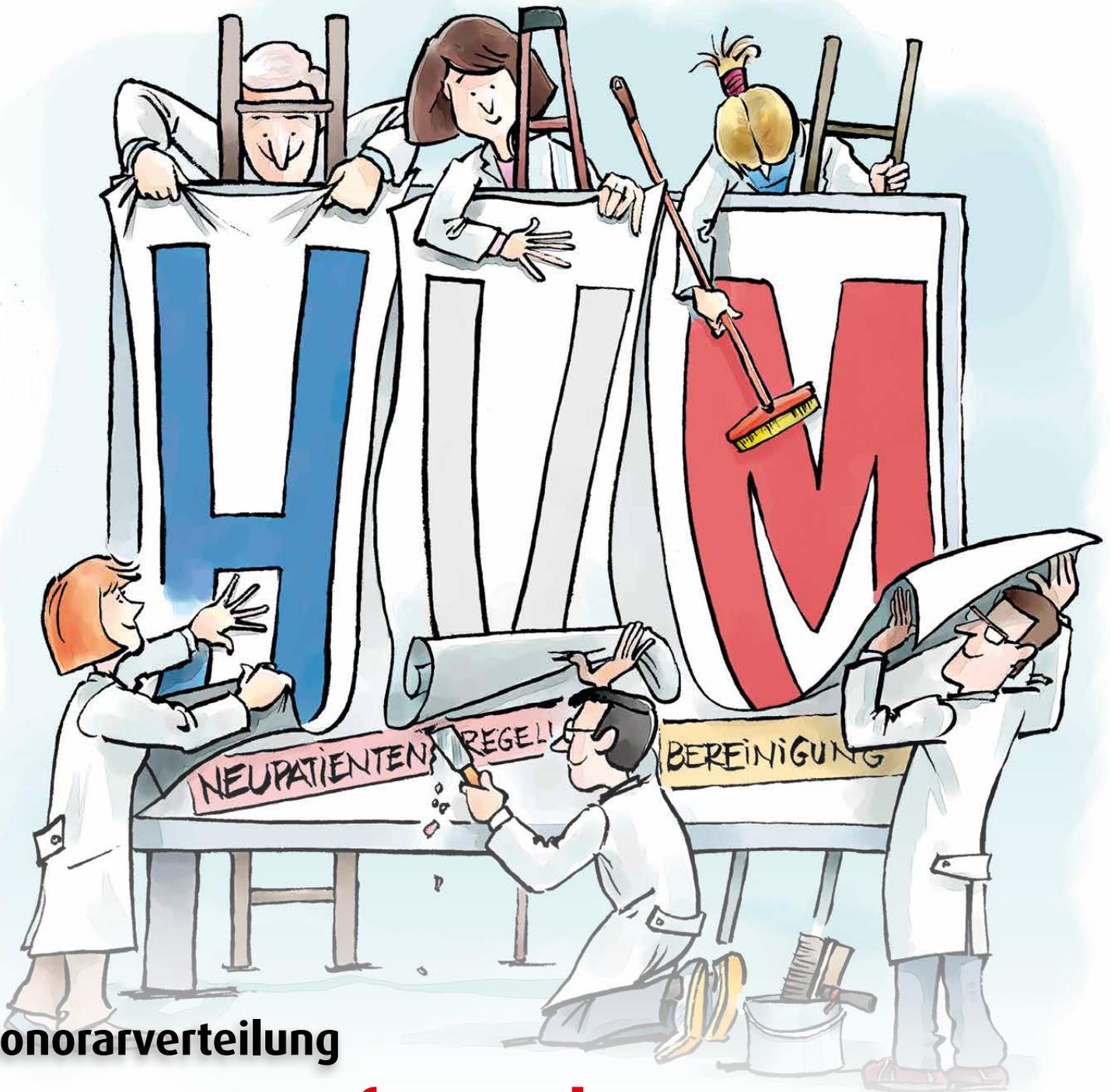


Nordlicht



Juli 2023 | 25. Jahrgang

A K T U E L L



Honorarverteilung

**Neuer HVM für mehr
Leistungsorientierung**

SERVICESEITEN
ABSEITE 37

TITELTHEMA

- 4 Der neue HVM – und was Sie vielleicht darüber wissen wollen
- 8 Der neue HVM aus Sicht der Selbstverwaltung: Interview mit Dr. Thomas Maurer und Dr. Michael Schroeder
- 10 Der neue HVM aus Sicht des stellvertretenden KVSH-Vorstandsvorsitzenden Dr. Ralph Ennenbach

12 NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

- 14 Bericht Abgeordnetenversammlung
- 17 Handhabung von HAFA-Vermittlungsfällen
- 18 Kommentar: Maßstab

PRAXIS & KV

- 19 Förderung Substitution
- 20 Aktuelles zum Konnektortausch
- 22 Mehr.Arzt.Leben! wieder „on tour“
- 25 Serie zur KVSH-Chronik: Zwischen Freiheit und Verantwortung
- 28 Psychotherapie: Aufgeschoben ist nicht aufgehoben – Qualitätssicherungsverfahren

30 BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

- 32 HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

DIE MENSCHEN IM LAND

- 33 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein
- 34 Gemeinsam Gutes tun
- 36 Praxisabgeber sagen „Tschüss“

SERVICE

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

Aus dem Inhalt

Die Notwendigkeit für eine Korrektur des HVM ist aus mehreren Gründen erforderlich. Mittlerweile sind die PZV mehr als zehn Jahre alt. Die MGV-Rückführung der Neupatienten in 2023 ist nicht deckungsgleich zu den damaligen PZV-Bereinigungen. Zum Abbau von Rücklagen waren die PZV in 2017 und 2018 generell erhöht worden. Auch bildet sich die EBM-Reform 2020 nicht gänzlich in den PZV ab, weil EBM-Verluste nur hälftig in die PZV eingepreist wurden. Die Vorsitzenden der Abgeordnetenversammlung und der Vorstand nehmen in diesem Nordlicht ausführlich Stellung.



04

Abgeordnetenversammlung: Ein neuer HVM, HAFA-Vermittlungsfälle und Digitalisierungsfragen prägten die Juni-Sitzung.



14

34



Peter Reibisch (80) unterstützt seit vielen Jahren das Team des Medibüros Kiel, das Geflüchteten und Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsstatus medizinische Hilfe vermittelt. Für sein ehrenamtliches Engagement wurde der praktische Arzt von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.

i

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



EDITORIAL

VON DR. MONIKA SCHLIFFKE,
VORSTANDSVORSITZENDE DER KVSH

Liebe Leserinnen und Leser,

ein neuer HVM verbindet sich für viele von Ihnen mit Umbruch und Unsicherheit. Völlig zur Unzeit, werden einige sagen, denn Einnahmen- und Kostenseite sind längst nicht mehr in der Waage, die Personalknappheit nimmt zu und Aussicht auf eine mit anderen Berufsgruppen vergleichbare Honorarsteigerung ist kaum vorhanden. Dies ist das zentrale Problem, an dem ändert ein HVM nichts.

Man bräuchte ihn nicht, wenn die Politik endlich gesetzlich vorgäbe, dass Ärzte, wie alle anderen Freiberufler, nach ihrer Gebührenordnung voll zu bezahlen seien. Man darf selbst diese in Frage stellen, denn viele Leistungen sind seit langem unterbewertet. Als KV würden wir zu gerne komplexe Hin- und Rückberechnungen, wie für die Pädiater, durchführen, wenn am Ende der volle Orientierungswert (OW) für alle Leistungen der Fachgruppen dabei herauskäme.

Leider ist es so nicht. Solange es eine gedeckelte Gesamtvergütung gibt, werden über den HVM Budgetzuteilungen nötig sein, die möglichst dem Anspruch nach Gerechtigkeit nahekommen sollen. Ein gutes halbes Jahr wurde mit dem HVM-Ausschuss und der Abgeordnetenversammlung darüber nachgedacht und gefeilt, bis der Text in die Abstimmung gehen konnte.

Die Abschaffung der Neupatientenregelung hatte zuletzt zu einer Schieflage zwischen vorhandener Geldmenge und Leistungsanforderung geführt, die mit dem in den letzten zehn Jahren bewährten System nicht mehr aufzufangen war. Komplexe HAFA- und Terminvermittlungsvorgaben können dies kaum kompensieren. Es ist somit ein guter Beschluss, im neuen HVM zumindest alle Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen zum vollen OW zu bezahlen, auch wenn es nur eine Teilmenge ist, die letztlich das PZV für weitere Leistungen kleiner macht.

Ist es also nur rechte Tasche – linke Tasche für die einzelne Praxis, wobei diese auch noch Löcher hat, durch die Prozente fallen können? Kann man so sehen, zumindest so lange wie in Berlin keine OW-Steigerung beschlossen wird, die den Namen Steigerung tatsächlich verdient und die Schere zwischen Honorar und Kosten nicht noch weiter aufgeht.

Immerhin ermöglicht die Entbudgetierung der Grundpauschalen jetzt den Praxen, zumindest anteilig einen Patientenzuwachs zum vollen Punktwert bezahlt zu bekommen. Es kann wieder attraktiv sein, die Tür für neue Patienten offen zu halten.

Verhinderung unnötiger Leistungsausweitung war einst das Argument der Budgets. Dies gilt für die Praxen schon lange nicht mehr, weder Arzt- noch Personalzeit ist dafür vorhanden. Lauterbach verspricht allen Bürgern das Blaue vom Himmel. Und wer macht die Arbeit ...

Ihre

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Schliiffke', written in a cursive style.

Der neue HVM – und was Sie vielleicht darüber wissen wollen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat einen neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) beschlossen. Warum der alte nicht mehr funktionierte und wie der neue HVM aussieht, erläutert dieser Text.

Die Notwendigkeit für eine Korrektur des HVM ist aus mehreren Gründen erforderlich. Mittlerweile sind die Punktzahlvolumina (PZV) mehr als zehn Jahre alt. Die MGV-Rückführung der Neupatienten in 2023 ist nicht deckungsgleich zu den damaligen PZV-Bereinigungen. Zum Abbau von Rücklagen waren die PZV in 2017 und 2018 generell erhöht worden. Auch bildet sich die

EBM-Reform 2020 nicht gänzlich in den PZV ab, weil EBM-Verluste nur hälftig in die PZV eingepreist wurden. Die Vorsitzenden der Abgeordnetenversammlung und der Vorstand haben in diesem **Nordlicht** ausführlich Stellung genommen. Deshalb geht es in diesem Artikel um die reine Technik.



Die alten PZV haben für die Bildung der neuen keine Bedeutung. Die neuen PZV werden aus den Punktzahlen der Quartale 3/2022 bis 2/2023 berechnet. Darin sind die TSVG-Neupatienten 3/2022 und 4/2022 sowie die HVM-Neupatienten-Regelungen 3/2022 bis 2/2023 enthalten. Freie Leistungen, wie z. B. die NÄPa-Leistungen oder schmerztherapeutische Leistungen, werden weiterhin zum Orientierungswert, die Positionen des Kapitels 40 gemäß EBM vergütet.

Neu ist die Vergütung der Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen zum Orientierungswert. Sie sind ab 3/2023 außerhalb der PZV und in der Anlage 3 des HVM aufgelistet.

EBM-Kapitel oder Leistungsbeschreibung	GOP EBM
1.3 Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	01320 und 01321
3.2.1.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen	03001-03005
4.2.1 Pädiatrische Versichertenpauschalen für Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr	04003-04005
5.2 Anästhesiologische Grundpauschalen	05210-05212
6.2 Augenärztliche Grundpauschalen	06210-06212
7.2 Chirurgische Grundpauschalen	07210-07212
8.2 Frauenärztliche Grundpauschalen	08210-08212
9.2 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen	09210-09212
10.2 Hautärztliche Grundpauschalen	10210-10212
11.2 Humangenetische Grundpauschalen	11210-11212
12.2 Laboratoriumsmedizinische Konsiliarpauschale	12210
13.2.1 Internistische Grundpauschalen	13210-13212
13.3.1 Angiologische Grundpauschalen	13290-13292
13.3.2 Endokrinologische Grundpauschalen	13340-13342
13.3.3 Gastroenterologische Grundpauschalen	13390-13392
13.3.4 Hämato-/Onkologische Grundpauschalen	13490-13492
13.3.5 Kardiologische Grundpauschalen	13540-13542
13.3.6 Grundpauschalen der Nephrologie und Dialyse	13590-13592
13.3.7 Pneumologische Grundpauschalen	13640-13642
13.3.8 Rheumatologische Grundpauschalen	13690-13692
15.2 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen	15210-15212
16.2 Neurologische Grundpauschalen	16210-16212
17.2 Nuklearmedizinische Konsiliarpauschale	17210
18.2 Orthopädische Grundpauschalen	18210-18212
19.2 Pathologische Konsiliarpauschale	19210
20.2 Phoniatrie und pädaudiologische Grundpauschalen	20210-20212

EBM-Kapitel oder Leistungsbeschreibung	GOP EBM
21.2 Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen	21210 - 21212 und 21213-21215
22.2 Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen	22210-22212
23.2 Psychotherapeutische Grundpauschalen	23210-23212 und 23214
24.2 Radiologische Konsiliarpauschalen	24210-24212
26.2 Urologische Grundpauschalen	26210-26212
27.2 Physikalisch rehabilitative Grundpauschalen	27210-27212
30.7.1 Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	30700

Wie berechnet sich das PZV?

Wir teilen in den Ausgangsquartalen sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich das jeweilige Honorarvolumen durch die PZV-Leistungen. Unter Berücksichtigung eines Restpunktwerts von 20 Prozent des Orientierungswerts ergeben sich für beide Versorgungsbereiche spezifische Quoten. Mit diesen Quoten werden die arztindividuellen Punktzahlen multipliziert und ergeben das arztindividuelle PZV. In Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ stehen die Summen der PZV wie gehabt gemeinsam zur Verfügung.

Hausärzte

Das PZV für das 3. Quartal 2023 wird mit der Quote von rund 80 Prozent gebildet. Warum ist diese Quote so gering?

1. Wie oben gesagt, sind die Versichertenpauschalen außerhalb des PZV mit dem OW vergütet.
2. Die Leistungsmenge in 3/2022 war sehr hoch, weil in den hausärztlichen Praxen die Booster-Kampagne bewältigt werden musste.
3. Die MGV der Hausärzte ist im 3. Quartal historisch geringer, weil es ein Urlaubs- und Ferienquartal ist. In 3/2022 trifft eine hohe Leistungsmenge auf eine saisonal geringe MGV.

Beispiel: Dr. Haus hatte im 3. Quartal 2022 eine PZV-Leistungsmenge inkl. Neupatienten von 440.000 Punkten. Dabei entfallen 30 Prozent oder 132.000 Punkte auf die Versichertenpauschalen. Das PZV 3/2023 beträgt demnach 308.000 mal 80 Prozent. Das sind 246.400 Punkte. Die restlichen Punktzahlen unterliegen dem Restpunktwert.

Das neue PZV von Dr. Haus, Basis 3/2022		
Bereich	Punktzahl	Vergütungsquote in % des OW
Versichertenpauschalen	132.000	100
PZV	246.400	100
Restpunktwert	61.600	20
Summe	440.000	89

Die individuelle Vergütungsquote von Dr. Haus im neuen HVM beträgt somit rund 89 Prozent; eine unveränderte Punktzahl und deren Zusammensetzung in 3/2023 vorausgesetzt. Nur bei der Frage „Gewinn oder Verlust im neuen HVM“ kommt einmal

NEUER HVM

das alte PZV ins Spiel. Hatte Dr. Haus im 3. Quartal 2022 keine PZV-Überschreitung, wurden alle Leistungen zum Orientierungswert vergütet. Dann beträgt der Verlust 11 Prozentpunkte (100 - 89). Bestand jedoch eine PZV-Überschreitung, dann relativiert es sich. Je größer die PZV-Überschreitung im Vorjahresquartal, desto geringer die Vergütungsquote und damit eher ein Gewinn im neuen HVM. Im folgenden Beispiel mindert sich der Verlust auf 5 Prozentpunkte (94 - 89).

Bereich	Punkte in 3/2022	Vergütungsquote in % des OW
Neupatienten	40.000	100
PZV	350.000	100
Restpunktwert	50.000	46
Summe	440.000	94

Ist das gerecht?

Ja, denn es sind dabei zwei Aspekte zu beachten:

1. Das ausgezahlte Honorar in 3/2022 war zu hoch. Der feste Restpunktwert von 46 Prozent des Orientierungswerts war aus den Rücklagen mit rund 3,3 Millionen Euro gestützt. Diese Maßnahme ist für die zukünftigen PZV aus dem Vergütungsvolumen herauszurechnen.
2. Die Rückführung der Neupatienten in die MGV ist defizitär, weil die Leistungsmenge gegenüber den Bereinigungsquartalen angestiegen ist, jedoch nur der Bereinigungsanteil von den Kassen zurückfließt.

Bei einem hohen Neupatientenanteil von Dr. Haus im 3. Quartal 2022 wurde das PZV vielleicht nicht ausgeschöpft. War der Anteil gering, mag das ein Grund für die PZV-Überschreitung gewesen sein. So oder so ist Dr. Haus am Defizit „beteiligt“. Damit ist die kollektive Quote begründbar. Die Abbildung zeigt, es gibt auch Gewinner im neuen System. Die rote Linie signalisiert den allgemeinen prozentualen Verlust durch die Stützungsmaßnahme und die Rückführung der Neupatienten.

Kinderärzte

Ab dem 3. Quartal 2023 gilt die PZV-Systematik nicht mehr für Kinderärzte. Alle Leistungen des Kapitel 4 EBM werden voll vergütet. Dafür wird ein Honorarvolumen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich separiert. Reicht das Honorarvolumen nicht für eine Vollvergütung, sind die Krankenkassen nachschusspflichtig.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich verbleiben die Versichertenpauschalen 04003 bis 04005 EBM als freie Leistungen. Für die übrigen kinderärztlichen Leistungen außerhalb Kapitel 4 EBM wird ein Vergütungstopf gebildet, aus dem diese Leistungen notfalls quotiert vergütet werden. Extradudgetäre Leistungen, wie z. B. die Prävention, bleiben selbstverständlich extrabudgetär.

