte Patient:in von der Regelung begünstigt wurde: Im vierten Quartal 2021 wurden in den Praxen 20 Mio. Neupatient:innen behandelt. Insgesamt suchen rund 72 Mio. gesetzlich Versicherte mindestens einmal jährlich eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt auf. Zudem ist zu beachten, dass mehr als ein

Fünftel aller Neupatient:innen zwei und mehr Neupatientenfälle ausgelöst haben. Dies ist z. B. bei Behandlungen in der Schwangerschaft, bei Haut- oder Augenkrankheiten nicht überraschend.

- die Anzahl der Neupatient:innen im vierten Quartal 2021 gegenüber dem vierten Quartal 2019 um 12 Prozent gestiegen ist. Der Anteil der Neupatient:innen an allen Patient:innen stieg um 7,5 Prozent. Die höchsten Anstiege wurden in den Regionen Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen beobachtet, in denen der Anteil der Neupatient:innen nicht zuletzt aufgrund des eingeschränkten Angebots eher unterdurchschnittlich ist.
- die Neupatientenregelung für nahezu alle Praxen von Bedeutung ist: Im vierten Quartal 2021 haben insgesamt 99 Prozent der Praxen Neupatient:innen behandelt. Bei Hautärzt:innen und Frauenärzt:innen waren es 100 Prozent der Praxen, bei ärztlichen Psychotherapeuten 96,4 Prozent. Unter die Neupatientenregelung fielen rund 21 Prozent aller Behandlungsfälle dieses Quartals. Besonders hoch ist der Anteil der Neupatient:innen naturgemäß bei Chirurg:innen, HNO-Ärzt:innen, Hautärzt:innen und Orthopäd:innen. Die höchsten Steigerungsraten für Neupatient:innen ergaben sich aber bei Hausärzt:innen (32 Prozent), Kinder- und Jugendärzt:innen (18 Prozent) sowie bei nichtärztlichen Psychotherapeut:innen (18 Prozent).

GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ

- Kinder und Jugendliche sowie Patient:innen in den erwerbsfähigen Altersgruppen besonders häufig als Neupatient:innen behandelt werden. Am höchsten ist der Anteil der Neupatient:innen mit 29 Prozent in der Altersgruppe 20 bis 39 Jahre. Blickt man auf Behandlungsanlässe, ergibt sich ein heterogenes Bild. In allen Fachgruppen haben Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt den höchsten Anteil der Neupatientenfälle, Krankheiten des Ohres, Auges, Infektionskrankheiten sowie Krankheiten des Atmungssystems führen die Liste an.
- die Versorgung für Neupatient:innen intensiver wurde: In 2021 wurden je Neupatient:in 7,7 Gebührenordnungspositionen abgerechnet, während es in 2019 nur 7,0 waren. Die Steigerung beträgt 9 Prozent. Damit ist die Leistungssteigerung für Neupatient:innen höher als für alle übrigen Patient:innen, für die im Schnitt 8 Prozent mehr Leistungen abgerechnet wurden. Dabei gibt es fachgruppenspezifische Unterschiede: Bei Augenärzt:innen etwa betrug die Leistungszunahme bei Neupatient:innen 10,4 Prozent, bei Nicht-Neupatient:innen 6 Prozent. Pro Kopf erhielten Neupatient:innen besonders in Berlin, Hamburg und Schleswig-Holstein deutlich mehr Leistungen. Allerdings beträgt die Menge der Leistungen je Quartal und Patient:in für Neupatient:innen nur rund zwei Drittel der Leistungsmenge für bereits bekannte Patient:innen.

Ausweislich des jüngst bekannt gewordenen Entwurfs des Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung plant die Bundesregierung, diese erst vor drei Jahren eingeführte Begünstigung von Neupatient:innen wieder zu streichen, da sie keine Vorteile in der medizinischen Versorgung gebracht habe. „Diese Begründung können wir nicht nachvollziehen. Die Vertragsärzt:innen haben maßvoll aber bestimmungsgemäß von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, ohne

Mengenbegrenzung abzurechnen. Durch die Kehrtwende der Bundesregierung würden der vertragsärztlichen Versorgung nach unseren Berechnungen rund 400 Millionen Euro entzogen, die in der medizinischen Versorgung der Patient:innen fehlen werden“, sagte von Stillfried. In den kommenden Jahren werde es wichtiger werden, die Behandlung von Neupatient:innen zu fördern, damit dringende Behandlungsanlässe trotz des fortschreitenden Fachkräftemangels schnell Zugang zur medizinischen Versorgung finden, ohne etwa die Notfallversorgung zu belasten. „Deshalb verwundert es, dass der amtierende Bundesminister für Gesundheit es offenbar zulässt, eine Förderung zu streichen, die unbestreitbar Vorteile für einen großen Teil der gesetzlich Versicherten entfaltet und deren Einführung er selbst erst 2019 als Abgeordneter gefordert und als sinnvoll begrüßt hat“, sagte von Stillfried.

Als Neupatient:innen gelten gesetzlich Versicherte, die mindestens zwei Jahre (acht Quartale) lang nicht in Behandlung der jeweiligen Praxis waren. Die Abrechnungsdaten geben keinen Hinweis darauf, ob und inwieweit sich Wartezeiten verändert haben. Hierzu müssen Befragungsdaten aus Praxen oder von Patient:innen herangezogen werden, wobei die Beurteilung von Wartezeiten nach Einschätzung des Zi in den vergangenen zwei Jahren durch Effekte der Pandemie stark überlagert sein dürfte.

Zahlen und Fakten zur Neupatienten-Regelung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes von 2019

Ergänzendes Material zur Medieninformation
vom 27. Juli 2022

„99 Prozent aller zur Abrechnung von Neupatienten berechtigten Praxen behandeln Neupatienten.“

„Anteil der Neupatientenfälle bei den jüngeren und Patienten im erwerbsfähigen Alter am höchsten.“

**„Durchschnittlich 255 Neupatientenfälle pro Praxis und Quartal.“
Spitzenreiter HNO- und Hautärzte:
700 Neupatienten pro Praxis**

Die Anzahl der Neupatienten richtet sich unter anderem nach Fall- und Leistungsspektrum der Fachgruppe. In der Psychotherapie etwa werden pro Stunde weniger Fälle behandelt als z. B. beim Hautarzt, daher besteht dort ein geringes Potenzial für Neupatienten.

Leistungshäufigkeit* pro Patient - Veränderung 4. Quartal 2021 zu 4. Quartal 2019



REDAKTION/ZI

Ein Schlag ins Gesicht der Patientenversorgung

Der Gesetzentwurf zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sieht einen ganzen Katalog von Streichungen vor. Das bedeutet auch einen tiefen Einschnitt in die ambulante Versorgung der Patienten. Was ursprünglich mit der Einführung des TSVG erreicht werden sollte und auch erreicht wurde, wird mit einem Federstrich zunichte gemacht.



Das 2019 verabschiedete TSVG und die darin geregelten Verbesserungen bei der Vergütung unter anderem von Neupatienten reichen weit zurück in das vorherige Jahrzehnt. Begonnen hatte alles vor rund elf Jahren. Die Idee der Politik damals: Kassenärzte sollten mit einem Bußgeld von 25.000 Euro belegt werden, wenn sie dem GKV-Versicherten nicht innerhalb von fünf Tagen einen Termin anbieten. Bei Politik und Verbänden stieß das damals auf heftigen Widerstand. Von „Enteignung der niedergelassenen Ärzte“ war die Rede, von einem „Schlag ins Gesicht der Ärzte“, von einer „schallenden Ohrfeige für die gesamte Ärzteschaft“ und

von einer „überbordenden Kontrollwut“. Karl Lauterbach hingegen, von dem der Vorschlag kam, sprach davon, diese Zweiklassenmedizin müsse beendet werden.

Am Ende sah der Vorschlag vor, dass statt des Bußgeldes von 25.000 Euro die Ärzte mindestens 25 Sprechstunden pro Woche anbieten sollten und mindestens fünf Stunden davon als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung, die ihnen außerhalb des Budgets vergütet würden. KVSH und Ärzte lehnten die Vorgabe von 25 Stunden/Woche damals vehement ab, da es

zuvor nur eine Vorgabe von 20 Stunden gab. Die Ärzteschaft deutete dies seinerzeit als Misstrauenssignal im Sinne von: Die Ärzte arbeiten bisher nicht genug.

Als zusätzlicher Anreiz floss zudem die sogenannte Neupatientenregelung in das Gesetz ein, die nun gestrichen werden soll. Danach sollten die Ärzte besser honoriert werden, wenn sie neue Patienten in der Praxis versorgten, da dies auch mit höherem Aufwand verbunden ist. Folgende zentrale Punkte sollten damit erreicht werden:

- Wartezeiten verkürzen
- Versorgung im ländlichen Bereich stärken
- Leistungsansprüche der Versicherten erweitern

Immerhin wurde mit diesem von Jens Spahn eingebrachten Gesetz von der großen Koalition in Teilbereichen eine angepasste und angemessene Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen geschaffen, um Praxen den Mehraufwand, den gerade Neupatienten und offene Sprechstunden mit sich bringen, zu vergüten. Karl Lauterbach sprach in seiner Begründung für die Einführung des Gesetzes in seiner Rede im Bundestag am 14. März 2019 (Deutscher Bundestag – Mediathek) davon, dass es ein „sehr, sehr wichtiges Gesetz zum Abbau der in Deutschland vorherrschenden Zweiklassenmedizin“ sei. Denn obwohl es in Deutschland jedes Jahr mehr als 600 Millionen Arztkontakte gebe und damit mehr als in jedem anderen europäischen Land, warteten gesetzlich Versicherte oft monatelang auf einen Termin. Er sprach in diesem Zusammenhang von einer „Fehlsteuerung“, der man unbedingt begegnen müsse. Derartige Verhältnisse seien einem reichen Land wie Deutschland unwürdig. Diese wolle man mit diesem Gesetz überwinden. Als Grund dafür, dass ein neuer Patient schwer einen Arzt findet, führte er an, dass dies ökonomische Gründe habe – nicht zuletzt deshalb, weil für den Arzt die Aufnahme eines neuen Patienten mit einem hohen Aufwand verbunden sei.

Lauterbach schlug in diesem Zusammenhang auch eine Bresche für die Entbudgetierung bei der Aufnahme von Neupatienten. Man bekomme für den neuen Patienten nicht nur trotz höheren Aufwandes weniger Geld als Arzt. Wörtlich fügte der damalige Bundestagsabgeordnete hinzu: „Wenn ich Pech habe und mein Budget ist alle, bekomme ich für den neuen Patienten gar kein Geld.“ Der Arzt mache zum Teil sogar Verluste. Und Lauterbach weiter: „Das ändern wir mit diesem Gesetz. Wenn wir eine derzeit massiv unterbezahlte Leistung für neue Patienten besser bezahlen, sodass die Patienten nach jahrelangem Einzahlen, wenn sie mal einen Arzt brauchen, den (Arzt-)Besuch bekommen, dann ist das eine Bezahlung, die höher ist, aber richtig ist, denn es entspricht den Kosten.“ Daher sei dies unbürokratisch über die einheitliche Nummer 116117 geregelt, über die man sich einen Termin beim Facharzt oder auch bei einem anderen Arzt vermitteln lassen kann. Das Mehr an Geld gönne man den Ärzten, denn schließlich hätten sie auch mehr Aufwand, so Lauterbach damals, schließlich mache man Gesundheitspolitik aus Sicht der Kranken und Bürger.

Mit der dann erfolgten Verabschiedung des neuen TSVG wurden folgende wesentliche Punkte eingeführt:

- **Ausweitung der Terminservicestelle (TSS):** Sie vermittelt auch Termine bei Haus- und Kinderärzten und muss bei der Suche nach einem Haus- oder Kinderarzt unterstützen, der den Patienten dauerhaft versorgt.

- **Extrabudgetäre Vergütung:** Kommt eine durch die TSS vermittelte Behandlung zustande, gilt: Alle Leistungen im Behandlungsfall werden extrabudgetär vergütet (Karl Lauterbach damals im Bundestag: „Sie ist eine Bezahlung, die höher ist, die aber richtig ist, denn es entspricht den Kosten.“)
- **Vermittlung an Facharzt:** Vermittelt ein Hausarzt seinem Patienten selbst einen Termin zur dringlichen Weiterbehandlung beim fachärztlichen Kollegen, wird dies mit zehn Euro extrabudgetär vergütet. Der weiterbehandelnde Facharzt erhält alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet.
- **Finanzielle Anreize bei Neu-Patientenaufnahme:** Leistungen für neue Patienten werden im Behandlungsfall außerhalb des Honorarbudgets vergütet. Als neue Patienten gelten nicht nur jene, die den Arzt erstmals aufsuchen, sondern auch Patienten, die mindestens zwei Jahre nicht in der Praxis waren. Das TSVG sieht vor, dass die extrabudgetäre Vergütung im Behandlungsfall für Neupatienten für Ärzte gelten soll, die „an der grundversorgenden oder unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen“.
- **Vorgabe von Mindestsprechstunden:** Praxen müssen mindestens 25 Stunden pro Woche Sprechstunden anbieten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Pflicht, die Sprechstundenzeiten sowie Angaben zur Barrierefreiheit der Praxis im Internet zu veröffentlichen.
- **Offene Sprechstunden:** Fachärzte, die „Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören“ müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Es werden alle Leistungen im Behandlungsfall extrabudgetär vergütet – und zwar für bis zu fünf offene Sprechstunden je Kalenderwoche.
- **116117 rund um die Uhr erreichbar:** Unter der bisherigen Bereitschaftsdienstrufnummer 116117 sind die Terminservicestelle rund um die Uhr sowie der Bereitschaftsdienst zu sprechstundenfreien Zeiten erreichbar. Neu ist: Patienten mit akuten Beschwerden erhalten unter dieser Rufnummer auch zu Praxisöffnungszeiten medizinische Unterstützung, bei Bedarf wird in die adäquate Versorgungsebene zur Weiterbehandlung vermittelt. Je nach Erkrankung und Tageszeit kann dies eine Arztpraxis sein, der Ärztliche Bereitschaftsdienst oder auch eine Notfallambulanz einer Klinik oder der Rettungsdienst. Die Entscheidung, welche Versorgung für den Patienten die richtige ist, wird mittels eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens nach medizinischen Kriterien erfolgen.
- **„Akutfälle“:** Vermittlung durch die TSS zu Sprechstundenzeiten in eine geöffnete Arztpraxis wird sich an den Abläufen der TSS orientieren und wird dahingehend ergänzt, dass die vom Gesetzgeber geforderte Vermittlung in eine „unmittelbare ärztliche Versorgung“ sichergestellt wird, d. h. ein Termin zeitnah zustande kommt. Für diese Patienten wird es eine extrabudgetäre Vergütung für das jeweilige Quartal geben, da sie zu den durch die TSS vermittelten Patienten zählen. Zudem ist im TSVG vorgegeben, dass der Arzt in diesen Fällen einen Zuschlag von 50 Prozent auf die Versichertenpauschale erhält.

GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ

Viel bleibt mit dem jetzt geplanten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz davon nicht mehr übrig. Denn:

- Die **extrabudgetäre Vergütung für Neupatienten wird gestrichen**, der Ausgleich für Mehraufwand entfällt damit. Ärzten wurde bisher der Mehraufwand honoriert, damit diese mehr Sprechstunden für Neupatienten anbieten. Wenn die „Ausbudgetierung“ **rückgängig** gemacht wird, erhält die KV zwar das Honorarvolumen für die MGv zurück, allerdings wohl nur bezogen auf die damalige Anzahl der Neupatienten. Diese Zahl ist jedoch heute höher als damals, bei Hausärzten im 1. Quartal 2022 rund 10 Prozent, im 3. und 4. Quartal 2021 sogar um rund 20 Prozent.
- Die **offene Sprechstunde wird unbefristet bereinigt**. So steht es wörtlich im Gesetzentwurf: „Für die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen, die im Rahmen der offenen Sprechstunde erbracht werden, wird eine zeitlich unbefristete Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgesehen. Darüber hinaus sollen die Auswirkungen dieses Vergütungsanreizes evaluiert werden, um zu analysieren, inwieweit durch die offenen Sprechstunden ein schnellerer Zugang zur fachärztlichen Versorgung tatsächlich erzielt wird.“ Damit wird eine Entlastung des Gesamtbudgets nivelliert; es kann jedoch zu einem individuellen Honorarvorteil kommen.
- Die **Zunahme der Patientenzahlen bei den Fachärzten** ist nicht so hoch wie bei den Hausärzten. Sie beträgt rund fünf Prozent. Jedoch wiegt hier der Vergütungsanteil der Neupatienten schwerer. Für einige Arztgruppen sind es über 20 Prozent der Patienten. Etwas kompensieren können das die Gruppen, die eine offene Sprechstunde anbieten müssen. Die wird weiterhin extrabudgetär vergütet, jedoch laufend bereinigt.

