

Nordlicht



Offizielles Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

NR. 12 | 2024
26. Jahrgang



ePA für alle So funktioniert die elektronische Patientenakte

Patienten im Fokus:
Kampagne von KBV und KVen
startet nächste Phase

Abgeordnetenversammlung:
Vollbremsung bei geplanten
Gesetzen

Legendärer Triathlon:
"Ironmen" aus Schleswig-Holstein
auf Hawaii

INHALT

IM FOKUS

- 4 Die elektronische Patientenakte ab 2025
- 7 Auf einen Blick – Die wichtigsten Infos zur ePA
- 8 ePA aus rechtlicher Sicht: Interview mit Alexandra Stebner, Justiziarin der KVSH

11 IN KÜRZE

GESUNDHEITSPOLITIK

- 13 Bericht von der Abgeordnetenversammlung
- 15 Zehnjähriges Bestehen der Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Lübeck und Kiel
- 17 Bundesweite Kampagne zur Rettung der Praxen geht in die nächste Runde
- 19 Kommentar: Schlussbilanz

PRAXISINFOS

- 20 QuaMaDi: KI soll Brustkrebs-Früherkennung optimieren
- 22 85 – die neue Zahl der Laborreform
- 26 Hybrid-DRG-Abrechnung: Einheitliche Vergütung für ambulante und stationäre Behandlungen
- 28 Ärztliche Stellen: Ärztekammer übernimmt Aufgaben der KVSH
- 30 Spezialisierte Schmerzmedizin: Ein notwendiger Baustein der Patientenversorgung
- 32 Gemeinsam die HPV-Impfquote steigern
- 34 Honorarbericht 2023
- 35 Keine Brückentage im Dezember – Vertretung regeln
- 36 Erstgespräche in der Psychotherapie – Teil 2

BEKANNTMACHUNGEN DER KVSH

- 38 Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung
- 39 HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen
- 39 Kündigung des Tonsillotomievertrages mit der BAHN-BKK
- 40 Verträge zum Hautkrebsscreening für Versicherte unter 35 Jahren – Umstellung der Rechtsgrundlage auf Paragraph 140a SGB V
- 41 Verträge mit der TK zu den U10/11- und J2-Untersuchungen angepasst
- 41 KISS-Vertrag „Infektionsscreening in der Schwangerschaft“ gekündigt
- 41 Früherkennungsuntersuchung zur Amblyopie
- 41 Zahlungszeitpunkt der regelmäßigen monatlichen Teilzahlungen

DIE MENSCHEN IM LAND

- 42 Triathlon-Abenteuer Hawaii – once in a lifetime!
- 44 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein
- 45 Praxisabgeber sagen „Tschüss“

SERVICE

- 46 Sie fragen, wir antworten
- 47 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 48 Fortbildungsseminar

AUS DEM INHALT

Ab dem 15. Januar 2025 startet die neue elektronische Patientenakte. Sie wird erst einmal in Modellregionen in Hamburg, Franken und NRW getestet. Welche Aufgaben und Pflichten sind für die Praxen mit der ePA künftig verbunden und wie funktioniert sie technisch? Antworten auf diese und weitere Fragen gibt es im Titelthema.



04

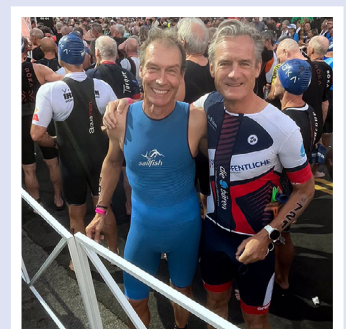
Was wird aus den geplanten, aber noch nicht beschlossenen Gesundheitsgesetzen? Das Aus der Ampel-Koalition in Berlin bestimmte die Diskussion auf der letzten Abgeordnetenversammlung des Jahres.



13

Sie haben Themenvorschläge fürs **Nordlicht**? Dann schicken Sie uns eine E-Mail an nordlicht@kvsh.de

Mit Dr. Bernhard Bambas und Prof. Ludger Gerdesmeyer starteten zwei Niedergelassene aus Schleswig-Holstein beim legendären IRONMAN Triathlon auf Hawaii. Ihr Ziel: ankommen und genießen.



42



DR. BETTINA SCHULTZ,
VORSTANDSVORSITZENDE

Liebe Leserinnen und Leser!

Stille Nacht?!

Mit Bruch der Ampelkoalition, scheinbar plötzlich, jedoch von langer Hand vorbereitet, haben sich viele gesundheitspolitische Gesetzesvorhaben zerschlagen. Auf einige haben wir gewartet, andere haben wir mit Sorge betrachtet. So wird das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) mit der Teilentbudgetierung der Hausärzte nun sicher nicht mehr kommen. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz hingegen wurde noch im Bundesrat verabschiedet und wird in Kraft treten. Das Bemühen der Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz, unserer schleswig-holsteinischen Gesundheitsministerin Prof. von der Decken, genug Stimmen im Bundesrat hinter sich zu versammeln, um den Vermittlungsausschuss anzurufen und so noch Änderungen am Krankenhausgesetz durchzusetzen, ist leider gescheitert.

Auch unsere Hoffnung auf eine überfällige gesetzliche Klarstellung zur Sozialversicherungspflicht der Ärztinnen und Ärzte im Kassenärztlichen Notdienst hat sich nicht mehr erfüllt. Hier haben wir deshalb weiterhin keine Rechtssicherheit. Die anderen KVen gehen sehr unterschiedlich damit um. Teilweise werden Beiträge zur Sozialversicherung abgeführt, teilweise werden allen im Notdienst tätigen Ärztinnen und Ärzten Kostenpauschalen für die Nutzung der Anlaufpraxen in Rechnung gestellt, mancherorts zahlen nur Poolärztinnen und -ärzte eine Pauschale. Falls sich eine neu gewählte Regierung doch für eine Lösung analog zu jener für die im Rettungsdienst tätigen Ärztinnen und Ärzte entscheiden würde, wäre dies sehr zu begrüßen, weil dies die klarste Regelung wäre. Der organisatorische Aufwand wäre um ein Vielfaches geringer als alles, was zuletzt angedacht war. Eine solche Regelung würde aber nach Bundestagswahl, Koalitionsverhandlungen und Regierungsbildung noch mindestens sechs Monate auf sich warten lassen. Wir müssen uns also – leider – weiter in Geduld üben.

Ein weiteres Thema, das Sie und uns beschäftigt und das deshalb auch Titelthema dieses **Nordlichts** ist, ist die ePA. Mitte Januar beginnt die zunächst einmonatige Testphase in den Modellregionen. Es verdichten sich Anzeichen, dass das Rollout in allen Praxen, ursprünglich für Mitte Februar 2025 geplant, verschoben werden wird, um Druck von allen Beteiligten zu nehmen. Ziel ist es, bis zum bundesweiten Start möglichst umfangreich zu testen, damit Praxen funktionierende Programme bekommen. Die Akzeptanz in der Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft ist sehr unterschiedlich. Wir werden die Einführung nicht aufhalten können, Sie aber unterstützen. Wesentliche Informationen finden Sie bereits in dieser **Nordlicht**-Ausgabe.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien eine frohe Weihnachtszeit und einen guten Rutsch ins Jahr 2025!

DR. BETTINA SCHULTZ

Der Plan zur Einführung der ePA

Ab dem 15. Januar 2025 wird die elektronische Patientenakte (ePA) in einer Pilotphase im Praxisbetrieb erprobt. Mit dem bundesweiten Rollout will das Bundesgesundheitsministerium beginnen, wenn die Erfahrungen in den Modellregionen in Hamburg, Franken und NRW positiv sind. Was Praxen zur ePA wissen müssen.



Nun soll sie kommen, die „ePA für alle“, wie sie offiziell von der gematik genannt wird. Es soll der nächste – und ein wesentlicher – Schritt zur Digitalisierung im Gesundheitswesen sein. Und der soll so angelegt sein, dass Zugang und Handhabung einfach und verständlich sind und eben „alle“ Interessen berücksichtigt werden, in Einklang mit den höchsten Sicherheitsstandards im Datenschutz. Ein ambitionierter Anspruch, der im SGB V seinen rechtlichen Niederschlag findet. Welche Befüllungspflichten und Zugriffsrechte es für Niedergelassene und Patienten gibt, soll hier zusammenfassend aufgeführt werden.

Die gematik selbst beschreibt Zielsetzung und Funktionalität der ePA folgendermaßen: Die ePA muss schnell und effizient sein und die Daten verlässlich – ohne eine doppelte Eingabe. Genau das solle mit der „ePA für alle“ Realität werden. Mit ihr werde eine institutionsübergreifende Information bereitgestellt,

die alle nutzen können, die auf die elektronische Patientenakte zugreifen dürfen. Der Vorteil sei, dass sie so die zentrale Grundlage für ein digitales Gesundheitsmanagement bilde.

Gesetzliche Grundlagen und Zugriffsrechte

Grundsätzlich ist zunächst einmal zu unterscheiden zwischen der Behandlungsdokumentation in der Praxis (eine arztgeführte Akte) und der ePA (eine versichertengeführte Akte). Festgeschrieben sind die gesetzlichen Grundlagen der ePA in den Paragraphen 341 bis 347 des SGB V. Hier sind beispielsweise die Informationspflichten der Krankenkassen, Widerspruchsrechte der Patienten und die Befüllungspflichten der Ärzte und Psychotherapeuten festgehalten. Widerspricht der Patient nicht von vornherein einem Zugriff des Arztes auf die ePA, so ergeben sich daraus für den behandelnden Arzt bestimmte Pflichten.

Doch vorweg: Prozessual soll ein möglichst hoher Automatisierungsgrad erreicht werden, sodass die entsprechenden Dokumente quasi automatisch in der ePA abgelegt werden – jedoch nie ohne Wissen der Ärzte und Psychotherapeuten. Die Software muss also entsprechend programmiert werden. Ein Beispiel: Möchte der Patient seinen Befundbericht ausgehändigt bekommen, ist es im analogen Zeitalter so, dass der Arzt diesen ausdruckt und aushändigt. Bei der digitalen ePA setzt der Arzt oder Psychotherapeut ein entsprechendes Häkchen zum Abschluss der Behandlung, das den Bericht in der digitalen Akte des Patienten ablegt. Dass dieses Verfahren künftig in den Versionsverläufen der Software entsprechend den tatsächlichen Anforderungen und Prozessen angepasst wird, ist selbstverständlich. Am Anfang der ePA-Einführung steht daher auch ein Termin, in dem die Anbieter den anderen Akteuren darlegen müssen, ob sie die Voraussetzung für die Bereitstellung der Software nach diesen Maßgaben erfüllen. Dies markiert im Grunde genommen den eigentlichen Auftakt zur Einführung der „ePA für alle“. Es gibt allerdings – das sei an dieser Stelle erwähnt – gerade auf Seiten der Softwarehäuser durchaus Zweifel, was die technische Reibungslosigkeit der Systeme angeht.

Befüllung der ePA

Ungeachtet dessen schreitet die Umsetzung bislang wie geplant voran. Vielerorts besteht zwar die Befürchtung, dass die gesamte zurückliegende Krankheitsgeschichte des Patienten vom Arzt oder Psychotherapeuten einzupflegen ist. Diese ist jedoch unbegründet. Es gilt: Die Befüllung erfolgt ab dem Behandlungstag, an dem die „ePA für alle“ erstmals benutzt wird. Sie muss allerdings dann nur mit den „Pflichtinhalten“ befüllt werden, wenn diese erstens selbst erhoben wurden – beim Labor wird dies den beauftragenden Ärzten zugerechnet. Sie muss zweitens elektronisch vorliegen und aus dem aktuellen Behandlungskontext stammen – sofern der Patient nicht widersprochen hat. Dies kann er auf drei Arten machen: in Gänze, bezogen auf die Praxis oder aber nur auf ein spezifisches Dokument hin.

Pflichtgemäß einzustellende Dateien wiederum sind beispielsweise Daten zur Unterstützung des Medikationsprozesses, Laborbefunde, Befundberichte und eArztbriefe. Auf Wunsch des Patienten können außerdem Diagnosen, Therapiemaßnahmen und Behandlungsberichte eingepflegt werden. Eine Übersicht der Anwendungen mit einem knapp gehaltenen Frage-Antwort-Katalog hat die gematik auf ihrer Internetseite angelegt: **ePA für alle | gematik**.

Informationspflichten

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über die ePA und ihre Funktionalitäten umfassend zu informieren. Praxen haben nur bestimmte Informations- und Hinweispflichten, die das Einstellen von Dokumenten im Behandlungskontext betreffen. Wie soll nun der Arzt oder Psychotherapeut seinen Patienten informieren? Für die Allgemeine Informationspflicht zur Datenspeicherung ist laut Gesetz ein Aushang in der Praxis oder ein Handout ausreichend.

Ein Plakat für das Wartezimmer steht hier zum Download bereit:

www.kbv.de/media/sp/2024-11-06_eP__Praxenaushang.pdf



Vergütung

Hinsichtlich der Vergütung für den administrativen Aufwand der ePA gibt es noch keine abschließende Klarheit, die Verhandlungen darüber haben bereits begonnen. Zwar gibt es derzeit EBM-Ziffern hierzu, diese laufen jedoch aus und müssen neu verhandelt werden.

Besondere Regelungen

Gerade bei hochsensiblen Daten sieht das Gesetz besondere Regelungen vor, was die Einbindung in die ePA angeht. Besondere Einwilligungsvoraussetzungen gibt es beispielsweise bei genetischen Untersuchungen oder bei Analysen im Sinne des Gendiagnostikgesetzes und bei Daten, deren Bekanntwerden Anlass zur Diskriminierung oder Stigmatisierung geben könnten, wie sexuell übertragbare Infektionen, psychische Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüche.

Pflichten des Arztes und des Psychotherapeuten

Was die rechtlich festgeschriebene Nutzungspflicht der ePA durch den Arzt oder Psychotherapeuten angeht, so gilt der Grundsatz: Sobald Informationen zur Kenntnis genommen wurden, müssen diese zugunsten des Patienten eingesetzt werden. Entscheidend ist dabei, was der Arzt oder Psychotherapeut wissen muss:

- Für die rechtlichen Anforderungen ist die ärztliche bzw. psychotherapeutische Sorgfaltspflicht der Maßstab.
- Relevant ist außerdem der Facharzt- bzw. Psychotherapeutenstandard des jeweiligen Fachgebietes.

- Die Reichweite der Anamnese wird zudem maßgeblich durch den Behandlungszweck bestimmt. Eine „anlasslose Ausforschungspflicht“, also dass der Arzt oder Psychotherapeut routinemäßig in die ePA schauen muss, gibt es nicht. Grundlage der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung bleibt das anamnestische Gespräch. Hieraus können sich Umstände ergeben, die eine Einsichtnahme des Arztes oder Psychotherapeuten erforderlich machen – eine Patientin mit Oberbauchschmerzen weist zum Beispiel auf einen aktuellen Befund einer kürzlich durchgeführten Magenspiegelung hin. Sofern sich also aus dem Gespräch ein solcher Hinweis ergibt, muss der Behandelnde Einsicht in die ePA nehmen. Er muss nicht von sich aus Einsicht nehmen. Der Arzt oder Psychotherapeut kommt so seiner Sorgfaltpflicht nach.
- Relevant sind also Informationen, die fachlich wichtig und gegebenenfalls zu erfragen sind.

Entscheidend ist, dass auch nach Einführung der ePA die Anamnese für alle Beteiligten maßgeblich bleibt.

Zeitplan

Ursprünglich war geplant, die elektronische Patientenakte nach Abschluss der Modellphase ab dem 15. Februar 2025 bundesweit einzuführen. Schrittweise sollte die ePA dann mit den verschiedenen Dokumenten befüllt werden. Der Starttermin wackelt allerdings, da sich die Entwicklungs-Roadmap der ePA zeitlich verzögert. Dadurch stehen vielen PVS-Herstellern noch immer keine Testumgebungen für die ePA zur Verfügung. Wann genau der bundesweite Rollout beginnt, war zum Redaktionsschluss nicht bekannt.