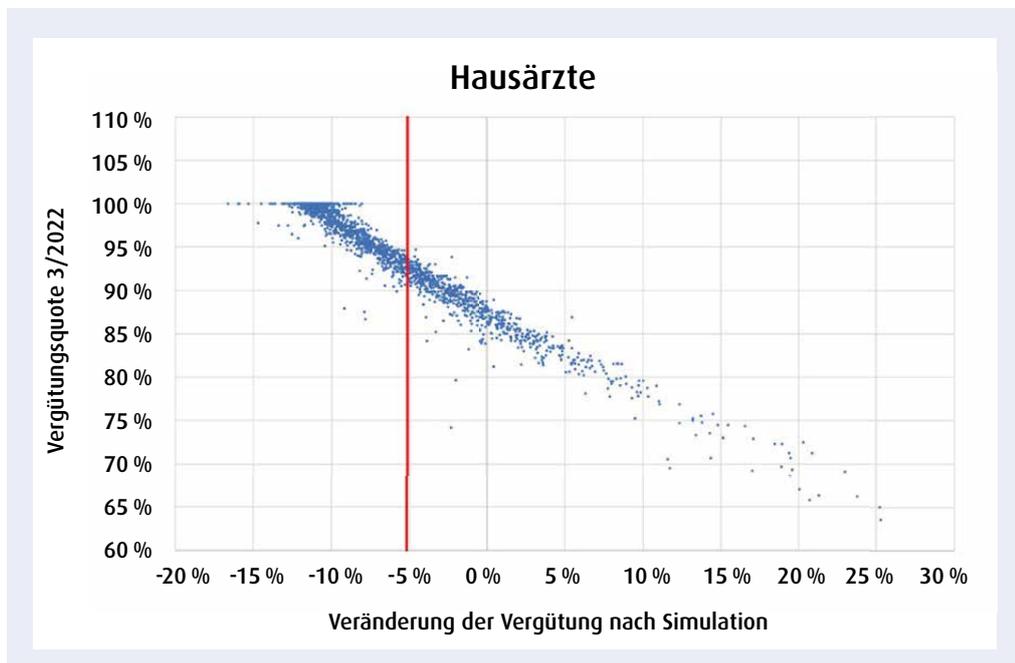
Fachärzte

Die Ermittlung des PZV für Dr. Fach erfolgt auf dem gleichen Weg wie bei Dr. Haus. Auch hier beträgt die spezifische Quote rund 80 Prozent. Zwar fand die Booster-Kampagne vornehmlich in den Hausarztpraxen statt, aber das Defizit der Neupatientenrückführung ist bei Fachärzten höher als bei den Hausärzten.

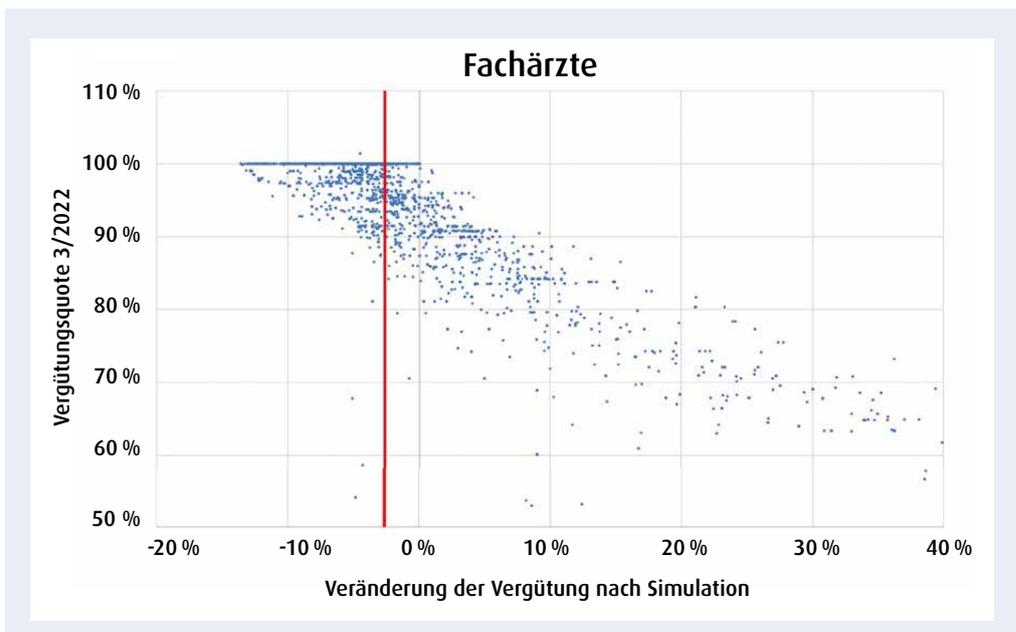
Auch im fachärztlichen Bereich werden Ungerechtigkeiten diskutiert. Arztgruppen mit einem geringen Anteil an Grund- oder Konsiliarpauschalen würden im neuen HVM benachteiligt. Zudem müssten Arztgruppen ohne Neupatienten das Defizit aus der Rückführung von rund 2,7 Millionen Euro mittragen.

In der Tat bietet sich im fachärztlichen Bereich ein buntes Bild. Arztgruppen mit höheren Grundpauschalanteilen neben den Gruppen mit den kleinen Konsiliarpauschalen. Arztgruppen nur mit Neupatienten neben Arztgruppen, die auch die extrabudgetäre offene Sprechstunde abrechnen können.

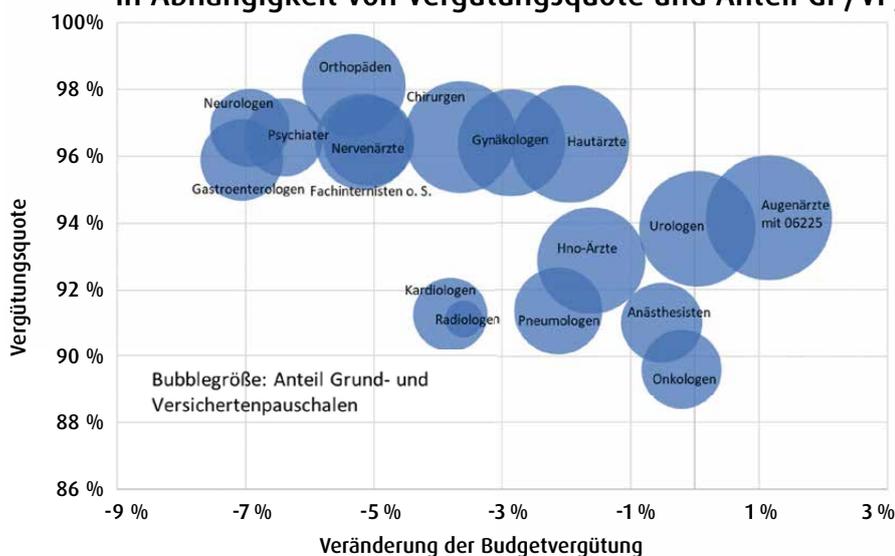
In der Simulation des 3. Quartals 2022 waren wir zunächst davon ausgegangen, dass der Anteil der Grundpauschalen bestimmend für Gewinn oder Verlust sei. Das hat sich jedoch nicht bestätigt. In jeder Gruppe gab es Gewinner und Verlierer, denn auch hier gilt: Wer sein PZV nicht überschritten hat, weist eine hohe Vergütungsquote auf und befindet sich auf der Verlustseite.



Durch die TSVG-Konstellationen Neupatient und offene Sprechstunde gibt es Arztgruppen, die im Durchschnitt eine geringe PZV-Auslastung und damit eine hohe Vergütungsquote aufweisen. Diese Arztgruppen haben jedoch dazu beigetragen, dass der Restpunktwert im fachärztlichen Bereich nur unwesentlich gestützt werden musste. Davon profitierten wiederum alle Gruppen mit durchschnittlich höheren PZV-Auslastungen, denn seit Einführung der PZV in 2013 kennt der schleswig-holsteinische HVM keine Fachgruppentöpfe mehr.



Änderung der Budgetvergütung im neuen HVM in Abhängigkeit von Vergütungsquote und Anteil GP/VP/KP



Der kollektive Restpunktwert kommt allen Facharztgruppen zugute. Und er kann auch weiterhin entlastet werden, wenn ein Teil der ehemaligen Neupatienten zukünftig über die Hausarztvermittlung in die Facharztpraxen gelangt. Nahezu alle Arztgruppen können davon profitieren, was den kollektiven Benefit erhöht.

Kinder- und Jugendpsychiater

Ähnlich wie bei den Kinderärzten sind ab dem 3. Quartal 2023 alle Kinder- und Jugendpsychiater aus der PZV-Systematik heraus. Der große Anteil von Leistungen Kapitel 14 EBM wird extrabudgetär vergütet. Die sonstigen Leistungen verbleiben im fachärztlichen Versorgungsbereich. Dafür ist im HVM ein Vergütungstopf gebildet, aus dem diese Leistungen notfalls quotiert vergütet werden. Extrabudgetäre Leistungen, wie z. B. die Sozialpsychiatrievereinbarung, bleiben selbstverständlich extrabudgetär.

Ausblick

Die Quoten zur Bestimmung der neuen PZV werden in den Ausgangs quartalen unterschiedlich sein. So zeigen erste Simulationen des 4. Quartals 2022, dass die hausärztliche PZV-Quote bei etwa 84 Prozent, die fachärztliche bei rund 97 Prozent liegen kann. Bei den Hausärzten drückt die Welle der Atemwegserkrankungen, bei den Fachärzten hebt die saisonal hohe MGW das Ergebnis.

EKKEHARD BECKER, KVSH

„Wenn wir neue und leistungsbereite Praxen fördern wollen, dann muss sich etwas bewegen“

Die KVSH hat einen neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Den Anstoß dazu haben die Gremien der Selbstverwaltung gegeben. Im Nordlicht-Interview erläutern der Vorsitzende der Abgeordnetenversammlung, Dr. Thomas Maurer, und sein Stellvertreter, Dr. Michael Schroeder, der außerdem dem HVM-Ausschuss vorsitzt, die Hintergründe.

Nordlicht: Was ist eigentlich ein Honorarverteilungsmaßstab, kurz HVM?

Dr. Thomas Maurer: Große Teile unseres Honorars sind budgetiert. Und es werden mehr Leistungen abgefordert, als aus der Menge Geld, die zur Verfügung steht, bezahlt werden kann. Ein HVM verteilt nun das zu wenige Geld auf die vorhandenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Um ein einfaches Bild zu wählen: Ich habe neun Stück Kuchen und muss sie auf zehn Kinder beim Kindergeburtstag verteilen. Die Kinder sind unterschiedlich groß und schwer, aber alle sind sehr hungrig. Es leuchtet unmittelbar ein, dass dieses Problem nicht befriedigend zu lösen ist und am Ende alle irgendwie unzufrieden sind.



Dr. Thomas Maurer, Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung



Dr. Michael Schroeder, stellvertretender Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung

Dr. Michael Schroeder: Der HVM ist damit für uns als KV das Werkzeug, das bestimmt, wie das von den Krankenkassen bereitgestellte Honorar auf die Fachgruppen verteilt wird. Es geht ja hauptsächlich – wie erwähnt – um den größeren budgetierten Honoraranteil vom Gesamthonorar. Die Verteilung kann bundesweit regional variieren, was wir als potenziellen Vorteil ansehen, da wir als KV damit Gestaltungsspielraum haben. Aber: Der Deckel auf dem Topf bleibt.

Nordlicht: Gäbe es denn Alternativen?

Schroeder: Die Alternative ist die Zuteilung eines festen, individuellen Budgets. Mit diesem Budget kann dann jeder machen, was er will. Das wäre ein Modell, das ausschließlich auf den Punktzahlvolumen (PZV) fußt, also ein rein PZV-basiertes. Unser altes System, das weitgehend auf einer solchen PZV-Regelung beruhte, bevorzugte im Durchschnitt die etablierten Praxen und

gab neuen Praxen und jenen, die ihre Leistung steigern wollten, kaum Platz zum Wachsen. Weil aber jeder sich im Lauf der Zeit so gut wie möglich im vorgegebenen System eingerichtet hat, wurde das System immer statischer und unbeweglicher.

Maurer: Das erklärt auch den Anstoß zu dieser HVM-Reform aus dem Ehrenamt heraus. „Ruhe an der Front“ ist sicher für einen Vorstand und die Verwaltung eine sehr angenehme Situation. Die alten Hasen haben sich gut eingerichtet, die neuen durchblicken das ganze System noch nicht so vollständig, als dass sie nachhaltig aufbegehren würden. Aber wenn wir neue und leistungsbereite Praxen fördern wollen, dann muss sich etwas bewegen.

Nordlicht: Wie sah es denn vorher aus – es gab ja viele Jahre keine großen Änderungen?

Schroeder: Wir haben den HVM zwar regelmäßig in diesen Jahren angepasst, aber nicht grundlegend, was jetzt notwendig wurde. Zur Historie: Vor etwa zehn Jahren wurde der HVM von einem Fallzahl-basierten Modell zu einem Punktzahlvolumen-basierten Modell, kurz PZV-Modell, überarbeitet. Dieses Modell war stabil und kalkulierbar und wir haben damit sogar einen nennenswert stabilen Restpunktwert über einen weiten Zeitraum hinweg von garantierten 46 Prozent vom Orientierungswert (OW) erreicht – und das nach Zeiten eines früheren Totalausfalls, als dieser Wert auch mal bei null lag. Aber: Der HVM war eben auch rigide und hatte wenig Flexibilität für Wachstum, was, wie gesagt, vor allem für leistungsbereite und junge Praxen einen Nachteil darstellte.

Nordlicht: *Daraus ergab sich das neu gesetzte Ziel?*

Maurer: Ja. Das Ziel für einen neuen HVM ist, Anreize zu setzen, mehr und auch neue Patienten zu übernehmen, auch bei bereits ausgeschöpften PZV. Andererseits sollten auch die Kolleginnen und Kollegen, die wie bisher einfach anständig im Rahmen der PZV ihre Arbeit machen, nicht über Gebühr abgestraft werden. So entstand die Idee eines Mix aus sicherem PZV und einer aktuellen fallzahlabhängigen Komponente.

Schroeder: Das heißt konkret, dass im jeweils aktuellen Quartal für alle Patienten die Versichertenpauschalen voll ausbezahlt werden. Mehr Patienten heißt dann mehr Geld, weniger Patienten heißt weniger Geld. Für die restlichen Leistungen wird ein neues PZV gebildet. Leistungen, die über das PZV hinausgehen, werden wie bisher mit einem Restpunktwert vergütet. Wichtig ist: Im Bereich der extrabudgetären Leistungen ändert sich durch eine solche Regelung nichts.

Nordlicht: *Wie wird sich das auf den Arbeitsalltag und die Finanzsituation der Kolleginnen und Kollegen auswirken?*

Maurer: Ich glaube, der größte Teil der Kolleginnen und Kollegen wird im Wesentlichen genauso weiterarbeiten wie bisher. Wir haben schon immer unsere Tätigkeit in erster Linie an medizinischen und nicht an wirtschaftlichen Fragestellungen ausgerichtet. Meine Einschätzung ist, dass es die Tendenz geben wird, im Zweifel lieber einen Patienten mehr zu behandeln und dafür einen Ultraschall weniger zu machen. Die Praxen werden sicher Wert darauf legen müssen, die extrabudgetären Möglichkeiten, die sich ja weiterhin bieten, auszuschöpfen. Insbesondere die „HAFA-Fälle“, also die Vermittlung durch Hausärzte an die Fachärzte, wie sie im angepassten Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) geregelt sind, und auch offene Sprechstunden von Fachärzten eröffnen hier einigen Spielraum. Die finanziellen Auswirkungen werden für alle spürbar, aber nach allen Simulationen und Hochrechnungen nicht dramatisch sein. Leider kombiniert sich der Zeitpunkt des neuen HVM mit einer Situation, in der die KVSH ohnehin durch die Rückbereinigung der Neupatientenregelung etwa drei Prozent weniger Geld für die Honorarzählungen zur Verfügung hat.

Nordlicht: *Das klingt nach weniger Geld bei mindestens gleichbleibendem, wenn nicht gar höherem Aufwand. Bieten sich in dieser komplizierten, regulatorischen Gemengelage überhaupt irgendwelche Chancen?*

Schroeder: Wenn es eine Chance gibt, dann ist diese sicher in der Einführung von „HAFA-Fällen“ zu sehen – also hausarztvermittelten Fällen an Facharztpraxen, sozusagen die Neupatientenregelung 2.0. Diese Vergütung wurde in der erwähnten Neufassung des TSVG extrabudgetär gestellt, ist also nicht gedeckelt. Aber bisher überwiegt der Unmut in unserer Ärzteschaft. Denn: Den Hausarztpraxen wird zugemutet, für ein vielen als irrelevant und gering erscheinendes Entgelt von 15 Euro, einen Facharzttermin für den Patienten zu vermitteln. Viele Facharztpraxen haben zudem das Problem, für „HAFA-Fälle“ nicht adhoc Termine zur Verfügung stellen zu können, weil deren Terminpläne teils über Monate im Voraus ausgebucht sind.

Gleichzeitig besteht die auf Erfahrung gründende Sorge, dass bisher beachtete, durchaus auch strenge Indikationen bisweilen aus dem Blick geraten. Das führt bereits jetzt erkennbar dazu, dass solche Patienten ihre Termine in bis zu 30 Prozent der „HAFA-Fälle“ nicht wahrnehmen. Hier kann man nur hoffen, dass sich dies im Laufe der Anwendung des Systems ändert, sobald es sich eingeschwungen hat. Erfreulich ist, dass die KVSH mit ihrem Terminportal im eKVSH-Portal für solche Fälle zumindest softwareseitig für eine Erleichterung sorgt. Das Hauptproblem des HVM ist weiterhin die unzureichende finanzielle Ausstattung.

Maurer: In einem gedeckelten System führt zwangsläufig jede Umverteilung zu Gewinnern und Verlierern. Diese Situation kann nicht schöngeredet werden. Es stellt sich daher die Frage, wie kann und wird es in der Zukunft weitergehen?

Nordlicht: *Und wie könnte die aussehen?*

Schroeder: Interessanterweise zeigen aktuelle Untersuchungen bei uns in Schleswig-Holstein, dass Hausärzte wie Fachärzte in relevanter Anzahl von 30 bis 40 Prozent ihr Budget nicht mehr voll ausschöpfen. Dies interpretieren wir im HVM-Ausschuss eindeutig so, dass die Ausweitung der Leistungen, die Politik und Krankenkassenverbände befürchten, nicht nur nicht eintritt, sondern völlig unbegründet ist.