Zusammenfassend bedeutet dies: Der Umsatzverlust durch die Rücknahme der extrabudgetären Neupatienten trifft auf den politgetriebenen Zuwachs der Patientenzahlen.

Das Mehr an Patienten wird nicht durch eine Erhöhung der MGv ausgeglichen. In der Honorarverteilung muss die KVSH darauf reagieren und die ärztlichen Budgets der geringeren Geldmenge anpassen. Geringere Budgets unter den jetzigen politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen werden Auswirkungen auf die Versorgung haben.

Es kommt hinzu, dass stark erhöhte Kosten für Energie und die Lohnsteigerungen der medizinischen Fachangestellten in den Praxen zu tragen sind. Die Signale aus Berlin, dies in den Honorarverhandlungen (Stichwort: Orientierungswert) zu berücksichtigen, sind nicht vielversprechend, jedenfalls schlagen die Krankenkassen eine Nullrunde vor. Man kommt nicht umhin, auch langfristig die Stabilität des Versorgungsangebots und die Umsetzbarkeit des Sicherstellungsauftrags infrage gestellt zu sehen.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

Plakat zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für Ihre Praxis – jetzt bestellen

Schleswig-Holsteins Praxen können ab sofort ein Wartezimmerplakat bestellen, das Patientinnen und Patienten auf die negativen Auswirkungen des geplanten GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes für die ambulante medizinische Versorgung aufmerksam macht.

Das Plakat steht auf unserer Website unter www.kvsh.de/gkv-finanzstabilisierungsgesetz zum Download zur Verfügung und kann bei der Formularausgabe der KVSH unter formular@kvsh.de bestellt werden.



GKV-FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ

Reaktionen der Berufsverbände auf Lauterbachs Gesetzesvorhaben



Die Neupatientenregelung wurde vor Corona konzipiert. Wer diese Regelung, die sich noch nie unter Normalbedingungen bewähren konnte, unter Hinweis auf mangelnde

Wirksamkeit abschafft und dazu noch nicht mal belastbare Zahlen präsentieren kann, disqualifiziert sich selbst. Hat eigentlich VroniPlag die Doktorarbeit von Karl Lauterbach mal geprüft?

DR. THOMAS MAURER, VORSITZENDER DES
HAUSÄRZTEVERBANDS SCHLESWIG-HOLSTEIN



Das Gesetz führt zu Leistungskürzungen, Wartezeiten und Personalentlassungen. Geliefert wird, was bezahlt wird. Wenn Lauterbach das von ihm mitformulierte Gesetz unter falschen

Behauptungen wieder aufhebt, verliert er jede Glaubwürdigkeit. Es ist ein Schlag ins Gesicht der niedergelassenen Ärzte.

PRIV.-DOZ. DR. MED. HABIL. JAN LÖHLER,
LANDESVORSITZENDER SCHLESWIG-HOLSTEIN DES
DEUTSCHEN BERUFSVERBANDES DER HNO-ÄRZTE E. V.



So sieht für die Bundesregierung und Herrn Lauterbach die Wertschätzung für fast drei Jahre Pandemiebewältigung im ambulanten Sektor aus – unterirdisch!

DR. BERNHARD BAMBAS,
LANDESVORSITZENDER SCHLESWIG-HOLSTEIN
DES BERUFSVERBANDES DER
AUGENÄRZTE DEUTSCHLANDS E. V.



Viel schlimmer als der finanzielle Verlust ist die erneute Enttäuschung, dass das Kümmern um die Patienten nicht anerkannt wird. Es fällt schwer, unter diesen Bedingungen junge

Kolleginnen und Kollegen zu motivieren in die ambulante Medizin zu gehen.

DR. THOMAS QUACK, LANDESVORSITZENDER
DES BUNDESVERBANDES DEUTSCHER UROLOGEN E. V.



Die Pandemie hat es doch offengelegt: Nicht nur die Krankenhäuser, sondern besonders auch die Praxen laufen am Limit. Krankenschwestern und MFA verlassen über-

lastungsbedingt das Gesundheitssystem. Wie sollen wir Personal halten oder akquirieren, wenn uns durch das GKF-FinStabG de facto Honorar gestrichen wird?

DR. RALF W. SCHMITZ, VORSITZENDER BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN CHIRURGEN (BDC) SCHLESWIG-HOLSTEIN



Der Berufsverband der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie lehnt den erneuten Eingriff in die Selbstverwaltung mit dem GKV-Finanzstabilisierungs-

gesetz aufs Schärfste ab. Den Kindern und Jugendlichen gebührt besondere Aufmerksamkeit in der Gesundheitsversorgung mit ambulanter wohnortnaher Patientenversorgung, was durch dieses Gesetz torpediert wird.

ANJA WALCZAK, SPRECHERIN DES BERUFSVERBANDS FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE IN DEUTSCHLAND E. V. SCHLESWIG-HOLSTEIN



Nach einem Waldbrand mit „Lage von nationaler Tragweite“ werden die Finanzen der Feuerwehren gekürzt. Ein Bürokrat in einer Behörde kündigt bereits den viel schlim-

meren Brand im Herbst an. Wo bleiben die zuständigen Aufsichtsbehörden, um derartige Fehlentscheidungen unverzüglich zu unterbinden?

DR. CHRISTIAN HAUSCHILD, 1. VORSITZENDER BERUFSVERBAND FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE E.V. SCHLESWIG-HOLSTEIN



Absoluter Vertrauensbruch! Entbudgetierte Vergütung für die Behandlung neuer gesetzlich Versicherter (TSVG) befürwortete Lauterbach als Maßnahme zum Abbau einer Zweiklassen-

medizin. Jetzt null und nichtig! Und dann noch frei erfundene Behauptungen. Flüchtlinge belasten die gesetzlichen Krankenkassen. Falsch! Setzen!

HEIKO BORCHERS, DEUTSCHE PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN, VORSITZENDER DER LANDESGRUPPE



Ich habe die Sorge, dass Sie mit den nun geplanten Kürzungen den letzten Tropfen, der das Fass endgültig zum Überlaufen bringt, auslösen. Für das, was wir in unseren Praxen

gemeinsam mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern speziell auch während der Pandemie geleistet haben – und immer noch leisten – erwarten wir keinen Applaus oder Dankbarkeit, sondern Verlässlichkeit und Planbarkeit. Als mittlerweile zu den 60plus gehörenden haben mich die letzten beiden Jahre erschöpft und unendlich viel Kraft gekostet. Die Sicht auf einen vorzeitigen Eintritt in den Ruhestand wird zunehmend verlockend, allein die Sorge – wer versorgt meine Patienten, wenn ich nicht mehr da bin – hält mich noch davon ab. Sehr geehrter Herr Minister, so wie ich, denken und fühlen viele meiner Kolleginnen und Kollegen. Es kann doch nicht in Ihrem Sinne sein, engagierte Menschen aus ihrem Beruf zu treiben und die bewährte ambulante Versorgung zu gefährden.

(Auszug aus einem offenen Brief an Gesundheitsminister Lauterbach)

DR. INGEBORG KREUZ, FACHÄRZTIN FÜR
ALLGEMEINMEDIZIN, FLENSBURG



Das Terminservice- und Versorgungsgesetz stellte eine weitere Missachtung der Ärzteschaft und insbesondere auch ihrer Leistungen während der Coronapandemie dar. Schon

die Verabschiedung dieses Gesetzes im Jahre 2019 stellte einen massiven Eingriff der Politik in die Kompetenzen der Selbstverwaltung und der Verhandlungshoheit von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen dar. Die Anordnung einer verlängerten Praxisöffnungszeit um 25 Prozent hat zwar zu einer schnelleren Terminvergabe und damit besseren Versorgung geführt, die notwendige Umstrukturierung des Praxisbetriebes und die zusätzliche Bürokratie stellten aber einen außergewöhnlichen Kraftakt dar, über den auch die zusätzliche Vergütung nur wenig hinwegtrösten konnte. Die jetzt geplanten Änderungen, dass die zusätzlichen Leistungen der Arztpraxen durch Ausweitung der Sprechzeiten verpflichtend bleiben, aber nicht mehr bezahlt werden, ist eine unglaubliche Brüskierung der gesamten niedergelassenen Ärzteschaft und stellt eine komplette Missachtung der bisher erreichten Besserungen der Akutversorgung dar. Damit darf die Politik in keinem Fall durchkommen!

DR. ANDREAS BOBROWSKI, VORSTANDSVORSITZENDER
BERUFSVERBAND DEUTSCHER LABORÄRZTE



**Lauterbachs
Leistungskürzungen
führen zu erneuten
Wartezeiten auf Arzt-
termine, insbeson-
dere bei Fachärzten.
Und dies verursacht
ein sozialdemokra-
tischer Minister, der**

**sich die Beendigung der Zweiklassen-
medizin auf die Fahne geschrieben hat-
te! Besser sollte er laut Koalitionsver-
trag steuerfinanzierte, kostendeckende
Beiträge für ALG-II-Empfänger umset-
zen. Mit dem neuen Gesetz beschädigt
er genau die ambulanten Versorgungs-
strukturen, welche in der Pandemie
die Behandlung der Infizierten und die
Impfkampagne durch maximalen Ein-
satz sichergestellt haben!**

MATTHIAS SEUSING, LANDESVORSITZENDER
SCHLESWIG-HOLSTEIN VIRCHOWBUND

Verhöhnung

Als gäbe es in diesen Tagen nicht schon genug Hiobsbotschaften, setzt Karl Lauterbach wieder einmal allem die Krone auf. Seine Pläne, die mit dem TSVG eingeführte Neupatientenregelung zu kassieren, um unter anderem damit sein Gesetz zur Stabilisierung der GKV-Finzen zu finanzieren, zeigen ein krasses Unverständnis für die umfangreichen Mehrleistungen der niedergelassenen Ärzte. Vor allem die Begründung, wonach diese Leistungen gar nicht messbar seien, offenbart eine selbst für Herrn Lauterbach seltene Missachtung objektiver Fakten und ist eine Verhöhnung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, nicht zuletzt auch der KVen.

Dass Ärztinnen und Ärzte, wie in diesem **Nordlicht** zu lesen, mit Zorn reagieren und Lauterbach den Verlust jeder Glaubwürdigkeit um die Ohren hauen, ist verständlich und geschieht zu recht. In höchsten Tönen hatten Jens Spahn als Gesundheitsminister und Karl Lauterbach als Koalitionspartner die Solidarität der Ärzte mit Patienten ohne Hausarzt und mit den unterschiedlichsten Terminproblemen beschworen und im TSVG eine akzeptierte Regelung gefunden, die sich vor allem in den Corona-Impfkampagnen bewährt hat. Nun, wo das Geld an anderer Stelle fehlt, nämlich bei der Deckung des auf ca. 17 Milliarden Euro bezifferten Defizits der gesetzlichen Krankenkassen, glaubt der Minister diejenigen schröpfen zu können, die alles getan haben, um den Kollaps der ambulanten Versorgung in den vergangenen zweieinhalb Jahren zu verhindern.

Wenn das ernst gemeint und nicht nur ein Scherz zu später Stunde in der letzten Talkshow ist, dann läuft der Minister sehenden Auges gegen die Wand. Denn nichts rechtfertigt seine Kehrtwende, und die Solidaritätsbekundungen des Verbandes der Ersatzkassen, die für 2023 eine „Nullrunde für die Leistungserbringer“ fordern, weil die ökonomische Krise „jeden“ angehe, sind nichts wert, solange die Kassen nicht bereit sind, selbst zur Linderung der Krisenfolgen beizutragen. So stellt sich erneut das Gefühl ein, dass die Mittelschicht in Deutschland, die vor der Wahl noch als Rückgrat unserer Gesellschaft beschworen und mit finanziellen Entlastungen gelockt wurde, nach dem Wahltag wieder die Besserverdiener sind, deren „breite Schultern“ mehr tragen müssten. Man kann diesen Stuss nicht mehr hören!

Und noch eins bleibt festzuhalten: Wenn der Minister behauptet, die Mehrleistungen nach dem TSVG seien nicht messbar, dann wären die dafür gezahlten Honorare zwangsläufig ein Geschenk, das gerne mitgenommen wurde. Glaubt Herr Lauterbach wirklich, dass die Ärzte in Deutschland jeden moralischen Kompass verloren haben? Und was löst seine Demagogie bei den medizinischen Fachangestellten in den Praxen aus, deren Einsatz, anders als in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, kaum gewürdigt wurde? Last but not least: Was denken sich Nachwuchsmediziner hinsichtlich der Arbeitsbedingungen in ihrem künftigen Beruf? Alles cool? Ganz gewiss nicht. Sie werden ob solcher Zumutungen noch dreimal überlegen, ob Wissenschaft und Forschung, vielleicht auch ein Job im Ausland, nicht attraktiver und vor allem verlässlicher sind.

Auf eines kann man sich einstellen: Die Ärzteschaft wird deutschlandweit mit Protest und Widerstand reagieren, sollten die geplanten Honorarkürzungen beschlossen werden. Dann ist Schluss mit Zusatzleistungen und die nächste Impfkampagne wird für etliche Patienten ohne Hausarzt wieder zum Lotteriespiel um den nächsten Impftermin. Nicht ausgeschlossen, dass die Politik dann erneut nach den Finanzen der privaten Krankenversicherungen zu greifen versucht. Denn wie man am TSVG sehen kann, sind Gesetze und Verträge, wie die Koalitionsvereinbarung, das Papier nicht wert, auf dem sie geschrieben sind. Und solange auch diese Regierung dem Glauben anhängt, dass auch in der schwersten Krise Umverteilung alternativlos und die beste Politik ist, muss man damit rechnen.

„Wenn das ernst gemeint und nicht nur ein Scherz zu später Stunde in der letzten Talkshow ist, dann läuft der Minister sehenden Auges gegen die Wand.“

Noch steht die Sonne hoch am Himmel über Deutschland. Krise – welche Krise? Dass wir in ein wirtschaftliches Desaster stolpern, noch getoppt durch eine anhaltende Pandemie, mag man nicht so recht glauben. Es fällt offenbar schwer zu antizipieren, was es für jeden von uns bedeutet, wenn der Energiefluss stockt, die Geldentwertung in die Höhe schnellt und die Kaufkraft in den Keller rauscht; Arbeitskräfte fehlen an allen Ecken und Enden und die öffentliche Infrastruktur ächzt und bröckelt. Umso mehr müsste die Bundesregierung den Bürgern durch Orientierung und Verlässlichkeit das Gefühl geben, genau zu wissen, was sie tut. Herumgeeier und Zickzackkurse, wie wir sie auf höchster Ebene erleben und wie sie auch im Vorgehen von Minister Lauterbach zum Ausdruck kommen, sind Gift für das Vertrauen der Menschen in die politische Führung und die Krisen-Resilienz unseres Staates.

In dieser Lage tut Schleswig-Holstein gut daran, seinen eigenen Weg zu gehen. Besser als andere sind wir hier durch die Pandemie gekommen. Höhere Impfquoten und mehr Eigeninitiative bei der Lösung aller Art von Herausforderungen sind Vorzeichen, die Mut machen für die kommenden Monate. Dass dabei eine sichere Gesundheitsversorgung an erster Stelle steht, mag sich von selbst verstehen. Von selbst stellt sie sich aber nicht ein. Deshalb sollte die Landesregierung mit Nachdruck dafür eintreten, dass Karl Lauterbach nicht mit dem Holzhammer versucht, die Finanzprobleme der GKV zu lösen und das zulasten von Ärzten und Patienten.