Weitere Sonderregelungen

Auf spezielle Regelungen, wie die Verfügungsberechtigung oder der Umgang mit Akten von Minderjährigen, sei in diesem Zusammenhang nur hingewiesen. Die Komplexität und der Umfang der Regelungen macht es notwendig, in diesen Fragen auf die angebotenen Schulungen der KVSH zurückzugreifen bzw. Detailfragen im persönlichen Gespräch zu klären.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

„ePA für alle“: kostenfreie Infopakete für Praxen

Gut vorbereitet für den Start der „ePA für alle“: Praxen können über die Website der gematik Infopakete bestellen und zur Information ihrer Patientinnen und Patienten nutzen.

Jede Praxis kann bis zu zwei Pakete kostenfrei bestellen. Das Angebot gilt, solange der Vorrat reicht.

Das Infopaket enthält folgende Materialien:

- zwei unterschiedliche Plakate
- einen Einleger für einen Aufsteller mit FAQ
- 50 Flyer für Patientinnen und Patienten
- einen Spickzettel mit zentralen Informationen für das Fachpersonal

Außerdem bietet die gematik auf ihrer Website zwei Erklärvideos für Monitore im Wartebereich kostenfrei zum Download an.

Der Infoflyer für Patientinnen und Patienten steht in verschiedenen Sprachen (auch in leichter Sprache) digital zur Verfügung und kann flexibel in Systeme, wie z. B. die digitale Terminvergabe, integriert werden.

Hier geht es zur Bestellung: <https://shop.gematik.de>



Befüllung der ePA

Verpflichtend

- ✓ Verordnungs- und Dispensierdaten aus dem eRezept (werden automatisch in die Medikationsliste der ePA übertragen)
- ✓ Arztbriefe
- ✓ Laborbefunde
- ✓ Befunddaten aus bildgebender Diagnostik
- ✓ Befundberichte aus invasiven und chirurgischen sowie nichtinvasiven oder konservativen Maßnahmen
- ✓ Ergebnisse genetischer Untersuchungen oder Analysen (nur nach ausdrücklicher schriftlicher oder elektronischer Einwilligung durch die Patientin bzw. den Patienten)

Auf Wunsch Ihrer Patientinnen und Patienten:

- + elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU)
- + Daten im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP)
- + Daten zu Reha-Maßnahmen und Heilbehandlungen
- + Daten der Pflege und der pflegerischen Versorgung
- + Daten aus einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA)



Behandlungskontext

Um den Behandlungskontext einzuleiten, muss Ihre Patientin bzw. Ihr Patient lediglich die elektronische Gesundheitskarte in der Praxis in ein Lesegerät stecken. Eine PIN-Eingabe ist zu keiner Zeit notwendig.

Der Behandlungskontext dauert standardmäßig 90 Tage an. Patientinnen und Patienten können die Zugriffsdauer selbst beliebig für eine Praxis anpassen.

Tipp: Weisen Sie Patientinnen und Patienten, die Sie über einen langen Zeitraum behandeln, darauf hin, Ihrer Praxis unbegrenzten Zugriff zu geben.

Informationspflichten

Bei hochsensiblen Daten gibt es eine besondere Informationspflicht. Hier müssen Sie ausdrücklich auf die Widerspruchsmöglichkeiten hinweisen und einen Widerspruch in der ePA vermerken. Das gilt für:

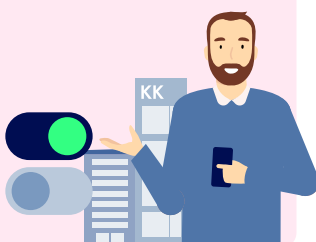
- psychische Erkrankungen
- sexuell übertragbare Erkrankungen
- Schwangerschaftsabbrüche

Bei gentechnischen Untersuchungen oder Analysen (Gendiagnostikgesetz) gilt:

- Diese dürfen in der ePA nur gespeichert werden, wenn der Patient explizit eingewilligt hat.
- Die Einwilligung muss ausdrücklich und schriftlich oder in elektronischer Form vorliegen.

Widerspruchsmöglichkeiten

Patientinnen und Patienten können der ePA und ihren Funktionen entweder in ihrer ePA-App oder gegenüber der Ombudsstelle ihrer Krankenkasse widersprechen.



Hochladen in die ePA für alle

Folgende Dateiformate können Sie in die ePA laden:

- ↑ PDF/A-Dokumente
- ↑ Bilddateien (jpeg, png, tiff)
- ↑ Reine Text-Dokumente (rtf, txt) und signierte Dateien
- ↑ Strukturierte Datenformate (xml, json)

Dokumente können zu Beginn nur hochgeladen werden, wenn sie die Größe von 25 MB nicht überschreiten. Prüfen Sie, ob alle Metadaten des Dokuments ausgefüllt sind und tragen Sie fehlende Metadaten gegebenenfalls nach.



Für weitere Informationen wenden sich Patientinnen und Patienten an ihre Krankenkasse oder besuchen epa-vorteile.de bzw. gematik.de/epa-app



Anamnesegespräch mit dem Patienten ist und bleibt entscheidend

*Alexandra Stebner ist Justiziarin der KVSH. Im Gespräch mit dem **Nordlicht** ordnet sie die „elektronische Patientenakte (ePA) für alle“ in den rechtlichen Kontext ein.*

Nordlicht: Der Start der ePA rückt näher. Gleichzeitig nehmen die rechtlichen Fragen zu. Entstehen für einen Arzt oder Psychotherapeuten durch die ePA neue Haftungsrisiken?

Alexandra Stebner: Diese Sorge wird seitens der Vertragsärzte und Psychotherapeuten immer wieder geäußert. Dabei ändert die Einführung der ePA an den zivilrechtlichen Sorgfaltspflichten, die auch schon bisher im Rahmen der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Behandlung galten, erst einmal nichts.

Nordlicht: Muss die ePA jedes Mal nach allen Informationen durchforstet werden, die für die Behandlung des Patienten wichtig sind?

Stebner: Eine Verpflichtung des Arztes bzw. Psychotherapeuten, die Inhalte der ePA im Vorfeld anlasslos zu lesen, besteht nicht. Grundlage der ärztlichen Behandlung bleibt das anamnestiche Gespräch zwischen dem Arzt und dem Patienten. Der Arzt entscheidet im Einzelfall und auf der Grundlage des Patientengesprächs, ob und in welchem Umfang eine Einsichtnahme in die ePA in diesem Kontext hilfreich und notwendig sein könnte.

Ergibt sich aus der Gesamtschau, dass die ePA in diesem Fall für die Anamnese, Diagnostik und Behandlung eine Unterstützung darstellen könnte, z. B. weil auf kürzlich aktuelle Befunde anderer Behandler hingewiesen wird, sollte der Arzt einen Blick in die ePA werfen, um seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht nachzukommen.

„Eine Verpflichtung des Arztes bzw. Psychotherapeuten, die Inhalte der ePA im Vorfeld anlasslos zu lesen, besteht nicht.“

Nordlicht: Ist denn umgekehrt der Patient dazu verpflichtet, den Arzt oder Psychotherapeuten auf relevante Dokumente in der ePA hinzuweisen?



Stebner: Der Patient hat stets auch eine Mitwirkungspflicht und sollte den Behandler schon im eigenen Interesse darauf hinweisen, sofern die ePA mögliche relevante Befunde enthält. Nach dem Anamnesegespräch trifft der Arzt die Entscheidung, inwieweit in der ePA befindliche Dokumente dann tatsächlich für die eigene Diagnostik und Behandlung von Bedeutung sind. Weist der Patient konkret auf relevante Vorbefunde hin oder gibt es z. B. aufgrund der körperlichen Untersuchung andere Hinweise auf mögliche relevante Unterlagen, die sich in der ePA befinden könnten, sollte der Arzt diese auch hinzuziehen.

„Der Patient hat stets auch eine Mitwirkungspflicht und sollte den Behandler schon im eigenen Interesse darauf hinweisen, sofern die ePA mögliche relevante Befunde enthält.“

Nordlicht: Im Laufe der Jahre wird der Berg an Informationen immer größer, die ePA damit unübersichtlicher. Wie groß ist die Gefahr für Ärzte und Psychotherapeuten, etwas zu übersehen?

Stebner: Diese Gefahr bestand im Grunde schon immer. Im Laufe der Jahre haben die Patienten diverse Untersuchungen und Befundberichte erhalten und können sich ggf. teilweise gar nicht mehr daran erinnern. Hier ist und bleibt das Anamnese-gespräch mit dem Patienten entscheidend. Letztlich muss der Arzt entscheiden, wie relevant alte Befunde von vor vielen Jahren für die aktuelle Behandlung tatsächlich sind. Geplant ist im späteren Verlauf, dass die ePA eine Suchfunktion erhält, damit kann der Arzt dann gezielt nach Dokumenten suchen, sollte er diese einsehen wollen.

Nordlicht: Können sich Niedergelassene darauf verlassen, dass die Daten in der ePA vollständig und richtig sind?

Stebner: Bei der ePA handelt es sich um eine versichertengeführte Akte, das heißt, dass der Patient die Möglichkeit hat, einzelne Dokumente zu verbergen oder zu löschen, ohne dass der Arzt bzw. Psychotherapeut davon weiß. Das bedeutet, dass die in der ePA befindlichen Unterlagen nicht vollständig sein müssen. Der Arzt darf aber grundsätzlich auf die Richtigkeit der Angaben des Patienten vertrauen – anders verhält es sich aktuell auch nicht.

Nordlicht: In welchen Fällen sollten Niedergelassene besonders achtgeben, was sie in die ePA einstellen?

Stebner: Besonderes Augenmerk sollte auf Daten gelegt werden, die Anlass zur Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten bieten. Bei diesen hochsensiblen Daten, hierzu zählen z. B. Schwangerschaftsabbrüche, psychische Erkrankungen und Geschlechtskrankheiten, besteht für den Arzt bzw. Psychotherapeuten die Pflicht, den Patienten auf das Recht zum Widerspruch hinzuweisen. Übt der Patient sein Widerspruchsrecht aus, so ist dies in der Behandlungsdokumentation zu protokollieren. Auch im Bereich der Gendiagnostik gelten Besonderheiten. So darf die Speicherung der Daten im Zusammenhang mit Untersuchungen und Analysen im Bereich der Gendiagnostik nur nach ausdrücklicher Einwilligung des Patienten erfolgen. Diese Einwilligung muss in schriftlicher oder elektronischer Form erteilt werden.

„Besonderes Augenmerk sollte auf Daten gelegt werden, die Anlass zur Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten bieten.“

Nordlicht: Fällt durch die Einführung der ePA für die Niedergelassenen die Pflicht zur Behandlungsdokumentation weg?

Stebner: Nein, die ePA ersetzt keinesfalls die zivil- und berufsrechtliche Verpflichtung des Arztes bzw. Psychotherapeuten eine eigene Behandlungsdokumentation mit den aus ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Sicht relevanten Inhalten in der Praxis zu führen. Bei der ePA handelt es sich um eine versichertengeführte Akte, das heißt allein der Patient entscheidet, welche Daten eingepflegt werden und wer diese einsehen kann. Das sind zwei unterschiedliche Zielrichtungen.

Nordlicht: Dürfen Dokumente aus der ePA in die Behandlungsdokumentation übernommen werden?

Stebner: Sofern der Patient dem Arzt bzw. Psychotherapeuten die Zugriffsrechte gewährt, kann dieser bei Bedarf relevante Dokumente aus der ePA herunterladen und lokal im Praxisssystem speichern. Der Patient kann hierbei die Dauer des Zugriffs bestimmen. Grundsätzlich besteht nach Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ein 90-tägiges Zugriffsrecht. Dieses kann der Patient verlängern, verkürzen oder auch beschränken.

Nordlicht: Welche Maßnahmen müssen Ärzte und Psychotherapeuten ergreifen, um die datenschutzrechtlichen Anforderungen bei der Nutzung der ePA zu erfüllen?

Stebner: Ärzte und Psychotherapeuten müssen keine besonderen datenschutzrechtlichen Maßnahmen ergreifen.

Nordlicht: Gibt es bestimmte Aufklärungs- und Informationspflichten gegenüber den Patienten, die Niedergelassene beachten müssen?

Stebner: Ja, die Patienten sind darüber zu informieren, welche Daten im Rahmen der Behandlung in der ePA gespeichert werden. Diese Information kann entweder mündlich oder auch mittels Praxisaushang erfolgen. Bei hochsensiblen Daten müssen Ärzte die Patienten ausdrücklich auf das Widerspruchsrecht hinweisen. Dies muss nachvollziehbar in der Behandlungsdokumentation protokolliert werden. Bei Daten aus der Gendiagnostik gilt, dass diese nur bei ausdrücklicher Einwilligung in der ePA gespeichert werden können.

Nordlicht: Was passiert, wenn sich Niedergelassene der ePA komplett verweigern?

Stebner: Der Gesetzgeber hat in Paragraph 347 SGB V die Übertragung von Behandlungsdaten in die ePA durch die Leistungserbringer als bestehende Pflicht normiert. Vertragsärzte und Psychotherapeuten haben danach die Pflicht, den Versicherten über seinen Anspruch auf Befüllung der ePA zu informieren und die entsprechenden Daten dann auch in die ePA zu übertragen. Ebenfalls vom Gesetzgeber geregelt sind die Sanktionen, sofern Vertragsärzte und Psychotherapeuten nicht über den erforderlichen Zugriff auf die ePA verfügen. Hier sieht Paragraph 341 Abs. 6 SGB V vor, dass die Vertragsärzte gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen müssen, dass sie über

die erforderlichen Komponenten und Dienste für die Nutzung der ePA verfügen. Wird der Nachweis nicht erbracht, so ist die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen pauschal um ein Prozent zu kürzen.

Nordlicht: Wo gibt es aus rechtlicher Sicht noch die meisten Fragezeichen bei der ePA?

Stebner: Der Umgang mit Minderjährigen ist rechtlich immer eine Herausforderung für den behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten. Die damit verbundenen Rechtsfragen werden durch die Einführung der ePA nicht einfacher.

DAS INTERVIEW FÜHRTE MARCO DETHLEFSEN, KVSH



LANDESVORSTANDSWAHL BEI DEN ORTHOPÄDEN



BAD SEGEBERG – Die Mitglieder des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie Schleswig-Holstein haben auf ihrer Jahreshauptversammlung einen neuen Landesvorstand gewählt. Dr. Christian Hauschild (Lübeck) bleibt Landesvorsitzender. Sein Stellvertreter ist Dr. Marcel Seller (Itzehoe), der

gemeinsam mit Dr. Matthias Buhs (Quickborn) und Dr. Markus Pleizier (Bad Malente) neu in die Führungsspitze des Berufsverbandes gewählt wurde. Die Wahl fiel einstimmig aus. Die Mitglieder des Berufsverbandes dankten dem bisherigen Vorstand (Dr. Christian Hauschild, Dr. Joachim Splieth, Dr. Tim Zidorn und Dr. Christoph Sawade) für die langjährige konstruktive Arbeit.

Mehr Informationen unter
www.bvou.net/landesverband-schleswig-holstein/

KONTINUITÄT AN DER SPITZE DES HNO-BERUFSVERBANDES



MANNHEIM – Prof. Dr. Jan Löhler bleibt Präsident des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte. „Personalmangel, Investitionsstau, steigende Beitragssätze – wir steuern auf eine der schwersten Krisen des Gesundheitswesens zu. Statt auf die Stimme der Ärztinnen und Ärzte vor Ort zu hören und das Netz aus über 2.600 HNO-Praxen zu erhalten, wird die ambulante Versorgung mit einer dysfunktionalen Gesetzgebung blockiert“, erklärte der in Bad Bramstedt niedergelassene HNO-Arzt nach seiner Wahl.

KVAPPRADAR.DE ERWEITERT ANGEBOT

BERLIN – Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) hat sein Informationsportal Kvapp radar.de um zwei neue Gutachten zu Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) ergänzt. „HelloBetter“ unterstützt bei Burnout-Symptomen (ICD-10 Kode Z73), während „Selfapy“ auf depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen (ICD-10 Codes F32 und F33) abzielt. Die Gutachten analysieren unter anderem die Wirksamkeit der Anwendungen und den Versorgungsbedarf. Kvapp radar.de bietet seit Dezember 2021 umfassende Informationen zu Gesundheits-Apps. Nutzerinnen und Nutzer können dort nach Angaben des Zi nicht nur verfügbare Apps zu spezifischen Themenbereichen finden, sondern auch deren Verbreitung und Bewertung nachvollziehen.