Maurer: Exakt. Das kann ich nur bestätigen. In Zeiten des Ärztemangels gibt es eben keine von den Kostenträgern befürchtete unbegrenzte Leistungsausweitung. Die einzig logische Konsequenz daraus ist und bleibt die Entbudgetierung. Wir werden daher weiterhin mit Nachdruck daran arbeiten, dass genau diese Botschaft in der Politik ankommt und dann hoffentlich auch eine entsprechende Wirkung zeigt. Was bei den Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern begonnen wurde und den Hausärzten versprochen ist, muss für alle kommen. Nur so kann die Motivation der Praxen, die noch mehr leisten können und wollen, gefördert werden, ohne dass diese finanziellen Anreize über einen HVM von den übrigen Kolleginnen und Kollegen aus der eigenen Tasche bezahlt werden. Jeder HVM, egal wie gut er gemeint und gemacht ist, bleibt eine unbefriedigende, erzwungene Notlösung und ist Ausdruck der Missachtung unserer Leistung durch die Politik.

DAS INTERVIEW FÜHRTE NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

Der neue HVM, Versuch einer Einordnung

Warum kommt der neue HVM jetzt und warum nicht anders, warum müssen auch „normale“ Praxen betroffen sein? Diese und ähnliche Fragen laufen bei uns stark auf und werden Sie vielmals ebenso beschäftigen.

Notwendigkeit

Notwendig geworden ist der Schritt, weil wir Geldmenge und Leistungsmenge neu zusammenbringen müssen. Tun wir dies als KV nicht, laufen wir am Ende in eine kollektive Überzahlung, was erst recht Quelle von reichlich Ärger und Unverständnis sein würde. Das führt dazu, dass wir (unterschiedlich in den Quartalen) Honorar kürzen müssen. Hochrechnungen liegen für das dritte (-5 Prozent) und das vierte Quartal (-1 Prozent) vor und umfassen auch die Höhe des wahrscheinlichen Restpunktwertes, der zwar nach unten mit 20 Prozent abgedeckt ist, aber sehr wohl höher liegen kann und in einzelnen Quartalen auch liegen wird.

Warum als Rasenmäher über alle?

Der HVM konnte auch nicht ohne weiteres so gefasst werden, dass sich die Anpassung nur auf „große“ Praxen mit z. B. hohen Überschreitungen der bisherigen Punktzahlvolumina beziehen könnte. Die Politik „auf begrenztes Geld kann nur begrenzte Leistung folgen“ haben wir in den 2000er Jahren sehr konsequent verfolgt. Im Ergebnis hat die KVSH bei der Honorarreform 2009 sehr schlecht abgeschnitten, weil dies keinesfalls solidarisch trotz aller Schmalmeienklänge von allen KVen verfolgt wurde. Seit dieser Zeit bezieht die KVSH Leistungsentwicklungen der Praxen relativ stärker mit ein. Das war vor einigen Jahren mit ein Grund, für Anhebungen des Restpunktwertes auf rund 50 Prozent des OW zu sorgen.

Die Frage der Solidarität und Gerechtigkeit ist ja im Übrigen keine Einbahnstraße: Viele Entwicklungen haben sicherlich dazu beigetragen, dass die Disparitäten in der Bereitschaft zur Versorgung nach dem jeweiligen Patientenaufkommen zwischen den Praxen sogar größer geworden sind. Der einen Gruppe – mit einer strikt am PZV orientierten Leistungsmenge – steht die andere Gruppe gegenüber, die sich beklagt, immer mehr Leistungen aus der Umgebung auffangen zu müssen. Begleitet wird dies durch flankierende Entwicklungen, die zu einer Entsolidarisierung beitragen: Zunahme von Patientenstopps, Nichterreichbarkeit der Praxen, Fehlbesprechungen des Anrufbeantworters, eine Vertretung an die 116117 delegieren zu wollen und – wahrscheinlich sogar am weitreichendsten – der Wegfall regelhafter innerärztlicher Meetings aller Art und des darüber erzeugten Gemeinschaftsgefühls.



Der Gedanke, zukünftig die Grundpauschalen und Versichertenpauschalen separat und vollständig zu vergüten, wurde als Leitmotiv seitens der ärztlichen Selbstverwaltung gewünscht und ausdrücklich vorgegeben, um gerade diese Disparitäten punktuell aufzufangen.

Warum jetzt?

Es bleibt sicher die Frage nach dem Zeitpunkt der Reform. Den finalen Sargnagel für den alten HVM hat Minister Lauterbach mit der unmotivierten und nicht nachvollziehbaren Streichung der Neupatientenregelung gesetzt. Dies geschah mit minimalem Vorlauf zum Jahresanfang. Für uns reichte es zur Schaffung eines Übergangs-HVM, der von vornherein auf zwei Quartale befristet war. Da die Pandemie wiederum nach allen Maßzahlen Mitte 2022 ausgelaufen war, ist das „jetzt“ auch der richtige Zeitpunkt. Ein Zuwarten hätte die Spannung lediglich prolongiert und sogar die Schiefelage vergrößert.

Nun, das ist und liest sich nüchtern. Und natürlich darf man die aktuelle Situation auch deutlich kritischer beurteilen und als ungeeignet ansehen. In einer Zeit, in der die Praxen eine Art Erholungsphase nach der Pandemie benötigen würden, die Probleme mit der Technik und der Verfügbarkeit des Personals zunehmen und schließlich die Inflation an den Praxen nicht ohne Spuren vorbeigeht, ist die Berührung des Themas Honorar mehr als sensibel. Als Antwort auf die Kostensteigerungen muss es in diesem Jahr zu einer deutlich höheren OW-Anhebung als 2020ff. kommen. Es ist zu fordern und zu hoffen, dass es ähnlich wie in den meisten Tarifabschlüssen (die zweijährig jeweils 4-5 Prozent vereinbaren und dann zusammen mit einer Sonderzahlung auf die berühmten 10 Prozent kommen) zu einer Phase kommt, in der es mehrjährig um nennenswerte Prozentpunkte nach oben geht.

Conclusio

Aber wie man es dreht und wendet: Solange es ein zu verteilendes Budget gibt, muss man die Frage der Bilanzierung und des Ausgleichs zwischen allen Beteiligten trotz aller anderen Widrigkeiten angehen. Wir haben es bisher immer geschafft,

derlei Reformen mit mehrjährigem Abstand umzusetzen und dazwischen Phasen der Stabilität zu schaffen: Die letzte Reform stammt aus dem Jahre 2013. Dieses Ziel gibt es auch heute und ist auch unabhängig von einzelnen Personen (oder mir, als im nächsten Jahr ausscheidender Vorstand) in der KVSH fest verankert.

Das wird die sich auf der Verliererseite befindlichen Praxen naturgemäß nicht zufriedenstellen können. Aber möglicherweise erkennen Sie alle – oder jedenfalls die breite Mehrheit –, dass es bei dem neuen HVM nicht um die Lust am Umverteilen geht und in den Prinzipien keine Willkür herrscht.

DR. RALPH ENNENBACH, STELLVERTRETENDER
VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH

BERATUNGSSTELLE

Zehn Jahre „Hilfetelefon – Gewalt gegen Frauen“



Berlin – Das bundesweite Angebot „Hilfetelefon – Gewalt gegen Frauen“ ermöglicht seit seiner Gründung vor zehn Jahren Betroffenen, sich zu jeder Zeit anonym und kompetent beraten zu lassen und bietet außerdem Informationen und Unterstützung für Fachkräfte. Auch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können sich bei allen Fragen zum Thema Gewalt gegen Frauen an die Beratungsstelle wenden. Das Hilfetelefon berät unter der Rufnummer 08000 116 016 und online auf www.hilfetelefon.de dabei zu allen Formen von Gewalt. Das kostenlose Angebot richtet sich an Frauen, die von Gewalt betroffen oder bedroht sind. Mithilfe von Dolmetscherinnen ist die telefonische Beratung in 18 Fremdsprachen möglich, wie die Anbieter mitteilten.

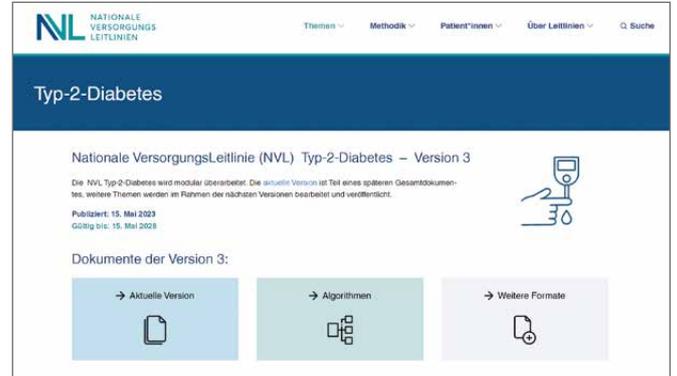
ARZNEIMITTEL

Austauschmöglichkeit für Apotheken verlängert

Berlin – Der Gesetzgeber hat die Substitutionsmöglichkeit für nicht vorrätige oder nicht lieferbare Arzneimittel bis zum 31. Juli 2023 verlängert. Damit dürfen Apotheken ohne Rücksprache mit dem Arzt ein wirkstoffgleiches Präparat in einer anderen Packungsgröße oder Wirkstärke abgeben, sofern die verordnete Gesamtmenge des verordneten Wirkstoffs nicht überschritten wird. Gesetzliche Grundlage hierfür ist der neue Paragraph 423 im SGB V, der mit dem Gesetz zur Neustrukturierung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland eingeführt wurde. Die erweiterte Substitutionsmöglichkeit für nicht vorrätige beziehungsweise nicht lieferbare Arzneimittel wurde während der Pandemie mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung eingeführt und lief am 7. April aus. Mit der Verlängerung der Regelung will das Bundesgesundheitsministerium nun den Zeitraum überbrücken, bis das geplante Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln verabschiedet wird.

TYP-2-DIABETES

VersorgungsLeitlinie aktualisiert



Berlin – Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat die Nationale VersorgungsLeitlinie zu Typ-2-Diabetes überarbeitet und unter www.leitlinien.de/themen/diabetes online zur Verfügung gestellt. Überarbeitet wurden die Themenbereiche Epidemiologie, Screening und Diagnostik. Typ-2-Diabetes zählt weltweit zu den häufigsten Volkskrankheiten. Fast jede fünfte Person ab 65 Jahren ist davon betroffen. Wie diese Erkrankung diagnostiziert werden soll und für wen eine Früherkennung sinnvoll sein kann, haben die Autorinnen und Autoren in den überarbeiteten Kapiteln beantwortet. Welche Untersuchungen sich für die frühzeitige Erkennung eignen und wie oft sie erfolgen sollen, stellt die Leitlinie in zwei Tabellen dar.

UMFRAGE

Mehrheit der Deutschen will Reformen im Gesundheitswesen

Gütersloh – 91 Prozent der Deutschen sehen Handlungsbedarf für grundlegende Veränderungen im Gesundheitswesen. Außerdem haben 55 Prozent den Eindruck, dass sich die Gesundheitsversorgung in den vergangenen zehn Jahren verschlechtert hat. Das sind die wesentlichen Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage des Markt- und Meinungsforschungsinstituts Forsa im Auftrag des Health Transformation Hub, einer Initiative der Bertelsmann Stiftung. Dass sich die Gesundheitsversorgung ohne Reformmaßnahmen zukünftig verschlechtert, befürchten danach 77 Prozent der Bürgerinnen und Bürger. Entsprechend hoch ist danach der Stellenwert, den der Gesundheitsbereich aus Sicht der Menschen für die Politik einnehmen sollte. 88 Prozent von ihnen sprechen sich dafür aus, dass die Politik mehr Geld ins Gesundheitssystem investieren solle. Nur Ausgaben für Bildung und Alterssicherung werden als noch wichtiger erachtet.

Mehr Informationen unter www.bertelsmann-stiftung.de/de/startseite/aktuelles

VERORDNUNGEN

Serviceheft „Heilmittel“

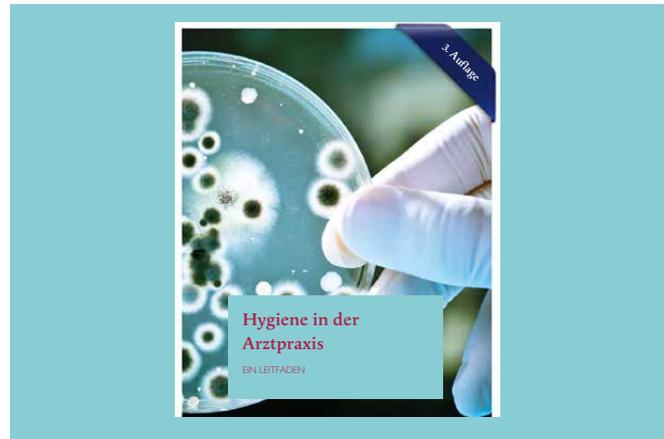


Berlin – Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ihr Serviceheft „Heilmittel“ aktualisiert und erweitert. Neu ist dabei unter anderem die Nagelspannenbehandlung bei eingewachsenen Zehennägeln. Sie kann seit Juli 2022 unter bestimmten Voraussetzungen als Heilmittel verordnet werden. Das Heft informiert außerdem darüber, welche Heilmittelbehandlungen mittlerweile auch per Video durchgeführt werden dürfen. Das Serviceheft gibt darüber hinaus einen Überblick über die fünf Heilmittelbereiche und enthält vier Verordnungsbeispiele aus der Praxis. Dazu gehören Krankengymnastik bei Bewegungsschmerz, Podologie bei Fehlbildung der Wirbelsäule und des Rückenmarks, Ergotherapie bei ADHS und Sprachtherapie bei kindlicher Sprachstörung.

Download unter:
www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Heilmittel.pdf

PUBLIKATIONEN

Überblick in Sachen Hygiene



Reutlingen – Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat seine Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ aktualisiert. In den letzten Jahren gab es rund um die Hygiene und den Umgang mit Medizinprodukten verschiedene rechtliche Änderungen, teilte das Kompetenzzentrum mit. Hierunter fielen beispielsweise die Impfpflicht gegen Masern, das neue EU-weite Medizinprodukterecht und neue bzw. überarbeitete Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut.

Der Leitfaden ist unter www.kvsh.de/praxis/qualitaet-und-fortbildung/hygiene-und-medizinprodukte zu finden. Ansprechpartnerin: Stefanie Mertens, Tel. 04551 883 204, stefanie.mertens@kvsh.de

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein trauert um ihren Ehrenvorsitzenden und langjährigen Vorstandsvorsitzenden

Dr. Eckhard Weisner

* 16. Juni 1937 † 24. Juni 2023

Dr. Weisner war in zahlreichen Funktionen über viele Jahrzehnte berufspolitisch tätig. Neben seinen Ämtern bei der KVSH war Dr. Weisner unter anderem Präsident der schleswig-holsteinischen Ärztekammer, 2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie Vorstandssprecher des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Für sein Wirken erhielt Dr. Weisner 2007 das Bundesverdienstkreuz. Die KVSH wird in der nächsten Ausgabe des Nordlichts Dr. Weisner in einem ausführlichen Nachruf würdigen.

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Unser tiefes Mitgefühl gilt an dieser Stelle seinen Angehörigen und allen, die ihm nahe standen.



DIE ABGEORDNETENVERSAMMLUNG SOWIE VORSTAND UND MITARBEITER DER KVSH

„Die ambulante Versorgung ist erschöpft“

Ein neuer HVM, HAFA-Vermittlungsfälle und Digitalisierungsfragen prägten die Juni-Sitzung.



Nach rund einem Jahrzehnt gibt es in Schleswig-Holstein einen neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Die Abgeordneten stimmten in ihrer Juni-Sitzung nach intensiver Diskussion mit großer Mehrheit einer grundlegenden Reform des HVM zu.

Neujustierung des HVM musste sein

Zuvor hatte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Ralph Ennenbach, deutlich gemacht, dass aus einer ganzen Reihe von Gründen an einer Neujustierung des HVM kein Weg vorbeiführe. Er verwies darauf, dass in zurückliegenden Quartalen bereits wiederholt auf Rücklagen zurückgegriffen werden musste, was dauerhaft nicht möglich sei. Ein wesentlicher Grund für die Reform des HVM sei zudem die Abschaffung der Neupatientenregelung durch die Politik. Diese habe erhebliche finanzielle Auswirkungen, da bei der Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) rund 15 Prozent weniger Mittel zur Verfügung stünden als bei der Ausgliederung der Leistung bereinigt wurden. Auch sei es ein Ziel, artikuliert auch von den ehrenamtlichen Gremien, leistungsstarke Praxen, die ihre PZV überschreiten, tendenziell zu begünstigen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass Auswertungen der KVSH ergeben hätten, dass rund 40 Prozent der Praxen ihr PZV nicht ausschöpften. Insgesamt führe der neue HVM zu Einbußen, die je nach Fachgruppe variieren können. Allerdings sei der tatsächliche Verlust auch quartalsabhängig, sodass es auch Quartale geben könne, in denen diese so gut wie nicht spürbar sein werden.

Ziel sei ein stabiler und zuverlässiger HVM. Zur Verlässlichkeit solle auch die bewusste Herauslösung der Grund- und Versichertenpauschalen aus dem PZV beitragen, die künftig stets separat und vollständig vergütet werden. Weitere Einzelheiten zum neuen HVM entnehmen Sie bitte den Beiträgen zum Thema in dieser Ausgabe des **Nordlichts**.

„Wir können nicht alle Probleme mit einem Instrument lösen.“

Ennenbach machte klar, dass allen bewusst ist, in welcher schwierigen Lage der neue HVM komme. „Die ambulante Versorgung ist erschöpft“, stellte er mit Blick auf die vielfältigen Belastungen fest, denen sich die Praxen ausgesetzt sehen, von einer unzureichenden Honorierung, über den Fachkräftemangel und die Streichung der Neupatientenregelung bis zur ausbleibenden Wertschätzung durch die Politik, gerade auch vor dem Hintergrund der Leistungen während der Coronapandemie. Der reformierte HVM solle eine stabile Grundlage bilden, dürfe aber nicht mit Erwartungen überfrachtet werden. „Wir können nicht alle Probleme mit einem Instrument lösen“, machte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende deutlich.

Das Problem des angesichts der aktuellen Kostensteigerungen zu niedrigen Orientierungswertes (OW) lasse sich nicht im HVM lösen, sondern nur auf der Bundesebene in den anstehenden Honorarverhandlungen. Ennenbach gab sich vorsichtig optimistisch, dass eine OW-Erhöhung von mehr als vier Prozent erreicht werden könne.