PETER WEIHER, JOURNALIST

MEDIKAMENTE

Engpass bei Paracetamol- und Ibuprofen-haltigen Fiebersäften

Berlin – Wegen der aktuell eingeschränkten Verfügbarkeit von Paracetamol- und Ibuprofen-haltigen Fiebersäften für Kinder kann statt des Fertigarzneimittels auch eine entsprechende individuelle Rezeptur verordnet und abgerechnet werden. Darauf haben sich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), der GKV-Spitzenverband, die KBV und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände verständigt, wie das BfArM mitteilte. Der GKV-Spitzenverband werde die Krankenkassen informieren und dringend empfehlen, dass den Apotheken während der eingeschränkten Verfügbarkeit die Rezepturen von den Krankenkassen erstattet werden.

Zudem sollen die ärztlichen Verschreibungen der teureren Rezepturen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen gesondert berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wird empfohlen, solange die Fiebersäfte nur eingeschränkt verfügbar sind, diese auf einem separaten Rezept zu verordnen. Damit kann die Apotheke, wenn der Saft als Fertigarzneimittel nicht zu beziehen ist, mit demselben Rezept die Rezeptur abgeben und abrechnen. Allerdings soll die Maßnahme der Rezeptur dem BfArM zufolge nur dann angewendet werden, wenn der Krankheitszustand des Kindes eine Behandlung mit den betreffenden Wirkstoffen erfordert.

GESUNDHEITS-CHECK

Info-Video für Patienten



Berlin – Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ein Video veröffentlicht, um die Bevölkerung stärker für das Thema Früherkennung zu sensibilisieren. Es geht dort unter anderem um den Gesundheits-Check-up, auf den gesetzlich Krankenversicherte ab dem 18. Lebensjahr Anspruch haben. Der KBV-Film zeigt, was der Check-up beinhaltet, wie die Untersuchung abläuft und wann wer Anspruch hat.

Video und weitere Informationen unter www.kbv.de/html/5540.php#content40085

MSD GESUNDHEITSPREIS

KVSH-Projekt nominiert

München – Die KVSH ist mit ihrem IT-Projekt „Erfolgreich: Digital gegen Covid-19“ unter den zehn Nominierten für den diesjährigen MSD Gesundheitspreis. Während der COVID-19-Pandemie gerieten viele Gesundheitsämter an ihre Belastungsgrenzen. Die KVSH baute digitale Prozesse auf, um sie zu entlasten. Alle Projekte stehen seit Anfang August für den Publikumspreis zur Wahl. Jeder Interessierte kann dazu bis zum 12. September unter <https://msd-gesundheitspreis.de/> für den eigenen Favoriten abstimmen. Das Ergebnis der Publikumswahl sowie die Vergabe aller anderen Preise werden im Rahmen des 12. MSD Gesundheitsforums am 14. September bekannt gegeben. Das Preisgeld in Höhe von 115.000 Euro wird auf bis zu acht Preisträger verteilt, darunter die Sonderpreise für Versorgungskoordination, Patientenorientierung, Digitalisierung und Community Medicine. Es hatten sich insgesamt 49 Projekte beworben.

PRÄVENTION

Hautkrebs-Screening in Schleswig-Holstein wieder mehr genutzt



Kiel – Das Hautkrebs-Screening wird in Schleswig-Holstein wieder mehr genutzt. Das hat eine Auswertung der AOK NordWest ergeben. Danach gingen im vergangenen Jahr 11,2 Prozent der AOK-Versicherten in Schleswig-Holstein zur ärztlichen Früherkennung von Hautkrebskrankungen, in 2020 waren es lediglich 9,8 Prozent. Der Anteil der Frauen lag mit 56 Prozent höher als der der Männer (44 Prozent). Über die Jahre war ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten, der in 2020 seinen Tiefpunkt erreichte.

AV-WAHL 2022

FAQ zur Wahl der Abgeordnetenversammlung



WANN UND WIE KANN ICH WÄHLEN?

Sie können bis zum 14. September 2022 per Briefwahl wählen (Eingang der Wahlzettel). Bis zu diesem Tag müssen Ihre Wahlunterlagen in der KVSH eingetroffen sein. Alle dazu nötigen Wahlunterlagen (Stimmzettel, Wahlumschlag und Wahlausweis) haben Sie mit der Post erhalten. Auf Ihrem Stimmzettel haben Sie dann so viele Stimmen zur Verfügung, wie Abgeordnete in Ihrem Wahlkreis zu wählen sind. Die Zahl der Abgeordneten richtet sich nach der Zahl der ärztlichen Mitglieder der KVSH in dem jeweiligen Kreis.

Beispiel:

Kiel stellte bei der letzten Wahl zur Abgeordnetenversammlung 2016 fünf Abgeordnete. Wähler aus Kiel hatten also bis zu fünf Stimmen zur Verfügung, die sie entweder gebündelt einem Kandidaten geben oder auf mehrere Bewerber verteilen konnten. Der Kreis Dithmarschen stellte einen Abgeordneten. Daher hatten die Wähler in diesem Fall eine Stimme.

Es können auch mehrere Kandidaten als ein gemeinsamer Wahlvorschlag kandidieren. Auch in diesem Fall gilt weiterhin: Sie können Ihre Stimmen auf mehrere Kandidaten verteilen – unabhängig davon, ob diese Einzelbewerber oder Teil des gemeinsamen Wahlvorschlages sind – oder alle Stimmen einem einzigen Kandidaten geben. Bei der Stimmauszählung gilt: Da die Stimmen für die Kandidaten eines gemeinsamen Wahlvorschlages zunächst als Block addiert werden, kann es dazu kommen, dass Ärzte, die auf einem gemeinsamen Wahlvorschlag kandidieren, gewählt werden, obwohl sie weniger Stimmen als ein Einzelbewerber erhalten haben.

Die Stimmen werden am 15. September 2022 ausgezählt. Das Wahlergebnis wird danach auf www.av-wahl.de, www.kvsh.de und im Oktober-Nordlicht veröffentlicht.

WARUM IST ES WICHTIG, DASS ICH MICH AN DER WAHL ZUR ABGEORDNETENVERSAMMLUNG BETEILIGE?

Selbstverwaltung lebt vom Mitmachen und Mitgestalten und nur eine funktionierende Selbstverwaltung kann das politische Gewicht der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten stärken. Ihre gewählten Vertreterinnen und Vertreter gestalten die Politik der KVSH sechs Jahre lang mit und bestimmen als Abgeordnete die Dinge, die Ihren Praxisalltag unmittelbar beeinflussen, wie etwa den Honorarverteilungsmaßstab, den KVSH-Verwaltungshaushalt und wichtige Rechtsgrundlagen, wie die Notdienstsatzung und das Sicherstellungsstatut. Außerdem wählen die Abgeordneten die personelle Spitze der Selbstverwaltung, wie z. B. den Vorsitzenden der Abgeordnetenversammlung und den Vorstand der KVSH sowie wichtige Ausschüsse.

WAS IST DER HÄUFIGSTE FEHLER, DER BEI DER ABGABE DER WAHLUNTERLAGEN GEMACHT WIRD?

Es wird sehr häufig vergessen, nicht nur den Stimmzettelumschlag in den vorfrankierten Briefwahlumschlag zu stecken, sondern auch den Wahlausweis beizulegen. Denken Sie also unbedingt daran, denn ansonsten ist Ihre Stimmabgabe ungültig.

Ansonsten gilt:

Ungültig sind die Stimmzettel,

- die nicht amtlich hergestellt sind,
- die den Willen des Wählers nicht zweifelsfrei erkennen lassen,
- die mit unzulässigen Angaben versehen sind sowie
- auf denen mehr Stimmen vergeben wurden, als Abgeordnete zu wählen sind.

NACH WELCHEM WAHLSYSTEM WIRD GEWÄHLT?

Die den einzelnen Wahlvorschlägen zustehenden Sitze werden nach dem Höchstzahlverfahren nach d'Hondt ermittelt. Innerhalb der Wahlvorschläge werden die Sitze auf die Bewerber in der Reihenfolge der auf sie entfallenden Stimmen verteilt. Bei gleicher Höchstzahl oder Stimmenzahl entscheidet das Los. Das gilt auch für die Festlegung der Anzahl der Abgeordneten pro Wahlkreis.

D'Hondt-Verfahren erklärt auf Wikipedia unter <https://de.wikipedia.org/wiki/D%E2%80%99Hondt-Verfahren>

WEN KANN ICH ANSPRECHEN, FALLS ICH FRAGEN ZUR WAHL HABE?

Daniel Jacoby
Tel. 04551 883 259
E-Mail: daniel.jacoby@kvsh.de

Nicole Geue
Tel. 04551 883 303
E-Mail: nicole.geue@kvsh.de

Wer steht zur Wahl?

59 Mitglieder der KVSH kandidieren für die Wahl zur Abgeordnetenversammlung 2022. Wer sind die Bewerberinnen und Bewerber? Welche berufspolitischen Ziele haben sie?

Damit Sie sich ein eigenes Bild machen können, haben wir zusätzlich zur folgenden Übersicht unter <https://av-wahl.de/kandidaten-abgeordnete> Online-Steckbriefe der Kandidatinnen und Kandidaten veröffentlicht. Schauen Sie vorbei und verschaffen Sie sich einen Überblick, welche Persönlichkeiten sich zur Wahl stellen und welche berufspolitischen Ziele sie verfolgen.

AV-Wahl 2022

31. August bis 14. September 2022



KREIS DITHMARSCHEN

zu wählen ist 1 Abgeordnete/Abgeordneter



FRANK REISENBÜCHLER

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Meldorf

Stellvertreterin:

GUDRUN DUSCHA

Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe in Meldorf



STADT FLENSBURG

zu wählen ist 1 Abgeordneter



STEFAN HANSEN

Facharzt für Innere Medizin

Stellvertreter:

DR. MED. RALPH PUHLMANN

Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe



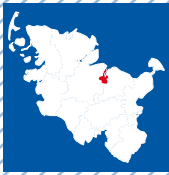
DR. MED. SEBASTIAN GASSNER

Facharzt für Anästhesiologie

Stellvertreter:

DR. MED. RALF WIESE

Facharzt für Anästhesiologie



STADT KIEL

zu wählen sind 6 Abgeordnete



DR. MED. CHRISTIAN HIRSCHNER
Facharzt für Gefäßchirurgie

Stellvertreter:
DR. MED. RALF SCHMITZ
Facharzt für Chirurgie



DR. MED. KATHARINA BALLIN
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Stellvertreterin:
DR. MED. SABINE STARK
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe



DENNIS KRAMKOWSKI
Facharzt für Allgemeinmedizin und
Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohren-
heilkunde

Stellvertreter:
STEPHAN MIKLIK
Facharzt für Allgemeinmedizin



DIRK KREBS
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Stellvertreter:
DR. MED. PHILIP HORSTMANN
Facharzt für Anästhesiologie



**PROF. DR. HABIL.
JACOBUS PFISTERER**
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Stellvertreter:
DR. MED. ARNE BAUTZ
Facharzt für Chirurgie



DR. MED. MICHAEL SCHROEDER
Facharzt für Innere Medizin

Stellvertreter:
**PRIV.-DOZ. DR. MED. HABIL.
HOLGER HINRICHSSEN**
Facharzt für Innere Medizin



DR. MED. THOMAS THORMANN
Facharzt für Innere Medizin

Stellvertreterin:
DR. MED. SILVIA MEFFERT
Fachärztin für Innere Medizin



**PRIV.-DOZ. DR. MED.
CARSTEN SCHRADER**
Facharzt für Innere Medizin

Stellvertreter:
DR. MED. SVEN OLAF FRAHM
Facharzt für Pathologie



DR. MED. BEATRICE BROCKMANN
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Stellvertreterin:
DR. MED. ULRIKE JENTSCH-KÜHNE
Fachärztin für Allgemeinmedizin



DR. MED. HARALD ERICHSEN
Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Stellvertreter:
DR. MED. SIEVERT KLOEHN
Facharzt für Innere Medizin



KREIS HERZOGTUM LAUENBURG

zu wählen sind 2 Abgeordnete

**DR. MED. TORSTEN BARTELS**

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Groß Grönau

Stellvertreterin:

DR. MED. MEIKE WILL
Fachärztin für Allgemeinmedizin in
Groß Grönau

**DR. MED. ANNA FÜRNISS**

Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe in Mölln

Stellvertreterin:

ESTHER ELISABETH PROTHMANN
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe in Mölln

**RAIMUND LEINEWEBER**

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Büchen

Stellvertreter:

DR. MED. CHRISTIAN RÖHR
Facharzt für Allgemeinmedizin in
Schwarzenbek



STADT LÜBECK

zu wählen sind 4 Abgeordnete

**DR. MED. CHRISTIAN BUTT**

Facharzt für Allgemeinmedizin

Stellvertreter:

STEFAN STRZELEC
Facharzt für Allgemeinmedizin

**DR. MED. JAN MARXSEN**

Facharzt für Innere Medizin

Stellvertreterin:

JULIA MEDLIN
Fachärztin für Innere Medizin

**DR. MED. THOMAS PARLOWSKY**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Stellvertreter:

DR. MED. MARTIN BETHGE
Facharzt für Kinder- und
Jugendmedizin

**DR. MED. KLAUS SCHMIDT**

Facharzt für Innere Medizin

Stellvertreter:

PROF. DR. MED. JÜRGEN BÜNING
Facharzt für Innere Medizin

**DR. MED. RALF STAIGER**

Facharzt für Innere Medizin

Stellvertreter:

PROF. DR. MED. THOMAS KÖTTER
Facharzt für Allgemeinmedizin

**DR. MED. ANNEMARIE UEBE**

Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Stellvertreterin:

DR. MED. FRANZISKA BACK-PETERSEN
Fachärztin für Kinderchirurgie



STADT NEUMÜNSTER

zu wählen ist 1 Abgeordnete/Abgeordneter



DR. MED. MARTIN WELLBROCK

Facharzt für Hals-, Nasen- und
Ohrenheilkunde

Stellvertreter:

JAN-HENDRIK FRIEDRICHSEN
Facharzt für Innere Medizin



KREIS NORDFRIESLAND

zu wählen sind 2 Abgeordnete



BJÖRN STEFFENSEN

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Ramstedt

Stellvertreter:

DR. MED. MATTHIAS FISCHER
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Hattstedt



DR. MED. THOMAS MAURER

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Leck

Stellvertreter:

DR. MED. JENS LASSEN
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Leck



KREIS OSTHOLSTEIN

zu wählen sind 3 Abgeordnete



DR. MED. STEFAN HARGUS

Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohren-
heilkunde in Neustadt

Stellvertreter:

DR. MED. NIKOLAS WEGENER
Facharzt für Neurologie in Neustadt



DR. MED. HANS-DIETER TREPKAU

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Ahrensbök

Stellvertreter:

DR. MED. STEFAN HÖNEMANN
Facharzt für Allgemeinmedizin
auf Fehmarn



DR. MED. BETTINA SCHULTZ

Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe in Eutin

Stellvertreter:

DR. MED. ANDREAS BRÜNING
Facharzt für Innere Medizin
in Bad Malente



KNUT KIBBEL

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Bosau

Stellvertreter:

ANSGAR LEIDINGER
Facharzt für Innere Medizin
in Eutin



DIPL.-ING. RAPHAEL SCHREIBER
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Bad Schwartau

Stellvertreterin:
GUNHILD GILLE
Fachärztin für Allgemeinmedizin in
Heiligenhafen



DR. MED. FIONA RAUSCH
Fachärztin für Innere Medizin
in Bad Schwartau

Stellvertreter:
DR. MED. JÖRG-PETER STOCK
Facharzt für Innere Medizin
in Bad Schwartau



KREIS PINNEBERG

zu wählen sind 3 Abgeordnete



DR. MED. MARC DUPAS
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Uetersen

Stellvertreterin:
ANTJE KLEIN
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Haseldorf



**DR. MED. (SYR)
ZOUHEIR HANNAH**
Facharzt für Orthopädie in Quickborn

Stellvertreter:
OLAF THAYSEN
Facharzt für Hals-, Nasen- und
Ohrenheilkunde in Quickborn



DR. MED. TOMASZ WARNS
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Elmshorn

Stellvertreterin:
KARIN RAPHAEL
Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie in Elmshorn



**PRIV.-DOZ. DR. MED.
ROBERT LINKE**
Facharzt für Hals-, Nasen und
Ohrenheilkunde in Wedel

Stellvertreter:
DR. MED. ANDRÉ PLÜMER
Facharzt für Innere Medizin in Heist



DR. MED. PETER CARSTEN LOTZ
Facharzt für Innere Medizin
in Pinneberg

Stellvertreter:
DR. MED. PETER KÜHNELT
Facharzt für Innere Medizin in Wedel

Im Video: Wie arbeitet die Selbstverwaltung?