Medieninformation:

DiGA-Gutachten zu „HelloBetter“ und „Selfapy“ jetzt auf Kvapp radar.de

Informationen zu Gesundheits-Apps

Zi ergänzt digitale Informationsplattform zu Gesundheitsapps

Informationen aus Praxis und Wissenschaft von und für Ärztinnen und Psychotherapeuten

„B. DiGA-Gutachten (2021)“

Was bieten wir?

- 100% gemeinsinniges Angebot
- Ein Forum zur Diskussion und Bewertung von Apps
- Über 3400 Gesundheits-Apps im Katalog

© X

WEITERBILDUNGSFÖRDERUNG: GEHALTSZUSCHUSS ERHÖHT

BERLIN – Ab 1. Januar 2025 erhöht sich der monatliche Gehaltszuschuss für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung um 400 Euro. Er steigt damit von aktuell 5.400 auf 5.800 Euro je Vollzeitstelle. Die Anpassung wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft beschlossen und orientiert sich an den Vergütungen im Krankenhaus. Die Förderung wird jeweils zur Hälfte von den gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen getragen und an die Praxisinhaber ausgezahlt.

Mehr Informationen unter
[Förderung der ärztlichen Weiterbildung](#)

KVSH-VORSTAND IM GESPRÄCH MIT DER POLITIK



v. li.: FDP-Bundestagsabgeordnete Christine Aschenberg-Dugnus mit Dr. Bettina Schultz, KVSH-Vorstandsvorsitzende



v. li.: Birte Pauls, MdL, und der KVSH-Vorstand: Alexander Paquet, Karsten Brandstetter und Dr. Bettina Schultz sowie die Vorsitzende der SPD-Landtagsfraktion Serpil Midyatli

BAD-SEGEBERG/KIEL – Aktuelle gesundheitspolitische Fragen von der Entbudgetierung bis zur Zukunft der Notfallversorgung standen im Mittelpunkt von Gesprächen, die der Vorstand der KVSH im November mit Bundes- und Landespolitikern führte. Die KVSH-Vorstandsvorsitzende Dr. Bettina Schultz tauschte sich mit der FDP-Bundestagsabgeordneten und Gesundheitspolitikerin Christine Aschenberg-Dugnus unter anderem über die Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung durch einen zunehmenden Fachkräftemangel und Wege zur Stärkung der Freiberuflichkeit aus. Zusammen mit ihren Vorstandskollegen Karsten Brandstetter und Alexander Paquet traf sie die schleswig-holsteinische SPD-Fraktions- und Landesvorsitzende Serpil Midyatli und Birte Pauls, sozial- und gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion, im Kieler Landtag, zu einem Austausch, bei dem es neben anderen Themen um die hausärztliche Versorgung in den ländlichen Regionen ging. Fragen der Zukunft der Notfallversorgung und der Notwendigkeit einer Patientensteuerung waren Themen eines Gesprächs des Vorstandes der KVSH mit dem gesundheitspolitischen Sprecher der FDP-Landtagsfraktion, Dr. Heiner Garg.



v. li.: Alexander Paquet, Karsten Brandstetter und Dr. Bettina Schultz mit dem gesundheitspolitischen Sprecher der FDP-Landtagsfraktion, Dr. Heiner Garg

ANRUF BEI HILFETELEFON SEIT 2014 VERDOPPELT

BERLIN – Die Zahl der Beratungen beim Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ hat sich seit der Einführung des Angebots vor zehn Jahren mehr als verdoppelt. Demnach gab es 2023 rund 60.000 Beratungen, wie das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben mitteilte. Das Hilfetelefon berät unter der Rufnummer 116 016 in 18 Fremdsprachen. Außerdem werden Informationen und Unterstützung für Fachkräfte, wie z. B. Ärzte und Psychotherapeuten, angeboten.

Diese können unter www.hilfetelefon.de kostenfrei Infomaterialien, wie Plakate, Flyer, Notfallkarten oder Abreißzettel, für das Wartezimmer bestellen.

PRAXISINFORMATION HILFT BEI VERSORGUNG VON PATIENTEN AUS DEM AUSLAND

BERLIN – Für im Ausland gesetzlich Krankenversicherte gelten besondere Regelungen, wenn sie in Deutschland eine Praxis oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst aufsuchen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die wichtigsten Informationen zu diesem Thema in einer PraxisInfoSpezial zusammengefasst. Diese bietet unter anderem eine Checkliste zum richtigen Vorgehen in der Praxis, beispielsweise beim Identitäts- und Krankenversicherungsnachweis, zur Patientenerklärung, Dokumentation und Abrechnung.

Download unter
PraxisInfoSpezial „Im Ausland Krankenversicherte“

Vollbremsung bei geplanten Gesetzen

Ampel-Aus beschäftigt Abgeordnete der KVSH.



Zum Abschluss des Jahres präsentierte der Vorstand in der Abgeordnetenversammlung unter anderem den Haushaltsplan für 2025.

Die Stöße des politischen Bebens im Berliner Regierungsviertel waren auch auf der letzten KVSH-Abgeordnetenversammlung des Jahres 2024 in Bad Segeberg zu spüren. Was wird aus den auf den Weg gebrachten, aber noch nicht beschlossenen Gesetzen? Wie sieht es mit der Entbudgetierung der Hausärzte aus? Was bleibt übrig vom Notfallreformgesetz und wie wird sich insgesamt der politische Stillstand der kommenden Monate auswirken?

„Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, in dem auch die Teilentbudgetierung sowie das Notfallgesetz, in dem die Sozialversicherungsfreiheit im Bereitschaftsdienst geregelt werden sollten, wird keine Chance mehr auf Realisierung haben“, sagte die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Bettina Schultz.

QuaMaDi-Verhandlungen weit fortgeschritten

Die Vertragsverhandlungen zur Fortschreibung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms QuaMaDi (Qualitätsgesicherte Mamma-Diagnostik) sind inzwischen weit fortgeschritten. Die Einschreibekriterien seien neu justiert, die Abgrenzung zum Screening und zu Hochrisikopatientinnen seien geschärft wor-

den. Außerdem habe man sich darauf geeinigt, KI bereits in der Erstbefundung zu implementieren. Man erhoffe sich davon höhere Entdeckungsraten und eine Fallzahlreduktion.

Eine klare Absage erteilte die Vorstandsvorsitzende dem Gesetzes-Herz-Gesetz. „Gut, dass es nicht kommt“, sagte Schultz. „Wir brauchen nicht Statine für alle, sondern Prävention.“ Untersuchungen von Gesunden würden nur Ressourcen binden, die dringend woanders benötigt würden. Die Transformation der stationären Versorgung erzwingen zudem eine Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich. Es würden zu viele Menschen im Krankenhaus behandelt, die dort im Grunde nicht hingehörten.

Haushaltsplan 2025 mit unverändertem Verwaltungskostensatz

Finanzvorstand Karsten Brandstetter verdeutlichte, dass der Haushaltsplan 2025 nur mit einer Entnahme aus den Rücklagen ausgeglichen ist. „Nur durch eine stringente und klare Haushaltsplanung konnte für 2025 auf eine Erhöhung des Verwaltungskostensatzes verzichtet werden“, so Brandstetter.

Gleichwohl gehe man nächstes Jahr davon aus, dass auf die KVSH eher höhere Aufwendungen durch neue rechtliche Vorgaben zukommen werden. „Auch wir können nicht in die Glaskugel schauen“, so der Finanzvorstand. Fest stehe jedoch, dass die Umlage für die Weiterbildungskosten im kommenden Jahr angepasst werden müsse, da der monatliche Förderbetrag für Ärzte in Weiterbildung zum Jahreswechsel um 400 Euro erhöht werde und dann bei 5.800 Euro je Vollzeitstelle liege. Noch keine Einigung habe man bei den Honorarverhandlungen auf Landesebene für 2025 erzielen können.

Vorstandsmitglied Alexander Paquet ging in seinem Vortrag auf die elektronische Patientenakte (ePA) ein und warf zu Beginn einen Blick in die Vergangenheit. „Es gibt eine Reihe positiver Beispiele der Digitalisierung in den Praxen, die nach anfänglichen Bedenken aber auch technisch größeren Startschwierigkeiten am Ende eine Erleichterung gebracht haben“, so Paquet. So seien die eAU und auch das eRezept inzwischen in der Regelversorgung angekommen. Dies zeigt auch eine aktuelle Umfrage der KBV. „Es ruckelt heute vor allem noch da, wo die Telematikinfrastruktur nicht so gut funktioniert, zum Beispiel bei der elektronischen Signatur.“ Der Grund sei, dass es erhebliche Unterschiede in den PVS-Systemen gebe. In diesen Fällen müsse dafür gesorgt werden, dass die technische Infrastruktur dahinter funktionieren muss.

Ausführlich ging Paquet dann daraufhin auch auf die ePA ein. Sie werde zunächst in den Modellregionen verpflichtend. In anderen Gebieten können die PVS es anbieten, müssten es aber nicht. Paquet beschrieb im Weiteren eingehend die Rechte und Pflichten der einzelnen Akteure für die ePA, die in diesem Heft und auf den Internetseiten der gematik sowie der KBV aufgeführt sind. Klar ist inzwischen, dass das Bundesgesundheitsministerium am Tag der Abgeordnetenversammlung über die Medien verbreitet, dass der bundesweite Rollout für die ePA verschoben wird. Eines wird damit zumindest deutlich: Einen ruckeligen Start für diese digitale Anwendung will man auch von Seiten des Ministeriums offenbar auf jeden Fall vermeiden. Da die Vergangenheit auch gezeigt hat, dass die Einführung von neuen – zum Teil nicht marktreifen – IT-Produkten zu Mehraufwendungen in vielen Praxen geführt hat, wird die KVSH den Einführungsprozess wie bisher konstruktiv, aber auch kritisch begleiten, da es beispielweise noch offene Fragen in der Ausgestaltung, der rechtlichen Sicherheit und der konkreten Implementierung in die jeweiligen Praxisverwaltungssysteme gibt.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH



Erleichtert zeigten sich die Abgeordneten darüber, dass die Verwaltungskostenumlage vorerst nicht angehoben werden muss – anders als ursprünglich geplant.

Grundpfeiler einer sicheren Versorgung

Früher oft als Stiefkind behandelt – zumal in Forschung und Lehre – hat sie nun einen festen Platz in Schleswig-Holstein gefunden: die Allgemeinmedizin. Denn in diesem Jahr feiern die Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten Lübeck und Kiel ihr zehnjähriges Bestehen.



Zogen Bilanz anlässlich des zehnjährigen Bestehens des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Lübeck: Prof. Katja Götz und Prof. Jost Steinhäuser.

Im Oktober wurde in Lübeck anlässlich des zehnjährigen Bestehens des dortigen Lehrstuhls im Rahmen des Lehrarztreffens gefeiert. Die Gründungen in Kiel und Lübeck waren durchaus bedeutende Meilensteine für die wohnortnahe medizinische Versorgung und für die Ausbildung der Mediziner. Dies zeigt sich insbesondere darin, wie seit der Einrichtung im Jahr 2014 die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen gestärkt werden konnte.

Dabei könnte man durchaus von einer schweren Geburt sprechen. Denn schon zu Beginn der 2000er Jahre wurde mehr und mehr deutlich, dass sich die medizinische Versorgung – insbesondere in den ländlichen Gebieten Schleswig-Holsteins aufgrund struktureller Veränderungen und der demografischen Entwicklung künftig zunehmend verschlechtern wird. Schon damals machte sich ein Mangel an Hausärzten bemerkbar. Die

Prognosen deuteten darauf hin, dass ein erheblicher Anteil der praktizierenden Landärzte kurz vor dem Ruhestand stand, ohne dass ausreichend Nachwuchs in Sicht war. Eine gezielte Förderung und Ausbildung von Allgemeinmedizinern wurden somit zu einer dringenden Notwendigkeit. In diesem Kontext war die Einrichtung der Lehrstühle für Allgemeinmedizin ein entscheidender Schritt, um langfristige Lösungen zu schaffen und der Entwicklung entgegen zu wirken.

Studierende früh an die Allgemeinmedizin heranzuführen

Professor Dr. med. Jost Steinhäuser ist der Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin in Lübeck und Direktor des dortigen Instituts für Allgemeinmedizin. Er weiß, dass Maßnahmen, die an der Optimierung der Aus- und Weiterbildung ansetzen, zu den preiswertesten gehören, um nachhaltig Nachwuchs zu generieren. Es gehe darum, angehende Mediziner früh an die Allgemeinmedizin heranzubringen und sie mit dem ländlichen Raum in Kontakt zu bringen. Der Ansatz dahinter ist im Grunde so

simpel wie durchschlagend: Es muss anfassbar werden, was es bedeutet, eine Landarztpraxis zu führen, wie sich Versorgung als Arzt in einer solchen Praxis anfühlt und wie es ist, kontinuierlich mit Menschen und ihren Lebenswegen zu tun zu haben.

Die Bilanz nach zehn Jahren seit der Besetzung des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin kann sich durchaus sehen lassen. Und, das betont Professor Steinhäuser im Gespräch besonders, der Dank für diesen Erfolg gebührt all jenen, die dazu beigetragen haben: allen Lehrärzten, Doktoranden, Habilitanden, Projektpartnern, Instituts-„Nachbarn“, Förderern und (ehemaligen) Mitarbeitern.

Zahlen belegen den Erfolg

Der Erfolg lässt sich an Zahlen ablesen. In Lübeck konnten in zehn Jahren mehr als acht Millionen Euro an Drittmitteln eingeworben werden. Die wissenschaftlichen Ergebnisse können mit großem Erfolg international sichtbar veröffentlicht werden. 31 Mediziner haben am Lehrstuhl ihre Doktorarbeit abgeschlossen und auch eine Habilitation gab es. „Inzwischen haben wir bis zu 300 Bewerbungen für eine Doktorarbeit pro Jahr“, so der Institutsdirektor.

Die bei der Gründung von der Damp-Stiftung und der Universität zu Lübeck eingerichtete Stiftungsprofessur wurde 2019 in eine reguläre Professur überführt und so verstetigt. In den Jahren 2020 und 2021 erhielt der Lehrstuhl außerdem jeweils eine W2-Professur. Damit fußen Forschung und Lehre der All-

(Objective Structured Clinical Evaluation) unter realitätsnahen Bedingungen den Alltag eines niedergelassenen Allgemeinmediziners proben. „Es werden ganz konkrete Situationen mit professionellen Darstellern durchgespielt, sodass Studenten realitätsnah in die entsprechende Lage versetzt werden.“ Die verschiedenen Szenarien werden jeweils von Ärzten begleitet und beobachtet und im Anschluss analysiert. Was ist gut gelaufen, was müsste verbessert werden? „Das trägt wesentlich dazu bei, dass die angehenden Mediziner die Scheu vor der Wirklichkeit verlieren, oder diese zumindest gemindert wird und sie besser einschätzen können, was sie später erwarten wird“, so Steinhäuser. „Zudem haben wir damit eine sehr gut evaluierte Lehre“, ergänzt er.

Weiterbildung deutlich gestärkt



Gut gefüllter Hörsaal – Zahlreiche Gäste besuchten die Jubiläumsfeier des Lehrstuhls.

gemeinmedizin auf einem soliden Fundament. Was mitnichten bedeutet, dass man sich als wissenschaftlicher Elfenbeinturm versteht. „Im Gegenteil“, so Steinhäuser, „unser Engagement zielt unmittelbar auf die Versorgung vor Ort.“

Praxis und Forschung werden eng miteinander verknüpft. Beispielsweise werden im überregionalen Versorgungsforschungsverbund SHRN (Supraregional Health Service Research Network) Routinedaten aus dem Praxisalltag gesammelt und zur Verbesserung der Versorgung ausgewertet. Im Archiv der Deutschsprachigen Allgemeinmedizin (ADAM) werden originale Dokumente (z. B. Doktorarbeiten aus ganz Deutschland) gespeichert und sind so für Forschungsfragen recherchierbar.