Licht am Horizont und politische Unsicherheiten

Es gebe aber auch Licht am Horizont, so Ennenbach. Er hob die Entbudgetierung der kinderärztlichen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen hervor. Auch für eine weitgehende Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung, die im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition bereits angekündigt wurde, sehe er Chancen. Der seit Jahren grundlegende Gedanke der Politik, „alles muss budgetiert werden“, gerate dadurch zusehends ins Wanken. Und der sich abzeichnende Mangel auch an fachärztlichen Kapazitäten verbessere perspektivisch auch dort die Aussicht auf eine Überwindung der Budgets. Allerdings sei nie sicher, wohin die Richtung politisch gehe, Unsicherheiten blieben prägend für die weitere Entwicklung.

Hafa als Chance

Der KVSH-Vizevorsitzende sprach auch die Diskussionen rund um die Hausarzt-Facharzt-Terminvermittlung an, die in den zurückliegenden Wochen innerhalb der Ärzteschaft intensiv und kontrovers geführt wurde. Es gebe bei einigen Hausärzten „fundamentale Zweifel“, auch, weil man sich von der Politik nicht zu bestimmten Verhaltensweisen drängen lassen wolle. Auf der anderen Seite gebe es auch „Raubritter“. So habe es Fälle gegeben, in denen fachärztliche Praxen für Routineuntersuchungen von Patienten verlangt hätten, eine Hafa-Überweisung bei ihrem Hausarzt einzufordern. Ennenbach sprach in diesem Zusammenhang von einem „Entsolidarisierungsvirus“. Die Hafa-Regelung sei zudem durch die Vorgeschichte, nämlich der Abschaffung der Neupatientenregelung, belastet.

Ennenbach sprach sich dafür aus, zunächst und vor allem den medizinischen Aspekt der Regelung stärker zu beachten. Die Hafa-Vergütung sei ein Bonus für die medizinisch sinnvolle Vermittlung von Patienten vom Hausarzt an den Facharzt, wenn es einer dringlichen Weiterbehandlung bedürfe. Dies sei im Sinne der Versorgung. Der Vorstand der KVSH habe deshalb in einem gemeinsamen Schreiben mit den Berufsverbänden an alle Mitglieder diesen medizinischen Aspekt noch einmal hervorgehoben. Mit Blick auf die Auswirkungen des neuen HVM wies Ennenbach auf die damit einhergehenden positiven Aspekte hin. Anders als im Fall der Neupatienten sei für die extrabudgetäre Vergütung der Hafa-Fälle keine Bereinigung vorgesehen. Es sei daher im Facharztbereich möglich, durch Hafa-Fälle Verluste, die durch die Abschaffung der Neupatientenregelung entstanden seien, zu kompensieren. Dafür reiche, in Abhängigkeit von der Fachgruppe, vielfach eine Größenordnung von etwa 20 Prozent der bisherigen Neupatientenfälle. Im Schnitt über alle Gruppen seien dies vier bis fünf Prozent aller Behandlungsfälle. Ennenbach berichtete, dass das in Hamburg dazu geführt hätte, dass die Radiologen im ersten Quartal 2023 im Ergebnis eine Vollvergütung ihrer Leistungen erzielen konnten.



Digitalstrategie des BMG mit vielen offenen Fragen

In ihrem Bericht zur Lage war die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke, zum Auftakt der Sitzung auf aktuelle gesundheitspolitische Themen eingegangen, insbesondere auf die im März von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach vorgelegte „Digitalstrategie“ für das Gesundheitswesen. Diese solle den Rahmen dessen definieren, was in den kommenden Jahren

vom Gesetzgeber zu erwarten sei. Drei wesentliche Punkte enthalte die Digitalisierungsstrategie, wie sie berichtete: Die elektronische Patientenakte (ePA), die Datennutzung für die Forschung und die Erweiterung der telemedizinischen Einsatzszenarien, z. B. Videosysteme zur Selbstnutzung mit Assistenz in Apotheken oder Gesundheitskiosken.

Kritisch äußerte sie sich zu den Vorstellungen hinsichtlich der ePA in der Digitalisierungsstrategie. Die ePA solle „zentraler Versorgungsbestandteil“ werden, so wie dies Gesundheitsakten in zahlreichen Ländern bereits seien. Aber Deutschland gehe in der Umsetzung einen anderen Weg als die Nachbarn. So soll die Gesundheitsakte nicht von einer staatlichen Institution getragen werden, sondern soll eine „Akte in Patientenhand“ sein, zur Verfügung gestellt von der jeweiligen Krankenkasse und mit beliebigen Zugangs- und Verblindungsrechten des Patienten. Mit Hinweis darauf, dass dieser Ansatz sich von dem in anderen Ländern unterscheide, erinnerte Schliffke daran, dass Gesundheitsakten gemäß internationaler Definition zunächst medizinische Fallakten seien, in die auch der Patient Einsicht habe. Deutschland koppele sich damit von bewährten Systemen ab.

Ideologisch geprägte Diskussion

Der übergroße Fokus auf das Thema Patientensouveränität überlagere alles und führe zu einer ideologisch geprägten Diskussion, „die man mit Realismus, ärztlichem und psychotherapeutischem Sachverstand und Versorgungserfahrung nicht gewinnen kann.“ Man scheine im BMG vergessen zu haben, dass es im Gesundheitswesen „nicht um Nettigkeiten und Sozialbetreuung geht, sondern ganz primär um Krankheiten und deren Behandlung, um akute, chronische, ernste und lebensbedrohliche Erkrankungen“. Und nur dafür brauche man bessere und schnellere Daten und eine einheitliche und verlässliche Struktur- und Kommunikationsebene.

„Patienten interessieren sich nicht oder nur sehr begrenzt für ihre Gesundheitsdaten.“

Die Koalition sei sich inzwischen einig, dass es eine „Opt-out“-Lösung geben solle, d. h. der Patient muss sich aktiv gegen eine ePA entscheiden, wenn er diese nicht nutzen möchte. Viele Fragen hierzu seien aber offen, wie die Vorstandsvorsitzende verdeutlichte: „Was heißt das für den Patienten? Einmal gegen alles, also gar nicht erst herunterladen? Oder nur gegen bestimmte Dinge? Oder dieses Jahr so und nächstes Jahr so?“ Das Papier gebe auf diese Frage keine Antworten. Ihr ernüchterndes Fazit: „Die Ärzte- und Psychotherapeutenchaft wird keine medizinische Fallakte erhalten, dafür zwangsläufig neue Verpflichtungen.“

Patienten interessieren sich nur sehr begrenzt für ihre Gesundheitsdaten

Insbesondere warnte sie vor dem Glauben, dass Patienten ein umfassendes Interesse an ihren Daten hätten und verwies auf einen Cochrane-Review aus dem Jahr 2021. Das Ergebnis der Studie falle „vernichtend“ aus, so Schliffke. „Patienten interessieren sich nicht oder nur sehr begrenzt für ihre Gesundheitsdaten.“ Nur wenige Patienten, vor allem solche mit einer chronischen

Erkrankung, versprechen sich durch eine ePA einen Nutzen. Für Schliffke keine überraschende Erkenntnis: „Wir kennen diese geringen konsequenten Nutzungen auch von DIGA oder Gesundheits-Apps, z. B. beim Thema Diabetes.“ Es werde deshalb spannend, ob die Regierung das große Ziel einer Nutzung der ePA durch 80 Prozent der Versicherten im Jahr 2025 unter diesen Prämissen erreichen werde.

Erste bundesweite Vereinbarung über ein DMP Osteoporose in Schleswig-Holstein

Eine Neuigkeit konnte die Vorstandsvorsitzende im Bereich der DMP verkünden. Nachdem es seit der Einführung der heutigen sechs DMP lange Jahre „Funkstille mit Neuentwicklungen“ gab, kommt mit dem DMP Osteoporose ab Juli erstmals seit vielen Jahren ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm in der Versorgung an. Bereits 2017 hatte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, eine Reihe neuer DMP zu entwickeln, darunter auch das DMP Osteoporose. Allerdings reiche es nicht, erläuterte Schliffke, dass der G-BA die inhaltlichen Anforderungen definiere. Umgesetzt würden DMP erst, wenn die Krankenkassen bereit seien, Mittel zur Verfügung zu stellen und Verträge mit KVen zu schließen. „Wie sich in den letzten Jahren gezeigt hat, tun sie das erst, wenn sie sich durch öffentlichen Druck an den Pranger gestellt sehen, eine strukturierte Behandlung zu verhindern, die sie selbst mitbeschlossen haben“, so Schliffke.

Dies sei beim Thema Osteoporose nun der Fall gewesen, zum 1. Juli konnte ein Abschluss erzielt werden. Ein wichtiger Punkt der Vereinbarung sei, dass sowohl Hausärzte als auch Orthopäden die koordinierende Funktion übernehmen könnten. Nach einem Quartal für Vorbereitungen und Informationen werde das neue DMP ab Oktober wirksam werden. Schliffke wies darauf hin, dass die Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der KVSH zum DMP Osteoporose der erste Abschluss dieser Art in Deutschland ist. Zu den Einzelheiten des DMP wird die KVSH in den kommenden Wochen informieren.

Weitere Schritte zur Digitalisierung der KVSH

Eine Vorschau auf das neue eKVSH-Portal, das im Herbst online gehen wird, gab den Abgeordneten der Leiter der IT-Abteilung der KVSH, Jan Löbe. Das Portal wird sich in einem gänzlich neuen Gewand präsentieren, übersichtlicher und benutzerfreundlicher

sein, und vor allem ermöglichen, mehr Vorgänge, zum Beispiel Anträge, rein digital zu erledigen. Um die neuen Möglichkeiten nutzen zu können, wird künftig eine Zwei-Faktor-Authentifizierung, vergleichbar dem Verfahren, das vom Online-Banking bekannt ist, den bisherigen Zugang mit Nutzernamen und Passwort ablösen. Dieses System ist nicht nur sicherer als die aktuelle Zugangskontrolle, sondern mittlerweile dort, wo es um sensible Gesundheitsdaten geht, auch gesetzlich vorgeschrieben.

Weitere Neuheit: Künftig werden die Praxen steuern können, zu welchen Bereichen des Portals die einzelnen Mitarbeiter Zugang erhalten, damit zum Beispiel Terminbuchungen über die TSS oder das HAFA-Portal von allen eingesehen werden können, aber die Honorarabrechnung nur für die Praxisinhaberin oder den Praxisinhaber. Bevor die ersten Funktionen im neuen Portal ab Oktober in Betrieb gehen werden, wird es eine Testphase mit einzelnen Praxen geben.

Mit der weiteren Digitalisierung wird auch das TSS-Verfahren umgestellt. Sowohl TSS- als auch Akuttermine sollen ab Herbst direkt vermittelt werden, d. h. Praxen stellen im Portal konkrete Termine für die TSS zur Verfügung. Diese Umstellung, so erläuterte Alexander Paquet, Leiter der für die TSS zuständigen KVSH-Abteilung, sei nötig, da die Zahl der Vermittlungen steige und das bisherige Verfahren, das im Wesentlichen die Vermittlung eines verbindlichen Kontakts zwischen Patient und Praxis darstellt, an seine Grenzen stoße.

Damit die KVSH verlässlich mit ihren Mitgliedern digital kommunizieren kann, beschlossen die Abgeordneten zudem, in der Satzung zu verankern, dass künftig eine verbindliche geschäftliche E-Mail-Adresse bei der KVSH anzugeben ist.

Ausschusszusammensetzungen vervollständigt

Zum Abschluss der Juni-Tagung wählten die Abgeordneten die Kieler Hausärztin Dr. Kirsten Schemmel als neues stellvertretendes Mitglied in den Ausschuss für angestellte Ärztinnen und Ärzte.

DELF KRÖGER, KVSH

Handhabung von HAFA-Vermittlungsfällen

Die Anwendung der HAFA-Vermittlungsfälle verursacht große Unsicherheiten. Die Vorsitzenden der beratenden Fachausschüsse für die hausärztliche Versorgung (Iris Kaak), für die fachärztliche Versorgung (Dr. Dennis Wolter) und für die psychotherapeutische Versorgung (Dirk Krebs) haben Vorschläge zur besseren Handhabung der Regelung.

VON IRIS KAAK, DR. DENNIS WOLTER, DIRK KREBS

Hausärztinnen und Hausärzte (HÄ) übernehmen eine wichtige Steuerungsfunktion, wenn aus medizinischen Gründen eine notfallmäßige, dringende oder zumindest zügige Vorstellung bei Fachärztinnen und Fachärzten (FÄ) oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) erforderlich ist. Dazu haben HÄ auch bisher die entsprechenden Praxen kontaktiert. Diese bisher im Budget untergegangene Managementleistung wird nach dem Willen des Gesetzgebers nun mit 15 Euro honoriert, wenn ein konkreter Termin vermittelt wird.

Eine Terminvereinbarung muss aus unserer Sicht so einfach wie möglich und innerhalb kürzester Zeit abzuschließen sein. Die KVSH bietet mit dem Terminportal ein sehr gutes und einfaches Instrument an und mit etwas Übung kann eine Buchung in deutlich weniger als fünf Minuten abgeschlossen werden. Wir bitten darum, dies unbedingt auszuprobieren und sich gegebenenfalls der Hilfen der KVSH zu bedienen. Die Bedienung des Terminportals kann selbstverständlich an Praxispersonal delegiert werden. Andere Wege der Terminvereinbarung (direkte Online-Buchung, Telefon, Messenger, netzeigene Regelung, Zuweisung in die nächsterreichbare offene Sprechstunde nach Absprache, private Kommunikation ...) sind natürlich genauso möglich, wenn gewünscht und vor Ort praktikabel.

FÄ werden belohnt für eine möglichst schnelle Terminierung. Aus gebotener Solidarität, aber auch konkret aus eigenem Interesse halten wir es für erforderlich, dass sich alle FÄ/PT am Terminportal (gerne neben zusätzlichen Wegen der Terminvereinbarung) beteiligen, um auch allen Hausärzten die Unterbringung von HAFA-Vermittlungsfällen zu ermöglichen. Auch wenn FÄ/PT bereits eine große Menge an Terminen im Portal der KVSH freigeschaltet haben, beobachten wir eine noch nicht gleichmäßige Verteilung dieser Termine über alle Regionen in Schleswig-Holstein. In Anbetracht der medizinisch sinnvollen zügigen Abarbeitung dieser Fälle und der lohnenden Vergütung raten wir den FÄ/PT unbedingt dazu, großzügig Termine im Portal zur Verfügung zu stellen.

Die im Rahmen der HAFA gezahlte Vergütung ist für HÄ, FÄ und PT in allen Fällen extrabudgetär und wird zusätzlich bereitgestellt; es wird kein Budget gekürzt, bereinigt oder Geld bei sich oder anderen abgezogen. Erste Erfahrungen zeigen, dass die überwiegende Mehrzahl der Praxen sehr deutlich unter 15 Prozent HAFA an der Gesamtzahl der Quartalsfälle bleiben werden. Eine Prüfung durch die KV bei Überschreitung erfolgt nur hinsichtlich der Einhaltung formaler Bestimmungen, also ob dem Patienten tatsächlich ein fester Termin mitgeteilt wurde.

Iris Kaak bittet die Hausärztinnen und Hausärzte

- Bitte entscheiden Sie weiterhin nach medizinischen Kriterien, ob ein HAFA-Fall vorliegt.
- Nutzen Sie bitte das Terminportal der KVSH (wenn Sie vor Ort keine bessere eigene Regelung haben).
- Bitte dokumentieren Sie die Terminvermittlung immer nachvollziehbar.

Dennis Wolter bittet die Fachärztinnen und Fachärzte:

- Bitte stellen Sie für HAFA-Fälle im Portal reichlich Termine zur Verfügung, gerne mehr als gebraucht werden.
- Bitte fordern Sie von sich aus keine HAFA-Fälle an, die Entscheidung obliegt den Hausärztinnen und Hausärzten.
- Bieten Sie den Hausärztinnen und Hausärzten vor Ort von sich aus einen einfachen und schnellen Zugang zu Ihren Terminen, machen Sie es ihnen so einfach wie möglich.

Dirk Krebs bittet alle Fachgruppen:

Bitte unterstützen Sie unser gemeinsames Anliegen! Wir werben dafür, den Hausarzt-Facharzt-Vermittlungsfall arztgruppenübergreifend als ein Instrument zur Patientensteuerung einzusetzen und die darin enthaltenen zusätzlichen Vergütungsmöglichkeiten zu nutzen.

Mit der Umsetzung der HAFA-Regelung bietet sich eine große Chance, die medizinisch wirklich wichtigen Fälle sicher, schnell und effizient zu behandeln. Bitte nutzen Sie diese Gelegenheit!

Maßstab

Seit Monaten registriert die Öffentlichkeit einen wachsenden Druck im Kessel der Gesundheitspolitik: Bund und Länder streiten lautstark über Strukturen und Finanzierung in der Krankenhausversorgung, die Apotheker schließen aus Protest gegen Honorarverluste und Arzneimangel tageweise ihre Läden und in den Fachgruppen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte grummelt es vernehmlich. Die Reaktionen aus Politik und Gesellschaft schwanken zwischen Teilnahmslosigkeit und Anteilnahme aufgrund persönlicher Betroffenheit. Anders als bei Streiks von Bahn, Post und öffentlichem Dienst, von denen schließlich jeder betroffen ist, gehen die Themen der medizinischen Versorgung und Honorierung an den meisten Bürgern bislang aber vorbei.

Es kommt hinzu, dass die in diesem Zusammenhang immer gern zitierten Honorarsummen auf den Normalverdiener mächtig Eindruck machen. Wer laut Statistischem Bundesamt als Arzt in eigener Praxis „im Durchschnitt“ pro Jahr 296.000 Euro verdient, dem kann es nicht schlecht gehen. Dass dieser Wert aus dem Jahr 2019 stammt, also vor Corona ermittelt wurde, einen Durchschnitt abbildet und selbstverständlich um Steuern und Abgaben zu reduzieren ist, verfängt kaum. Kein Gedanke daran, dass ein Praxisinhaber nach 38,5 Stunden pro Woche seinen Job nicht getan haben kann. Die Versorgung der Patienten kennt keine geregelten Arbeitszeiten, Fortbildung und Ehrenämter kommen hinzu, von der persönlichen Verantwortung für das Leben und Wohlergehen seiner Patienten, einer langen Aus- und Weiterbildung und hohen Investitionen in den Wirtschaftsbetrieb auch nicht zu reden.