Einen tieferen Einblick in die Arbeit der Selbstverwaltung bieten mehrere Video-Clips auf dem YouTube-Kanal der KVSH unter www.youtube.com/channel/UCnACKA4jFYuGaYopde8W0A

Sie sind bei einer Sitzung des Beirats dabei, erfahren von den Mitgliedern der Fachausschüsse, weshalb sie sich engagieren und erfahren vom Vorsitzenden der Abgeordnetenversammlung, Dr. Christian Sellschopp, welche Aufgaben und welche Stellung die einzelnen Gremien der KVSH haben.



KREIS PLÖN

zu wählen ist 1 Abgeordnete/Abgeordneter



DR. MED. HEIKO SCHULZE

Facharzt für Gefäßchirurgie
in Plön

Stellvertreter:

DR. MED. WALTER VOSS
Facharzt für Gynäkologie
und Geburtshilfe in Plön



DR. MED. CLAUS ONISCHKE

Facharzt für Innere Medizin
in Selen

Stellvertreter:

DR. MED. DR. RER. NAT. JOACHIM POHL
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Ascheberg



KREIS RENDSBURG-ECKERNFÖRDE

zu wählen sind 3 Abgeordnete



IRIS KAAK

Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Westerrönfeld

Stellvertreterin:

BARBARA BUSSE
Fachärztin für Innere Medizin
in Jevenstedt



SVEN TETZLAFF

Facharzt für Innere Medizin
in Büdelsdorf

Stellvertreter:

JOHANNES SCHLICK
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Fockbek



ULLRICH KRUG

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Groß Vollstedt

Stellvertreterin:

DR. MED. ANGELA PAPE
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Aukrug



DR. MED. MARK TOBIS

Facharzt für Augenheilkunde
in Eckernförde

Stellvertreter:

HOLGER WEISS
Facharzt für Haut- und Geschlechts-
krankheiten in Eckernförde



KREIS SCHLESWIG-FLENSBURG

zu wählen sind 2 Abgeordnete



KATRIN BERGER

Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Schleswig

Stellvertreterin:

SKADI REIMANN
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Jübek



DR. MED. JENS HARTWIG

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
in Schleswig

Stellvertreter:

DR. MED. MICHAEL WEISS
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Gelting



KREIS SEGEBERG

zu wählen sind 3 Abgeordnete



DR. MED. SVEN WARRELMANN

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Norderstedt

Stellvertreter:

DR. MED. THOMAS FLAMM
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Norderstedt



MICHAELA SCHLÖSSER

Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Kaltenkirchen

Stellvertreterin:

DR. MED. OKSANA ULAN
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Henstedt-Ulzburg



DR. MED. KIRSTEN KLOSE

Fachärztin für Innere Medizin
in Bad Segeberg

Stellvertreterin:

ILKA TORNIEPORTH
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Klein Rönkau



KREIS STEINBURG

zu wählen ist 1 Abgeordnete/Abgeordneter



DR. MED. AXEL KLOETZING

Facharzt für Allgemeinmedizin
in Horst

Stellvertreterin:

NADINE FRAMKE
Fachärztin für Innere Medizin
in Wilster



KREIS STORMARN

zu wählen sind 3 Abgeordnete



CHRISTIANE MAASS

Fachärztin für Innere Medizin
in Ahrensburg

Stellvertreter:

MARCUS JÜNEMANN
Facharzt für Innere Medizin
in Großhansdorf



MICHAEL SEIFERT

Facharzt für Innere Medizin
in Reinfeld

Stellvertreterin:

DR. MED. REGINA STERNFELDT
Fachärztin für Innere Medizin
in Ahrensburg



DR. MED. DENNIS WOLTER

Facharzt für Orthopädie
in Ahrensburg

Stellvertreter:

DR. MED. JENS CHRISTIANSEN
Facharzt für Innere Medizin
in Reinbek



DR. MED. MIRIAM FÜHR

Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Oststeinbek

Stellvertreterin:

DR. MED. MICHAELA NÖTZOLD
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Ahrensburg

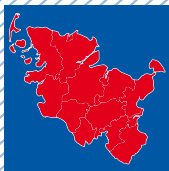


DR. MED. HANS IRMER

Praktischer Arzt
in Ahrensburg

Stellvertreterin:

KAREN HARTWIG
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Trittau



GRUPPE DER PSYCHOTHERAPEUTEN

zu wählen sind 4 Abgeordnete



VERENA SPIEKERMANN

Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutin in Lübeck

Stellvertreter:

PAUL HADRÉ
Psychologischer Psychotherapeut in
Eckernförde



DIPL.-PSYCH. HEIKO BORCHERS

Psychologischer Psychotherapeut und
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut in Kiel

Stellvertreter:

DR. PHIL. DIPL.-PSYCH. BJÖRN RIEGEL
Psychologischer Psychotherapeut in
Hohenwestedt



DIPL.-PÄD. HALUK MERMER

Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut in Rendsburg

Stellvertreterin:

**DIPL.-SOZ.PÄD./DIPL.-SOZ.ARB.
NINA ARNDT**
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutin in Kiel



DIPL.-PSYCH. DAGMAR SCHULZ

Psychologische Psychotherapeutin
in Neumünster

Stellvertreterin:

DIPL.-PSYCH. KATRIN STOIKE
Psychologische Psychotherapeutin
in Tarp



**DIPL.-PSYCH.
FERDINAND MÜLDER
VON GUERARD**

Psychologischer Psychotherapeut
in Brodersdorf

Stellvertreter:

DIPL.-PSYCH. LASZLO ANDREAS POTA
Psychologischer Psychotherapeut
in Lübeck



DIPL.-PSYCH. MICHAELA WEBERT

Psychologische Psychotherapeutin
in Kronshagen

Stellvertreterin:

DIPL.-PSYCH. IMKE VIEWEG
Psychologische Psychotherapeutin
in Kronshagen

Kann das „Geldvernichtungsprogramm“ noch gestoppt werden?

Die Konnektoren für die Telematikinfrastruktur (TI) müssen ab Herbst dieses Jahres nach und nach ausgetauscht und durch neue Geräte ersetzt werden. Grund sind die Sicherheitszertifikate, die nach fünfjähriger Nutzungszeit auslaufen. Der Austausch der Konnektoren, der je nach Schätzung zwischen 300 und 400 Millionen Euro kosten würde, sei alternativlos, heißt es von der gematik. Doch ein Artikel des Computer-Fachmagazins c't schürt Zweifel an dieser Darstellung.



Der Konnektor

Ein speziell abgesicherter Router, der die Verbindung zur Telematikinfrastruktur (TI) herstellt und das zentrale Verbindungsgerät zum Praxisverwaltungssystem ist. Ohne ihn können keine Gesundheitskarten der Patienten eingelesen werden. Funktionen, wie Notfalldatensatz, Medikationsplan, eAU, eRezept usw., sind nur mit Konnektor nutzbar. Bundesweit sind in Praxen und Kliniken rund 130.000 Konnektoren installiert. Aktuell gibt es drei Hersteller, die diese Geräte anbieten: CompuGroup Medical (CGM), RISE und Secunet.

Ende Februar dieses Jahres hatte die Gesellschafterversammlung der gematik den Austausch der Konnektoren beschlossen. Zur Begründung hieß es damals, dass es nach Rücksprache mit den Herstellern und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informati-

onstechnik (BSI) keine Möglichkeit gebe, dass der Konnektor bis zum Übergang in die Cloudlösung – Telematikinfrastruktur 2.0 – betriebsfähig bleibe. Allerdings ist zurzeit noch unklar, wie lange sich die Entwicklung der TI 2.0 hinzieht.

Aus Sicherheitsgründen sind die Konnektoren nur für fünf Jahre zugelassen. Im Herbst dieses Jahres laufen die Sicherheitszertifikate für die ersten Geräte aus. Das betrifft zunächst etwa 30.000 Geräte der Firma CGM, die zuerst zugelassen wurden. In den kommenden Jahren folgen dann die 100.000 übrigen Konnektoren der beiden anderen Anbieter Secunet und RISE.

gematik in Erklärungsnot

Der anstehende Austausch der Konnektoren sorgt für großen Unmut in der Ärzteschaft und bringt die gematik in Erklärungsnot. Die entscheidende Frage lautet: Ist der kostspielige Komplett-austausch der Geräte wirklich notwendig, oder gibt es Alternativen, die deutlich billiger sind? Intensiv diskutiert wird darüber seit der Veröffentlichung eines Artikels von c't Mitte Juli. Experten des Computer-Fachmagazin hatten eine KoCoBox, den Konnektor von CGM, auseinandergebaut, die drei gSMC-K-Karten, auf denen die Sicherheitszertifikate hinterlegt sind, aus den Schächten genommen und wieder eingesetzt. Anschließend funktionierte das Gerät wieder, sodass das Magazin zu dem Ergebnis kam, dass ein Austausch der Karten genüge und bei den anderen beiden Anbietern RISE und Secunet ohnehin ein Softwareupdate möglich sei. Wären die Karten also doch austauschbar, könnte das laut c't Hunderte Millionen Euro sparen: Bei etwa 30 Euro Herstellungskosten für die drei gSMC-Karten ließen sich laut c't pro ausgetauschter KoCoBox 1.556 Euro sparen – also mehr als 45 Millionen Euro allein in diesem Jahr. Nach Bekanntwerden des c't-Artikels forderte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die gematik zu einer Stellungnahme auf. Diese teilte daraufhin mit, dass „ein Ausbau und Tausch der gSMC-K zu keinem Zeitpunkt eine vorgesehene Lösung“ gewesen sei. Aussagen aller Hersteller bestätigten, dass der Austausch einer alten gSMC-K gegen eine neue gSMC-K nicht möglich sei.



In einer weiteren Stellungnahme deutete die gematik außerdem an, dass c't unsauber vorgegangen sein könnte. Es liege die Vermutung nahe, dass bei dem im Artikel beschriebenen Entfernen der gSMC-K dieselbe Karte auch wieder in den Konnektor hineingesteckt wurde – demnach also kein Austausch der Karte selbst stattfand. „Wäre dies der Fall, so ist es auch nicht verwunderlich, dass der Konnektor danach weiterhin funktionierte, schließlich hat sich an seiner Konfiguration nichts geändert.“

Dies ist laut dem Computer-Fachmagazin zwar korrekt, die gSMC-K-Karten hätten aber nach dem Entfernen womöglich erkennen können, dass sie nicht in einem Konnektor stecken. „Sie hätten sich dauerhaft deaktivieren können – dies ist aber nicht geschehen.“

Daraus schlussfolgert c't: „Unsere Erkenntnis aus dem Versuch ist, dass es offenbar keine Sicherheitsfunktionen gibt, die das Gerät unbrauchbar machen, sobald eine SMC entfernt wird. Solche Sicherungen könnten beispielsweise Security Fuses sein, die durchbrennen, sobald der Konnektor ohne seine SMCs bootet. Derartige Sicherheitsmechanismen sind beispielsweise in Spielkonsolen eingebaut, die ein Firmware-Downgrade zum Starten von illegal kopierten Spielen verhindern. In dem von c't geöffneten Konnektor (KoCoBox von CGM, die Redaktion) sind solche Absicherungen aber nicht vorhanden gewesen.“

Der Druck wächst

Durch den c't-Artikel und durch das Nachhaken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist in die Diskussion um den Austausch der Konnektoren Bewegung gekommen. Zwar lehnt das Bundesgesundheitsministerium eine Neubewertung der Situation ab, die KBV konnte aber immerhin durchsetzen, dass die gematik bis zur nächsten Gesellschafterversammlung Ende August Alternativen prüft. Es müsse alles dafür getan werden, um das gigantische Geldvernichtungsprogramm zur Erzeugung von Techniksrott zulasten von Praxen und der Versichertengemeinschaft zu verhindern, fordert die KBV.

Inzwischen hat sich das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik in die Diskussion eingeschaltet. Es hält laut Medienberichten eine Weiternutzung der Sicherheits-Schlüssel in den Konnektoren bis Ende 2025 für vertretbar. Bislang war eine Zertifikatsverlängerung nur bis 2024 möglich gewesen.

Wenn dies der Fall ist, dann muss nach Ansicht der KBV die gematik eine klare Aussage treffen, ob die Cloudlösung bis Ende 2025 umgesetzt ist. Die Hersteller wiederum müssten verbindlich erklä-

ren, ob sie ihre Software entsprechend aktualisieren könnten. „Denn dann wäre der Konnektorentausch gegebenenfalls komplett unnötig“, so die KBV.

Mit der Cloudlösung (TI 2.0), an der die gematik arbeitet, sollen die Praxen über eine Software an die Telematikinfrastruktur angebunden werden. Hardware-Konnektoren und Chipkarten wären dann nicht mehr erforderlich.

Preis auf Erstattungsbetrag abgesenkt

Und auch bei den Kosten tut sich etwas. CompuGroup Medical wird nach eigenen Angaben den Preis für den Konnektorentausch auf 2.300 Euro – inklusive Mehrwertsteuer – senken. Diese Preisanpassung gelte für alle Kundinnen und Kunden, die den Konnektorentausch bei CGM bereits beauftragt hätten, hieß es. Der neue Preis würde damit zum Erstattungspreis der Krankenkassen passen, den die Praxen für den Austausch der Konnektoren bekommen sollen.

gematik-Beschluss:

Alternativen zum Konnektorentausch ab September 2023

Dieser Artikel und das nachfolgende Interview geben den Stand zum Konnektorentausch bis zum Redaktionsschluss am 15. August wieder. Kurz vor Druck des **Nordlichts** teilte die gematik mit, dass bei allen bis August 2023 ablaufenden Konnektoren der Austausch weiterhin die einzig sinnvolle Alternative sei. Zu diesem Ergebnis sei man in der Gesellschafterversammlung am 29. August gekommen, bei der alle Alternativen zu einem Austausch betrachtet worden seien, hieß es.

Für Geräte, die ab September 2023 ablaufen, werden nach Angaben der gematik dagegen Wahlmöglichkeiten für den TI-Anschluss einer medizinischen Einrichtung denkbar – „neben dem Konnektortausch eine Laufzeitverlängerung der TI-Gerätekarte oder ein Anschluss über eine Rechenzentrumslösung.“ Zudem empfehlen die Gesellschafter der gematik, das TI-Finanzierungsmodell anzupassen, „um diese verschiedenen Varianten bei der TI-Anbindung zu ermöglichen.“

MARCO DETHLEFSEN, KVSH

„Ohne den Konnektor könnten keine Gesundheitskarten eingelesen werden“

Viele Fragen, viele Irritationen rund um den anstehenden Austausch der TI-Konnektoren. Die Leidtragenden sind wieder einmal die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Im Nordlicht-Interview bringen die IT-Experten der KVSH, Christian Götze, Udo Karlins und Timo Rickers, Ordnung in das Chaos der sich widersprechenden Informationen.

Nordlicht: Der Austausch der Konnektoren sorgt für großen Unmut unter KV-Mitgliedern. Weil ihr Sicherheitszertifikat nach fünf Jahren abläuft, sollen rund 130.000 Konnektoren in deutschen Praxen und Kliniken ausgetauscht werden. Welche Geräte von welchen Herstellern sind betroffen und wann müssten die ersten Konnektoren ausgetauscht werden?

Christian Götze: In jedem TI-Konnektor ist ein Sicherheitszertifikat, eine gSMC-Karte, mit einer Laufzeit von fünf Jahren verbaut. Daher sind die Geräte aller Hersteller betroffen, also RISE, Secunet und CompuGroup Medical (CGM). Der Konnektor von CGM, die KoCoBox, hatte als Erster seine Zulassung erhalten und 2017 den Weg in die Praxen gefunden. Folglich müssen diese Geräte – bundesweit wohl etwa 30.000 – auch als Erstes noch in diesem Jahr nach und nach ausgewechselt und durch neue ersetzt werden.