Prüfung mit praktischem Ansatz

Nicht zuletzt findet sich ein ganz praktischer Ansatz auch in der Ausbildung der Mediziner. Kreuzchen auf einem Blatt Papier zu setzen wurde durch praktische Übungen abgelöst. So können angehende Ärzte bei der Prüfungsmethode OSCE

Zu den weiteren Highlights des Lehrstuhls in Lübeck zählen daneben die erstmalige Ausrichtung des Deutschen Kongresses für Allgemeinmedizin im Jahr 2021, der damals unter den Bedingungen der Pandemie online als Hybridveranstaltung durchgeführt werden musste. Auch die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wurde seit Gründung des Lehrstuhls wesentlich gestärkt. Mittlerweile kann das Kompetenzzentrum Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein, welches vom Institut für Ärztliche Qualität (und somit von KV, Krankenhausgesellschaft und Ärztekammer) und den beiden Lehrstühlen für Allgemeinmedizin angeboten wird, auf rund 400 Teilnehmer zurückblicken

– und die Zahl steigt stetig. „Waren es im gesamten Jahr 2016 noch 54 Facharztgespräche, so sind wir in diesem Jahr mit Stand Oktober bereits bei 81. Und entsprechend weitere werden in diesem Jahr noch folgen“, erläutert Steinhäuser.

Bewährtes Konzept: praxisnahe Lehre

Mit dem zehnjährigen Bestehen der Lehrstühle für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein hat sich in diesem Fachgebiet ein Fundament gebildet, auf dem die medizinische Versorgung auch künftig nachhaltig gesichert wird und wachsen kann. Die Kombination aus praxisnaher Lehre, gezielter Nachwuchsförderung und innovativer Forschung hat sich, so die Bilanz anlässlich dieses Jubiläums, bewährt.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

„Wollen wir das wirklich verlieren?“

Informationskampagne von KBV und KVen startet in die nächste Phase. Diesmal stehen die Patientinnen und Patienten im Fokus.

Unter dem Motto „Wir sind für Sie nah“ macht seit April 2024 die gemeinsame Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf die zugespitzte Situation der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufmerksam. Denn die politischen Rahmenbedingungen machen den Praxen die Arbeit schwer. Eine überbordende Bürokratie und nicht ausgereifte Digitalisierungsmaßnahmen kosten zu viele Ressourcen, und trotz langer Arbeitszeiten bleibt nur wenig Zeit für Patientinnen und Patienten. Dabei sind es die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die nah an den Menschen sind, die diese vertrauensvoll durch alle Lebenslagen begleiten – und das wohnortnah und leicht zu erreichen.

Nun erreicht die Kampagne „Wir sind für Sie nah“ eine neue, noch emotionalere Dimension. Zu Beginn der Kampagne standen die zunehmende Erschöpfung und die Belastungen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Fokus. In der anstehenden Fortführung der Kampagne wird die Aufmerksamkeit nun ganz auf die Geschichten der Patienten gelenkt. Denn sie sind es, deren Leben von der Nähe und Fürsorge ihrer Haus- und Fachärzte und Psychotherapeuten abhängt und die auf diese persönliche, wohnortnahe Versorgung angewiesen sind.

Im Rahmen der Weiterführung der Kampagne sind drei TV-Spots entstanden. Sie erzählen Geschichten von Menschen, die ohne die Unterstützung ihrer Ärzte in einer aussichtslosen Lage wären. Es sind Geschichten, die unter die Haut gehen: Eine Mutter kämpft mit der chronischen Erkrankung ihres Kindes und spricht über die rettende Rolle der schnellen, vertrauensvollen Betreuung in der Kinderarztpraxis. Ein junges Paar, das sich nichts sehnlicher wünscht als ein gesundes Kind, teilt die empfundene Unsicherheit mit den Zuschauern, aber auch die Hoffnung, die ihre Frauenärztin ihnen von der ersten Schwangerschaftswoche an schenkt. Oder der Teenager, der wegen schwerer Akne täglich Mobbing erleidet – und nur in der Praxis seiner Hausärztin endlich Verständnis und Hilfe findet. Die zentrale Frage, die am Ende jedes Spots gestellt wird: „Wollen wir das wirklich verlieren?“ Damit verbunden ist die eindringliche Mahnung, dass die so kostbare Nähe zwischen Arztpraxis und Patient ohne ein Umdenken der politischen Entscheider verloren gehen könnte.

Vorboten des Wahljahres 2025: politische Forderungen rücken in den Mittelpunkt

Mit Blick auf das Wahljahr 2025 wird die aktuell startende Kampagnenphase zu einem zentralen Baustein, um das öffentliche Bewusstsein für die prekäre Lage der Praxen zu schärfen. In den Geschichten, die die Kampagne zeigt, steckt mehr als nur Emotion. Es sind authentische Mahnungen an die Politik, dass die wohnortnahe Gesundheitsversorgung akut bedroht ist und Millionen Patienten tagtäglich auf die Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten angewiesen sind.

Neue Kampagnenphase mit TV-Spots, Plakaten und in den sozialen Medien

Die neue Phase der Kampagne läuft bis Jahresende. Während die TV-Spots auf unterschiedlichen Kanälen zu sehen sind, werden die Kampagnenmotive, die sich aus den Spots ableiten, auch auf digitalen Kanälen, auf digitalen Postern in den Landeshauptstädten sowie in Frankfurt am Main, Dortmund und Weimar sowie in politischen News-lettern, Podcasts und im Print veröffentlicht. Insgesamt hat die Kampagne damit eine geplante Reichweite von 119 Millionen Kontakten.

Begleitend zur Kampagne entstehen neben erklärenden Formaten unter anderem auch Interviews mit Patientinnen und Patienten, die ihre Geschichten erzählen und authentisch die zentrale Kampagnen-Botschaft bekräftigen, dass sie ihre Praxis nicht verlieren wollen. Diese Botschaften werden auf den Social-Media-Kanälen der Kampagne ausgespielt aber auch auf der Kampagnen-Website www.rettet-die-praxen.de eingebettet. Auf dieser finden sich weitere Hintergrundinformationen und Informationsmaterial für die Praxen, die die Kampagne unterstützen wollen.

REDAKTION/KBV



© facebook „Für Sie nah“



Schlussbilanz

Am Ende waren alle froh, erleichtert und befreit. Nichts ging mehr, keine Woche ohne neue Krise. Was mit fröhlichen Selfies und als Fortschrittskoalition begonnen hatte, endete in einem politischen Desaster. Und die Schlussbilanz dieser Bundesregierung liest sich wie eine Schadensbilanz für das ganze Land: Die Wirtschaft stagniert, die Gesellschaft mault und die Parteien bekämpfen sich, statt Herausforderungen anzugehen. Drei Länderregierungen sind nur geschäftsführend im Amt und im Bund regiert bis zu den Neuwahlen am 23. Februar 2025 eine Minderheitsregierung. So sicher der Rechtsrahmen der Verfassung für geordnete Verhältnisse sorgt, so unsicher schauen die Menschen nach vorn. Fast die Hälfte glaubt, dass Deutschland seine besten Jahre hinter sich hat und sieht schwarz.

Am meisten Sorgen macht die wirtschaftliche Entwicklung, wie aktuelle Umfragen zeigen. Denn anders als in Kinderbüchern haben die Akteure im richtigen Leben keine Allmacht, mit der sie Wünsche zur Wirklichkeit machen können. Industrieproduktion und Exporte sind rückläufig, Energie- und Personalkosten bremsen die Investitionen und der Fachkräftemangel setzt allem noch eins drauf. Dabei sind Kostensteigerungen durch Importzölle und höhere Verteidigungsausgaben nach dem Amtsantritt von Donald Trump noch nicht eingepreist. Wo das Geld herkommen soll, wenn schon jetzt knapp eine Billion Euro Steuereinnahmen nicht reichen, weiß niemand. Statt neuer Schulden für neue Leistungsversprechen erwarten die Bürger klare Perspektiven. Wer als Arzt, Unternehmer oder Privatperson heute investiert, will wissen, was ihn morgen erwartet. Wenn das nicht klar ist, bleibt das Geld im Portemonnaie.

Es gibt reihenweise Beispiele aus dieser Legislaturperiode, die den lapidaren Grundsatz bestätigen, dass gut gedacht nicht gut gemacht heißt. Die Energiepolitik steht dabei ganz vorn. Es ist faszinierend, wie schwer Politiker sich tun, simple Zusammenhänge zu verstehen: Wenn E-Autos teuer, kaum langstreckentauglich und schwer verkäuflich sind und das Netz der Ladestellen von der Haustür bis zur Autobahn fadenscheinig ist, werden sie nicht gekauft. Hierfür sind nicht Managementfehler der Industrie die Ursache, sondern Denkfehler der Politik. Gleiches gilt für die Gesundheitspolitik. Als Arzt und Gesundheitsökonom galt der amtierende Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach als ein Mann, der für fachliche Argumente mehr Verständnis haben müsste, als seine Vorgänger. Leider weit gefehlt. Fast jede Debatte war geprägt von unverhohlenen vorgetragenen Misstrauen gegen den eigenen Berufsstand. Mehr politische Unkultur geht eigentlich nicht.

Erreicht hat Lauterbach damit gar nichts. Schon der Start war denkwürdig. Denn per Gesetz eine Impfpflicht zur Corona-Bekämpfung durchboxen zu wollen, offenbarte ein Rechts-

und Staatsverständnis, das jedem auf die Verfassung vereidigten Bundesminister zutiefst fremd sein müsste. Hier blitzte durch, was auch andere Vorhaben in Lauterbachs Amtszeit prägte: Einsame Entscheidungen, häufig gegen jeden fachlichen, aber auch politischen Rat. Vorläufig letztes Beispiel: Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – endgültig und von einer wankelmütigen politischen Mehrheit im Bundesrat verabschiedet. Zwei Jahre ließ Lauterbach den Gesetzentwurf beraten, sperrte aber die Hauptbetroffenen und möglichen Gegner der bis heute in weiten Teilen fragwürdigen Reform aus: Die Krankenhausgesellschaft und die Bundesländer. Ihre Vorschläge wurden zu Protokoll genommen, keiner davon umgesetzt.

Derartige Ignoranz, wie sie auch bei der Cannabis-Legalisierung, beim „Gesundes-Herz-Gesetz“, bei der Nachlässigkeit gegenüber der Sicherung einer leistungsfähigen Struktur von Ärztinnen und Ärzten in eigener Praxis sowie von selbstständigen Apotheken zum Ausdruck kommt, offenbart einen Politikstil, der unter dem Deckmantel einer schnelleren Entscheidungsfindung demokratische Prozesse und gemeinsame Verantwortung aushebelt. Damit stößt man engagierte und dazu berufene Fachleute ab, schmälert die Akzeptanz und minimiert die Erfolgsaussichten politischer Entscheidungen.

Die vom Bundeskanzler nach Beginn des Ukraine-Krieges ausgerufene Zeitenwende stellt Deutschland vor enorme Herausforderungen. Nur die militärische Seite zu sehen, greift zu kurz. Unsere Gesellschaft braucht auch an anderen Stellen eine Zeitenwende. So z. B. in der Sozial- und in der Rentenpolitik. Wenn Millionen Babyboomer in den Ruhestand gehen, steht die Finanzierung von Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung zur Disposition. Und nicht nur für den Arbeitsmarkt muss der Grundsatz gelten, dass sich Leistung und Eigeninitiative lohnen. Der Staat kann nicht für alle sorgen, ganz im Gegenteil, er wird immer mehr auf den Erfolg seiner Bürger angewiesen sein, damit er seine Aufgaben noch erfüllen kann.

Auf jede Schlussbilanz folgt eine Eröffnungsbilanz. Ganz oben steht nach den Wahlen im neuen Jahr der Saldo der alten Bundesregierung. Ihr negatives Erbe werden weniger ihre konkreten Projekte sein. Ihr schwerstes Versäumnis ist es, in Zeiten großer geopolitischer Unsicherheit nicht für Verlässlichkeit gesorgt, sondern viele Menschen durch ihre Politik und ihren Politikstil zusätzlich verunsichert zu haben. Damit verspielt man Vertrauen, die wichtigste Währung einer funktionierenden Gesellschaft. Mag man in Sachfragen nicht einer Meinung sein, aber ein Grundsatz hat immer seine Gültigkeit: Menschen erwarten von der Politik Verlässlichkeit und Orientierung. Das ist die vielleicht wichtigste Botschaft dieser Tage, die sich jede neue Bundesregierung ins Stammbuch oder in einen Koalitionsvertrag schreiben sollte.

PETER WEIHER, JOURNALIST

KI soll Brustkrebs-Früherkennung optimieren

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) und die beteiligten gesetzlichen Krankenkassen des Landes haben vereinbart, das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm QuaMaDi um weitere fünf Jahre fortzusetzen. Das aktuelle Modellvorhaben läuft Ende des Jahres aus. In der Fortführung des Projektes soll die Diagnosesicherheit für die teilnehmenden Frauen durch den Einsatz von KI weiter verbessert werden.



QuaMaDi

Qualität in der Mamma-Diagnostik

QuaMaDi (Qualitätsgesicherte Mamma-Diagnostik) ist ein bundesweit einmaliges, erfolgreiches Untersuchungsprogramm für Frauen mit erhöhtem Risiko oder einem Verdacht auf Brustkrebs. Zentrales Instrument ist eine strukturierte Zusammenarbeit aller beteiligten Arztgruppen: niedergelassene Gynäkologen, Radiologen, Pathologen und Ärztinnen und Ärzte in spezialisierten Brustzentren in Kliniken. Das Besondere an QuaMaDi: Jede Mammographie-Aufnahme wird nicht nur von einem, sondern zusätzlich durch einen zweiten, unabhängigen Radiologen beurteilt. Bei einem verdächtigen oder nicht eindeutigen Ergebnis begutachtet außerdem ein dritter Arzt in einem Brustzentrum die Befunde und Bilder. Der gesamte Prozess ist digitalisiert. Alle Bilder und Befunde werden auf einer zentralen telematischen Plattform – der sogenannten elektronischen Fallakte – gebündelt. Auf diese Unterlagen haben die beteiligten Ärzte einen sofortigen Zugriff.

KI soll helfen, sich auf komplexe Fälle zu konzentrieren

Künftig soll die Diagnosesicherheit in QuaMaDi weiter optimiert werden: Geplant ist, nach einer Erprobungsphase unter wissenschaftlicher Begleitung ein spezielles KI-Programm einzusetzen, das die Radiologen bei der Befundung der Mammographie-Aufnahmen unterstützt. Ziel ist, noch mehr Fälle frühzeitig zu entdecken und möglichst nichts zu übersehen.

„Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Je eher er erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen. Darum arbeiten wir intensiv daran, die Diagnostik von Brustkrebs zu verbessern. Mit der Fortführung des Programms schreiben wir die Erfolgsgeschichte von QuaMaDi gemeinsam weiter und gehen mit dem Einsatz von KI als Unterstützung bei der Befundung den nächsten Schritt ins digitale Zeitalter“, betont Dr. Bettina Schultz, Vorstandsvorsitzende der KVSH.

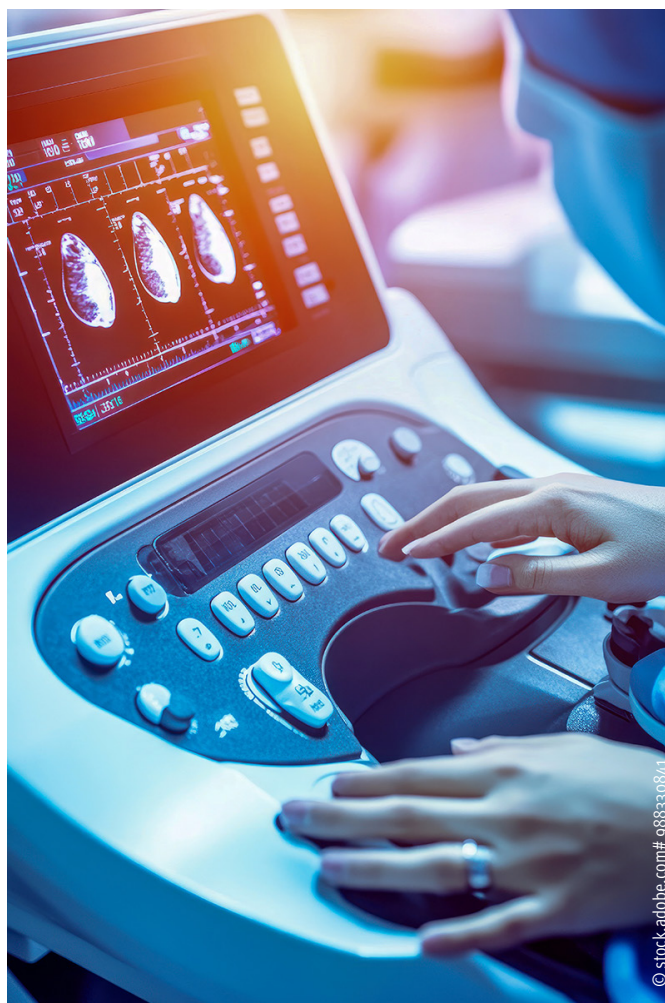
Der Wert der Früherkennung von Brustkrebs mit QuaMaDi liegt darin, dass die meisten der dabei entdeckten Mammakarzinome so klein sind, dass sie noch nicht tastbar sind. „Wir erwarten mit dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz eine schnelle Verfügbarkeit von Diagnosen in einem besonders frühen Stadium. Denn je früher Brustkrebs entdeckt wird, bedeutet das für die Behandlung der betroffenen Frauen oft eine schonendere Therapie und eine bessere Prognose“, sagt Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK NordWest.

Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, ergänzt: „Das Engagement für die Brustgesundheit hat eine lange Tradition in Schleswig-Holstein. Die erneute Weiterentwicklung von QuaMaDi zeigt, wie wichtig es uns ist, mit der Zeit zu gehen und innovative Technologien aktiv zu nutzen, um Frauen mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko die bestmögliche Versorgung zu bieten.“

Auch Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Professor Kerstin von der Decken ist froh über die Einigung: „QuaMaDi hat sich als wertvolles Element in der Brustkrebsfrüherkennung bewährt. Durch die Fortsetzung von QuaMaDi und den Einsatz von Künstlicher Intelligenz wird die Versorgung von Frauen in Schleswig-Holstein entscheidend verbessert, indem die Früherkennung von Brustkrebs präziser und effizienter gestaltet wird.“

Gynäkologische Praxen übernehmen wichtige Rolle bei Patientensteuerung

Die KVSH und die beteiligten Krankenkassen haben außerdem vereinbart, die Patientinnen noch gezielter in den für sie medizinisch sinnvollen Versorgungsbereich zu steuern: Hochrisiko-Patientinnen sollen künftig durch einen Fragebogen in den gynäkologischen Praxen identifiziert und zur Versorgung an spezialisierte Brustkrebszentren verwiesen werden. Patientinnen mit mittlerem Brustkrebs-Risiko können in



QuaMaDi eingeschrieben werden und Patientinnen mit niedrigem Risiko am Mammographie-Screening teilnehmen. Dadurch werden vorhandene medizinische Kapazitäten effizient genutzt und Wartezeiten für Patientinnen verkürzt.

Jedes Jahr werden in Schleswig-Holstein zwischen 65.000 und 70.000 Frauen mit erhöhtem Risiko oder einem Verdacht auf Brustkrebs im Rahmen von QuaMaDi untersucht. 2022 wurden dabei rund 1.100 Mammakarzinome entdeckt. Der überwiegende Anteil der Brustkrebs-Fälle wird in einem frühen Stadium erkannt. QuaMaDi gibt es in Schleswig-Holstein flächendeckend seit 2005. An dem Programm nehmen aktuell knapp 460 Ärztinnen und Ärzte teil: Gynäkologen (357), Radiologen (73), Pathologen (17), Ärzte in Brustzentren (9).

Mehr Informationen zu QuaMaDi gibt es auf der Internetseite der KVSH: www.kvsh.de/praxis/vertraege/quamadi

REDAKTION/PM

85 – die neue Zahl der Laborreform

Nach mehrjährigen Verhandlungen und Beratungen hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2025 umfangreiche Änderungen in Bezug auf die Kostenpauschalen für in-vitro-diagnostische Leistungen vorgenommen. Vorausgegangen war die Weiterentwicklung der Transportkosten und die Anpassung des laborärztlichen Honorars an den kalkulatorischen Arztlohn. In diesem Zusammenhang konnte mehr Rechtssicherheit für die Vergütung und Bereitstellung von Entnahmematerial und der elektronischen Auftragserteilung (Order Entry) in den EBM einfließen, was ein wichtiger Punkt für die Selbstverwaltung in den Verhandlungen gewesen ist.



Zusätzlich zu den umfangreichen Änderungen im EBM wurde in den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Absenkung der Mindestquote im Grundbetrag Labor von 89 auf 85 Prozent beschlossen. Auch die Quote im Fremdkassenzahlungsausgleich für Leistungen aus dem Grundbetrag Labor wird ebenfalls von 89 auf 85 Prozent abgesenkt. Aufgrund dessen mussten auch diverse HVM-Änderungen herbeigeführt werden. Nachfolgend gehen wir auf die einzelne Leistungsbereiche ein und stellen Ihnen die Umsetzung in Schleswig-Holstein vor.

Warum schon wieder eine Reform?

Bereits im Jahr 2018 wurde fleißig an der Laborvergütung reformiert. Nun, fünf Jahre später, erfolgen weitere Anpassungen.

Grundlegend hierfür war die Anpassung des laborärztlichen Honorars an den kalkulatorischen Arztlohn. Zugleich werden die Bestandteile des Entnahmematerials, der Transportkosten und der elektronischen Auftragserteilung aus den Kapitel 32.2- und 32.3-Leistungen herausgelöst und in eigenständige Kostenpauschalen im Kapitel 40 überführt. Dadurch wird die Rechtssicherheit für veranlassende und beauftragte Vertragsärzte gestärkt.

Wie erfolgt die Anpassung des laborärztlichen Honorars?

Im Nachgang zu der 2019 beschlossenen und seitdem in mehreren Schritten umgesetzten EBM-Weiterentwicklung holt der Bewertungsausschuss (BA) jetzt die Anpassung des laborärzt-

lichen Honorars an den kalkulatorischen Arztlohn nach. Hierbei wurden die Grundpauschalen für Auftragsleistungen überprüft. In der letzten EBM-Reform wurde für die Berechnungen der kalkulatorische Arztlohn mit 117.060 Euro pro Jahr bestimmt. Ärzte, die zur Versorgung gemäß EBM-Kapitel 12 zugelassen sind, sollen über die laborärztlichen Grundpauschalen bei Vollauslastung den kalkulatorischen Arztlohn erreichen können. Hierfür passte der BA die Grundpauschalen und deren Abstufungsgrenzen zum 1. Januar 2025 an:

12222	Grundpauschale für allgemeines Labor (für Auftragsleistungen nach den GOP des Abschnitts 32.2)	■ 4 Pkt. bis zum 14.000 Behandlungsfall ■ 1 Pkt. bis zum 24.000 Behandlungsfall ■ 0,2 Pkt. je weiteren Behandlungsfall
12223	Grundpauschale für spezielles Labor (für Auftragsleistungen nach den GOP 01840 und 01915 sowie den GOP des Abschnitts 32.3)	■ 14 Pkt. bis zum 14.000 Behandlungsfall ■ 7 Pkt. bis zum 24.000 Behandlungsfall ■ 0,2 Pkt. je weiteren Behandlungsfall

Innerhalb eines Behandlungsfalls werden sowohl die 12222 als auch die 12223 parallel vergütet, wenn Auftragsleistungen aus beiden Bereichen erbracht werden. Ein eigenständiges Ansetzen dieser Pauschalen ist nicht notwendig. Die KVSH wird automatisiert diese Leistungen zusetzen.

Eine der wesentlichen Änderungen der Reform ist die abschließende Aufführung sämtlicher Auftragsleistungen in den Legenden zu den neuen Grundpauschalen 12222 und 12223 EBM und die Anhebung der weiterhin bestehenden Abstufungsgrenzen. Im Gegensatz zu der alten gestrichenen Grundpauschale GOP 12220 EBM ist der Ansatz nicht nur bei Probeneinsendung zulässig, sondern zukünftig auch für Auftragsleistungen innerhalb einer BAG oder eines MVZ.

Zusätzlich wurde die Grundpauschale 12224 in den EBM neu aufgenommen und ermöglicht so dem erstbeauftragten Arzt die Abrechnung für Behandlungsfälle, die komplett an ein anderes Labor weiterüberwiesen wurden.

Zur Gegenfinanzierung werden die Bewertungen der technischen Leistungen zum 1. Januar 2025 entsprechend gemindert.

Die Pauschalen sind auch weiterhin aus dem fachärztlichen Grundbetrag zu vergüten. Weil sie bereits einer Mengensteuerung im EBM unterliegen und auch die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen aller anderen Arztgruppen voll vergütet werden, werden auch diese neuen Laborpauschalen ohne Mengengrenzung voll vergütet.

Mit der EBM-Anpassung des Kapitels 12 erfolgt nun auch die Abgrenzung zu den Vertragsärzten, die Auftragsleistungen des EBM-Kapitels 32 erbringen, jedoch nicht dem Kapitel 12 EBM

zugeordnet sind. Daher wurde die alte Grundpauschale 12225 gestrichen und in die neue Leistung 01437 bzw. 01698 punktzahlneutral überführt. Sie bleibt weiterhin eine PZV-relevante Leistung.

Warum neue Kostenpauschalen?

Um mehr Rechtssicherheit für die Vergütung und Bereitstellung von Entnahmematerial und der elektronischen Auftragserteilung (Order Entry) in den EBM einfließen zu lassen, war es der Selbstverwaltung ein wichtiger Punkt, diese aus den Kapitel-32-Leistungen abzukoppeln und transparent über jeweils eigenständige Kostenpauschalen abzubilden.

Für in-vitro-diagnostische Leistungen werden zum 1. Januar 2025 neue Kostenpauschalen in den EBM als neu gefasstes Kapitel 40.3 aufgenommen. Damit werden der Transport der Proben, die kostenfreie Bereitstellung des Entnahmematerials, wie Probengefäße und Abstrichbestecke, sowie die Technik zur elektronischen Auftragserteilung spezifisch vergütet.

Pauschalen für Kosten der Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial

Beauftragte Ärzte können das Entnahmematerial – insbesondere Probengefäße, Sicherheitskanülen und Abstrichbestecke – ihren Einsendern zur Verfügung stellen und dafür die Kostenpauschale abrechnen. In diesen Fällen ist eine Gebühr für das Entnahmematerial vom veranlassenden Arzt nicht zu verlangen.

40089	Zuschlag für allgemeines Labor (Zuschlag zu 01812, 01930, 32.2) durch Laborärzte oder in Laborgemeinschaften	0,95 € je Behandlungsfall
40090	Zuschlag für spezielles Labor (Zuschlag zu 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01766 - 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 - 01811, 01816, 01826, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01931 - 01936, 12224, 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2, 32.3)	0,95 € je Behandlungsfall
40091	Zuschlag zu 40090 neben 30.12.2, 32.3.8, 32.3.9, 32.3.10 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Transportmedien für den direkten Erregernachweis	1,98 € je Behandlungsfall

Pauschalen für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung

Beauftragte Ärzte zur Erbringung nach Muster 10 können ein System oder ein Modul zur elektronischen Auftragserteilung bereitstellen und erhalten dafür eine Vergütung.

40092	Pauschale für In-vitro-Diagnostikleistungen außerhalb der gynäkologischen Zytologie und HPV (Zuschlag zu 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 - 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 - 01936, 12224, 11.4, 19.3 (ohne 19327, 19328), 19.4, 30.12.2, 32.2, 32.3)	0,60 € je Behandlungsfall
40093	Pauschale für In-vitro-Diagnostikleistungen der gynäkologischen Zytologie und HPV (Zuschlag zu 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327, 19328)	0,30 € je Behandlungsfall

Pauschalen für die Bereitstellung von Versandmaterial, Versandgefäße, Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial sowie Übermittlung der Ergebnisse

Zukünftig erhalten beauftragte Ärzte zur Erbringung nach Muster 10 für alle Behandlungsfälle mit Transportaufwand eine Transportpauschale.

40094	Pauschale für In-vitro-Diagnostikleistungen außerhalb der gynäkologischen Zytologie und HPV (Zuschlag für Auftragsleistungen nach 01724, 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 - 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01915, 01930 - 01936, 12224, 11.4, 19.3 (ohne 19327, 19328), 19.4, 30.12.2, 32.2, 32.3)	2,80 € je Behandlungsfall
40095	Pauschale für In-vitro-Diagnostikleistungen der gynäkologischen Zytologie und HPV (Zuschlag für Auftragsleistungen nach 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327, 19328)	1,05 € je Behandlungsfall

Die neuen Kostenpauschalen ersetzen ab Januar 2025 die bisherige Transportpauschale 40100. Ebenso fallen dann die GOP 01699 und 12230 weg. Diese Zuschläge können seit Wegfall der Portopauschalen 40120 bis 40126 in Behandlungsfällen mit Leistungen des Allgemeinlabors (EBM-Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7) abgerechnet werden, bei denen die Abrechnung der GOP 40100 ausgeschlossen ist. Ab dem 1. Januar 2025 ist auch in diesen Behandlungsfällen eine Transportkostenpauschale berechnungsfähig.

Die Transportpauschalen sind, wie bisher auch, für weiterüberwiesene Fälle nicht erneut berechnungsfähig.

Mit den neuen Kostenpauschalen wird der Aufwand der Laborarztpraxen für Transport, Entnahmematerial und eine elektronische Auftragsübermittlung transparent im EBM ausgewiesen. Die Leistungsinhalte der neuen Pauschalen wurden bisher aus den Leistungen der In-vitro-Diagnostik querfinanziert. Diese Querfinanzierung wird ab 1. Januar 2025 aufgehoben und die Bewertung der Leistungen wird deshalb entsprechend gemindert.

Werden diese Kostenpauschalen zusammen mit einem Laborauftrag aus Kapitel 32 erbracht, erfolgt die Vergütung aus dem Grundbetrag Labor, ansonsten aus dem Versorgungsbereich, jeweils zu 100 Prozent.

Weiterhin Labor-Auftrags-Volumen (LAV)?

Die Rahmenvorgaben der KBV zur Vergütung der Leistungen im Grundbetrag Labor sehen zwei Optionen vor:

- 1. Die Leistungen sind mit einer Mindestquote von 85 Prozent zu vergüten.
- 2. Alternativ können Kassenärztliche Vereinigungen für die Laborleistungen im Grundbetrag individuelle Budgets bilden, wobei ein solches Budget mindestens 85 Prozent eines historischen Leistungsbedarfs zu umfassen hat. Innerhalb des Budgets sind die Leistungen zu 100 Prozent, darüber hinaus mit mindestens 25 Prozent zu vergüten.



Die KV Schleswig-Holstein macht weiterhin von der zweiten Möglichkeit individueller Budgets Gebrauch. Laborärzte erhalten jedoch ein neu ermitteltes LAV. Es wird einmalig mit 85 Prozent des um den neuen EBM angepassten Leistungsbedarfs auf Basis des jeweiligen Quartals des Jahres 2024 gebildet. Zusätzlich werden die Steigerung des Orientierungswertes und der Veränderungsrate für 2025 und alle zukünftigen Steigerungen sockelwirksam berücksichtigt. Laborleistungen innerhalb des LAV werden zu 100 Prozent, Leistungen über das LAV hinaus mit mindestens 25 Prozent und höchstens 65 Prozent vergütet. Das LAV bleibt praxis-, nicht arztbezogen.



Wieso 85 statt 89 Prozent?

Für die Leistungen im Labortopf, die nicht einer Budgetierung unterliegen, sehen die Rahmenvorgaben der KBV zur Vergütung eine neue Mindestquote von 85 Prozent vor. Zudem gibt die KBV für diese Leistungen im Fremdkassenzahlungsausgleich einen festen Preis vor. Auch dieser wurde von 89 auf 85 Prozent abgesenkt.

85

Die Laborleistungen, die ein Facharzt, Hausarzt oder Krankenhaus für seine Patienten selbst erbringt, sind aus dem eigenen Grundbetrag zu vergüten. Ab 2025 werden diese Leistungen zu 85 Prozent statt bisher 89 Prozent vergütet.

Die Labor-Fallwertbudgets von Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen, Rheumatologen, Endokrinologen, Nuklearmedizinern und Hämatologen gelten auch weiterhin für selbst erbrachte Laborleistungen. Die Leistungen im Budget werden ebenfalls zu 85 Prozent vergütet.