Schnell ist dann die Moralkeule zur Hand mit dem Argument, auch Arzthonorare müssten „sozial verträglich“ sein und „in die Zeit passen“. Schließlich seien die Krankenkassen knapp bei Kasse und jeder müsse seinen Beitrag leisten – so oder so ähnlich – O-Ton von Karl Lauterbach, Bundesgesundheitsminister, zur Begründung seiner Entscheidung, die unter dem Druck von Corona mit Trommelwirbel eingeführte Neupatientenregelung wieder einzukassieren. Dass Lauterbach auch in den eigenen Reihen dafür Kopfschütteln erntet, weil Politikern aller Parteien es kalt den Rücken runterläuft angesichts der Gefahren für den Erhalt einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung in den Flächenländern, wird verdrängt. Dafür steigen die Krankenkassenbeiträge, statt strukturelle Reformen anzugehen in einem System, das bekanntermaßen kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem hat.

Gerade wenn man Argumente zählen lässt, mit denen einer sozial orientierten Medizin das Wort geredet wird, dürfen andere „weiche“ Faktoren nicht unter den Tisch fallen. Dazu gehört auch, dass vielen Medizinern, und nicht nur den jungen, die gewünschte Anerkennung für ihre Arbeit durch Politik und Gesellschaft fehlt, mindestens aber zu kurz kommt. Das mag für manchen nach Selbstmitleid klingen, hat aber in einer Zeit, in der Begriffe wie „Rücksichtnahme“, „Achtsamkeit“ und „Selbstwertgefühl“ auch politisch hoch gehandelt werden, mehr als

nur rhetorische Bedeutung. In den Echokammern der sozialen Netzwerke haben sie für die Berufswahl vieler junger Menschen eine fast schon überragende Bedeutung. Wer das nicht nachvollziehen kann, schaue auf die Gründe für den ausufernden Fachkräftemangel, auch und ganz besonders in den medizinischen und den pflegerischen Berufen. Da ist vieles nicht mit Geld aufzuwiegen und die Bemühungen der Politik, auf fernen Kontinenten motivierten Nachwuchs anzuwerben, blendet aus, wie viel Potenzial hierzulande vorhanden ist, das man vielleicht nur genauso zugewandt umwerben müsste, wie etwa in Südamerika.

„Was ist so schwer daran zu verstehen, dass gute medizinische Versorgung viel Geld kostet?“

Es kann niemanden verwundern, wenn immer häufiger etablierte Praxen in Deutschland aufgegeben werden, und Ärzte ihren Patienten in deren bevorzugte Feriengebiete folgen. Es kann ebenso wenig überraschen, wenn immer mehr junge Ärzte in medizinischen Versorgungszentren als Angestellte tätig werden und viele Ältere früher aufgeben. Was ist so schwer daran zu verstehen, dass gute medizinische Versorgung viel Geld kostet und angesichts wachsender Bedürfnisse und Ansprüche einer alternden Gesellschaft noch teurer werden wird – in der ambulanten wie in der stationären Medizin? Die ritualisierten Nullrunden-Forderungen der Krankenkassen sind jedenfalls keine Antwort darauf; sie höhlen allenfalls die ambulante Versorgung aus, verschärfen den Mangel und verschieben die Probleme auf morgen und übermorgen.

Man kann geteilter Meinung sein, ob der in den aktuellen Tarifverhandlungen vereinbarte Inflationsausgleich Sinn ergibt, um damit die Verteuerung von Gütern und Leistungen zu egalisieren. Wenn man das bejaht – wie in allen Lohn- und Tarifrunden geschehen – muss man das nach Jahren von Nullrunden den Niedergelassenen ebenso zugestehen. Geschieht das nicht und können die Praxisinhaber die Betriebs- und Personalkosten ebenso wie zum Beispiel Investitionsaufwendungen für Digitalisierung und andere Modernisierungsmaßnahmen nicht mehr erwirtschaften, dann ist niemand mehr bereit, das Risiko für dieses Engagement zu tragen. Dann bleibt die Tür künftig zu – wie die Apotheker es tageweise schon vorgeführt haben.

Der in diesem **Nordlicht** ausführlich begründete Beschluss zur Reform des HVM ist ein richtiger, aber nur ein erster Schritt. Im zweiten Schritt muss der Orientierungswert für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen folgen. Hier sind die Krankenkassen am Zug. Mehr denn je haben sie es in der Hand, Honorar und Leistung wieder in einen Maßstab zu setzen, der auch die Interessen der ärztlichen Seite angemessen berücksichtigt.

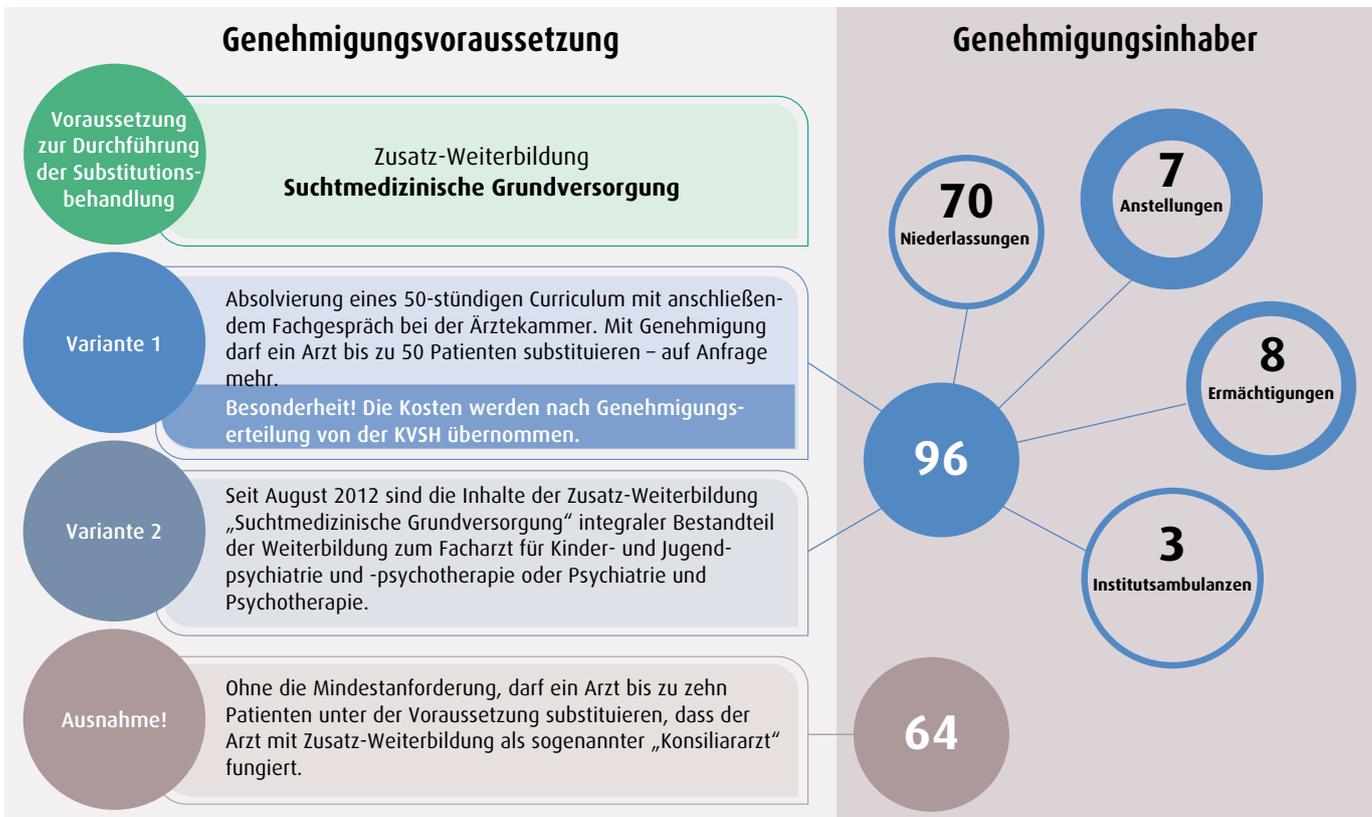
PETER WEIHER, JOURNALIST

Förderung Substitution

In Schleswig-Holstein hat die substitutionsgestützte Behandlung von Opioid-abhängigen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit 1990 einen festen Platz, bundesweit seit 1991.

Zudem wurde im Jahr 2009, als zusätzliche Option zur Behandlung schwerstkranker Opioidabhängiger, die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung mit in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Letztere wird bisher in Schleswig-Holstein nicht angeboten.

Die Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Durch das Ersetzen des Opioids mit einem Substitut sollen Ziele, wie z. B. Sicherung des Überlebens, gesundheitliche und soziale Stabilisierung, berufliche Rehabilitation, soziale Reintegration und Suchtmittelfreiheit, kurzum Reduktion der gesundheitlichen und sozialen Probleme, erreicht werden.



Situation im Land

Von den insgesamt 160 Genehmigungsinhabern haben 96 Ärzte 3.251 Patienten mit Stichtag 31.12.2022 versorgt. Das Durchschnittsalter der Ärzte liegt bei 51 Jahren – das der Patienten bei 46 Jahren.

Fördermöglichkeiten

Über den Strukturfonds der KVSH ist es Ärzten nicht nur möglich, die Kosten für die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ rückerstattet zu bekommen, sondern auch Einzelförderungen für die besondere Struktur einer Substitutionspraxis (z. B. Videoinstallation, Erfüllung behördlicher Auflagen) sind auf Antrag möglich.

Extrabudgetäre Zuschläge auf das therapeutische Gespräch

Im Rahmen des Honorarvertrages 2023-2024 konnte mit den Krankenkassen/-verbänden die Förderung des therapeutischen Gesprächs nach der GOP 01952 EBM ab dem 3. Quartal 2023 vereinbart werden.

Die Förderung erfolgt in zwei Stufen

1. Fallförderung:

Das erste therapeutische Gespräch (GOP 01952 EBM) je Behandlungsfall, also je Quartal, erhält einen extrabudgetären Zuschlag in Höhe von 15 Euro. Den Zuschlag setzt die KVSH zu.

2. Förderung des 5. und 6. Gesprächs:

Die Vergütung der therapeutischen Gespräche gem. GOP 01952 EBM ist im Behandlungsfall auf vier Gespräche pro Quartal begrenzt. Ein erhöhter Betreuungsaufwand kann nun über ein 5. und 6. Gespräch abgerechnet werden. In diesem Fall erhält die Praxis eine extrabudgetäre Vergütung in Höhe von je 2,50 Euro für das 5. (Pseudo-GOP 90402D) und 6. Gespräch (Pseudo-GOP 90402E). Die Pseudo-GOP 90402D und 90402E sind von der Praxis anzusetzen.

CHRISTINE VON HIELMCRONE UND ASTRID PATSCHA, KVSH

Aktuelles zum Konnektortausch

Der Konnektor ist derzeit noch der Schlüssel zur Telematikinfrastruktur (TI). Ablaufende Sicherheitszertifikate zwingen die Praxen spätestens nach fünf Jahren zum Handeln. Viele Konnektoren der Marke KoCoBox wurden bereits getauscht. Praxen, die mit Konnektoren der Marken Rise oder Secunet ausgestattet sind, steht dieser Schritt noch bevor.



Wer die Wahl hat, hat die Qual. Es gibt nicht länger nur einen Weg in die TI oder nur eine Möglichkeit, ablaufende Konnektoren in der Praxis auszutauschen. Dabei verfolgen die Hersteller abweichende Strategien und setzen unterschiedliche Schwerpunkte in der Entwicklung. Als Folge dessen sprechen Anbieter unterschiedliche Empfehlungen zu den einzelnen Alternativen aus. Die folgenden Verfahren stehen bereits zur Verfügung oder befinden sich derzeit in der Entwicklung.

Austausch des Konnektors

Bei einem Austausch des Konnektors wird der vorhandene Konnektor durch ein neues, aktuelles Gerät ersetzt. Die Laufzeit eines neu eingerichteten Konnektors muss mindestens vier Jahre betragen. Die Installation wird durch Servicetechniker des jeweiligen

Praxisverwaltungssystems oder einen entsprechenden IT-Dienstleister vorgenommen. Alternativ bieten verschiedene Hersteller einen automatischen Installationsmodus an, den die Praxen selbstständig durchführen können.

Wechsel in die Konnektorfarm

Eine neue Alternative zu dem Konnektor in der Praxis ist der Anschluss an eine Konnektorfarm bzw. an ein Rechenzentrum. Bei diesem Verfahren befindet sich das sensible Gerät in einem externen Rechenzentrum, wo es von Technikern betreut und gewartet wird. Die Praxen greifen per VPN-Zugangsdienst auf die Konnektoren zu. Notwendige Updates der Konnektoren werden in Verantwortung des Dienstleisters durchgeführt.

Highspeed-Konnektor | TI-Gateway

Als komfortable, leistungsfähige und für große Einrichtungen skalierbare Innovation gilt derzeit der Highspeed-Konnektor. Das sogenannte TI-Gateway macht Highspeed-Konnektoren auch für Arztpraxen nutzbar. Bei diesem Modell werden der VPN-Zugangsdienst und der Konnektor in einer technischen Lösung zusammengefasst. Mit der bereits veröffentlichten Spezifikation zum TI-Gateway sind die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Industrie entsprechende Lösungen und Alternativen zu den bisherigen Konnektoren entwickeln und am Markt anbieten kann.

Verlängerung des Zertifikates

Die Laufzeitverlängerung der Konnektoren via Software-Update wurde im Dezember 2022 durch die gematik festgelegt und musste von den Herstellern verpflichtend umgesetzt werden. Hierbei wird der vorhandene Konnektor zunächst nicht getauscht. Allerdings ist die Verlängerung derzeit maximal bis Ende 2025 möglich. Dieser Weg kann den Praxen und Herstellern ausreichend Zeit geben, um zu einem späteren Zeitpunkt auf modernere Verfahren umzustellen.

ACHTUNG!

Ohne Konnektor funktionieren viele Anwendungen nicht!

Erreicht ein Konnektor das Ende seiner Laufzeit, ohne dass ein Austausch oder eine Verlängerung vorgenommen wird, kann der Konnektor nicht mehr genutzt werden; eine Verbindung zur Telematikinfrastruktur ist nicht mehr möglich. Wichtige Anwendungen stehen dann nur noch eingeschränkt oder mit Umwegen zur

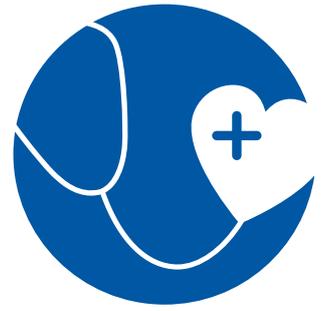
Verfügung. So ist beispielsweise das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarten (eGK) oder das Ausstellen von elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) nicht mehr möglich. Betroffen sind in dem Fall auch Anwendungen des sicheren Netzes der KVen.

Dabei ist zu beachten, dass nicht nur der Konnektor eine maximale Laufzeit von fünf Jahren hat. Auch der Praxisausweis (SMC-B) und die in jedem Kartenterminal verbauten (gSMC-KT) Chips sind maximal fünf Jahre gültig. Der Praxisausweis muss durch die Praxis persönlich bei den Anbietern Medisign, Bundesdruckerei oder der Telekom bestellt werden. Den Austausch der gSMC-KT Chips übernimmt Ihr IT-Dienstleister.

Um ein Ausfallszenario zu vermeiden und den Einsatz von Technikern sinnvoll zu planen, verfolgen die Anbieter individuelle Wege. Alle wichtigen Informationen und Schwerpunkte von teilnehmenden Anbietern haben wir auf unserer Website unter www.kvsh.de/praxis/it-in-der-praxis/konnektortausch für Sie zusammengefasst.

TIMO WILM, KVSH

Mehr.Arzt.Leben! wieder „on tour“



Facetten der Niederlassung und die Arbeits- und Lebenswelt von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein kennenlernen, wertvolle Informationen mitnehmen und dabei auch noch Spaß haben: Das alles bot die KVSH bei der neuesten Auflage der Praxistour.



Rekordbesuch bei der „Mehr.Arzt.Leben!“-Praxistour 2023: 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren in Sachen „Niederlassung“ mit dabei

20 Medizinstudierende und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung aus Kiel und Hamburg nutzten die Chance, drei sehr unterschiedlich aufgestellte Praxen und die dort arbeitenden Ärztinnen und Ärzte in Kiel und Umgebung kennenzulernen. Dieser sehr hohe Zuspruch bedeutete einen neuen Teilnehmerrekord für das Informationsformat „Praxistour“, das seit 2014 fester Bestandteil der KVSH-Nachwuchskampagne „Mehr.Arzt.Leben!“ ist. Für die Medizinerinnen und Mediziner von morgen hat sich die Fahrt gelohnt.