Timo Rickers: Die ersten Geräte von CGM schalten sich vermutlich ab Herbst ab und müssen getauscht werden. Für die ungefähr 100.000 übrigen Konnektoren der weiteren Hersteller gilt derselbe Austauschzwang. Sie folgen in den kommenden Monaten. Es entsteht lediglich ein zeitlicher Versatz durch die damaligen Zulassungen und den entsprechenden Roll-Out der Geräte.

Nordlicht: Wie würde so ein Austausch der Konnektoren für die Praxen konkret ablaufen und wie groß wäre der Aufwand: altes Gerät entsorgen, neues bestellen und einfach anschließen?

Götze: Bei einem Gerätetausch muss die Praxis rechtzeitig einen neuen Konnektor bestellen und einen Termin mit dem Dienstleister vor Ort des Herstellers vereinbaren. Dann sind weitere Vorbereitungen zu treffen, wie z. B. eine neue SMC-B-Karte bestellen, das PVS-Update installieren und gegebenenfalls einen Heilberufsausweis bestellen, falls noch nicht

erfolgt – die Hersteller haben entsprechende Checklisten vorbereitet. Die Installation wird dann von einem Techniker in der Praxis vorgenommen. Dieser installiert das neue Gerät, stellt die Verbindung mit dem PVS und den Kartenterminals her und prüft abschließend die Funktionsfähigkeit.

Udo Karlins: Auf den Konnektoren von RISE und Secunet könnte eventuell das Zertifikat der gSMC-K-Karte per Fernwartung durch ein Software-Zertifikat ersetzt werden. Hierbei würden die konfigurierten Verbindungen des Konnektors mit den Geräten in der Praxis erhalten bleiben – sehr praktisch, da eigentlich alles beim Alten bleibt und keine weiteren Konfigurationsarbeiten entstehen. Aber dieses Verfahren wurde bisher von der gematik nicht zugelassen und daher haben die Hersteller es wohl noch nicht umgesetzt. Bei allen anderen Verfahren geht das Spiel der vertraulichen Übergabe und der Konfiguration des Konnektors in der Praxis leider wieder von vorne los.

Nordlicht: Das Argument der gematik lautet ja bisher, dass der Austausch der Konnektoren alternativlos sei, da sich die Sicherheitszertifikate eben nicht erneuern ließen. Das wäre bei geschätzten Kosten zwischen 300 und 400 Millionen Euro für den Austausch aller Geräte ziemlich teurer Elektroschrott. Dagegen ist laut Computer-Fachmagazin c't ein teurer Wechsel aller Konnektoren gar nicht notwendig, ein simpler Austausch der gSMC-K-Karten in den Geräten sei durchaus möglich und deutlich billiger. Wie kommt c't darauf, was hat das Magazin gemacht?

Götze: Bei der Telematikinfrastruktur und den dazugehörigen Komponenten handelt es sich um eine Hochsicherheitsinfrastruktur. Das Sicherheitskonzept setzt schon auf der untersten Ebene bei den verwendeten Geräten an. Jeder Konnektor benötigt ein gültiges Sicherheitszertifikat auf der gSMC-K-Karte, andernfalls ist eine Verbindung mit der TI nicht möglich. Diese gSMC-K-Karten werden im Produktionsprozess der Konnektoren

ren in dem Gerät installiert. Das Computermagazin c't hat eine KoGoBox von CGM geöffnet, die gSMC-K-Karte entfernt und wieder eingesetzt. Nach dem Start hat der Konnektor funktioniert.

Nordlicht: Konnektor aufschrauben, gSMC-K-Karte rausnehmen, neue rein, Reboot – fertig. Ist das wirklich so simpel?

Karlins: Nein. Es wurde im c't-Artikel ja wieder dieselbe gSMC-K-Karte eingebaut – also die Karte, die mit der Hardware des Konnektors „verheiratet“ ist. Wenn dort eine neue gSMC-K-Karte funktionieren soll, muss diese auch mit der Hardware des Konnektors verheiratet werden. Das ist ein komplizierter Vorgang, der wohl nur bei den Konnektor-Herstellern und nicht in der Praxis oder per Fernwartung funktioniert.

Götze: Die c't hätte ein anderes Ergebnis ihres Versuches erzielt, hätten die Redakteure eine neue gSMC-K-Karte eingesetzt, wie es für eine Verlängerung der Laufzeit des Konnektors notwendig ist. In diesem Fall hätte man den Konnektor zwar starten können, das Gerät wäre jedoch nicht mehr funktionsfähig. Jeder Konnektor wird im Produktionsprozess fest mit einer gSMC-K-Karte verbunden.

Nordlicht: Die gematik sieht Karte und Konnektor als feste Einheit, die einen Austausch unmöglich mache. Dagegen erweckt der Artikel von c't den Eindruck, die gSMC-K-Karte ließe sich wie eine SIM-Karte fürs Handy einfach austauschen. Was stimmt denn nun?

Karlins: Beides. Eine gSMC-K-Karte wird bei der Herstellung des Konnektors softwaremäßig mit der Hardware des Konnektors verbunden. Der Konnektor funktioniert nur mit dieser SMC-Karte. Er würde aber auch mit einer anderen gSMC-K-Karte funktionieren, das Gerät müsste aber den Verbindungsschritt wie bei der Herstellung durchlaufen und wäre danach wieder wie ein Neugerät.

Götze: Die „feste Verbindung“ zwischen Konnektor und gSMC-K-Karte ist nicht etwa als eine physikalische Löt- oder Klebeverbindung zu verstehen. Die Karten werden auf die Platine gesteckt und durch kryptographische Verfahren mit der Gerätesoftware fest verbunden. Ein Austausch der Chipkarte führt zum Funktionsverlust des Konnektors.

Nordlicht: Das Bundesschiedsamt hat festgelegt, dass die Arztpraxen pro ausgetauschtem Konnektor von den Krankenkassen pauschal 2.300 Euro erstattet bekommen. Der Preis von CGM belief sich bisher jedoch auf rund 2.770 Euro, wodurch Ärzte einen Eigenanteil von 470 Euro hätten zahlen müssen. Inzwischen hat CGM angekündigt, die Preise für die Geräte zu senken, damit sie zum Erstattungspreis der Krankenkassen passen. Werden die anderen Konnektoren-Hersteller nachziehen?

Rickers: Im Moment sind uns die preislichen Kalkulationen von Secunet und RISE für den Tausch der Konnektoren nicht bekannt.

Nordlicht: Einige Praxen überlegen bereits, sich dem ganzen Ärger um die Konnektoren zu entziehen, indem sie ihre Geräte einfach nicht austauschen. Was würden dann passieren?

Rickers: Leider gibt es derzeit keine Alternative zum Konnektor-Tausch. Dieser ist das zentrale Verbindungsgerät zur Telematikinfrastruktur und auch in das Praxisverwaltungssystem. Ohne den Konnektor könnten z. B. keine Gesundheitskarten eingelese werden.

Götze: Wenn das Sicherheitszertifikat des Konnektors abgelaufen ist, stellt dieser die Funktion ein. Die eGK der Patienten können nicht mehr eingelese und geprüft werden und Funktionen, wie Notfalldatensatz, Medikationsplan, eAU, eRezept usw., sind schlichtweg nicht mehr nutzbar. Das ist für eine Praxis keine Option – sie würde mit einem Schlag nicht mehr richtig arbeitsfähig sein.

Karlins: Da einige Online-Dienste verpflichtend zu nutzen sind, würde das neben der digitalen Isolation wohl auch finanzielle Folgen haben. Außerdem wäre dann – je nach Anbindung der Praxis – auch der SafeNet-Zugang abgeklemmt.

DAS INTERVIEW FÜHRTE MARCO DETHLEFSEN, KVSH

Neues Versorgungsprogramm für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Sei es aufgrund von Depression, Schizophrenie oder den Folgen einer Traumatisierung – Menschen, insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen häufig eine intensive, komplexe Behandlung. Infolge ihrer psychischen Erkrankung haben viele Betroffene Schwierigkeiten, ihren Alltag zu regeln. Sogar einfache Aktivitäten können sie, besonders in akuten Erkrankungsphasen, nicht ausführen. Schwer fällt es ihnen dann oft auch, selbst einen Arzt oder eine Ärztin beziehungsweise einen Psychotherapeuten oder eine Psychotherapeutin aufzusuchen. Ab dem 1. Oktober 2022 soll ein neues Versorgungsprogramm eine aufeinander abgestimmte multiprofessionelle Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherstellen: Die ambulante Komplexversorgung.



Es gibt hierzulande umfassende Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Störungen. Die ambulante Komplexversorgung baut darauf auf: Sie setzt auf eine engere Vernetzung und Koordination der Behandlung. Dazu werden multiprofessionelle Netzverbünde gebildet, in denen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Patientinnen und Patienten in enger Abstimmung mit Krankenhäusern, Pflegediensten und anderen Gesundheitsberufen wie Ergotherapeuten und Soziotherapeuten betreuen.

In einem Pilotprojekt in der Region Nordrhein wurde das bereits erfolgreich erprobt und damit eine Blaupause für die Regelversorgung geschaffen. Dort haben die Kassenärztliche Vereinigung und ein Netzwerkmanagement die berufsgruppenübergreifend vernetzte und koordinierte Komplexversorgung von psychisch erkrankten Menschen vor etwa zwei Jahren gestartet. Das Pilotprojekt wurde mit knapp 13 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Die Bilanz: Über 500 Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben an dem Programm teilgenommen. Tausende Patientinnen und Patienten konnten für eine Teilnahme gewonnen werden.

Nach der erfolgreichen Pilotierung des Nordrheiner Projekts hat der G-BA im September 2021 ein bundesweites Versorgungsprogramm für Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen auf den Weg gebracht, das nun Anfang Oktober startet.

Hilfen aus einer Hand

Im Mittelpunkt des neuen Versorgungsprogramms stehen die Netzverbünde, in denen sich Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zusammenschließen. In enger Kooperation mit Kliniken und qualifizierten Gesundheitsberufen wie Ergotherapeuten und Soziotherapeuten sollen sie künftig für die Komplexbehandlung verantwortlich sein. Nicht nur die Vernetzung zwischen psychiatrischer und psychotherapeutischer Therapie, sondern auch eine Koordination unterschiedlicher, psychosozialer Hilfen ist vorgesehen. Das schließt Hilfen beim Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ein. Ein Programm zur Komplexbehandlung speziell für Kinder und Jugendliche soll folgen. Derzeit laufen dafür noch die Beratungen im G-BA.

Die Ausgestaltung des Programms hat der G-BA in einer Richtlinie geregelt (<https://www.g-ba.de/richtlinien/126/>). Demnach soll beim neuen Versorgungsprogramm das benötigte Fachwissen gebündelt werden – Stichwort: Netzwerk. Es soll stets einen Arzt oder Psychotherapeuten geben, der die Bezugsfunktion für die Patientin beziehungsweise den Patienten übernimmt. So sollen Betroffene immer von derselben Person medizinisch und psychotherapeutisch versorgt und begleitet werden. Zusätzlich beauftragt der Bezugsarzt oder Bezugstherapeut eine Fachkraft, bestimmte Koordinationsaufgaben zu übernehmen, zum Beispiel für die Patientinnen und Patienten Termine zu vereinbaren und sie bei Bedarf zu Hause aufzusuchen oder weitere Hilfen zu vermitteln.

Welche Patientinnen und Patienten erreicht werden sollen

Das Angebot richtet sich an Erwachsene mit einer insbesondere schweren psychischen Erkrankung, die aufgrund dessen die vorhandenen Versorgungsstrukturen nicht immer erreichen. Sie haben oftmals große Schwierigkeiten, passende Hilfen zu finden und zeitnah sowie fortlaufend zu nutzen, was sich auf den Krankheitsverlauf deutlich negativ auswirken kann.

Ein wichtiges Kriterium, das darüber entscheidet, ob jemand für die Komplexbehandlung infrage kommt, ist die Komplexität des Behandlungsbedarfs: Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch unterschiedliche Disziplinen nötig ist, um eine Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung der psychischen Erkrankung zu erreichen.

Darüber hinaus kommt bei der Indikationsstellung ein spezielles Messinstrument zum Einsatz, um Beeinträchtigungen in den psychischen, sozialen und beruflichen Lebensbereichen zu erfassen: die GAF-Skala. GAF steht für Global Assessment of Functioning (Globale Bewertung der Funktionsfähigkeit).

Ablauf der Komplexbehandlung

Ob jemand für die ambulante Komplexbehandlung geeignet ist, stellt ein Mitglied des Netzverbundes anhand der vorgegebenen Kriterien in der Eingangssprechstunde fest. Der Zugang zur Eingangssprechstunde kann über eine Empfehlung oder Überweisung erfolgen, die beispielsweise der Hausarzt ausstellt. Möglich ist auch, dass die Patienten und Patientinnen sich direkt an einen Arzt oder Psychotherapeuten des Netzverbundes wenden.

Nach dem ersten Kontakt in der Eingangssprechstunde folgt eine differenzialdiagnostische Abklärung, auf deren Grundlage der Bezugsarzt oder die Bezugärztin beziehungsweise der Bezugspsychotherapeut oder die Bezugspsychotherapeutin den Behandlungsplan erstellt. Alle Therapieschritte werden eng abgestimmt und koordiniert. Dazu finden beispielsweise regelmäßig Fallkonferenzen statt, die auch per Video oder telefonisch stattfinden können.

Ein Kernelement der Komplexbehandlung ist, dass dem Patienten oder der Patientin ein schneller Zugang ermöglicht werden muss. Betroffene, die sich an einen Netzwerk wenden, sollen möglichst innerhalb von sieben Werktagen einen Termin erhalten. Spätestens sieben Tage nach dem ersten Kontakt sollte die Differenzialdiagnostik abgeschlossen sein.

Abrechnung und Vergütung

Die aufeinander abgestimmte und koordinierte Versorgung ist für Ärzte und Psychotherapeuten mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden. Deshalb werden in den EBM mit Start des Programms mehrere neue Leistungen aufgenommen, die die Mitglieder des Netzverbundes abrechnen können. So gibt es neue Gebührenordnungspositionen für die Eingangssprechstunde und die Differenzialdiagnostik. Bezugsärzte und Bezugspsychotherapeuten können unter anderem die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans abrechnen und den Aufwand für Technik sowie Organisations- und Managementaufgaben geltend machen. Außerdem wird die Koordination der Versorgung durch nichtärztliches Personal, beispielsweise durch eine Medizinische Fachangestellte, vergütet – ebenso die Fallbesprechungen.

So läuft die Komplexbehandlung ab:

1. Eingangssprechstunde
2. Differenzialdiagnostik
3. Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans durch den Bezugsarzt bzw. den Bezugspsychotherapeuten
4. Therapiebeginn
5. Verlaufskontrolle, Fallkonferenzen und Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung des Gesamtbehandlungsplans
6. Überleitung in die Anschlussversorgung
7. Behandlungsbeendigung

Kooperieren und organisieren: Arbeit in den Netzverbänden

Ein Netzwerk besteht aus mindestens zehn Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus einer Region. Sie müssen für die Versorgung von gesetzlich Versicherten zugelassen sein. Sie schließen sich vertraglich zusammen mit dem Ziel, eine kontinuierliche, vernetzte und berufs- und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten in der Region zu gewährleisten.

Das Kernteam im Netzwerk besteht aus:

- Mindestens vier Fachärzten/-innen für:
 - Psychiatrie und Psychotherapie und/oder
 - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und/oder
 - Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie
- Mindestens vier ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten/-innen
- Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut

Die Aufgaben des Bezugsarztes oder der Bezugärztin oder des Bezugspsychotherapeuten oder der Bezugspsychotherapeutin sind verantwortungsvoll. Dazu gehören die Erstellung eines individuellen Gesamtbehandlungsplans für den Patienten oder die Patientin und die Einleitung sämtlicher, notwendiger ambulanter, teilstationärer oder vollstationärer Behandlungen. Egal ob Ärztin beziehungsweise Arzt oder Psychotherapeutin beziehungsweise Psychotherapeut: Grundsätzlich können innerhalb eines Netzwerks beide Berufsgruppen die Bezugsfunktion übernehmen. Wichtig ist laut Richtlinie nur, dass er oder sie über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Kooperationsverträge mit Kliniken, Netzwerkmitgliedern und weiteren Gesundheitsberufen

Die Netzwerkmitglieder sind dazu angehalten, alle Einzelheiten zur Zusammenarbeit in einem Netzwerkvertrag festzulegen. Jeder Netzwerk schließt außerdem Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus, das eine psychiatrische oder psychosomatische Einrichtung für Erwachsene hat, sowie mit mindestens einer Person aus den folgenden Gesundheitsberufen: Ergotherapie, Sozialtherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege. Mindestens ein kooperierendes Krankenhaus muss in der Region des Netzwerkes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein.

Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung

Da die Netzwerke bestimmte Anforderungen erfüllen müssen, um die Versorgungsziele zu erreichen, benötigen sie eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Dazu reichen sie unter anderem den abgeschlossenen Netzwerkvertrag und die Kooperationsverträge bei ihrer KV ein, die sie mit einem der vorgegebenen Partner abgeschlossen haben.

Es ist geplant, dass die KVSH demnächst auf ihrer Website ein öffentliches Verzeichnis der Netzwerke bereitstellen wird, sodass Betroffene, aber auch Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfahren, wo es in ihrer Nähe ein solches Angebot gibt. Diese Veröffentlichungen werden nach der Genehmigung des ersten Netzwerkes online gehen.

PraxisInfoSpezial kostenfrei herunterladen

Mehr Informationen zu den Zielen und Anforderungen an die ambulante Komplexversorgung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in der PraxisInfoSpezial „Ambulante Komplexbehandlung bei psychischen Erkrankungen“ zusammengefasst.

PraxisInfoSpezial:

www.kbv.de/html/praxisinformationen.php

KBV-Themenseite Ambulante Komplexversorgung:

www.kbv.de/komplexversorgung

REDAKTION/KBV

AMBULANTE KOMPLEXVERSORGUNG

Nicht nur die Vergütung wird bemängelt

Im letzten Jahr hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen einer Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierende und strukturierte Versorgung für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen: die KSV-Psych-Richtlinie kurz Komplexversorgung genannt. Nun sind die damit verbundenen neuen Leistungen beschrieben und bewertet worden, sodass erste Verbünde von Praxen zum 1. Oktober 2022 ihre gemeinsame Tätigkeit aufnehmen könnten. Bestandteilen der Richtlinie sowie den jetzt erfolgten Bewertungen der Leistungen kommt viel Kritik entgegen. Es scheint vollkommen offen, in welchem Ausmaß diese neue koordinierende Versorgungsform überhaupt von Ärzten und Psychotherapeuten realisiert wird.



Koordinierte Hilfe in Netzverbünden

Das neue Versorgungsprogramm steht zunächst nur für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr zur Verfügung. Jedoch wird inzwischen bereits an einer ähnlichen Richtlinie für Kinder und Jugendliche gearbeitet. Zentrales Element der Versorgungsform sind Netzverbünde, in denen Ärzte und Psychotherapeuten zur gemeinsamen ambulanten Behandlung an schwer psychisch erkrankten Versicherten zusammengeschlossen sind. Um den Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung einfacher und koope-

rativer zu gestalten, ist außerdem eine enge Zusammenarbeit mit Kliniken zu gewährleisten. Auch sollen Ergotherapeuten und Soziotherapeuten künftig fest eingebunden sein und Behandlungselemente übernehmen. Und es sind enge Terminvorgaben von den Praxen wie vom Patienten einzuhalten. Das Vertragswerk der Netzverbund-Kooperationspartner ist der jeweilig zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen.

Schneller, besser, komplex

Der G-BA ist seinerzeit davon ausgegangen, dass Patienten, die schwer psychisch erkrankt sind, von den bestehenden Versorgungsangeboten oft nur schwer und unvollständig erreicht werden. Es mangelt nicht an der Vielzahl und Vielfalt der Angebote, sondern daran, dass diese nicht verzahnt seien, so der G-BA in einer Stellungnahme im Herbst 2021. Und die Versorgung von schwer psychisch kranken Versicherten muss schneller und besser erfolgen. Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung bräuchten auch ambulant einen komplexen Behandlungsbedarf mit verschiedenen Behandlungsmaßnahmen. Eine fundierte Erhebung über den Istzustand der Versorgung ist diesem Ansinnen nicht vorausgegangen. Tatsächliche Notwendigkeit und Machbarkeit wurden nicht erkundet. Und warum nur schwer psychisch erkrankte Menschen schnell versorgt werden sollen, bleibt auch unerklärlich. Wird doch aus so manch unbehandelter Erkrankung nicht selten später eine schwere Symptomatik.

Nun sollen Versicherte mit einer schweren psychischen Erkrankung im Netzverbund innerhalb von sieben Tagen eine Eingangsdiagnostik gleich bei mehreren Behandlern erfahren. Grundsätzlich teilnahmeberechtigt sind nur Praxen mit vollem Versorgungsauftrag. Die Mindestzahl der am Netz teilnehmenden Praxen ist mit zehn verhältnismäßig hoch. Auch der Einbezug von Sozialtherapeuten, Ergotherapeuten und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege könnte sich als problematisch erweisen, ist jedoch ein Muss.

Leistungen und Vergütung

Für die neuen und zusätzlichen Aufgaben in der KSVPsych-Richtlinie werden zum 1. Oktober 2022 neun Gebührenordnungspositionen (GOP) in einen neuen Abschnitt 37.5 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Nur die der Kassenärztlichen Vereinigung gemeldeten Netzverbund-Mitglieder können diese Leistungen abrechnen. Voraussetzung ist, dass der Netzverbund durch die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt wurde. Im EBM-Abschnitt 37.5 sind unter anderem Tätigkeiten und Aufgaben abgebildet, wie Eingangssprechstunde, Differenzialdiagnostik, Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans, Zusatzpauschale für die Arbeit des Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten, Koordination der Versorgung durch eine Medizinische Fachangestellte oder eine Person der psychiatrisch-häuslichen Krankenpflege sowie Aufsuchen im häuslichen Umfeld.

Viel Kritik und Skepsis

Enttäuscht zeigen sich Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) sowie Verbände über die jetzt getroffenen Vergütungsregelungen. Die BPTK hält diese für unzureichend. Die jetzt im EBM niedergelegten Gebührenordnungspositionen decken nicht den Mehr-

aufwand für intensiv-psychotherapeutische Behandlungen mit möglichst durchgehender Erreichbarkeit. Spezifische Gesprächsleistungen im Einzel- und Gruppensetting, die für schwer psychisch Kranke notwendig sind, sind gar nicht vorgesehen, auch nicht für kurzfristige Kriseninterventionen, so die Bundeskammer in einer Stellungnahme. „Die Komplexversorgung droht damit zu scheitern“, erklärt BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz. „Das neue Behandlungsangebot für schwer psychisch Kranke schließt mehr als die Hälfte der Psychotherapeuten aus und bezahlt den Rest für den Mehraufwand nicht ausreichend.“ Und aus Richtung der Verbände heißt es, dass die Ansprüche an eine eigene Netz-IT und Netz-QM, an enge Zeitfenster für Terminvergaben und Koordinationen sehr hoch seien, und die jetzt festgelegte Höhe der Vergütung entschädige in keiner Weise die erheblichen Aufwendungen der beteiligten Berufsgruppen. „Wir haben Zweifel, ob die Komplexversorgung in dieser Form die Patienten erreichen wird“, sagt Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV). Benedikt Waldherr, Vorsitzender des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) ist ebenfalls skeptisch: „Psychotherapeuten und Patienten wurden große Hürden in den Weg gestellt.“

Idee und Konzept unausgereift und kaum gewollt

Schon bei der Gesetzgebung ist man davon ausgegangen, dass psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungskapazitäten in Deutschland brach liegen. Dabei gibt es in ganzen Landstrichen, so auch in Regionen Schleswig-Holsteins, eben keine freien Aufnahmekapazitäten bei Psychotherapeuten und Psychiatern. Auch fehlt es an Sozialtherapeuten und Angeboten der psychiatrisch-häuslichen Krankenpflege. Alle diese Akteure schafft eine neue Richtlinie nicht einfach herbei. So hat auch kaum ein niedergelassener Psychotherapeut oder Psychiater jemals aktiv eine solche Richtlinie gefordert. Berufsverbände standen dem Vorhaben von Anbeginn an skeptisch gegenüber. Die Idee, den Arbeitsauftrag für diese Richtlinie an den G-BA gesetzlich zu verankern, stammt noch aus der Ära des Gesundheitsministers Spahn. Gerade zuvor war er mit seinem Ansinnen gescheitert, den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung grundsätzlich einem Auswahl- und Steuerungsverfahren zu unterziehen, da folgte im nächsten Gesetz die Verankerung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierenden und strukturierten Versorgung für schwer psychisch kranke Versicherte. Insofern darf die jetzt erfolgte spärliche Leistungsbeschreibung und deren Bewertung im Grunde nicht verwundern. Gewollt hat außer Spahn diese Richtlinie eigentlich niemand und anlässlich nun leerer Schatullen der Krankenkassen ist auch niemand dazu bereit, hierfür richtig Geld hinzulegen.

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

Newsletter und Pressemitteilungen der KVSH online abonnieren

Ob Abrechnung, Corona-Regelungen oder neue Verträge: Ärzte, Psychotherapeuten und ihre Praxismitarbeiter werden durch die KVSH-Newsletter schnell und umfassend informiert. Interessenten können den Newsletter auch online abonnieren und werden automatisch informiert, sobald ein neuer Newsletter auf unserer Website veröffentlicht wird.

Bitte registrieren Sie sich dazu einfach per E-Mail unter

www.kvsh.de/praxis/praxisfuehrung/newsletter/newsletter-abonnement

Sie können auch unsere Pressemitteilungen online abonnieren.

Gehen Sie dazu einfach auf www.kvsh.de/presse/pressemitteilungen-abonnement und melden sich per E-Mail an.

Zweitmeinungsverfahren: Ergänzung der Richtlinie um Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators

Zum 28. Juli 2022 wurde die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) um die Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats ergänzt – im Detail: Indikationsstellung zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators (Herzschrittmacher, ICD-, CRT-P- und CRT-D-Aggregate) unabhängig von der jeweiligen Grunderkrankung.

Hiervon ausgenommen sind Notfalleingriffe, dringliche Eingriffe sowie Eingriffe zum Wechsel von Geräten allein aufgrund von Batterieermüdung ohne Systemwechsel.

Fachärztinnen und -ärzte aus den Bereichen

- Innere Medizin und Kardiologie,
- Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie,
- Herzchirurgie,
- Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie oder
- Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie

können bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Genehmigung zum Zweitmeinungsverfahren für die Durchführung und Abrechnung zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators beantragen.

Weiterhin gilt der gesetzliche Anspruch auf Zweitmeinung für planbare Operationen an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln (Tonsillektomien, Tonsillotomien), Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien), Schulterarthroskopien, Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom, Implantationen einer Knieendoprothese, Eingriffen an der Wirbelsäule und Eingriffe am Herzen.

Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen („CheckUp+“) geschlossen

Zum 1. September 2022 haben die KV Schleswig-Holstein und die AOK NordWest einen Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen („CheckUp+“) geschlossen.

Ziel des Vertrags ist es, bei Patienten mit einer bestehenden chronischen Krankheit die Progression der Erkrankung zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen, indem bei bestimmten Indikationen gezielt auf Begleit- und Folgeerkrankungen untersucht wird, um Komorbiditäten schneller erkennen und behandeln zu können.

Dies soll im jeweiligen Versorgungsfeld durch ein Screening auf das Vorliegen beispielsweise einer respiratorischen Insuffizienz bei COPD erfolgen.

Folgende sechs Versorgungsfelder (Module) sind aktuell enthalten: Demenz, symptomatische Arthrose des Hüft- und Kniegelenks, Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz, respiratorische Insuffizienz bei COPD, periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) und COPD bei bestehendem Asthma bronchiale. Das jeweilige Screening wird bei negativem Befund mit 15 Euro vergütet.

Wenn im Rahmen des Screenings die entsprechende Erkrankung diagnostiziert wird, soll der Arzt im Rahmen eines krankheitsorientierten intensiven Gesprächs insbesondere den Umgang mit der Erkrankung und die Möglichkeiten zur Alltagsbewältigung mit dem Patienten ausführlich besprechen. Dieses Gespräch wird, ebenso wie die folgenden Verlaufskontrollen (aktueller Krankheitsstatus, gegebenenfalls Therapieanpassung), mit 20 Euro vergütet.

Teilnehmen können alle im Bereich der KVSH zugelassenen und angestellten Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Teilnahme am Vertrag bedarf einer schriftlichen Genehmigung durch die KVSH. Auch die Patienten müssen ihre Teilnahme am Vertrag erklären.

Den vollständigen Vertragstext, weitere Informationen und Teilnahmeunterlagen für Ärzte und Patienten finden Sie auf unserer Website: [www.kvsh.de/Praxis/Verträge/frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen/Checkupplus](http://www.kvsh.de/Praxis/Verträge/frühzeitige_Diagnostik_und_Behandlung_von_Begleiterkrankungen/Checkupplus)

Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

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



NAME: Anja Rueck
 GEBURTSDATUM: 23. Juli 1974
 GEBURTSORT: Berlin
 FAMILIE: verheiratet, zwei Kinder
 FACHRICHTUNG: Hausärztlich tätige Internistin mit Schwerpunkt Diabetologie (DDG), Kardiologin
 SITZ DER PRAXIS: Rendsburg
 NIEDERLASSUNGSFORM: Berufsausübungsgemeinschaft

Neu niedergelassen seit dem 1. Juli 2021

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Irgendwann war der Zeitpunkt für einen Wechsel in ein neues Arbeitsumfeld gekommen. Ich wollte der Herausforderung, die sich mir mit der Niederlassung stellte, begegnen. Keine leichte Entscheidung, aber sicherlich lohnenswert mit erfüllender Aufgabe. Es ist schön so selbstorganisiert arbeiten zu können und dem einzelnen Patienten mit menschlicher Nähe zu begegnen – anders als das manchmal im Klinikablauf möglich ist. Auch meine zwei kleinen Kinder schätzen es sehr, dass ich zuverlässig zu Hause sein kann. Somit verabschiedete ich mich aus der Klinik mit einem lächelnden und einem weinenden Auge, bereit für das nächste Abenteuer.

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Ich liebe es, mit Menschen ins Gespräch zu kommen, detektivisch unterwegs zu sein, um Erkrankungen aufzudecken und Probleme zu erkennen und die Menschen bei der Problemlösung zu unterstützen. Da sind insbesondere in der Diabetologie Fingerspitzengefühl und Sensibilität gefordert. Mit den Patienten Programme erarbeiten, sie in ihrem Alltag zu stützen und Hilfestellungen zu bieten, macht mir Freude. Als Kind wollte ich immer Tierärztin werden. Und so manches Kuscheltier musste herhalten. Heute bin ich sehr froh, den Weg der Humanmedizin gegangen zu sein. Die tägliche Herausforderung, in der Kommunikation mit dem Menschen zu sein, erfüllt mich.

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

Frühzeitig starten! Wenn der Wunsch entsteht, sollte man sich viel Zeit für die Vorbereitung und Umsetzung geben. Der Weg über eine vorherige Anstellung zum „Reinschnuppern“ ist sicherlich sehr sinnvoll.

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

Johnny Depp. Ich würde ihn fragen, wie er es geschafft hat, so ein unglaublicher Pirat zu werden. Wobei ich natürlich vorher lieber Peter Pan getroffen hätte. Dann hätte ich Johnny nicht mehr fragen müssen, wie es geht. Galileo Galilei. Dann würde ich mir das mit den Galaxien erklären lassen und könnte meinem Sohn besser Rede und Antwort stehen.

5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Badewanne, gutes Buch, schöne Musik, Kerzen und Schokolade.
 Bei meinen Hühnern sein und beobachten, wie sie durch das Gras zwischen den Ziegen umhereilen.

6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

„Alice im Wunderland“ von Lewis Carroll

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

Na ja, ist halt das schönste Bundesland mit den tollsten Einwohnern. Gibt es da noch mehr Gründe?

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

beim Theater gelandet oder in Hollywood auf dem roten Teppich.