Auch Laboraufträge (Muster 10) an Nicht-Laborärzte werden auf 85 Prozent quotiert vergütet. Das mag auf den ersten Blick ungerecht wirken, hat jedoch gute Gründe. Zum einen wird jede Leistung vergütet, zum anderen gehen diese Leistungen seit 2018 nicht mehr in die Labor-Fallwertbudgets ein.

Laborleistungen, die über Laborgemeinschaften bezogen werden, unterliegen ab 2025 einer Quotierung von 85 statt bisher 89 Prozent und werden aus dem jeweils beauftragendem Versorgungsbereich vergütet.

Ändert sich das PZV?

Zur Finanzierung der neuen Kostenpauschalen und der Anpassung des labormedizinischen Honorars wurden die Bewertungen der in-vitro-diagnostischen Leistungen der Abschnitte 1.7, 11.4, 19.3, 19.4, 32.2 und 32.3 EBM gemindert. Das betrifft zum Teil auch PZV-relevante Leistungen.

PZV

Bei präventiven in-vitro-diagnostischen Leistungen im Abschnitt 1.7 EBM wurde die Bewertung auf Höhe der entsprechenden kurativen Leistungen in Punkten angepasst. Der dadurch außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) freiwerdende Leistungsbedarf wird zur Vergütung der zukünftig extrabudgetär gestellten GOP 01700 und 01701 EBM verwendet. Aufgrund dessen erfolgt eine Bereinigung der 01700 und 01701 aus den PZV.

Die Versandpauschalen 01699 und 12230, die im Zusammenhang mit Laborleistungen außerhalb des Kapitels 32 erbracht wurden, werden aus dem EBM gestrichen. Zukünftig erfolgt die Vergütung über die neuen Transportpauschalen 40094 und

40095. Da die bisherigen Versandpauschalen innerhalb des PZV vergütet wurden und nun entfallen, erfolgt eine Bereinigung dieser Leistungen.

Aufgrund des geringeren Leistungsbedarfs der neuen Kostenpauschalen im Zusammenhang mit den zytologischen Untersuchungen 01826, 19319 und 19327 werden diese um durchschnittlich 4,9 Prozent aufgewertet. Da sie Bestandteil der PZV-Budgetierung sind, erfolgt eine punktuelle Anpassung der PZV um die Aufwertung im EBM.

Im Kapitel 19.3 der Pathologischen Diagnostik hat es im EBM neben einiger weniger Aufwertungen weitreichende Absenkungen um durchschnittlich 10,5 Prozent gegeben. Die hiervon betroffenen PZV-relevanten Leistungen, 19320 bis 19322, 19330 und 19332, werden zu einer Absenkung der PZV um die EBM-Abwertung führen.

Hochrechnungen zur Vergütung haben ergeben, dass Erbringer der pathologischen Diagnostik überproportional negativ von der Laborreform betroffen sind. Eine Kompensation durch die neuen Kostenpauschalen aus Kapitel 40 ist nur teilweise möglich. Und anders als bei Laborärzten erfolgt keine zusätzliche Kompensation über die Aufwertung der Grundpauschalen. Daher hat die Abgeordnetenversammlung einer Budgetbefreiung der 19312, 19315 und 19319 zugestimmt. Diese Leistungen werden aus dem PZV bereinigt und zukünftig zusätzlich zur 19310 zu 100 Prozent ohne Mengenbegrenzung vergütet.

Was ändert sich im Wirtschaftlichkeitsbonus?

Die fachgruppenbezogenen Fallwertgrenzen sowie alle weiteren Regelungen im EBM zum Wirtschaftlichkeitsbonus bleiben zunächst unverändert. Auch die bisherige Vollvergütung bleibt erhalten. In der Folge der Absenkung der Kapitel 32.2 und 32.3 EBM-Leistungen ergibt sich jedoch ein zusätzlicher Spielraum innerhalb der Fallwertgrenzen für weitere medizinisch notwendige Laborleistungen. Offen ist, ob die Fallwertgrenzen auch zukünftig in der bisherigen Höhe bestehen bleiben, oder ob hier zeitnah nachjustiert wird.

€

War es das?

Der HVM-Ausschuss wird die neuen Regelungen zum Labor beobachten und gegebenenfalls Vorschläge zur Anpassung entwickeln. Weiterhin beobachten KBV und KVen, ob es eine Verschiebung zwischen den Grundbeträgen gibt und werden gegebenenfalls entsprechende Anpassungen vornehmen.

HVM

DANA ENGELHARDT, KARSTEN WILLMS
UND THOMAS STEFANIW, KVSH

Einheitliche Vergütung für ambulante und stationäre Behandlungen

Hybrid-DRG (Diagnosis Related Groups) sind spezielle Fallpauschalen, die eine sektorengleiche Vergütung für ambulante Operationen sicherstellen. Dabei erhalten sowohl niedergelassene Vertragsärzte als auch Krankenhäuser für klar definierte Leistungen die gleiche Vergütung – unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird.



Wer kann Hybrid-DRG erbringen und über die KVSH abrechnen?

Zur Abrechnung berechtigt sind alle Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese haben sicherzustellen, dass der ausführende Operateur (Erbringer) über eine Genehmigung gemäß Paragraf 135 Abs. 2 SGB V für ambulante Operationen verfügt. Für die Abrechnung über die KVSH ist der Abschluss eines gesonderten Vertrags erforderlich. Dieser beauftragt die KVSH mit der Abrechnung der Hybrid-DRG. Zudem benötigen Sie einen Zugang zum neuen Mitgliederportal der KVSH. Zur Ermittlung der Hybrid-DRG ist die Nutzung eines zertifizierten Groupers verpflichtend. Dieser ermittelt, ob die erbrachte Leistung nach Hybrid-DRG oder EBM abzurechnen ist. Die KVSH stellt den Grouper im Mitgliederportal zur kostenfreien Nutzung zur Verfügung.

Wie funktioniert die Abrechnung der Hybrid-DRG-Leistungen?

Leistungen, die im Jahr 2024 erbracht wurden, können gemäß der Übergangsregelung der Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung über spezielle Gebührenordnungspositionen im Rahmen der quartalsweisen Honorarabrechnung abgerechnet werden.

Die KVSH entwickelt derzeit ein elektronisches Abrechnungsverfahren im neuen Mitgliederportal, das den gesamten Abrechnungsprozess von der Ermittlung der Hybrid-DRG bis zur Rechnungsstellung abbilden wird. Dieses neue, benutzerfreundliche System steht Ihnen ab Januar 2025 zur Verfügung und soll die Abrechnung der Hybrid-DRG-Leistungen gemäß Paragraf 115f SGB V vereinfachen. Dadurch wird ein durchgängiger Liquiditätsfluss sowie eine transparente und detaillierte Abrechnungsübersicht.

Auftraggeber bzw. Abrechner, die bereits einen Vertrag für das Jahr 2024 mit der KVSH geschlossen haben, sind aus rechtlichen Gründen verpflichtet, einen neuen Vertrag abzuschließen. Den aktuellen Vertragsentwurf finden Sie auf unserer Website. Die Abrechnung der Hybrid-DRG-Fälle über das Mitgliederportal kann entweder manuell über die von uns zur Verfügung gestellte Grouper-Software erfolgen oder durch den Upload einer KVDT-Datei, sofern das Praxisverwaltungssystem diese Funktion unterstützt. Zudem ist eine Abrechnung über KIM als „1Click-Abrechnung“ geplant.



Welche Leistungen kommen ab 2025 dazu?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband haben sich auf etwa 100 weitere Eingriffe aus sieben Leistungsbereichen geeinigt, die ab dem kommenden Jahr mit den neuen Fallpauschalen vergütet werden. Folgende Leistungsbereiche wurden festgelegt, wobei die Höhen der Fallpauschalen noch nicht veröffentlicht wurden

- Endoskopische Eingriffe an der Galle, Leber und Pankreas
- Proktologische Eingriffe an Analfisteln
- Eingriffe an Hoden und Nebenhoden
- Brusterhaltende Eingriffe der Mammachirurgie
- Osteosynthetische Versorgung von Klavikulafrakturen
- Erweiterung der Leistungen aus dem Bereich der Hernienchirurgie
- Operationen am Sinus pilonidalis



Abrechnung über die KVSH – Vorteile?

Aufwendungsersatz: Die KVSH bietet Ihnen für die Abrechnung der Hybrid-DRG einen reduzierten Aufwendungsersatz von 1,8 Prozent (netto) an.

Service: Die KVSH steht Ihnen beratend zur Seite und bietet umfassende Unterstützung. Auch individuelle Beratungen zur Abrechnung der Hybrid-DRGs können in Anspruch genommen werden. Unsere langfristige und zuverlässige Erfahrung mit den Krankenkassen wird zu Ihrem Vorteil.

Liquidität: Sie können Ihre Abrechnung jederzeit im Mitgliederportal einreichen. Zu Beginn erfolgt die Abrechnung mit den Krankenkassen monatlich, eine Erhöhung der Frequenz ist bereits in Planung.

Die Auszahlung an Sie erfolgt, sobald die Zahlungen der Kostenträger bei uns eingegangen sind. Die Krankenkassen sind verpflichtet, sofern keine Beanstandungen vorliegen, die Rechnungen der Hybrid-DRG-Pauschalen innerhalb von 21 Tagen zu begleichen.

SVENJA WALTHER, KVSH

Alle Unterlagen, wie beispielsweise der Vertrag, sowie ein Leitfaden zur Abrechnung mit Fallbeispielen sind auf unserer Website unter www.kvsh.de/praxis/vertraege/hybrid-drg-115f-sgb-v verfügbar.

Fragen zu Hybrid-DRGs bitte per E-Mail an:
Hybrid-DRG@kvsh.de

Technischer Support Mitgliederportal:
Tel. 04551 883 888

Ärzttekammer übernimmt Aufgaben der KVSH

Fast 35 Jahre lang waren Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer Schleswig-Holstein gemeinsam für die Ärztlichen Stellen verantwortlich, die die Umsetzung der Strahlenschutzverordnung in der ambulanten und stationären Versorgung sicherstellen. Ab 2025 liegt diese Aufgabe allein bei der Kammer.

DR. UTA KUNZE, ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN



gung und die Ärztekammer eine dreiseitige Vereinbarung geschlossen, um den Strahlenschutz in Schleswig-Holstein und damit die Aufgaben der Ärztlichen Stellen gemeinsam wahrzunehmen. Das Ministerium hat die Funktion der strahlenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde. Die Kassenärztliche Vereinigung war seitdem für die Aufgaben der Ärztlichen Stellen im ambulanten Bereich und die Ärztekammer im stationären Bereich zuständig. Beide Institutionen waren formal eine gemeinsame Ärztliche Stelle. Die Zusammenarbeit verlief über fast 35 Jahre einvernehmlich und harmonisch.

Ende des Jahres 2023 wurde diese Konstruktion durch Kün-

digung der bestehenden dreiseitigen Vereinbarung von der Kassenärztlichen Vereinigung beendet. Eine neue Lösung musste gefunden werden.

Es folgten Überlegungen auf Landesebene, wo die Ärztlichen Stellen zukünftig angesiedelt sein könnten. Verschiedene Konstellationen wurden geprüft und waren ohne eine europaweite verpflichtende Ausschreibung nicht verwirklichtbar. Das jetzt zuständige Ministerium für Energiewende, Klimaschutz, Umwelt und Natur des Landes Schleswig-Holstein (MEKUN) wünschte sich den Strahlenschutz weiterhin gemeinsam mit der Expertise der Ärztekammer fortzuführen. Dies bedeutete, dass die Ärztekammer zum stationären auch noch den vakanten ambulanten Bereich und somit zukünftig die Aufgaben der Ärztlichen Stellen für alle Betreiber von Röntgenröhren sowie für die strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Einrichtungen in Schleswig-Holstein übernehmen müsste.

Ärztliche Stellen sind gesetzlich verankerte Einrichtungen. Sie haben die Aufgabe, sicherzustellen, dass bei Untersuchungen oder Therapien, bei denen Strahlen eingesetzt werden, die aktuellen Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft beachtet werden. Die angewendeten Verfahren müssen den jeweiligen Qualitätsstandards entsprechen. Ziel ist es, die Strahlenexposition so gering wie möglich zu halten. Die Bewertung der überprüften Untersuchungen/Therapien wird nach einem bundeseinheitlichen Bewertungssystem vorgenommen. Gleichzeitig nehmen die Ärztlichen Stellen eine Beratungsfunktion für die Betreiber wahr.

Zunächst zur Historie in Schleswig-Holstein: Mit Inkrafttreten der Röntgenverordnung haben im Jahr 1988 für die Röntgendiagnostik und im Jahr 2003 nach der Strahlenschutzverordnung für die Strahlentherapie und Nuklearmedizin das damals zuständige Sozialministerium, die Kassenärztliche Vereini-

Die Kammerversammlung als oberstes Organ der Ärztekammer hat in Folge zweimal über die Zukunft der Ärztlichen Stellen in Schleswig-Holstein beraten. In der zweiten Befassung am 27. März 2024 hat sie mit eindeutiger Mehrheit entschieden, die Ärztlichen Stellen für den ambulanten und den stationären Bereich ab dem 1. Januar 2025 bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein anzusiedeln.

Ein Neustart steht bevor – Chance und Herausforderung zugleich!

Eine Herausforderung war schon allein die zur Verfügung stehende Zeit für die Neukonzeption – April bis Dezember 2024. Die Ziele der neuen Ärztlichen Stellen waren unter anderem mit Einbindung der ehrenamtlichen Gremienmitglieder relativ rasch klar: Eine hohe Qualität im Strahlenschutz unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regularien, ein gerechtes Verfahren für den ambulanten und stationären Bereich, akzeptabel und schlank, die Kosten im Auge behaltend. Dies, weil die Ärztekammer kostendeckend arbeiten muss und sich demzufolge aus den Kosten die Gebühren für die eigenverantwortlich Röntgenstrahlen anwendenden Ärztinnen und Ärzte ergeben.

Eine Chance, weil alle Beteiligten auf sehr viele Jahre Erfahrung zurückblicken und reflektieren können: Was war gut? Was kann man heute vielleicht besser machen? Welche Möglichkeiten ergeben sich durch den Fortschritt insbesondere im digitalen Bereich?

Wie ging es weiter?

Dies im Folgenden nur stichpunktartig: Erarbeitung einer Vereinbarung mit dem Ministerium, Kontaktaufnahmen und Besuche der Ärztlichen Stellen anderer Bundesländer, Befassung mit externer Software und Möglichkeiten der Digitalisierung, Zusammenarbeit mit der IT-Abteilung der Ärztekammer, Erstellung einer möglichst detaillierten Kostenkalkulation und Personalplanung, Datenschutz, weitere Gremienbefassungen (intern und extern). Zusammenarbeit mit dem MEKUN und der Kassenärztlichen Vereinigung (Planung des Überganges), Konzept zur Kommunikation, Anschreiben an die ehrenamtlichen Gremienmitglieder, mit der Bitte, ihre Expertise auch in den zukünftigen Gremien einzubringen.

Aktuell haben MEKUN und Ärztekammer eine Vereinbarung zur Übernahme der Aufgaben der Ärztlichen Stellen geschlossen. Diese gibt einen Rahmen für die zukünftige Arbeit vor. Details werden in Form von Verfahrensanweisungen zu regeln sein, die die Mitarbeiterinnen der Ärztlichen Stellen in den nächsten Monaten mit Einbindung fachlicher Expertise erarbeiten werden.

Die Ärztekammer hat die Chance der Neugestaltung genutzt, um einen Weg zu bahnen, der die eingangs erwähnten Ziele unter Verwendung einer anwenderfreundlichen, intern programmierten Verwaltungssoftware, der digitalen Datenlieferung und insbesondere schlanker Verfahrensabläufe möglich macht.