Die gastgebenden Praxen boten auf jeder der drei Stationen Einblicke in ihre Tätigkeit und gaben wertvolle Tipps und Hinweise rund um die Themen Niederlassung, Arbeitszeitmodelle und Praxisorganisation. Auf jeder Station mit im Angebot: Ein Praktikum oder eine Famulatur. „Mir hat die Praxistour Mut gemacht, mich später niederzulassen und mich inspiriert“, fasste Amelie Krause, Medizinstudentin im zehnten Semester aus Hamburg, ihre Eindrücke zusammen. Auch Ben Thierfeldt, der in Kiel im sechsten

Semester Medizin studiert, gefiel der Tag: „Ich fand gut, dass wir sehr unterschiedliche Praxismodelle gesehen haben. Außerdem haben wir aus erster Hand erfahren, wie das Arbeiten in der Niederlassung funktioniert und wie gut man dort Teamplay und Work-Life-Balance verwirklichen kann.“



Amelie Krause, Medizinstudentin aus Hamburg

„Alle Stationen waren überzeugend, da die Ärztinnen und Ärzte so super freundlich und motivierend waren.“



*„In der Niederlassung kann ich
Teampplay und Work-Life-Balance
verwirklichen.“*

*Ben Thierfeldt, der in Kiel Medizin
studiert*



Machte mit guten Argumenten Mut zur Niederlassung: Dr. David Walek vom Nieren- und Gefäßzentrum Kiel



Führung durch die Dialyseräume des NGZ



*Diskussionsrunde mit Dr. Christian Feddern und seinem
Praxisteam*



Nadine Schelten (r.) bot Einblicke in ihre Arbeit als angestellte Hausärztin



*Mittendrin statt nur dabei: Dr. Angela Pape (2. v. l.)
berichtete über ihre Arbeit als Landärztin*

NACHWUCHSKAMPAGNE



Dr. David Walek

© Nils Benithaus



Dr. Dietrich Feddern

© Nils Benithaus



Dr. Christian Feddern

© Nils Benithaus



Dr. Angela Pape

© Nils Benithaus

Praxismodelle zeigen Vielfalt

Die erste Tour-Station hatte die Reisegruppe in Sachen Niederlassung in das neu gebaute Nieren- und Gefäßzentrum (NGZ) in Kiel-Projensdorf geführt, eine fachärztliche Gemeinschaftspraxis mit fünf Ärztinnen und Ärzten für Innere Medizin und rund 100 Beschäftigten. Dr. Tilman Walek und Dr. Burkhard Floehr führten durch das moderne und nach ihren Vorstellungen gebaute Gebäude. Sie machten deutlich, dass hochspezialisierte fachärztliche Medizin nicht nur im Klinikbereich, sondern auch im niedergelassenen Bereich praktiziert wird. Zweite Station war die hausärztliche Gemeinschaftspraxis in der Barkauer Straße in Kiel-Wellsee. Dr. Christian Feddern – vor vier Jahren als Arzt in Weiterbildung selbst als Teilnehmer bei der Praxistour dabei – ist dort seit zwei Jahren in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit Dr. Martin Sommer niedergelassen. Außerdem gehören sein Vater Dr. Dietrich Feddern als Entlastungsassistent, Nadine Schelten als angestellte Ärztin und Dr. Svenja Claussen sowie Sebastian Buske als Ärztin bzw. Arzt in Weiterbildung zum Team der Hausarztpraxis. Sie stellten bei der Diskussion heraus, dass die Niederlassung für jeden von ihnen, egal in welcher Variante, den optimalen Rahmen für ein gelungenes Arbeits- und Privatleben bietet. Danach ging die Fahrt weiter zum letzten Ziel nach Groß Vollstedt

(Kreis Rendsburg-Eckernförde). Die dort liegende ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis hat noch zwei weitere Standorte in Aukrug und Nortorf. Alle Praxen sind zentrale Orte der hausärztlichen Versorgung in der ländlichen Region. Dr. Angela Pape, die seit 2008 als Fachärztin für Allgemeinmedizin arbeitet und Ranka Harms, Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin, empfingen die Gäste und schilderten, warum sie aus voller Überzeugung Landärztinnen sind. Dabei betonten sie Vorteile, wie die Vielfältigkeit der medizinischen Aufgaben, die Nähe zu den Menschen und das generationenübergreifende Arbeiten. Danach ging die Fahrt zurück nach Kiel, wo sich beim abschließenden Essen in der „Seebar“ bei einer frischen Brise und sommerlichen Temperaturen „Förde-Feeling“ pur einstellte.

JAKOB WILDER, KVSH

Mehr Informationen zur Nachwuchskampagne „Mehr.Arzt.Leben!“ unter www.mehrarztleben.de und auf www.instagram.com/mehrarztleben



Später mal dort arbeiten, wo andere Urlaub machen: Sonne pur an der Kieler Förde

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

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

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



Zwischen Freiheit und Verantwortung

Ein historischer Streifzug durch die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein

Frühe Anzeichen ärztlicher Selbstverwaltung

Trotz ihrer erdrückenden Übermacht vertrauten die Krankenkassen sehr frühzeitig auf die fachliche Kompetenz der Ärzteschaft. So ist eine Vereinbarung aus dem Jahr 1890 überliefert, wonach jeweils ein Vertreter des Vereins Angler Ärzte wie auch des Ärztlichen Vereins zu Flensburg zu sämtlichen Sitzungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse eingeladen wurde und die eingereichten Arztrechnungen prüfte.

Aus dem Jahr 1908 ist sogar ein Fall aktenkundig, in dem die Vertragskommission I der Ärztekammer – entgegen ihrer eigentlichen Funktion – für eine Ortskrankenkasse eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchführte, natürlich im Einvernehmen mit dem betroffenen Kassenarzt. Diesem drohte nämlich die Kündigung, nachdem ihm unwirtschaftliches Ordnungsverhalten vorgeworfen

wurde. Der hinzugezogene ärztliche Kollege kam zu einer völlig anderen Bewertung als die Krankenkasse zuvor: „Die genaue Prüfung ergab, daß von zu teurem Verschreiben absolut nicht die Rede sein könne, da der Durchschnittspreis sich erheblich unter dem vereinbarten bewegte und der Arzt billiger ordiniert hatte, als sein Nachbarkollege.“ Wie sich später herausstellte, war dem Rechnungsprüfer der Kasse ein schwerwiegendes Malheur unterlaufen, weshalb die Kündigungsandrohung auch schnell vom Tisch war. Die Ortskrankenkasse war voller Lobes und deren Vorsitzender bedankte sich in einem persönlichen Schreiben überschwänglich: „Indem ich hiermit Ihnen für Ihre Bemühungen den Dank des Vorstandes sowie der gesamten Gegenseitigen Krankenkasse übermittele, hoffe ich auch fernerhin Ihr Wohlwollen in der Ärztefrage für unsere Kasse erbitten zu dürfen.“

Seite 624 Ärztliche Mitteilungen nebst Anzeiger Nr. 35

Der Wagen für den Arzt!



OPEL

4 PS

kompl. 3900.- GM.

ab Werk Rüsselsheim a. Main

Vertreter an allen größeren Plätzen

Brennstoffverbrauch für 100 Kilometer 5 Liter

fünftad bereit - Lederpolsterung Bosch-Licht u. -Anlasser

Man verlange ausführliche Beschreibungen

© DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen, 1924

Nach dem Ersten Weltkrieg wurden die ärztlichen Rechnungen immer seltener direkt an die einzelnen Krankenkassen geschickt, sondern an Verrechnungsstellen der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die diese erst nach Prüfung an die Krankenkassen weiterleiteten. Hierfür wählten die Ärzte aus ihren Reihen Kollegen in sogenannte Prüfungsausschüsse. Sofern mit den Krankenkassen vertraglich vereinbart, konnte die Prüfung auch auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Rezepte und Krankenhausbehandlungen erweitert werden. Als Prüfungskosten erstatteten die Krankenkassen üblicherweise ein Prozent der Rechnungsbeträge.

Da offenbar einige Ärzte die Prüfung zu umgehen versuchten, wies der Ärztliche Provinzialverband des Hartmannbundes auf die dringende Notwendigkeit hin, „dass alle Rechnungen durch die Verrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gehen. In erster Linie haben mit voller Berechtigung die Ersatzkassen darauf hingewiesen und geklagt, dass bei einigen K.V.en die Rechnungen einzeln und ungeprüft von den Ärzten zu den Kassen geschickt würden. Durch dieses Verfahren glauben die Herren, schneller zu ihrem Geld zu kommen. Gerade das Gegenteil ist der Fall. Sie selbst und ihre Kollegen erhalten dadurch nur verspätet ihr Geld.“

Dass die Überprüfung durch ärztliche Kollegen ganz offensichtlich auch eine politische Dimension hatte, zeigt ein Aufruf des Provinzialverbandes an anderer Stelle: „Die freie Arztwahl ist in Gefahr. Sie kann uns nur erhalten bleiben bei allgemeiner und rücksichtsloser Rechnungsprüfung.“

Das Berliner Abkommen – Gemeinsame Selbstverwaltung in bitteren Zeiten

Das am 23. Dezember 1913 geschlossene Berliner Abkommen brachte auch in Schleswig-Holstein eine ganze Reihe an Änderungen mit sich, allesamt zugunsten der Ärzte. In den einzelnen Versicherungsamtsbezirken wurden gemeinsame Ausschüsse errichtet, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen auf Augenhöhe zusammenarbeiteten. Zwar wurden Ärztehonorare auch weiterhin per Einzelvertrag zwischen Arzt und Krankenkasse vereinbart, jedoch war dies nur noch eine

Formalie. Der Vertragsinhalt war standardisiert und wurde zuvor in paritätisch gebildeten Vertragsausschüssen erarbeitet. Sofern hierüber keine Einigung erzielt werden konnte, unterwarfen sich die regionalen Vertragspartner mit verbindlicher Wirkung der Entscheidung eines Schiedsamtes. Für die Provinz Schleswig-Holstein war dieses beim Oberversicherungsamt Schleswig angesiedelt, ebenfalls paritätisch besetzt mit einem Beamten als Vorsitzenden. Auch diese Neuerung stellte einen äußerst wichtigen Fortschritt im Zusammenwirken von Krankenkassen und Ärzten dar. Interessensausgleiche konnten so gefunden und „vertragslose“ Zustände vermieden werden. Bedingt durch den Ausbruch des Ersten Weltkrieges und weiterer Gründe scheint dieses wichtige Gremium in Schleswig-Holstein jedoch erst im Jahr 1922 gebildet worden zu sein.

Das Berliner Abkommen hatte auch ganz entscheidende Konsequenzen auf die Zulassung von Kassenärzten, bis dahin eine ausschließliche Kassenangelegenheit. Auch hier wurden nunmehr paritätisch besetzte „Registerratsausschüsse“ gebildet, wo die Ärzte über diese Fragen mitentschieden. Sofern nicht gleich alle im Arztregister eingetragenen Ärzte eine Zulassung erhielten, sah das Berliner Abkommen vor, „so viele Ärzte anzustellen, dass mindestens auf je 1.350 Versicherte ein Arzt“ entfiel.

Nur wenige Monate nach dem Berliner Abkommen brach der Erste Weltkrieg aus und die Kassenärztlichen Vereinigungen in Schleswig-Holstein sahen es als ihre „Ehrenpflicht“ an, die zum Kriegsdienst eingezogenen Kollegen mit Tatkraft zu unterstützen. In Kiel und Altona wurde sogar beschlossen, dass die im Zusammenhang mit Vertretungen erzielten Einnahmen zur Hälfte dem Vertretenen zufallen sollen. Nach dem Krieg waren die Kassenärztlichen Vereinigungen gehalten, „nicht zuletzt die aus dem Felde kommenden jungen Kollegen“ bei ihren Bewerbungen um Kassenarztstellen „zu fördern und ihnen weit entgegenzukommen“.

Dies hatte natürlich Folgen für die Versorgung. Die Zahl der Neuniederlassungen stieg in Schleswig-Holstein deutlich an, nicht jedoch die dafür zur Verfügung stehenden Finanzmittel der Krankenkassen.



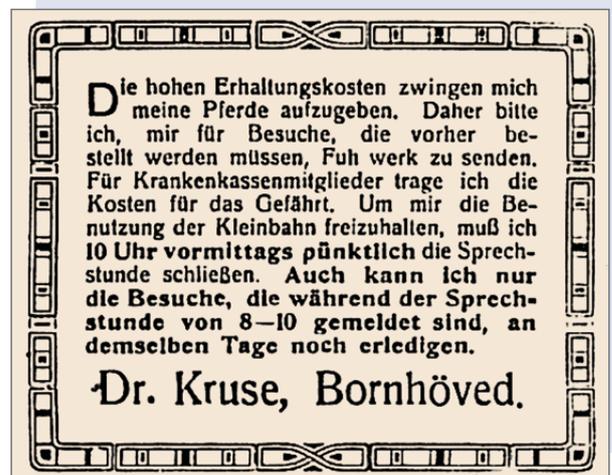
© ULLSTEIN BILD - ULLSTEIN BILD

„Praxisgebühr“, 1923

Die ärztlichen Verdienstaussichten wurden daher immer schlechter, auch für alteingesessene Ärzte. Ein Landarzt aus Schönberg im Kreis Plön beschrieb die damalige Situation sehr anschaulich: „Nach dem Kriege ist das flache Land ebenso mit jungen Ärzten überschwemmt wie die großen Städte; in dem Bezirk, in dem ich bis 1919 mit 3 Kollegen arbeitete, praktizieren zurzeit 7 Herren. Wir sehen, dass Orte zurzeit zu Arztsitzen gemacht werden, die dem betreffenden Kollegen in gesellschaftlicher und kultureller Beziehung nichts bieten, in wirtschaftlicher nur das knappe tägliche Brot. Einzelne günstige Ausnahmen bestätigen die Regel.“

Mit der Inflation im Jahr 1923 eskalierte die ohnehin schon prekäre Lage der Ärzte. Über viele Jahre angespartes Kapital war plötzlich ohne jeden Wert. Sachwerte wie Hausgrundstücke wurden hingegen mit hohen Steuern belegt. Häufig konnten sich die Ärzte auf dem Land das zur Versorgung ihrer Patienten dringend benötigte Pferdefuhrwerk nicht mehr leisten. Die Folge war, „dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Landärzte, selbst ergraute Veteranen, zu Fuß oder mit dem Rade im Schweiß ihres Angesichts die beschwerliche Arbeit leisten muss. Diejenigen Ärzte aber, die sich noch im Besitze eines Fuhrwerks befinden, zeigen durch Einschränkungen, die sie sich selbst auferlegen, wie Abschaffung eines Kutschers usw., dass sie durch die veränderten Vermögen- und Erwerbsverhältnisse gezwungen sind, in jeder möglichen Weise zu sparen“.

Sehr verbreitet war auch, dass die Landbevölkerung den Transport ihres Landarztes sicherstellte, wie sich die Arztfrau Isa Rohwedder aus Ratzeburg erinnert:



© Segeberger Zeitung

ABBILDUNG 1 SEGEBERGER ZEITUNG, 27. SEPTEMBER 1922

„Der Doktor wurde mit Pferdefuhrwerk abgeholt, hatte dort Kaffee oder Milch zu trinken, den Viehbestand zu begutachten, Vater, Mutter und Tanten zu verarzten und wurde wieder auf demselben Wege zurückbefördert.“

Gespart wurde in allen Teilen der Provinz Schleswig-Holstein. So ist aus dem Kreis Herzogtum Lauenburg überliefert, dass die dortigen Ärzte für ihre Fahrten mit der Eisenbahn stets die 4. Wagenklasse benutzten, um damit die schlechte Bezahlung der Krankenkassen zu dokumentieren. „Sie schämten sich dessen in keiner Weise, wohl aber eines Kollegen wegen, der in gar zu schäbigem und ungepflegtem Äußeren aufkreuzte.“

MARTIN MAISCH, KVSH

Aufgeschoben ist nicht aufgehoben – Qualitätssicherungsverfahren

AMBULANTE
PSYCHOTHERAPEUTISCHE
VERSORGUNG



Vermissten tut es niemand. Ursprünglich sollte das einrichtungsübergreifende Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bis zum Ende des Jahres 2022 geregelt und beschlossen sein. Im Zuge dessen sollte dann das Antrags- und Gutachterverfahren (zur Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkassen) entfallen. Inzwischen steht ein gänzlich neuer Zeitplan für die Einführung dieses Qualitätssicherungsverfahrens.

Vollkommen neuer Zeitplan

In dem neuen Zeitplan wird frühestens zum 1. Januar 2027 mit der Integration aller Teilerprobungen in einen alles umfassenden Testlauf gesprochen. Mit dem Abschluss der eigentlichen Erprobungsphase wird nicht vor 2030 gerechnet. Zwar arbeitet das beauftragte Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) kontinuierlich an der Entwicklung des Verfahrens, jedoch immer nur auf der Basis von Teilaufträgen.

An Patientenbefragung wird festgehalten

Kernelemente dieses zukünftigen Qualitätssicherungsverfahrens sind der Vergleich ambulanter psychotherapeutischer Praxen auf der Basis von Patientenbefragungen sowie das Erkennen und die direkte Sanktionierung von Praxen mit niedrigen Qualitätswerten. Berufs- und Fachverbände der Psychotherapeuten und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kritisieren diesen Ansatz. Die bislang vorgelegten Modelle des IQTIG werden Einfluss nehmen auf die Vielfalt der zur Anwendung stehenden psychotherapeutischen Interventionen und auf die Auswahl von Patienten, heißt es. Und die Erwägung einer Patientenbefragung im Rahmen eines Qualitätssicherungsverfahrens in der psychotherapeutischen Versorgung zeugt von weitgehender Unkenntnis psychischer Prozesse, psychotherapeutischer Interventionen sowie ihrer Wirkfaktoren.

Jüngste Idee im Prozess der Entwicklung des Verfahrens ist der zusätzliche Einbezug von Patienten mit vorzeitigem Therapieende und Therapieabbruch. Hierzu müssen nun erst einmal ein Konzept und Instrumente zur Erhebung entwickelt werden. Bevor das IQTIG dann eine Beauftragung zur Ausgestaltung erhält, müssen Therapieende und Therapieabbruch definiert sein. Außerdem soll geprüft werden, ob überhaupt alle Formen eines Therapieabbruches qualitätsrelevant sind. Würden dann irgendwann einmal Ergebnisse und eine entsprechende Software vorliegen, könnte in die Erprobung und Evaluation in einer Modellregion eingestiegen werden.

Trotz Kritik – an der Einführung wird festgehalten

Der Entwicklungsprozess mag Erinnerungen an den Landvermesser bei Kafka („Das Schloss“) hervorrufen, zumindest ist er ein Masterplan zur Arbeitsplatzsicherung von Institutsmitarbeitern. Trotz allem, grundsätzlich wird vom Gesetzgeber und vom G-BA weiterhin an der Einführung eines derartigen Qualitätssicherungsverfahrens festgehalten. Da hilft auch der richtige und alles in Frage stellende Hinweis der KBV nicht, dass doch bisher überhaupt kein Qualitätsdefizit in der psychotherapeutischen Behandlung mit mittlerer oder hoher Evidenz belegt sei.

Long-COVID: Richtlinie des G-BA

Zusammen mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) im Dezember 2022 hatte der Bundestag beschlossen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis spätestens zum 31. Dezember 2023 in einer Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID verabschieden soll.

Ziel ist es eine verbesserte und zeitgerechtere Versorgung von Patienten mit Verdacht auf Long-COVID anzubieten. Hierbei sollen strukturierte Versorgungspfade verbindlich in der Richtlinie beschrieben, multiprofessionelle Zusammenarbeit vorgegeben und Mindestanforderungen an Diagnostik und Therapie definiert werden. Letztendlich geht es auch darum, lange Irrwege von betroffenen Patienten zu vermeiden. An die interdisziplinäre Diagnostik soll sich eine multimodale Therapie anschließen. Und selbstverständlich wird eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit eingefordert.