Nach den Musiktagen ist vor den Musiktagen

Die Bergedorfer Musiktage sind nach zwei schwierigen Corona-Jahren aus dem Dornröschenschlaf erwacht und liegen wieder auf Erfolgskurs. Mehr als 3.000 Gäste besuchten die 17 Veranstaltungen. Hinter dem Event steht Hausarzt Dr. Farhang Logmani aus dem lauenburgischen Wentorf, der die klassische Konzertreihe seit 20 Jahren gemeinsam mit seinem Team organisiert und bereits viele neue Ideen für 2023 hat.



Abschlusskonzert mit Schumann-Liedern im Spiegelsaal des Bergedorfer Rathauses: (v.l.) Pianist Burkhard Kehring, Bariton Johann Kristinsson und Mezzosopran Kady Evanyshyn

Das Programm der mittlerweile 20. Bergedorfer Musiktage war wie immer klassisch dominiert und trotzdem bunt und vielfältig, was nicht zuletzt an den attraktiven Veranstaltungsorten lag: die Opern- und Operetten-Gala fand im Bergedorfer Theater „Haus im Park“ statt, ein Klavierkonzert mit Stücken von Mozart, Brahms, Chopin und Schubert in der Bergedorfer Sternwarte, der Hamburger Oratorienchor sang in der Auferstehungskirche im Bergedorfer Stadtteil Lohbrügge. Neu als Veranstaltungsort hinzugekommen war die Hasse-Aula in Bergedorf-Süd und das Gelände von Hof Eggers in Kirchwerder sowie das Sachsenwald-Forum in Reinbek. Nach einem pandemiebedingten Totalausfall im Jahr 2020 und einem sehr reduzierten Programm mit sechs Konzerten an zwei Veranstaltungsorten im Jahr 2021 konnte in diesem Jahr wieder eine Saison auf die Beine gestellt werden, die an die Bergedorfer Musiktage der Jahre vor Corona erinnerte. Der 75-jährige Logmani

zog zum Abschluss deshalb ein positives Fazit: „Auch im dritten Corona-Jahr war es eine heikle Aufgabe, eine Veranstaltungsreihe wie die Bergedorfer Musiktage zu planen und zu realisieren. Denn noch immer konnte aus heiterem Himmel eine plötzliche Laune dieser grässlichen Pandemie einen noch so liebevoll vorbereiteten Musikabend platzen lassen wie eine Seifenblase. Positiv zu denken, war deshalb für viele von uns das Gebot der Stunde. Wir glauben an die Kraft der Musik, wir wissen um ihren Zauber.“

Mehr Unberechenbarkeit

Logmani hat allerdings auch die Erfahrung gemacht, dass sich Konzertbesucher immer öfter spontan für einen Besuch entscheiden und häufiger direkt an die Abendkasse kommen, statt den Vorverkauf zu nutzen. Das mache die Planung schwieriger. Insbesondere bei den größeren Häusern wie dem „Haus im Park“



Initiator und Organisator: Dr. Farhang Logmani

in Bergedorf und dem Sachsenwald-Forum in Reinbek sei das zu beobachten gewesen. Trotz der insgesamt guten Buchungssituation hatten die Veranstalter in den vergangenen Monaten deshalb mehrfach schlaflose Nächte, weil der Vorverkauf bei einigen Konzerten eher schleppend lief. Das eine oder andere Mal war dann auch ein bisschen Glück dabei, z. B. am Vormittag des 5. Juni, als zum Konzert des Simeon-Orchesters mit drei Solisten im kleinen Saal der Elbphilharmonie anfangs nur etwa die Hälfte der Karten verkauft waren. Zum Glück für die Veranstalter kamen an diesem Sonntag wegen des schönen Wetters sehr viele Touristen in die Elbphilharmonie und viele von ihnen gingen spontan ins Konzert, sodass die Veranstaltung am Ende doch ausverkauft war.

Hamburger Potenzial

Der ausverkaufte Saal brachte Logmani und den Gründer des Simeon-Orchesters, Dr. Detlef Mathey, auf die Idee, künftig sogar im großen Saal der Elbphilharmonie aufzutreten. Er ist mit 2.100 Plätzen fast viermal so groß ist wie der kleine Saal. „Für das kommende Jahr sind wir mit der Anmeldung zu spät, aber für 2024 haben wir einen Musiktage-Termin im großen Saal beantragt. Wir sind gespannt, ob das klappt“, so Logmani. Da sich auch das C. Bechstein Centrum im Chilehaus mitten in der Hamburger Innenstadt als Veranstaltungsort gut entwickelt habe, sollen künftig die Besucher aus Hamburg noch mehr als Zielgruppe in den Fokus rücken. „Wir fassen von Jahr für Jahr in der Hansestadt besser Fuß“, so Logmani.

Mitten in den Planungen

Für den musikbegeisterten Hausarzt und sein Team hört die Arbeit nicht auf, denn für sie beginnt bereits jetzt die Planung für die Bergedorfer Musiktage 2023. Zwei Termine stehen schon fest: Am Sonntag, den 2. April 2023 treten die Sängerinnen und Sänger der Bergedorfer Kantorei unter Leitung von Klaus Singer in Bergedorfs Hauptkirche St. Petri und Pauli auf. Im Saal des dann fertiggestellten Körber-Hauses im Bergedorfer Stadtzentrum findet am Sonnabend, 13. Mai 2023, der alljährliche Operetten-

abend statt. Logmani möchte das Angebot dort künftig ausbauen. Außerdem wird es dort in Zusammenarbeit mit dem Hamburger Ernst-Deutsch-Theater zwei Theateraufführungen geben. Noch in der Frühphase steckt dagegen die Umsetzung einer Idee, die dem Ehepaar Logmani dieses Jahr in Reinbek kam. Im dort gelegenen Sachsenwald-Forum fanden mit der Oper La Bohème von Puccini und zwei Aufführungen von John Neumeiers Bundesjugendballett zwei Auftritte statt. Der Saal begeisterte Logmani durch seine hervorragende Akustik, eine gute Bühnentechnik und einen Orchestergraben. Ihm schwebt nun vor, im Saal mehrmals im Jahr regelmäßig Opernabende zu veranstalten. „Wir wollen versuchen, aus dem Sachsenwald-Forum ein Opernhaus zu machen, vielleicht hat ja die Hamburgische Staatsoper Interesse an so einer Zweitbühne, wo sie einerseits proben und andererseits auch aufführen kann“, hofft Logmani.

JAKOB WILDER, KVSH

Kontakt und Informationen

Büro der Bergedorfer Musiktage e. V.

Lohbrügger Landstraße 131

21031 Hamburg

Tel. 040 790 11 903

Öffnungszeiten: Montag, Dienstag, Mittwoch von 10 bis 12 Uhr

E-Mail: mail@bergedorfer-musiktage.de

www.bergedorfer-musiktage.de



Praxisabgeber sagen „Tschüss“

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



NAME: Dr. Frank Peter Lück
FACHRICHTUNG: Internist (fachärztlich)
SITZ DER PRAXIS: Rendsburg
NIEDERLASSUNGSFORM: Fachübergreifende Gemeinschaftspraxis

Praxis geführt vom 1. Januar 1992 bis 31. Dezember 2020
Praxisnachfolger Dr. Frank Ramaker (Gemeinschaftspraxis am Landestheater)

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

Das Schönste an meiner Berufszeit war die harmonische Zusammenarbeit mit meinen beiden Praxispartnern Dres. Birgit und Günter Schulz und dem über Jahrzehnte gewachsenen Team von Mitarbeiterinnen, ohne die eine befriedigende und erfolgreiche Betreuung der eigenen und der zugewiesenen Patienten nicht denkbar gewesen wäre. Hieraus erwuchs bei mir die Energie und Freude zum Beruf.

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

Nach achtjähriger Weiterbildung im Krankenhaus habe ich drei Wochen in der Praxis der Dres. Schulz zur Probe gearbeitet. Als meine Frau danach bemerkte, sie „habe einen ganz anderen Mann zu Hause“, war die Entscheidung zur Niederlassung gefallen. Eine glückliche Wahl, die mir fast dreißig Jahre erfüllende Arbeit als Internist ermöglicht hat.

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

Auf die Pandemie in meinem letzten Jahr in der Praxis 2020 hätte ich gerne verzichtet.

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

Zwischen Praxis und meinem Wohnsitz liegt der Nord-Ostsee-Kanal. Das Warten an der Kanalfähre gab mir genug Zeit, den Praxisalltag hinter mir zu lassen. Mindestens eine Woche Urlaub im Quartal einzuplanen war ein kluger Rat meiner Praxispartner.

5. Womit werden Sie Ihren Ruhestand ausfüllen?

Neben der neu entdeckten Freude am Wandern kann ich meiner Leseleidenschaft intensiv nachgehen. Auch eine längere Reise in den Süden, wahrscheinlich nach Italien, steht auf der Wunschliste.

6. Was ist Ihr Lieblingsort in Schleswig-Holstein?

Zu meinen Lieblingsorten zähle ich die Eckernförder Bucht bei Schwedeneck und mein Garten voller Rhododendron, die mich seit Jugendjahren begeistern.

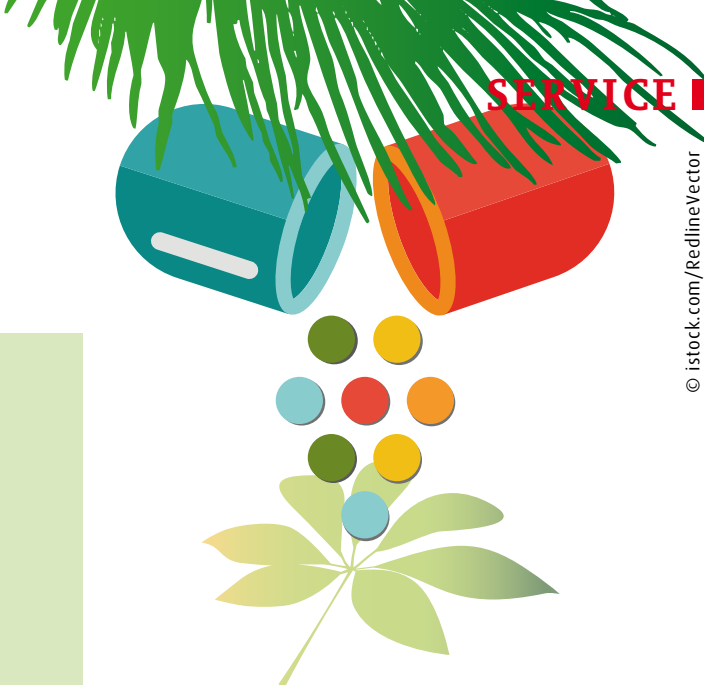
7. Haben Sie ein Lebensmotto?

Mein Lebensmotto: Gib jedem Tag die Chance, der schönste Tag in deinem Leben zu werden.

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

Vor der Niederlassung sollte man sich mit seinen Angehörigen gemeinsam beraten, welchen Grad der Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeit man erreichen möchte, um zu entscheiden, ob man lieber als Angestellter z. B. in einem MVZ oder selbstständig in einer Einzelpraxis oder in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sein möchte. Im Falle der letzteren Möglichkeit muss man genauso sorgfältig bei der Praxis-Partnerwahl vorgehen wie bei einer Lebenspartnerschaft.

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.



© istock.com/RedlineVector

Sicher durch den Verordnungsdschungel

Heilmittelverordnung – Nagelkorrekturspange bei Unguis Incarnatus L60.0

Zum 1. Juli 2022 ist die Verordnung der Nagelkorrekturspange bei eingewachsenen Zehennägeln in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen worden. Es handelt sich um die Diagnosegruppen UI 1 (bei Stadium 1) sowie UI 2 bei Stadium 2 oder 3. Die Herstellung der Korrekturspange ist im Leistungsinhalt enthalten, sodass keine gesonderte Verordnung erforderlich ist. Eine Anpassung der Verordnungssoftware sollte zum 3. Quartal erfolgt sein.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website:
www.kvsh.de/praxis/verordnungen/arzneimittel

Manuelle Lymphdrainage

Bei der Verordnung von manueller Lymphdrainage ist darauf zu achten, dass es je nach vorliegendem Beschwerdebild unterschiedliche Behandlungszeiten (30, 45 bzw. 60 Minuten) gibt. 30 Minuten gelten, wenn nur ein Körperteil betroffen ist (z. B. ein Arm), 45 Minuten bei zwei Körperteilen und 60 Minuten nur bei schwergradigen Lymphödemen zur Behandlung von zwei Körperteilen, oder mit Komplikationen durch Strahlenschäden auch bei nur einem Körperteil. Die Aussage, dass bei Mamma-CA immer 45 Minuten verordnet werden können, trifft somit nur zu, wenn zwei Körperteile betroffen sind.

THOMAS FROHBURG, KVSH

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel und Impfstoffe

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

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel, Impfstoffe und Hilfsmittel

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

Ihre Ansprechpartnerin im Bereich Sprechstundenbedarf

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

Sie fragen
wir antworten

INFO-TEAM

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

INFO-TEAM

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

Haben aus der Ukraine Geflüchtete Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen?

Patienten, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz abgerechnet werden, Besondere Personengruppe (BPG) 9, haben Anspruch auf medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Hierzu zählen alle Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, Schwangerschaftsvorsorgen und Schutzimpfungen nach der Schutzimpfungsrichtlinie.

Patienten mit Status 4 (Sozialgesetzbuch) haben Anspruch auf alle im EBM abgebildeten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Es bestehen dann keine Einschränkungen im Leistungsanspruch. Unterschiedliche Anspruchsberechtigungen können jedoch in Selektivverträgen geregelt sein.

Wenn wir die Akupunktur nach der GOP 30791 EBM an beiden Knien zur gleichen Zeit durchführen, kann die GOP dann in doppelter Anzahl abgerechnet werden?

Die GOP 30791 EBM kann laut EBM pro dokumentierter Indikation zehnmal (in begründeten Ausnahmefällen bis zu fünfzehnmal) abgerechnet werden.

Die Indikation Knie gilt als eine Indikation und umfasst die Behandlung eines oder beider Knie und kann daher nicht in doppelter Anzahl abgerechnet werden.

Gibt es für den Influenza Hochdosisimpfstoff für Patienten ab 60 Jahren eine andere Gebührenordnungsposition?

Nein, ist mit der für die Impfung gegen Influenza für Personen ab 60 Jahren 89111 abzurechnen, unabhängig davon, welcher Impfstoff verwendet wird.

Können Formulare, die über die KV bezogen werden, auch online bestellt werden?

Ja, über das ekvsh-Portal können Formulare bestellt werden. Im Bestellformular sind alle Formulare angegeben, die über die KVSH bezogen werden können. Alle anderen können nur über den Paul-Albrechts-Verlag bezogen werden, so zum Beispiel Muster 16 (Rezept).

WAS, WANN, WO?

Seminare

*Nicht zu allen Seminaren
wird persönlich eingeladen.*

FÜR ÄRZTE UND QM-MITARBEITER

THEMA: Qualitätsmanagement –
die G-BA-Richtlinie erfüllen

DATUM: 14. SEPTEMBER 2022, 14.00 BIS 18.00 UHR

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

In diesem Seminar werden unter anderem die folgenden Inhalte behandelt:

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

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

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

TEILNAHMEGEBÜHR: 50 Euro

FORTBILDUNGSPUNKTE: 5

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

NÄCHSTER TERMIN: 16. November 2022

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Timo Dröger

Tel. 04551 883 637

Fax 04551 883 7637

E-Mail timo.droeger@kvsh.de



© istock.com/courtneyk

FÜR ÄRZTE UND QM-MITARBEITER

THEMA: QEP®-Einführungsseminar

DATUM: 16. SEPTEMBER 2022, 15.00 BIS 21.00 UHR
17. SEPTEMBER 2022, 9.00 BIS 17.00 UHR

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

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

INHALTE DES SEMINARS:

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

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

FORTBILDUNGSPUNKTE: 18

Weiterer Termin: 3. und 4. März 2023

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

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

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Timo Dröger

Tel. 04551 883 637

Fax 04551 883 7637

E-Mail timo.droeger@kvsh.de

FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

THEMA: Moderatorengrundausbildung für Qualitätszirkel

DATUM: 18. NOVEMBER 2022, 15.00 BIS 21.00 UHR
19. NOVEMBER 2022, 9.00 BIS 17.00 UHR

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

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

Inhalte des Seminars:

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

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

TEILNAHMEGEBÜHR: 200 Euro inklusive Tagungspauschale für Material und Verpflegung

FORTBILDUNGSPUNKTE: 20

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

ANMERKUNG: Die Ausbildung ist nach einem Wochenende abgeschlossen.