Nicht unerwähnt bleiben soll, dass in Zukunft auch auf alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die Röntgenröhren betreiben, bzw. strahlentherapeutisch oder nuklearmedizinisch tätig sind, Gebühren zukommen werden, die in der Vergangenheit nicht offensichtlich erkennbar waren. Auch im stationären Bereich werden sich bei Neukalkulation der Ärztlichen Stellen die Kosten erhöhen müssen. Die Ärztekammer ist sich eines gewissen Unmutes bewusst, den sie auf sich ziehen wird, jedoch ist eine Querfinanzierung aus den Ärztekammerbeiträgen nicht möglich. Das zukünftige Gebührenmodell soll möglichst gerecht sein und orientiert sich am Aufwand für die Überprüfung. Die Gebühren werden sich individuell je nach Konstellation in Abhängigkeit der Geräte und dem Leistungsspektrum errechnen. Die Verabschiedung durch die Kammerversammlung erfolgte am 27. November 2024. Am 2. Januar 2025 startet eine neu aufgestellte Abteilung: Ärztliche Stellen, die dem Bereich der Ärztlichen Angelegenheiten zugeordnet ist. Viel Aufbauarbeit (Verfahrensanweisungen, Digitalisierung, Website) wird noch zu leisten sein. Am Anfang wird sicherlich noch nicht alles „fertig sein“ und „rund laufen“ können. Hier bitten wir um Ihr Verständnis.

Ansprechpartner sind für uns immer die Strahlenschutzverantwortlichen, wie es die gesetzlichen Regularien auch vorgeben. Wir werden nach und nach auf die Strahlenschutzverantwortlichen bzw. jede Einrichtung zukommen, um gemeinsam eine gesetzeskonforme, aber auch anwenderfreundliche Lösung zur Umsetzung des Strahlenschutzes in der jeweiligen Einrichtung zu finden. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit.

Zu guter Letzt

Die Ärztekammer hat die Ärztlichen Stellen nach zweimaliger Beratung in der Kammerversammlung zu ihrer Aufgabe gemacht, weil sie es für sehr wichtig hält, dass die Qualitätssicherung in ärztlicher Hand in der ärztlichen Selbstverwaltung bleibt. Wir gehen davon aus, dass dies in Ihrem Sinne als Betreiber und auch der Röntgenstrahlen anwendenden Kolleginnen und Kollegen in Schleswig-Holstein ist.

Jedem Anfang wohnt ein Zauber inne, so Hermann Hesse. Wir hoffen sehr darauf, dass alle Beteiligten in einiger Zeit gemeinsam die Ansicht vertreten, dass die Neukonzeption der Ärztlichen Stellen ein Erfolg war: Qualitativ hochstehend – gerecht – anwenderfreundlich – pragmatisch – im Sinne des Strahlenschutzes!

Allen, die mitgewirkt haben und mitwirken werden, danken wir für die Unterstützung!

Ein notwendiger Baustein der Patientenversorgung

Chronische Schmerzen sind weit verbreitet, statistisch gesehen leidet jeder fünfte Deutsche darunter. Die meisten dieser Patienten werden allgemeinmedizinisch und/oder orthopädisch betreut.

DR. TONIA IBLHER, FACHÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, NIEDERGELASSEN IN DER BAG SCHMERZMEDIZIN LÜBECK ZENTRUM UND PD DR. PETER IBLHER, MME, CHEFARZT AM ZENTRUM FÜR INTERDISZIPLINÄRE SCHMERZMEDIZIN AMEOS KLINIKUM FEHMARN



Exazerbieren die Schmerzen ohne neues klinisch-diagnostisches Korrelat und wird der Schmerz für Patienten zum Mittelpunkt des Denkens und Handelns, sind die Maßnahmen der Akutmedizin oft unzureichend wirksam und führen sowohl auf ärztlicher/therapeutischer, als auch auf Patientenseite häufig zu Frustration und Hilflosigkeit. An dieser Stelle stellt die Expertise der Schmerzmedizin eine wichtige und entlastende Versorgungsstruktur dar.

Definition „Chronisches Schmerzsyndrom“

Bestehen Schmerzen länger als eine normale Heilungsdauer (ca. drei Monate), haben sie ihre Leit- und Warnfunktion verloren und Auswirkungen auf psychische Gesundheit und sozialen Kontext, spricht man vom „Chronischen Schmerzsyndrom mit

somatischen und psychischen Faktoren“ (ICD-10: F45.41). Der Schmerz hat sich dann auf der Grundlage von peripheren und zentralen Sensibilisierungsprozessen verändert. Risikofaktoren für die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms sind unter anderem Stärke und Dauer einer Gewebeschädigung, genetische Prädisposition, psychosoziale Einflüsse (45 Prozent der Patienten haben psychiatrische Komorbiditäten) sowie negative Schmerzbewertungsmuster (z. B. das Katastrophisieren).

Expertise Schmerzmedizin

Um diesen hochkomplexen Patienten gerecht zu werden, bedarf es einer spezialisierten ambulanten und stationären Versorgungsstruktur wie der Schmerzmedizin, die mit hoher diagnos-

tischer und therapeutischer Kompetenz individuelle, evidenzbasierte Behandlungsszenarien realisiert und begleitet. Sie ist dabei nicht als Konkurrenz zu der bisher erfolgten fachärztlichen Anbindung zu verstehen, sondern stellt eine folgerichtige und notwendige Ergänzung dar.

Patienten können bei Verdacht auf ein solches Krankheitsbild an schmerzmedizinisch spezialisierte Einrichtungen überwiesen werden. Die hier behandelnden Ärztinnen und Ärzte verfügen über die Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“. Das schmerzmedizinische Spektrum ist breit und reicht vom chronischen Rückenleiden, rheumatischen Erkrankungen, Tumorschmerz, Fibromyalgie, Somatisierungsstörungen über Kopfschmerzen, Polyneuropathien, Phantomschmerzen, Endometriose, bis hin zu seltenen Erkrankungen, wie z. B. Ehlers-Danlos-Syndrom oder Morbus Fabry.

Wie sieht moderne Schmerztherapie aus?

Der wissenschaftlich etablierte Therapieansatz ist ein „Multimodaler Behandlungsplan“. Dieses Vorgehen findet Berücksichtigung in der „Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie“ der Bundesärztekammer sowie den vorzuhaltenden Strukturmerkmalen an den Schmerzkliniken. Chronifizierung wird dabei als ein reversibler Prozess gesehen (neuronale Plastizität), d. h. die Therapien verfolgen vereinfacht gesagt eine Modifikation von Gedächtnisprozessen. Ziel ist die Senkung der Schmerzen auf ein akzeptables Niveau, eine Verbesserung der Lebensqualität und das Erlernen eines eigenverantwortlichen und selbstwirksamen Umgangs mit dem Schmerz.

Vier Säulen einer erfolgreichen schmerzmedizinischen Behandlung:

- individuelle Behandlungshypothese: genaue Diagnostikstellung mit Darstellung aller Facetten des Krankheitsbildes
- Schnelle und effektive Schmerzlinderung
- Kommunikation und Edukation
- Multimodale Therapie von mehr als 100 Stunden strukturiertem Programm

Die ausführliche differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit auch anhand von Vorbefunden ist häufig Detektivarbeit. Liegt eine bisher nicht erkannte somatische Erkrankung vor, eine psychische Komorbidität? Welche beruflichen oder familiären Stressoren, welche Denkmuster haben die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms begünstigt?

„Man sollte nicht nur fragen, um welche Schmerzen es sich handelt, sondern auch wer die Schmerzen hat.“

(G. ENGEL, BEGRÜNDER DES
BIOPSYCHOSOZIALEN MODELLS, SCIENCE 1977)

Der leitlinienbasierte multimodale Behandlungsplan kombiniert mehrere individuell aufeinander abgestimmte medikamentöse und nicht-medikamentöse Verfahren – wogegen invasive Verfahren ausgewählten Krankheitsbildern im Rahmen eines Gesamtkonzeptes vorbehalten sind.

Wichtiger Baustein zur Sicherung einer guten Compliance ist die eingehende Beratung (Edukation) des Patienten, die gemeinsame Festlegung der Therapieziele sowie die Vermittlung biopsychosozialer Zusammenhänge. Begleitend werden Maßnahmen, wie z. B. Physio- oder Ergotherapie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Akupunktur, Meditation etc., nach Bedarf ergänzt.

Nach Studienlage braucht die multimodale Therapie mindestens 100 Stunden strukturiertes Programm. Effektiver und schneller ist häufig eine stationäre multimodale Schmerztherapie. Die Zuweisung in eine Schmerzklinik kann durch jeden Arzt erfolgen. Zur Sicherung der Behandlungserfolge ist eine anschließende qualifizierte und interdisziplinäre Weiterbehandlung im ambulanten Setting sehr wichtig.

Die schmerzmedizinische Versorgung ist gefährdet

Patienten mit einer chronischen Schmerzkrankheit warten je nach Region zwei bis fünf Jahre (in Schleswig-Holstein 4,83 Jahre), bis die Schmerzkrankheit erkannt und adäquat behandelt wird. Nur etwa zehn Prozent der vier Millionen Patienten mit schweren chronischen Schmerzen in Deutschland können aktuell von einem der 1.400 ambulant tätigen Schmerzmediziner in einem Quartal versorgt werden. Eine stationäre Behandlung ist im Augenblick in rund 450 Krankenhäusern deutschlandweit teil- oder vollstationär möglich. Trotz dieser strukturellen Unterversorgung ist bei der angestrebten Klinikreform eine Leistungsgruppe Schmerzmedizin derzeit gar nicht vorgesehen! Somit drohen Schließungen dieser Therapieangebote aufgrund von Unterfinanzierung.

Ihr Wegfall hätte für das Gesundheitssystem erhebliche Implikationen. Durch eine frühzeitige schmerzmedizinische Anbindung werden Krankheitsverläufe positiv beeinflusst – auch hinsichtlich sozialversicherungsrechtlicher Überlegungen. Es werden häufig kostenintensive, fortgesetzte Mehrfachdiagnostik mit frustranem „Ärzte-Hopping“ vermieden und das akutmedizinische System entlastet.

Darum ist es wichtig, die ambulante und stationäre schmerzmedizinische Expertise zu erhalten, auszubauen und konsequent in Patientenpfade mit einzubinden. Dieses muss im dringenden Interesse aller medizinischen Fachgruppen und politisch Verantwortlichen sein.

Impfung schützt: Gemeinsam die HPV-Impfquote steigern

Seit Dezember vergangenen Jahres bietet das Robert Koch-Institut mit der **VacMap** einen Überblick über das Impfgeschehen in Deutschland. Besonders eindrucksvoll sind die dort veröffentlichten Impfstatistiken, die wichtige Einblicke in die Umsetzung der Impfempfehlungen geben.

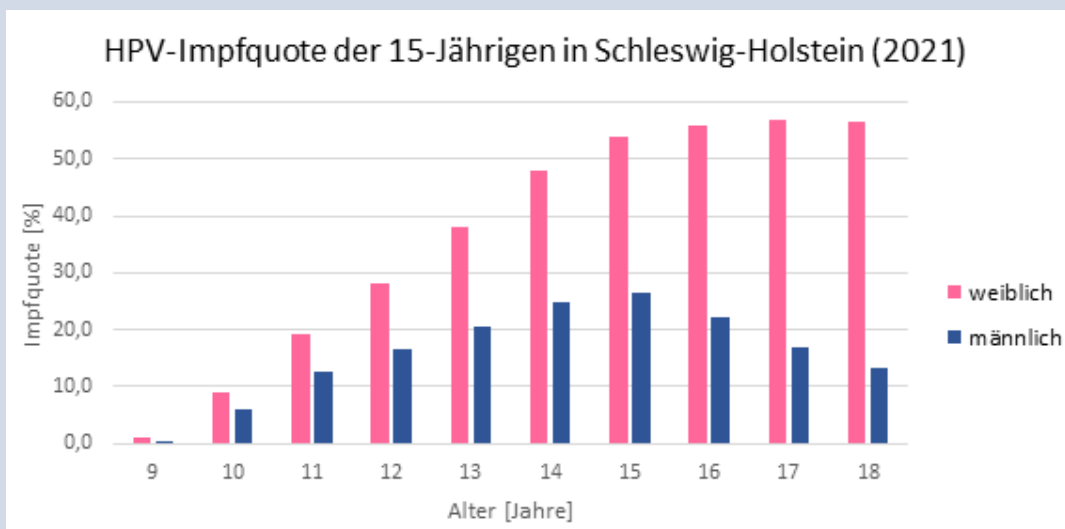


Kürzlich wurden die Zahlen zur HPV-Impfung veröffentlicht. Dabei zeigt sich, dass Schleswig-Holstein mit einer Durchimpfungsrate von 58,6 Prozent bei den 15-jährigen Mädchen bundesweit einen der vorderen Plätze belegt. Dennoch bleibt viel

Luft nach oben: Deutschlandweit liegt die HPV-Impfquote bei Mädchen bei lediglich 54 Prozent. Zum Vergleich: Länder wie Australien oder das Vereinigte Königreich erzielen deutlich höhere Raten, während die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Impfquote von über 90 Prozent anstrebt.

Noch besorgniserregender ist die Situation bei den Jungen. Hier liegt die bundesweite Impfquote bei den 15-jährigen bei gerade einmal

26,1 Prozent. Es besteht also dringender Handlungsbedarf, um das präventive Potenzial gegen Gebärmutterhalskrebs und andere HPV-assoziierte Erkrankungen auszuschöpfen.



HPV-Impfquote der 15-Jährigen in Schleswig-Holstein, Kalenderjahr 2021 – Quelle: VacMap (2024, Juli),

<https://public.data.rki.de>

Kommunikation als Schlüssel

Eine wesentliche Herausforderung besteht darin, die Zielgruppe im richtigen Alter zu erreichen. Der HPV-Impfstoff sollte idealerweise vor dem ersten Geschlechtsverkehr verabreicht werden, optimal zwischen dem 9. und 14. Lebensjahr – je früher, desto besser. Doch gerade in diesem Alter erleben viele Eltern einen Übergang: Ihr Kind erscheint ihnen zu alt für den Kinderarzt, aber noch zu jung für den Hausarzt.

Besonders schwierig ist die Situation bei männlichen Jugendlichen, für die eine gynäkologische Praxis nicht als Ansprechpartner infrage kommt. Das Zeitfenster schließt sich hier oft zu schnell.

Wie kann dieses Problem gelöst werden?

- Automatisierte Erinnerungen: Eltern könnten rechtzeitig per SMS oder E-Mail an die U11- oder J1-Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden.
- Impfstatus in der gynäkologischen Praxis: Ärztinnen und Ärzte könnten Patientinnen gezielt nach dem Impfstatus ihres Partners fragen und die Impfung bei Bedarf auch für ihn empfehlen und durchführen.

Die Umsetzung solcher Maßnahmen ist zweifellos mit Aufwand verbunden. Doch es lohnt sich: Impfungen gehören zu den extra-budgetären Leistungen und sind delegierbar.

Medizinische Fachangestellte (MFA) können dabei eine entscheidende Rolle spielen. So könnten speziell geschulte „Impf-MFA“ gezielt Patienten am Praxistresen ansprechen und auf fehlende Impfungen aufmerksam machen – eine niedrigschwellige und effektive Methode.

Informationsmaterialien für Ihre Praxis

Um die Impfung stärker ins Bewusstsein zu rücken, ist aussagekräftiges Informationsmaterial unverzichtbar. Die Landesregierung Schleswig-Holstein bietet hierzu für die HPV-Impfung und alle weiteren Impfangebote Postkarten, Flyer und Poster an, die ideal im Wartezimmer ausgelegt oder aufgehängt werden können.

Diese Materialien können einfach über das [Landesportal der Landesregierung](#) abgerufen und per E-Mail bei Nadine.Hagemann@jumi.landsh.de bestellt werden.

Merken Sie sich außerdem den 21. Mai 2025 vor:

Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein lädt herzlich zur Impffachtagung 2025 ein, die von 14.00 bis 18.00 Uhr im Wissenschaftszentrum Kiel, Fraunhofer 13, 24118 Kiel stattfindet. Die Landesvereinigung freut sich auf Ihre zahlreiche Teilnahme.



Impf-Monitoring für Haus-, Kinderärzte und Gynäkologen

Wenn Sie erfahren möchten, wie Ihre Impfquote im Vergleich zu anderen Praxen steht, können Sie das neue Impf-Monitoring nutzen. Dieses Tool ermöglicht einen Abgleich der in Ihrer Praxis durchgeführten Impfungen mit den Daten Ihrer Fachgruppe auf Kreis- und Landesebene.

Bei Interesse kontaktieren Sie uns gern telefonisch oder per E-Mail unter Nennung Ihrer BSNR.