Nicht nur der Zeitplan, den der Bundesgesundheitsminister dem G-BA vorgegeben hat, ist sportlich. Bemerkenswert ist auch, dass hier wohl erstmals eine Richtlinie vom G-BA entwickelt werden soll, obwohl belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse, Behandlungsleitlinien (S2/S3 Leitlinie AWMF) und exakte Kenntnisse darüber, welche Fachrichtungen alle mitzuberechnenden sind, noch fehlen.

Der Arbeitsausschuss des G-BA ist guter Dinge und die Richtlinie soll bis zum 31. Dezember 2023 verabschiedet sein. Sollten mit ihr Vergütungsregelungen verbunden sein, die der Bewertungsausschuss dann im Nachgang zu beschließen hat, ist mit einer Umsetzung kaum vor Mitte des Jahres 2024 zu rechnen.

Vollkommen unabhängig von der Verabschiedung der Long-COVID-Richtlinie des G-BA besteht in Schleswig-Holstein seit geraumer Zeit ein fachübergreifendes Long-COVID-Netzwerk zur optimierten Behandlung von betroffenen Patienten. In diesem von der KVSH initiierten Netzwerk sind ambulante Leistungserbringer, Ärzte und Psychotherapeuten verschiedener Fachgebiete, aber auch Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen zusammengeführt.

Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten – Finanzierungsgrundlage fehlt

Die neu eingeführte Ausbildungsstruktur zum Psychotherapeuten mit einem Studium der Psychotherapie läuft bereits. Erste Absolventen dieses neuen Studienganges werden im Herbst 2023 erwartet. Für den Zugang zum ambulanten und stationären Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine anschließende Weiterbildung notwendig. Nach wie vor fehlt es jedoch an einer Finanzierungsgrundlage für diese ambulante und stationäre Weiterbildung. Diese zu schaffen, hat der Gesetzgeber bislang versäumt. Dies war für den Sprecher der Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo) Felix Kiunke Anlass dafür, eine Bundestags-Petition zu initiieren. Diese konnte im Juni erfolgreich abgeschlossen werden. Zur Unterstützung der Petition kamen über 70.000 Unterschriften zusammen. Nun muss sich der Bundestag zügig mit einer Lösung des Finanzierungs-Problems befassen, denn die Zeit drängt. Wenn der Gesetzgeber nicht schnell die finanzielle Unterstützung von weiterbildenden Praxen, Weiterbildungsambulanzen und stationären Trägern klärt, droht ein Mangel an Weiterbildungsstätten. Ohne Regelung wird es kein ausreichendes Angebot an Weiterbildungsplätzen geben. Das letztendlich bedroht die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung insgesamt.

HEIKO BORCHERS, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, KIEL

Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung	30
HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen	32
Hallo Baby – 7. Nachtrag	32
Änderungen des Strukturfonds der KVSH	32
Vereinbarung über Impfungen als Satzungsleistungen mit der IKK – Die Innovationskasse	32

Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen durch die KVSH

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

Formlose Bewerbung

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

Veröffentlichungen aus der Zulassungsabteilung

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

Veröffentlichungen auf www.kvsh.de

Bitte beachten Sie, dass die Übersichten über Zulassungen, Anstellungen und Verlegungen, sofern die Veröffentlichung gewünscht ist, nicht mehr im Nordlicht erfolgt, sondern unter: www.kvsh.de/praxis/zulassung/zulassungen-anstellungen-verlegungen

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

Name	Fachgruppe/Schwerpunkt	Niederlassungsort	Niederlassungsdatum
Charlotte Wunschheim	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	24306 Plön, Rodomtorstraße 78	01.01.2024
Dr. Gülsen Atlihan	Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie	22846 Norderstedt, Rathausallee 7	01.01.2024
Dr. Gesa Klein	Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Orthopädie	23562 Lübeck, Ratzeburger Allee 111-125	02.01.2024
Dr. Klaus Brunswig Umwandlung der bisherigen Angestelltenstelle	Neurochirurgie	23611 Bad Schwartau, Anton-Baumann-Straße 1	01.07.2023

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

Name des anstellenden Arztes/MVZ	Ort	Fachgruppe	Beginn	Name des Angestellten
Dr. univ. Michael Vinahl	25436 Uetersen, Großer Wulfshagen 50	Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie	01.07.2023	Dr. Judith Apelman – ganztags –
Medizinisches Versorgungszentrum „Universitäres MVZ Kiel der Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH“	24105 Kiel, Arnold-Heller-Straße 3, Haus C	Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	08.06.2023	Dr. Inka Baus – halbtags –
Medizinisches Versorgungszentrum „Universitäres MVZ Kiel der Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH“	24105 Kiel, Arnold-Heller-Straße 3, Haus C	Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	08.06.2023	Dr. Jessica Bokelmann – halbtags –
Sylke Neumann	24640 Schmalfeld, Langenhorn 6	Kinder- und Jugendmedizin	01.10.2023	Kristina Gröning – halbtags – Übernahme einer Angestelltenstelle
Christian Trocha	24376 Kappeln, Flensburger Straße 3 a	Kinder- und Jugendmedizin	08.06.2023	Wiebke Frahm – ganztags –
Dr. Sönke Tedsen	23701 Eutin, Peterstraße 17a	Urologie	01.09.2023	Michael Schneider – halbtags – Übernahme einer Angestelltenstelle
Natalija Vysniauskaite	24568 Kaltenkirchen, Holstenstraße 2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	08.06.2023	Dr. Anna Farschtschi – halbtags – Übernahme einer Angestelltenstelle
Dres. Uthgenannt/Kisro/Weber	23562 Lübeck, Paul-Ehrlich-Straße 1-3	Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie	01.07.2023	Dr. Clemens Engels – halbtags – Übernahme einer Zulassung

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

Name	Fachgruppe	Ort
Dr. Martin Romeyke	Orthopädie und Unfallchirurgie	Neustadt
Dr. Lukasz Gawlik	Allgemeine Chirurgie/Visceralchirurgie	Sylt OT Westerland
Dr. Knut Peer Walluscheck	Chirurgie/Gefäßchirurgie	Flensburg
Dr. Christoph Hinrichs	Innere Medizin/Kardiologie	Kiel
Prof. Dr. Diether Ludwig	Innere Medizin/Gastroenterologie	Bad Segeberg
Dr. Nils-Lennart Saß	Innere Medizin/Gastroenterologie	Husum
Prof. Dr. Stefan Müller-Hülsbeck	Diagnostische Radiologie	Flensburg
Dr. Heike Roth	Allgemeinmedizin	Schleswig
Stephanie Liedtke	Anästhesiologie	Bad Segeberg

Name	Fachgruppe	Ort
Städtischen Krankenhauses Kiel GmbH		Kiel
Dr. Christian Wilke	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Pinneberg
Katja Friedel	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Itzehoe
Julia Bondarev	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Pinneberg
Kerstin Ramaker	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Pinneberg
Dr. Christian Rybakowski	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Bad Segeberg

HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 14. Juni 2023 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. Juli 2023 beschlossen.

Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Website

www.kvsh.de/praxis/rechtvorschriften/honorarverteilungsmaassstab-hvm

Auf Anforderung wird der Text in Papierform zur Verfügung gestellt, Tel. 04551 883 486.



Hallo Baby – 7. Nachtrag

Zum Vertrag nach Paragraph 140a SGB V „Hallo Baby“ wurde zum 1. Juli 2023 ein 7. Nachtrag vereinbart. Es wurde die Befristung der Leistung „Ärztliches Beratungsgespräch im letzten Drittel der Schwangerschaft zum Geburtsmodus“ (81319 bzw. 81319; Förderung der natürlichen Geburt) über den 30. Juni 2023 hinaus verlängert bis zum 31. Dezember 2024. Zudem wurden die „Patienteninformation“ (Anlage 3) und die „Leistungsbeschreibung und Vergütung“ (Anlage 6) aktualisiert.

Die entsprechenden Unterlagen stehen Ihnen auf der Website der KVSH zur Verfügung.

Änderungen des Strukturfonds der KVSH

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 14. Juni 2023 Änderungen des Strukturfonds vorgenommen. Die Änderungen treten am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft.

Die Änderungen sind unter www.kvsh.de/praxis/rechtvorschriften/strukturfonds einsehbar.

Im Einzelfall wird der Text der jeweiligen Bekanntmachung auf Anforderung in Papierform zur Verfügung gestellt, Tel. 04551 883 230.



Vereinbarung über Impfungen als Satzungsleistungen mit der IKK – Die Innovationskasse

Die IKK – Die Innovationskasse hat ihre Satzung angepasst und Impfleistungen gestrichen, sodass eine neue Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Impfungen als Satzungsleistungen nach Paragraph 132e SGB V i.V.m. Paragraph 20i Abs. 2 SGB V zum 1. Juli 2023 geschlossen wurde. Diese ersetzt die bisherige Vereinbarung vom 1. Januar 2021.

Ab dem 1. Juli 2023 kann lediglich noch die Impfung gegen Meningokokken B (99871A) über die KVSH abgerechnet werden. Alle anderen bisherigen „Reiseimpfungen“ entfallen. Hinweis: Bereits vor dem 1. Juli 2023 angefangene Impfserien dürfen beendet und abgerechnet werden.

Die Vertragsunterlagen und weitere Informationen stehen Ihnen auf www.kvsh.de zur Verfügung. Bei Bedarf können Sie diese in Papierform anfordern.



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: Paul Christian Baier
 FACHRICHTUNG: Neurologie, Nervenheilkunde, Schlafmedizin
 SITZ DER PRAXIS: Kiel
 NIEDERLASSUNGSFORM: BAG mit Dr. Roland Kurth

Neu niedergelassen seit: 2. Januar 2023

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Es war für mich keine leichte Entscheidung, weil ich lange und gern universitär in der stationären Krankenversorgung und Forschung/Lehre gearbeitet habe. Ich hatte dann die Möglichkeit, für zwei Jahre als angestellter Arzt in der Praxis zu arbeiten, die ich jetzt übernommen habe. Dabei habe ich gemerkt, dass dort für mich das Verhältnis von Zeit am Patienten zu Administration und von Beruf zu Familie besser zusammenpasst.

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Wenn es mir gelingt, Patienten (Angehörigen, Studierenden und Kollegen ...) ein besseres Verständnis für ihr/ein gesundheitliches Problem zu vermitteln und ich ihnen hiermit im besten Fall auch noch bei der Lösung helfen kann.

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

Schauen Sie es sich als Angestellte an! Und warten Sie damit nicht zu lange.

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

Da gibt es viele ... z. B. Otto Waalkes, ob er nach der aufgrund von Corona abgesagten Tournee nochmal eine macht? Auf seine Show hatten wir uns als ganze Familie riesig gefreut und waren sehr enttäuscht, als sie erst zweimal verschoben und dann abgesagt wurde.

5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Im Sommer mit dem Segelboot auf die Ostsee, im Winter in die eigene holzbeheizte Sauna!

6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

„The Hitchhiker's Guide to the Galaxy“ von Douglas Adams

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

Allgemein, weil es meerumschlungen ist. Und für mich persönlich auch aufgrund seiner Nähe zu meinem „Mutterland“ und meiner zweiten Heimat Schweden.

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

Elektroingenieur, Lehrer für Mathe und Physik oder Möbelschreiner geworden.

Gemeinsam Gutes tun

Peter Reibisch (80) unterstützt seit vielen Jahren das Team des Medibüros Kiel, das Geflüchteten und Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsstatus medizinische Hilfe vermittelt. Für sein ehrenamtliches Engagement wurde der praktische Arzt von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.



Die Politik ist ja eher nicht bekannt dafür, nichtversicherten Kranken zu helfen, erst recht nicht den Menschen ohne Papiere. Erfreut war ich außerdem über die Begründung für die Auszeichnung: „... setzt sich der Arzt Peter Reibisch seit vielen Jahren für die verwundbarsten Menschen unserer Gesellschaft ein. Dank ihm erhalten Menschen, die sich ohne einen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten und keinen Krankenversicherungsschutz haben, eine unentgeltliche medizinische Behandlung. Die Hilfesuchenden werden anonym behandelt, sodass sie ohne Angst vor Ausweisung die Hilfe in Anspruch nehmen können ... macht sich Peter Reibisch für einen anonymisierten Krankenschein für Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus stark.“

© Medibüro-Team



Das Team vom Medibüro: (v. l.) Tim Jährig, A.S., Heidrun Wiedenmann, Steffen Derner, Peter Reibisch, M.G., Manuela Schroeter, Nadine Mirwald, Thomas Schroeter, Helga Stratmann, Verena Ciriack.

Nordlicht: Was haben Sie gedacht, als Sie die Post vom Bundespräsidialamt öffneten und lasen, dass Sie diese hohe Auszeichnung bekommen?

Peter Reibisch: Ich hatte niemals an so eine Auszeichnung gedacht. Erstaunt und sehr erfreut war ich, dass die gemeinsame Arbeit des Medibüros auf diese Weise gelobt wurde.

Nordlicht: Wie funktioniert das Medibüro genau?

Reibisch: Unser Medibüro arbeitet ausschließlich ehrenamtlich. Wir bieten einmal in der Woche eine Sprechstunde an, in der wir die Erkrankten jedoch nicht selbst behandeln. In einem orientierenden Gespräch versuchen wir herauszufinden, um welches Problem es sich handelt, rufen dann eine fachlich geeignete Praxis an und fragen, ob dort der oder die Kranke ehrenamtlich untersucht und behandelt werden kann. Wir freuen uns immer wieder sehr, wie groß das soziale Verständnis vieler Kieler Praxen ist. Mehr als 50 Praxen haben uns zugesichert, unsere Arbeit ehrenamtlich zu unterstützen. Wir sind außerdem Teil eines bundesweiten Netzwerkes. In etwa 40 Städten gibt es Medibüros oder ähnliche Projekte. Alle zwei Wochen treffen wir uns für zwei Stunden im Verein, um Probleme der Sprechstunden zu besprechen und um zu entscheiden, wofür wir Spendengelder ausgeben können. Wir versuchen politisch Einfluss zu nehmen, um den unerträglichen Zustand bei der ärztlichen Versorgung dieser verwundbarsten Menschen in unserer Gesellschaft zu lindern. Nähere Informationen finden sich auf unserer Website www.medibuero-kiel.de

© privat

Nordlicht: *Wie haben Sie den Tag der Verleihungszeremonie im Schloss Bellevue erlebt?*

Reibisch: Dankbar, neugierig und etwas aufgeregt. Mich begleitete auch eine gewisse Skepsis, weil schönen Worten in der Politik oft keine Taten folgen. Am Rand des Schlossparks wurde ich zunächst kontrolliert wie sonst nur am Flughafen. Es regnete leicht. Ein älterer Herr in Schwarz bot mir an, mich mit einer Limousine zum Schlosseingang zu fahren. Ich ging die siebzig Meter dann doch lieber zu Fuß. Der Weg im Schloss zum Empfangsraum führte über großzügige Flure und Treppen, die Wände sind mit den Bildern früherer Herrscher geschmückt. Unser „Heute“ fehlte irgendwie. Im Schloss gab es sehr freundliche Menschen, die für das Wohl der Gäste sorgten. Die Ordensverleihung war unverkrampft und verbreitete Zuversicht. Sie wurde von einem Gesangsquartett von Frauen begleitet, das unter anderem den großen Mut der iranischen Frauen hervorhob. Begleitet wurde ich von Dr. Thomas Schrödter, der das Medibüro vor zwölf Jahren mit aufgebaut hat. Ich trat dem Verein erst ein bis zwei Jahre später bei. Die Geschichten der sehr verschiedenen sozialen Arbeiten der 15 Geehrten haben mich sehr berührt. Neben mir saß z. B. Karin Powser aus Hannover, die einige Zeit auf der Straße leben musste, dann eine Straßenzeitung und eine Anlaufstelle für Obdachlose mitgestaltete. Sie wurde landesweit bekannt, weil sie begann, Portraits von Obdachlosen zu machen, die international Preise erhielten.

Nordlicht: *Auf den Aufnahmen von der Verleihungsfeier sieht man, dass Sie trotz der engen Taktung der Zeremonie länger mit dem Bundespräsidenten sprechen. Was war das Thema?*

Reibisch: Herr Steinmeier fragte mich, was genau ich ärztlich gearbeitet hätte. Ich berichtete, dass meine über dreißigjährige Arbeit als praktischer Arzt in einem sozial benachteiligten Stadtteil Kiels genau die richtige und mich immer erfüllende Tätigkeit gewesen ist.

Nordlicht: *Sie waren von 1976 bis 2007 in Kiel als praktischer Arzt tätig und haben sicher eine Menge erlebt. Welche Erfahrungen aus diesen mehr als dreißig Jahren Praxistätigkeit haben Ihnen im Medibüro am meisten geholfen?*

Reibisch: Ich bin 1943 geboren. Das Verdauen der Nazizeit hat mich geprägt, genau wie das Erschrecken, wie wenig lernfähig wir Menschen offensichtlich sind. Ich habe mich bemüht, in einem sozial belasteten Stadtteil den vielen psychosozialen, auch multikulturellen Problemen „auf Augenhöhe“ zu begegnen. Diese Haltung half mir sehr, in der Sprechstunde unvoreingenommen pragmatische Wege zu suchen.

Nordlicht: *Die Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten im Ruhestand sind begehrt, die Einsatzmöglichkeiten vielfältig. Wie kam es dazu, dass Sie beim Medibüro landeten und blieben?*

Reibisch: Ich fand dort einen spannenden, an den Themen der Zeit interessierten und mutigen Kreis von jüngeren Menschen. Es ist eine Freude, gemeinsam dieser sozialen Unmenschlichkeit unserer Zeit ein wenig Menschlichkeit entgegenzusetzen zu können. Wir tun nicht nur denen gut, denen wir helfen, sondern wir stärken auch unser eigenes inneres Gleichgewicht.

Nordlicht: *Menschen in Not zu helfen heißt immer auch, ganz nah an ihren persönlichen Schicksalen zu sein. Welches Erlebnis bleibt Ihnen am intensivsten in Erinnerung?*

Reibisch: Die vollkommen verzweifelte Begleiterin eines offensichtlich sehr traumatisierten Flüchtlings bat um Hilfe. Der Kranke stehe kurz vor der Abschiebung, also kurz vor einer erneuten Traumatisierung. Wenn wir psychisch Erkrankte in unserer Sprechstunde sehen, sind wir oft hilflos. Das auszuhalten ist nicht einfach. Wir versuchen, diese Erfahrungen bei den vierzehntägigen Vereinstreffen zu besprechen. Immer wieder dürfen wir uns freuen und darüber staunen, wie klug, wie mutig und mit wie viel Lebensfreude manche Menschen ohne Papiere mit ihrer Lage zurechtkommen.