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Timo Dröger

Tel. 04551 883 637

Fax 04551 883 7637

E-Mail timo.droeger@kvsh.de

Veranstaltungen

Wir übernehmen nur für KVSH-Termine Gewähr.

KVSH

28. SEPTEMBER 2022, 15.00 UHR

Aktuelles aus dem Verordnungsbereich zu Heilmitteln, Arzneimitteln, Schutzimpfungen und Hilfsmitteln

Ort: Plenarsaal der KVSH, Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg
Info: Die Teilnahme an der ca. 3-stündigen Veranstaltung wird mit 4 Fortbildungspunkten bewertet. Sollten Sie Interesse an der Fortbildungsveranstaltung haben, melden Sie sich bitte telefonisch an bei: Frau Kleinert 04551 883 362, Frau Roy 04551 883 931
www.kvsh.de/termine

2. NOVEMBER 2022, 14.00 BIS 17.00 UHR

Infomarkt

Ort: KVSH, Sitzungszentrum, Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg
Info: Experten aus den Fachabteilungen der KVSH beraten Sie und geben Ihnen hilfreiche Tipps zur Bewältigung des Praxisalltags. Parkmöglichkeiten finden Sie entweder direkt bei der KVSH in der Bismarckallee oder auf der nahe gelegenen „Rennkoppel“ in der Eutiner Straße. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.
www.kvsh.de

Schleswig-Holstein

16. SEPTEMBER 2022, 10.30 BIS 18.00 UHR

17. SEPTEMBER 2022, 9.00 BIS 18.15 UHR

9. Schleswig-Holsteiner Psychotherapeutentag der DPTV

Ort: Dreiklang Business & Spa Resort, Norderstraße 6, 24568 Kaltenkirchen
Info: Workshops zu verschiedenen Themen:

- Einführungsseminar für neu zugelassene Psychotherapeuten
- Die Wege zum Vertragspsychotherapeuten
- Psychopharmakologie für Psychotherapeuten
- „Durch dick und dünn“ – Psychotherapie bei Essstörungen
- IT-Sicherheit in der psychotherapeutischen Praxis
- Lizenzfreie Testungsverfahren in der KJP-Praxis

www.dptv-sh.de

22. SEPTEMBER 2022, 10.15 BIS 19.00 UHR

23. SEPTEMBER 2022, 8.00 BIS 17.15 UHR

Hybrid Event – Cardiovascular Magnetic Resonance in Congenital Heart Disease – CMR Course

Ort: Klinik für angeborene Herzfehler und Kinderkardiologie, Arnold-Heller-Str. 3, Haus C, 24105 Kiel
Info: Anmeldung: Inga Voges, Tel. 0431 500 25612
E-Mail: inga.voges@uksh.de
www.uksh.de

6. OKTOBER 2022, 13.30 UHR (ONLINE/ZOOM)

Depression im Dialog 2022 des Graduiertenkolleges POKAL – Essstörung – Anorexie und Adipositas und Komorbidität?

Info: Um den Zoomlink zu erhalten, bitte die Website konsultieren oder eine E-Mail schicken. Informationen über den Veranstalter und Zoomlink:
<https://pokal-kolleg.de>

9. NOVEMBER 2022, 18.00 BIS 20.30 UHR

Butter bei die Fische – DiGA auf Rezept?

Ort: Wissenschaftszentrum Kiel, Fraunhoferstraße 13, 24118 Kiel
Info: Marion David, Tel. 04551 803 409, Fax 04551 803 401
 Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenfrei. Eine Anmeldung ist erforderlich – direkt online, per E-Mail oder Fax.
E-Mail: fkqs@aeeksh.org
www.foerderkreis-qs.de

21. NOVEMBER 2022, 11.00 BIS 20.00 UHR

22. NOVEMBER 2022, 8.30 BIS 17.30 UHR

Department of Hematology – 2nd German EuroFlow Educational Symposium and Workshop

Ort: Maritim Hotel Bellevue, Bismarckallee 2, 24105 Kiel
Info: The Symposium is accredited by the Medical Association of Schleswig-Holstein and is designated for 18 credit points. Anmeldung per Fax 0431 500 24974 oder E-Mail.
E-Mail: inges.kunft@uksh.de
www.uksh.de

Ansprechpartner der KVSH

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

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

Vorstand

Vorstandsvorsitzende

Dr. Monika Schliffke 206/217/355/229

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

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

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

Alexander Paquet (Leiter) 214

Abklärungskolposkopie

Michaela Schmidt 266

Akupunktur

Kathrin Kramaschke 380

Ambulantes Operieren

Stephanie Purucker 459

Arthroskopie

Stephanie Purucker 459

Ärztliche Stelle (Röntgen)

Kerstin Weber 529

Uta Markl 393

Tanja Rau 386

Stephanie Sander 458

Ines Deichen 297

Heidrun Reiss 571

Susann Maas 641

Ärztliche Stelle (Nuklearmedizin/Strahlentherapie)

Kerstin Weber 529

Nina Tiede 325

Ärztliche Stelle (Mammographie)

Kerstin Weber 529

Uta Markl 393

Ines Deichen 297

Arztregister

Anja Scheil/Dorit Scheske 254

Ärzte in Weiterbildung

Janine Priegnitz 384

Brigitte Teufert 358

Balneophototherapie

Nadine Pries 453

Begleiterkrankungen Diabetes mellitus

Renate Krupp 685

Begleiterkrankungen der Hypertonie

Renate Krupp 685

Chirotherapie

Heike Koschinat 328

Datenschutzbeauftragter

Tom-Christian Brümmer 474

Delegations-Vereinbarung

Kathrin Kramaschke 380

Dermatohistologie

Michaela Schmidt 266

Dialyse-Kommission/LDL

Melissa Martens 423

Diabetes-Kommission

Aenne Villwock 369

DMP-Team

Marion Froberg 444

Carolin Kohn 326

Nadine Pries 453

Dünndarm-Kapselendoskopie

Carolin Kohn 326

Ermächtigungen

Evelyn Kreker 346

Maximilian Mews 462

Coline Greiner 590

Büsrä Apaydin 561

ESWL

Monika Nobis 938

Formularausgabe

Sylvia Warzecha 250

Fortbildung/Veranstaltungen

Tanja Glaw 332

Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V

Timo Dröger 637

Anna-Sofie Reinhard 527

Früherkennungsuntersuchung Kinder

Heike Koschinat 328

Gesund schwanger

Monika Nobis 938

Gesundheitspolitik und Kommunikation

Delf Kröger (Leiter) 454

Marco Dethlefsen (stellv. Leiter/Pressesprecher) 818

Nikolaus Schmidt (Pressesprecher) 381

Hautkrebs-Screening

Christina Bernhardt 470

Hausarztzentrierte Versorgung

Heike Koschinat 328

Heil- und Hilfsmittel	
Ellen Roy.....	931
Histopathologie im Rahmen Hautkrebs-Screening	
Michaela Schmidt.....	266
HIV/AIDS	
Doreen Dammeyer.....	445
HIV-Präexpositionsprophylaxe	
Doreen Dammeyer.....	445
Hörgeräteversorgung	
Melissa Martens.....	423
Homöopathie	
Heike Koschinat.....	328
HVM-Team/Info-Team	
Stephan Rühle (Leiter).....	334
Info-Team/Hotline	
Telefon.....	883
Fax.....	505
Internet	
Jakob Wilder.....	475
Borka Totzauer.....	356
Interventionelle Radiologie	
Caroline Boock.....	578
Intravitreale Medikamenteneingabe	
Stephanie Purucker.....	459
Invasive Kardiologie	
Christine Sancion.....	533
IT in der Arztpraxis	
Timo Wilm (Telematikinfrastruktur).....	307
Kathrin Friester (TI-Finanzierungsvereinbarung).....	476
Timo Rickers (EDV/PVS Beratung).....	286
Kernspintomografie	
Caroline Boock.....	578
Koloskopie	
Carolin Kohn.....	326
Koordinierungsstelle Weiterbildung	
Janine Prießnitz.....	384
Krankengeldzahlungen	
Doris Eppel.....	220
Langzeit-EKG	
Renate Krupp.....	685
Laserbehandlung benignes Prostatasyndrom	
Doreen Dammeyer.....	445
Liposuktion Stadium III	
Doreen Dammeyer.....	445
Mammographie (Screening)	
Stefani Schröder.....	930
Mammographie (kurativ)	
Sandra Sachse.....	302
Molekulargenetik	
Marion Froberg.....	444
MRSA	
Anna-Sofie Reinhard.....	527
Neuropsychologische Therapie	
Christine Sancion.....	533
Niederlassung/Zulassung	
Susanne Bach-Nagel.....	378
Martina Schütt.....	258
Vanessa Dohrn.....	456
Michelle Hansen.....	291
Kristina Brensa.....	817
Katharina Marks.....	634
Melanie Lübker.....	491
Nordlicht aktuell	
Borka Totzauer.....	356
Jakob Wilder.....	475
Nuklearmedizin	
Monika Nobis.....	938

Onkologie	
Stephanie Purucker.....	459
Otoakustische Emissionen	
Melissa Martens.....	423
Palliativmedizin	
Doreen Dammeyer.....	445
Personal und Finanzen	
Lars Schönmann (Leiter).....	275
Thorsten Heller (Stellvertreter Finanzen).....	237
Claudia Rode (Stellvertreterin Personal).....	295
Yvonne Neumann (Entgeltabrechnung).....	577
Sonja Lücke (Mitgliederbereich).....	288
Karin Hiller (Vergaberecht und Zentrale Angelegenheiten).....	468
Fax.....	451
PET/PET-CT	
Monika Nobis.....	938
Phototherapeutische Keratektomie	
Stephanie Purucker.....	459
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	
Stephanie Purucker.....	459
Physikalisch-Medizinische Leistungen	
Heike Koschinat.....	328
Plausibilitätsprüfung	
Herbert Mette.....	629
Sabrina Rüdiger.....	691
Ulrike Moszeik.....	336
Polygrafie/Polysomnografie	
Christina Bernhardt.....	470
Pressesprecher	
Marco Dethlefsen.....	818
Nikolaus Schmidt.....	381
Praxisbörse	
Nicole Geue.....	303
Psychotherapie	
Melissa Martens.....	423
Qualitätssicherung	
Aenne Villwock (Leiterin).....	369/262
Fax.....	374
Qualitätszirkel	
Dagmar Martensen.....	687
Qualitätsmanagement	
Timo Dröger.....	637
QuaMaDi-Geschäftsstelle	
Katharina Papke (Leiterin).....	548
Gabriela Haack.....	442
Susanne Komm.....	225
QuaMaDi-Hotline.....	887
Radiologie-Kommission	
Caroline Boock.....	578
Christine Sancion.....	470
Rhythmusimplantat-Kontrolle	
Nadine Pries.....	453
Röntgen (Anträge)	
Caroline Boock.....	578
Röntgen (Qualitätssicherung nach SGB)	
Christine Sancion.....	533
Caroline Boock.....	578
Rückforderungen der Kostenträger	
Björn Linders.....	564
Schmerztherapie	
Kathrin Kramaschke.....	380
Sonografie (Anträge)	
Tanja Steinberg.....	315
Ramona Redepennig.....	611
Sonografie (Qualitätssicherung)	
Susanne Willomeit.....	228

KONTAKT

Sozialpädiatrie	
Christine Sancion	533
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	
Doreen Dammeyer	445
Soziotherapie	
Doreen Dammeyer	445
Spezial-Labor	
Carolin Kohn	326
Sprechstundenbedarf	
Heidi Dabelstein	353
Strahlentherapie	
Monika Nobis	938
Struktur und Verträge	
Simone Eberhard (Leiterin)	434
Fax	7331
Substitution	
Astrid Patscha	340
Telematik-Hotline	888
Teilzahlungen	
Brunhild Böttcher	231
Luisa-Sophie Lütgens	465
Tonsillotomie	
Doreen Dammeyer	445
Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	
Stephanie Purucker	459
Vakuumbiopsie	
Stefani Schröder	930
Verordnung (Team Beratung)	
Thomas Froberg	304
Widersprüche (Abteilung Recht)	
Gudrun Molitor	439
Zulassung	
Bianca Hartz (Leiterin)	255
Vanessa Dohrn (stellv. Leiterin)	456
Fax	276
Zytologie	
Michaela Schmidt	266
Zweitmeinungsverfahren	
Astrid Patscha	340

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, Fax 04551 9010 22
E-Mail: pruefung@kvsh.de

Beschwerdeausschuss

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

Leiter der Dienststelle

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

Verordnungsprüfung Arznei- und Verbandmittel

Dorthe Thede 9010 15

Verordnungsprüfung Heilmittel

Kristina Dykstein 9010 23

Sprechstundenbedarfs-, Honorarprüfung

Birgit Wiese 9010 12

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

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

Dagmar Hergert-Lüder (Leiterin) 89890 10

IMPRESSUM

Nordlicht aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

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

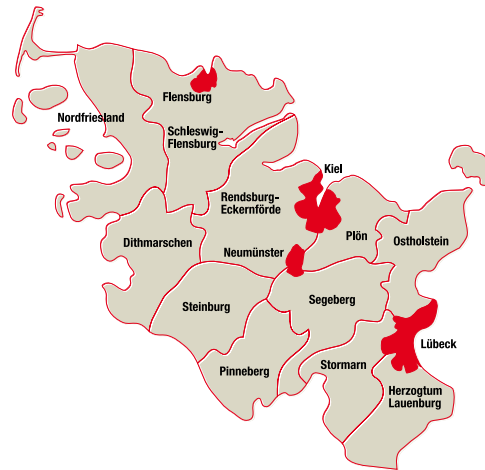
Anschrift der Redaktion

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg,
Tel. 04551 883 356, Fax 04551 883 396,
E-Mail: nordlicht@kvsh.de, www.kvsh.de

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

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

Kreisstellen der KVSH



Kiel

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

Tel 0431 93222

Fax 0431 9719682

Wolfgang Schulte am Hülse, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 0431 541771

Fax 0431 549778

E-Mail kreisstelle.kiel@kvsh.de

Lübeck

Kreisstelle: Parade 5, 23552 Lübeck

Tel 0451 72240

Fax 0451 7063179

Dr. Andreas Bobrowski, Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Tel 0451 610900

Fax 0451 6109010

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

Jörg Schulz-Ehlbeck, Facharzt für Innere Medizin

Tel 04321 47744

Fax 04321 41601

E-Mail kreisstelle.neumuenster@kvsh.de

Kreis Dithmarschen

Burkhard Sawade, Praktischer Arzt und Facharzt für Chirurgie

Tel 04832 8128

Fax 04832 3164

E-Mail buero@kreisstelle-dithmarschen.de

Kreis Herzogtum Lauenburg

Raimund Leineweber, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04155 2044

Fax 04155 2020

E-Mail kreisstelle.lauenburg@kvsh.de

Kreis Nordfriesland

Björn Steffensen, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04884 1313

Fax 04884 903300

E-Mail kreisstelle.nordfriesland@kvsh.de

Kreis Ostholstein

Dr. Bettina Schultz, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tel 04521 2950

Fax 04521 3989

E-Mail kreisstelle.ostholstein@kvsh.de

Kreis Pinneberg

Dr. Zouheir Hannah, Facharzt für Orthopädie

Tel 04106 82525

Fax 04106 82795

E-Mail kreisstelle.pinneberg@kvsh.de

Kreis Plön

Dr. Joachim Pohl, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04526 1000

Fax 04526 1849

E-Mail kreisstelle.ploen@kvsh.de

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Eckard Jung, Praktischer Arzt

Tel 04351 3300

Fax 04351 712561

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

Kreis Schleswig-Flensburg

Dr. Carsten Petersen, Facharzt für Innere Medizin

Tel 04621 951950

Fax 04621 20209

E-Mail kreisstelle.schleswig@kvsh.de

Kreis Segeberg

Dr. Ilka Petersen-Vollmar, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Tel 04551 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



ABGEORDNETEN- VERSAMMLUNG AV-Wahl 2022

31. August bis 14. September 2022

www.av-wahl.de

*Ihr Rezept für
mehr Einfluss*