Nordlicht: *Zusätzlich ist Ihnen auch die Initiative „Fairer Start ins Leben“ wichtig. Was steckt dahinter?*

Reibisch: Wir konnten pro Jahr zwischen 15 und 25 Schwangeren ohne Papiere zu einer gut betreuten Geburt verhelfen. Dies war nur möglich, weil mit Hilfe unserer Kampagne „Fairer Start ins Leben“ die Frauenklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein sich bereit erklärte, die Geburt der von uns überwiesenen Schwangeren für eine Pauschale von 500 Euro zu betreuen. Zweitens erreichte unsere Kampagne, dass die Stadtverwaltung eine halbe Frauenärztinnenstelle einrichtete. Die Kollegin darf die Schwangeren anonymisiert begleiten.

Nordlicht: *Sie selbst haben oft betont, dass die Arbeit, die das Medibüro leistet, eigentlich eine staatliche Aufgabe sei. Haben Sie die Hoffnung, dass sich diese Forderung noch erfüllt?*

Reibisch: Die Bundesärztekammer hat die Politik wiederholt aufgefordert, endlich das Problem der unversichert Kranken in Deutschland zu lösen und nichts ist geschehen. Der Landtag hat vor Jahren 200.000 Euro in einem Fonds für soziale Notfälle bereitgestellt und diesen so gebaut, dass fast niemand ihn nutzen kann. Gerade sprechen wir mit den Ministerien über diese Situation. Ministerpräsident Daniel Günther gratulierte bei der Verleihung des Ordens mit den Worten: „Ihr politisches Engagement, unter anderem für die Einführung eines anonymisierten Krankenscheines, ist von großem Wert für unsere Gesellschaft.“ Schöne Worte und nichts dahinter? Sisyphos ist nicht nur der immer zuversichtliche, kraftvolle moderne Mensch, der den „Stein des Humanismus“ immer wieder den Berg hochrollt. Er ist in der griechischen Mythologie auch „der Schalk“, das „Schlitzohr“, dem es durch Schlaueheit mehrfach gelingt, den Tod zu überlisten.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Spendenkonto

Medibüro Kiel e.V.

IBAN DE41 5206 0410 0006 4464 69

BIC GENODEF 1 EK 1

Evangelische Bank

2109 0007 0090 0694 04, BIC: GENODEF1KIL

Praxisabgeber sagen „Tschüss“

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



NAME: Christian Kraus
FACHRICHTUNG: Allgemeinmedizin
SITZ DER PRAXIS: Trappenkamp
NIEDERLASSUNGSFORM: Gemeinschaftspraxis

Praxis geführt von Januar 1988 bis Dezember 2022
Praxisnachfolger: Dr. Barbara Pieper

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

In wenigen Worten schwer auszudrücken. Sicherlich zunächst das Gefühl der Freiheit von allen Hierarchien, denen man als Angestellter unterworfen ist. Dann die Möglichkeiten, selbstbestimmt zu arbeiten, eine funktionierende Arbeitsteilung zu strukturieren und Mitarbeiterinnen zu haben, mit denen man über Jahre und Jahrzehnte zusammenarbeitet, auf die man sich verlassen kann, mit denen man auch schwierige Situationen und Zeiten bewältigt.

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

Es gibt keinen einzigen oder einen bestimmten Moment. Es sind viele kleine Momente, wenn das Gefühl sich einstellt, eine Sache gut und vollständig gemacht zu haben.

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

Wahrscheinlich häufiger Anerkennung gegenüber den Mitarbeiterinnen zu zeigen.

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

Nichts mit nach Hause zu nehmen. Praxis und Privatleben auseinanderzuhalten.

5. Womit werden Sie Ihren Ruhestand ausfüllen?

Gemeinsam mit meiner Frau einen Buchladen im Nachbarort zu übernehmen und zu betreiben.

6. Was ist Ihr Lieblingsort in Schleswig-Holstein?

Überall dort, wo sich im Frühjahr das Gelb von blühenden Rapsfeldern mit dem Grün umgebender Felder und dem Blau der Ostsee verbindet. Die Kirche in Bosau. Unser Haus und Garten in Gönnebek.

7. Haben Sie ein Lebensmotto?

Nicht aufzuhören, sich immer wieder etwas Neues vorzunehmen.

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

Sich nicht von den Risiken einschüchtern zu lassen, sondern die Chancen der Selbstständigkeit wahrzunehmen. Sich von alten Hasen und Häsinnen beraten zu lassen. Bei Partnerschaften auf faire Verträge zu achten, die auch ein Konfliktmanagement beinhalten und im Extremfall keine Verlierer zurücklassen. Keine Seminare zum Thema „Regressgefahr“ besuchen. Sich darüber im Klaren zu sein, dass das wertvollste Gut einer Praxis die motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind, die sich als Team begreifen.

Welche Arzneimittel sind grundsätzlich verordnungsfähig? Wie viele Heilmittel dürfen pro Rezept verordnet werden? Welche Budgetgrenzen sind zu beachten? Diese Fragen stellen sich niedergelassene Ärzte immer wieder, denn die Gefahr ist groß, in die „Regress-Falle“ zu tappen. Damit Sie sicher durch den Verordnungsdschungel kommen, informieren wir Sie auf dieser Seite über die gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

Sicher durch den Verordnungsdschungel

Impfung als Satzungsleistung IKK (Reiseimpfungen)

Die IKK Die Innovationskasse hat ihre Satzung geändert, sodass der Vertrag über die Satzungsleistungen (Reiseimpfungen) angepasst werden muss. Das bedeutet, dass seit dem 1. Juli 2023 von der IKK nur noch die Impfung gegen Meningokokken B über den Sondervertrag übernommen wird, alle anderen Reiseimpfungen dürfen ab diesem Zeitpunkt nur noch als IGeL erbracht werden.

Lieferengpässe Arzneimittel

Es ist hinlänglich bekannt, dass nicht immer alle Arzneimittel in allen Wirkstärken/Packungsgrößen lieferbar sind. Der Gesetzgeber hat daher die Substitutionsmöglichkeiten durch die Apotheker erweitert.

Die genauen Kriterien finden Sie auf unserer Website unter dem Stichwort „Aktuelle Hinweise“: www.kvsh.de/praxis/verordnungen/arzneimittel

Moderne Wundversorgung

Im Nachgang zu unserer Veranstaltung „Moderne Wundversorgung in der Praxis“ sind die Handouts und die aktuelle Preisliste für Verbandstoffe auf unserer Website unter dem Stichwort: „Arzneimittel von A bis Z“ (Wundversorgung) zu finden:

www.kvsh.de/praxis/verordnungen/arzneimittel

**Zusatztermin Moderne Wundversorgung in der Praxis:
4. Oktober 2023**

MS-Therapie

Das Produkt „Mavenclad®“ ist für einen Behandlungszyklus über zwei Jahre zugelassen. Das BfArM hat die Auffassung der GKV bestätigt, dass es sich bei einer weiteren Therapie mit Mavenclad® nach dem ersten Behandlungszyklus um Off-Label-Use handelt und nicht zulässig ist.

THOMAS FROHBERG, KVSH

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel und Impfstoffe

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

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

Die Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 EBM) darf ab dem 35. Geburtstag alle drei Jahre abgerechnet werden. Wie ist der Abstand einzuhalten?

Hier ist das Kalenderjahr ausschlaggebend, d. h. ein Patient, der im Dezember 2021 eine Gesundheitsuntersuchung erhalten hat, hätte ab Januar 2024 einen erneuten Anspruch auf den Check-up.

Erfordert die Abrechnung der Kleinchirurgischen Eingriffe nach den GOP 02300, 02301 und 02302 EBM zwingend die Angabe eines Operationsschlüssels?

Die Abrechnung der oben genannten GOP kann auch ohne die Angabe eines OPS abgerechnet werden.

Ausnahmen bilden die OPS aus dem Vertrag über das ambulante Operieren. Ist der Operationsschlüssel im Vertrag enthalten, erfolgt die Vergütung extrabudgetär. Welche OPS im Vertrag enthalten sind, können Sie der Website unter www.kvsh.de/praxis/vertraege/ambulante-operationen entnehmen.

Bei welchen Diagnosen kann das hausärztlich-geriatrische Basisassessment auch bei Patienten unter 70 Jahren erbracht und abgerechnet werden?

Eine Abrechnung der GOP 03360 EBM kann nur bei Patienten mit demenziellen Erkrankungen (ICD F00-F02), Alzheimer (ICD 10: G30) oder bei Patienten mit dem Parkinson-Syndrom, ab mäßiger Beeinträchtigung (ICD 10: G20.1 oder G20.2) unter 70 Jahren abgerechnet, werden.

Diese Regelung trifft auch auf die geriatrische Betreuung mit der GOP 03362 EBM zu.

FORTBILDUNGSANGEBOT

FÜR ÄRZTE, PSYCHOTHERAPEUTEN UND MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

THEMA: QEP®-Einführungsseminar –
zweitägig

DATUM: 8. SEPTEMBER 2023, 15.00 BIS 21.00 UHR
9. SEPTEMBER 2023, 9.00 BIS 17.00 UHR

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

INHALTE DES SEMINARS:

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

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

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

FORTBILDUNGSPUNKTE: 18

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

Fragen zur Anmeldung

Abt. Qualitätssicherung

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

FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

THEMA: Moderatorengrundausbildung
für Qualitätszirkel – zweitägig

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

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

INHALTE DES SEMINARS:

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

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

TEILNAHMEGEBÜHR: 200 Euro inklusive
(Seminarunterlagen und Verpflegung)

FORTBILDUNGSPUNKTE: 20

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

WEITERER TERMIN:

17. November 2023, 15.00 bis 21.00 Uhr und
18. November 2023, 9.00 bis 17.00 Uhr

Fragen zur Anmeldung

Abt. Qualitätssicherung

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

KONTAKT

Zulassung

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

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

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

Prüfungsstelle

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

Beschwerdeausschuss

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

Leiter der Dienststelle

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

Verordnungsprüfung Arznei- und Verbandmittel

Dorthe Thede.....	9010 15
-------------------	---------

Verordnungsprüfung Heilmittel

Kristina Dykstein.....	9010 23
------------------------	---------

Sprechstundenbedarfs-, Honorarprüfung

Birgit Wiese.....	9010 12
-------------------	---------

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

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

Dagmar Hergert-Lüder (Leiterin)89890 10

IMPRESSUM

Nordlicht aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

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

Anschrift der Redaktion

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

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

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

KONTAKT

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 Schliifke 206/217/355/229

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

Dr. Ralph Ennenbach 206/217/355/229

Geschäftsstelle Operative Prozesse

Ekkehard Becker 486

Justitiarin

Alexandra Stebner 230

Selbstverwaltung

Regine Roscher 218

Abteilungen

Abrechnung

Andrea Werner (Leiterin) 361/534

Christopher Lewering (stellv. Leiter) 361/534

Fax 322

Abteilung Recht

Alexandra Stebner (Leiterin) 230/251

Maria Behrenbeck (stellv. Leiterin) 251

Stefanie Kuhlee 431

Hauke Hinrichsen 265

Tom-Christian Brümmer 474

Esther Petersen 498

Lisa Woelke 343

Nadine Aksu 457

Oliver Schacht (Vergaberecht) 460

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

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

Alexander Paquet (Leiter) 214

Arztregister

Anja Scheil/Dorit Scheske 254

Ärzte in Weiterbildung

Janine Priegnitz 384

Brigitte Teufert 358

Beratungssapotheker

Cornelius Aust 351

Datenschutzbeauftragter

Tom-Christian Brümmer 474

Ermächtigungen

Evelyn Kreker 346

Maximilian Mews 462

Coline Greiner 590

Büsrä Apaydin 561

Gesundheitspolitik und Kommunikation

Delf Kröger (Leiter) 454

Marco Dethlefsen (stellv. Leiter) 818

Heil- und Hilfsmittel

Ellen Roy 931

HVM-Team/Info-Team

Stephan Rühle (Leiter) 334

Info-Team/Hotline

Telefon 883

Fax 505

IT in der Arztpraxis

Timo Wilm (Telematikinfrastruktur) 307

Kathrin Friester (TI-Finanzierungsvereinbarung) 476

Timo Rickers (EDV/PVS Beratung) 286

Niederlassung/Zulassung

Susanne Bach-Nagel 378

Martina Schütt 258

Vanessa Dohrn 456

Michelle Hansen 291

Kristina Brensa 817

Katharina Marks 634

Melanie Lübker 491

Nicole Rohwer 907

Nordlicht aktuell

Borka Totzauer 356

Jakob Wilder 475

Personal und Finanzen

Lars Schönemann (Leiter) 275

Thorsten Heller (Stellvertreter Finanzen) 237

Claudia Rode (Stellvertreterin Personal) 295

Yvonne Neumann (Entgeltabrechnung) 577

Sonja Lücke (Mitgliederbereich) 288

Katja Kodalle (Zentrale Angelegenheiten) 982

Fax 451

Plausibilitätsprüfung

Sabrina Rüdiger 691

Ulrike Moszeik 336

Pressesprecher

Marco Dethlefsen 818

Nikolaus Schmidt 381

Praxisbörse

Nicole Geue 303

Qualitätssicherung

André Zwaka (Leiter) 369

Ute Tasche (stellv. Leiterin) 485

Fax 374

Rückforderungen der Kostenträger

Björn Linders 564

Sprechstundenbedarf

Heidi Dabelstein 353

Struktur und Verträge

Simone Eberhard (Leiterin) 434

Fax 7331

Telematik-Hotline

..... 888

Teilzahlungen

Brunhild Böttcher 231

Luisa-Sophie Lütgens 465

Verordnung (Team Beratung)

Thomas Froberg 304

Widersprüche (Abteilung Recht)

Gudrun Molitor 439

KONTAKT

Zulassung

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

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

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

Prüfungsstelle

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

Beschwerdeausschuss

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

Leiter der Dienststelle

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

Verordnungsprüfung Arznei- und Verbandmittel

Dorthe Thede.....	9010 15
-------------------	---------

Verordnungsprüfung Heilmittel

Kristina Dykstein.....	9010 23
------------------------	---------

Sprechstundenbedarfs-, Honorarprüfung

Birgit Wiese.....	9010 12
-------------------	---------

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

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

Dagmar Hergert-Lüder (Leiterin)89890 10

IMPRESSUM

Nordlicht aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

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

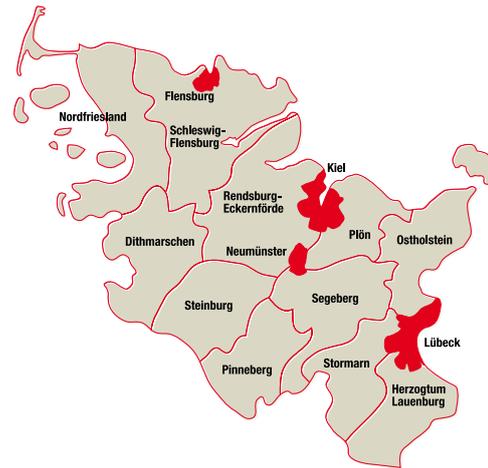
Anschrift der Redaktion

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

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

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

Kreisstellen der KVSH



Kiel

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

Tel..... 0431 93222

Fax..... 0431 9719682

Wolfgang Schulte am Hülse, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel..... 0431 541771

Fax..... 0431 549778

E-Mail..... kreisstelle.kiel@kvsh.de

Lübeck

Kreisstelle: Parade 5, 23552 Lübeck

Tel..... 0451 72240

Fax..... 0451 7063179

Dr. Christian Butt, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel..... 04502 888774

Fax..... 04502 889095

E-Mail..... kreisstelle.luebeck@kvsh.de

Flensburg

Dr. Ralf Wiese, Facharzt für Anästhesiologie

Tel..... 0461 31545047

Fax..... 0461 310817

E-Mail..... kreisstelle.flensburg@kvsh.de

Neumünster

Dr. Carsten Klatt, Facharzt für Augenheilkunde

Tel..... 04321 949290

Fax..... 04321 949294

E-Mail..... kreisstelle.neumuenster@kvsh.de

Kreis Dithmarschen

Burkhard Sawade, Praktischer Arzt und Facharzt für Chirurgie

Tel..... 04832 8128

Fax..... 04832 3164

E-Mail..... buero@kreisstelle-dithmarschen.de

Kreis Herzogtum Lauenburg

Raimund Leineweber, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel..... 04155 2044

Fax..... 04155 2020

E-Mail..... kreisstelle.lauenburg@kvsh.de

Kreis Nordfriesland

Björn Steffensen, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel..... 04884 1313

Fax..... 04884 903300

E-Mail..... kreisstelle.nordfriesland@kvsh.de

Kreis Ostholstein

Dr. Bettina Schultz, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tel..... 04521 2950

Fax..... 04521 3989

E-Mail..... kreisstelle.ostholstein@kvsh.de

Kreis Pinneberg

Dr. Zouheir Hannah, Facharzt für Orthopädie

Tel..... 04106 82525

Fax..... 04106 82795

E-Mail..... kreisstelle.pinneberg@kvsh.de

Kreis Plön

Dr. Joachim Pohl, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel..... 04526 1000

Fax..... 04526 1849

E-Mail..... kreisstelle.ploen@kvsh.de

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Eckard Jung, Praktischer Arzt

Tel..... 04351 3300

Fax..... 04351 712561

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

Kreis Schleswig-Flensburg

Dr. Carsten Petersen, Facharzt für Innere Medizin

Tel..... 04621 951950

Fax..... 04621 20209

E-Mail..... kreisstelle.schleswig@kvsh.de

Kreis Segeberg

Dr. Ilka Petersen-Vollmar, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Tel..... 04551 9955330

Fax..... 04551-9955331

E-Mail..... kreisstelle.segeberg@kvsh.de

Kreis Steinburg

Dr. Axel Kloetzing, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel..... 04126 1622

Fax..... 04126 394304

E-Mail..... kreisstelle.steinburg@kvsh.de

Kreis Stormarn

Dr. Hans Irmer, Arzt

Tel..... 04102 52610

Fax..... 04102 52678

E-Mail..... kreisstelle.stormarn@kvsh.de

ANZEIGE

Neues auf einen Klick



Schneller informiert mit den Newslettern der KVSH

Registrieren Sie sich unter

www.kvsh.de/newsletter-abonnement

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

- ▶ Abrechnungsregelungen
- ▶ Informationen zur Telematikinfrastruktur
- ▶ Neue Verträge
und vieles mehr ...

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