Tel. 04551 883 353 oder 04551 883 362

E-Mail: heidi.dabelstein@kvsh.de oder nadja.kleinert@kvsh.de

Bei fachlichen Rückfragen zum Impf-Monitoring schreiben Sie eine E-Mail an cornelius.aust@kvsh.de oder melden Sie sich telefonisch unter 04551 883 304.

CORNELIUS AUST, KVSH

Honorarbericht 2023

Die KVSH hat ihren Honorarbericht für das Jahr 2023 veröffentlicht. In gewohnter Form gibt er die Honorarsituation der schleswig-holsteinischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten grafisch und tabellarisch wieder.



Die Abschaffung der Neupatientenregelung ab dem 1. Januar 2023 hat zu deutlichen Leistungsverchiebungen von außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) hin zur MGv geführt. Aufgrund dessen war eine Neuberechnung der Punktzahlvolumen (PZV) notwendig geworden. Gleichzeitig wurden die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen aller Arztgruppen als freie Leistungen mit einer Vollvergütung in den HVM aufgenommen. Die Auswirkungen können Sie im neuesten Honorarbericht nachlesen; gezielt für Ihre eigene Arztgruppe ab Seite 28.

Der Gesetzgeber hat aufgrund der sich zuspitzenden Versorgungslage angesichts vieler Atemwegsinfekte bei Kindern zum 1. April 2023 die Entbudgetierung der Pädiater beschlossen. Das haben wir zum Anlass genommen, die Auswirkungen im Honorar für die Kinder- und Jugendmediziner in einem Sonderthema aufzugreifen. Lesen Sie hierzu mehr ab Seite 21.

DANA ENGELHARDT, KARSTEN WILLMS, KVSH



Sie finden den Honorarbericht unter:

www.kvsh.de/presse/publikationen

oder über folgenden QR-Code:



Keine Brückentage: Vertretung regeln

Die KVSH macht darauf aufmerksam, dass es zwischen den Feiertagen keine Brückentage gibt, an denen der ärztliche Bereitschaftsdienst rund um die Uhr zur Verfügung steht. Der ärztliche Bereitschaftsdienst steht am 24. und 31.12.2024 sowie an den Feiertagen zur Verfügung. Für den Fall einer Praxisschließung zwischen den Feiertagen ist es erforderlich, eine Vertretung zu organisieren.

Planung einer Praxisschließung (zwischen den Feiertagen)

Eine möglichst frühzeitige Planung und Organisation der Praxisvertretung tragen zu einer reibungslosen Patientenversorgung bei. Dabei sind folgende Punkte zu beachten:

- Die Patienten sollten durch einen gut sichtbaren Aushang in der Praxis und eine entsprechende Ansage auf dem Anrufbeantworter mit Namen und Adresse der vertretenden Praxis informiert werden.
- Ein allgemeiner Hinweis auf „umliegende Praxen“ ist nicht ausreichend.
- Patienten mit Dauermedikation sollten frühzeitig über Vertretungsregelungen informiert werden.

Die KVSH stellt auf ihrer Website unter „KVSH – Anrufbeantworter“ Mustertexte für Abwesenheitsansagen und weitere Hinweise bereit.

Meldung der Abwesenheit im ekvsh-Portal

Abwesenheiten sollten umgehend im ekvsh-Portal unter „Daten zur KV – eAbwesenheitsmeldung“ eingetragen werden. Auch einzelne Schließungstage sind zu erfassen. Diese Meldungen können von jedem Praxisaccount aus vorgenommen werden. Persönliche Accounts haben die Möglichkeit, in den zugehörigen Praxisaccount zu wechseln, um Abwesenheiten einzutragen. Betriebsbereite Praxen werden grundsätzlich in die TSS-Vermittlung einbezogen und sind für die Arztsuche auf www.116117.de einsehbar.

Verbesserte Vergütung für abgestimmte Vertretungen

Ambulante MGV-Leistungen, die am 27. und 30.12.2024 im Rahmen einer abgestimmten Urlaubs- oder Krankheitsvertretung unter Verwendung des Musters 19 erbracht werden, werden mit dem Orientierungswert vergütet.

DAGMAR BRAUN, STEFFI PETERS, JAKOB WILDER, KVSH



© istockphoto.de/

Erstgespräche in der Psychotherapie – Teil 2

Was für den Patienten Erstgespräche sind, sind für Psychotherapeuten zwei unterschiedliche Leistungen aus der Psychotherapie-Richtlinie und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab. Je nach Zeitpunkt und den konkreten Leistungsinhalten kann es sich um die Psychotherapeutische Sprechstunde oder die Probatorische Sitzung handeln. In den Leistungslegenden gibt es durchaus Überschneidungen. Auch sonst gibt es noch weitere Ähnlichkeiten. Im zweiten Teil der Darstellung geht es um die Probatorische Sitzung.



Probatorische Sitzung – Leistungsspektrum

Probatorische Sitzungen – Gebührenordnungsposition 35150 EBM – sind Sitzungen vor einer eigentlichen Psychotherapie. In der Regel schließen sie sich an die Psychotherapeutischen Sprechstunden an. Es sind Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und vor allem zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren dienen. Dabei sind auch weitere differenzialdiagnostische Abgrenzungen des Krankheitsbildes und eine Einschätzung der Prognose vorzunehmen.

In den Probatorischen Sitzungen erfolgt auch eine Klärung der Motivation, der Kooperations- und Umstellungsfähigkeit sowie Beziehungsfähigkeit des Patienten. Der Psychotherapeut hat festzustellen, ob eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie gegeben ist und der Patient Voraussetzungen hierfür mitbringt, die einen Behandlungserfolg erwarten lassen. Darüber hinaus dienen sie einer Abschätzung der persönlichen Passung, denn eine nachfolgende psychotherapeutische Behandlung benötigt eine tragfähige Arbeitsbeziehung.

Umfang – Anzahl an Sitzungen

Probatorische Sitzungen dienen der Einleitung einer ambulanten Psychotherapie. Sie sind keine Richtlinientherapie und die Anzahl der Sitzungen wird nicht auf die Kontingente der eigentlichen psychotherapeutischen Behandlung angerechnet. Vor einer weiteren Behandlung im Rahmen der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sind mindestens zwei Probatorische Sitzungen durchzuführen. Insgesamt können im Rahmen einer Psychotherapie bei Erwachsenen bis zu vier Probatorische Sitzungen stattfinden. Im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie können darüber hinaus zwei weitere Probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Dies gilt auch für die Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Bei Kindern und Jugendlichen ist auch eine Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen möglich. Dies gilt auch bei der Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Daraus erklärt sich das höhere Kontingent an Probatorischen Sitzungen. Beim Ansatz in der Abrechnung ist dann ein „B“ hinter die Gebührenordnungsposition zu setzen, wenn im Rahmen der Anbahnung einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie dieses Erstgespräch mit einer oder mehreren Bezugspersonen ohne die Anwesenheit des Kindes oder Jugendlichen stattgefunden hat.

Einzel- und Gruppensetting möglich

Probatorische Sitzungen finden im Einzelsetting statt, wenn sich eine Einzeltherapie anschließen soll. In der Systemischen Therapie können jedoch auch schon die Probatorischen Sitzungen im Mehrpersonensetting stattfinden. Sofern sich eine Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie anschließen soll, können sie auch im Gruppensetting stattfinden. Jedoch muss auch hier mindestens eine Probatorische Sitzung im Einzelsetting stattfinden. Abweichend von dieser Regelung müssen mindestens zwei Probatorische Sitzungen im Einzelsetting durchgeführt werden, wenn bei demselben Psychotherapeuten keine Psychotherapeutische Sprechstunde mit insgesamt mindestens 50 Minuten durchgeführt wurde. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, könnten erforderliche Probatorische Sitzungen bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Da diesem ein enorm hoher organisatorischer Aufwand gegenübersteht, spielt diese Möglichkeit in der Praxis kaum eine Rolle.

Zeitbindung der Sitzungen

Die Probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting in der Regel 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. Eine Teilung in zwei Einheiten von 25 Minuten im Einzelsetting ist zulässig. Die Gebührenordnungsposition 35150 EBM darf jedoch erst dann zur Abrechnung gebracht werden, wenn sie vollständig erbracht worden ist, d. h. wenn die zweiten 25 Minuten stattgefunden haben. Entsprechend können Probatorische Sitzungen im Gruppensetting in Einheiten von 50 Minuten mit entsprechender Vermehrung der Gesamtsitzungszahl Anwendung finden. Die

Gebührenordnungsposition wird je vollendete 50 Minuten zur Abrechnung gebracht. Dies eben lässt die Abrechnung von 100 Minuten im Gruppensetting aber auch Mehrfachsitzungen im Einzelsetting zu. Letztere sind vor allem dann angezeigt, wenn Patienten längere Anfahrtswege in die Praxis haben.

Antragstellung, Prüfzeit und Vergütung

Die Probatorische Sitzung selbst ist eine antrags- und genehmigungsfreie Leistung. Es müssen vor dem Beginn einer ersten Behandlung in einem Richtlinien-Verfahren mindestens zwei Probatorische Sitzungen mit dem Patienten stattgefunden haben. Ein Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht für Psychotherapie kann frühestens gestellt werden, wenn die zweite probatorische Sitzung terminiert ist. Probatorische Sitzungen können bis zur Höchstgrenze auch nach Antragsstellung bis zum Beginn der Richtlinien-Psychotherapie durchgeführt werden.

Auch die Probatorische Sitzung ist persönlich vom Psychotherapeuten zu erbringen, die Leistung ist nicht delegierbar. Von daher fließt auch sie vollumfänglich mit einer Prüfzeit von 70 Minuten in das Tages- wie Quartalsprofil des Psychotherapeuten ein.

Die Gebührenordnungsposition 35150 EBM wird zu einem festen Euro-Betrag, ohne Mengenbegrenzung, extrabudgetär vergütet. Die Vergütung liegt immer noch deutlich unterhalb der einer antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie-Sitzung. Sachlich und fachlich betrachtet, gibt es für diese Minderbewertung keinen Grund. Der Ansatz der Probatorischen Sitzung schließt den Erhalt der „Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung“ (PFG) für einen Patienten nicht aus.

Abklärung für den Patienten

Aus Sicht des Patienten sind durchaus weitere Probatorische Sitzungen bei anderen Psychotherapeuten möglich, denn es ist wichtig, zu klären, ob eine tragfähige therapeutische Beziehung hergestellt werden kann. Insofern ist es einem Patienten gestattet, vor der Einleitung einer Psychotherapie bei mehreren Psychotherapeuten Erstgespräche zu führen, falls der Aufbau einer therapeutischen Allianz zum Beispiel beim ersten Psychotherapeuten nicht gelingt. Aber auch nach einem Erstantrag ist es dem Patienten möglich, bei einem anderen Psychotherapeuten erneut Probatorische Sitzungen in Anspruch zu nehmen, zum Beispiel dann, wenn ein Therapeutenwechsel erwogen wird.

HEIKO BORCHERS, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, KIEL

Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung _____ 38

HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen _____ 39

Kündigung des Tonsillotomievertrages mit der BAHN-BKK _____ 39

Verträge zum Hautkrebsscreening für Versicherte unter 35 Jahren _____ 40

Verträge mit der TK zu den U10/11- und J2-Untersuchungen angepasst _____ 41

KISS-Vertrag „Infektionsscreening in der Schwangerschaft“ gekündigt _____ 41

Früherkennungsuntersuchung zur Amblyopie _____ 41

Zahlungszeitpunkt der regelmäßigen monatlichen Teilzahlungen _____ 41

Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen durch die KVSH

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

Formlose Bewerbung

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

Veröffentlichungen aus der Zulassungsabteilung

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

Folgende Ärztinnen und Ärzte haben eine Anstellungsgenehmigung im Rahmen des Sonderbedarfes erhalten. Dieser Beschluss ist noch nicht bestandskräftig, sodass hiergegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.

NAME	FACHGRUPPE/SCHWERPUNKTE	ORT	BEGINN
Dr. med. Stefanie Hoffmann – halbe Zulassung –	Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-orthopädie	22869 Schenefeld, Kiebitzweg 2	01.01.2025
Dr. med. Niklas Holze Umwandlung einer bisherigen halben Anstellung in Zulassung	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	23795 Bad Segeberg, Am Markt 1	01.01.2025
Dr. med. Tobias Espersen Umwandlung einer bisherigen halben Anstellung in Zulassung	Innere Medizin	25764 Wesselburen, Lerchenweg 11	01.01.2025

BEKANNTMACHUNGEN DER KVSH

Folgende Ärztinnen und Ärzte sowie 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 ANSTEL- LENDEN ARZTES/MVZ	ORT	FACHGRUPPE	BEGINN	NAME DES ANGESTELLTEN
MVZ NordOst GmbH	21514 Büchen, Zwischen den Brücken 1	Kinder- und Jugendmedizin	14.11.2024	Dr. med. Iris Bolik – halbtags –
Dr. med. Thomas Schaum	23758 Oldenburg in Holstein, Markt 13 - 15	Innere Medizin mit der Zusatzbezeich- nung Diabetologie	14.11.2024	Ola Saied – halbtags –
MVZ Landesverein, Bad Segeberg in Trägerschaft der MVZ des Landesvereins für Innere Mission gGmbH	23795 Bad Segeberg, Gartenstraße 17	Psychiatrie und Psychotherapie/ Suchtmedizinische Grundversorgung	01.01.2025	Dr. med. Edda Oppermann – Nachbesetzung halbtags –

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

NAME	FACHGRUPPE	ORT
Lena Jessen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Husum
PD Dr. med. Tobias Ankermann	Kinder- und Jugendmedizin	Kiel
Dr. med. Volker Diedrichs	Orthopädie und Unfallchirurgie	Raisdorf
Dr. med. Martin Romeyke	Orthopädie und Unfallchirurgie	Neustadt

HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 20. November 2024 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. Januar 2025 beschlossen.

Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Website unter www.kvsh.de/praxis/rechtsvorschriften/honorarverteilungsmassstab-hvm. Auf Anforderung wird der Text in Papierform zur Verfügung gestellt, Tel. 04551 883 486.

Kündigung des Tonsillotomievertrages mit der BAHN-BKK

Die BAHN-BKK hat den Vertrag nach Paragraph 73c SGB V zur Durchführung der Tonsillotomie zum 31. Dezember 2024 gekündigt. Somit sind die Leistungen dieses Vertrages ab dem 1. Januar 2025 nicht mehr abrechenbar.

Verträge zum Hautkrebsscreening für Versicherte unter 35 Jahren – Umstellung der Rechtsgrundlage auf Paragraf 140a SGB V

Folgende Verträge zu einem ergänzenden Hautkrebsscreening für Versicherte unter 35 Jahren mussten angepasst werden und befinden sich derzeit im Unterschriftenverfahren:

- Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit dem BKK-Landesverband NORDWEST zum 1. Dezember 2024
- Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der AOK NordWest zum 1. Januar 2025
- Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der BARMER zum 1. Januar 2025
- Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der HEK zum 1. Januar 2025

KRANKEN-KASSE	TEILNEHMENDE ÄRZTE	TEILNEHMENDE VERSICHERTE	ABRECHNUNGS -ZIFFER	VERGÜTUNG AB 01.01.2025	HINWEISE
AOK NordWest	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	0 bis 34 Jahre	99473C	31,16 Euro	
BKK-Landes- verband NORDWEST	■ hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemein- medizin, Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbe- zeichnung ■ Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrank- heiten	0 bis 34 Jahre	99470A	31,16 Euro	■ Alle zwei Jahre einmal. Inkl. ggf. Auflicht- mikroskopie ■ Teilnahme- erklärung des Versicherten zwingend notwendig
BARMER	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	0 bis 34 Jahre	99473C	31,16 Euro	
HEK	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15 bis 34 Jahre	99472A	31,16 Euro	

Bisherige Genehmigungen für Ärztinnen und Ärzte bleiben bestehen.
Bitte denken Sie daran, zukünftig nur noch die neuen Teilnahmeerklärungen für Versicherte zu verwenden.

Die Vertragsunterlagen mit allen Informationen, Anlagen und einer Abrechnungsübersicht stehen auf der Website der KVSH unter www.kvsh.de/praxis/vertraege/hautkrebsscreening zur Verfügung.

Verträge mit der TK zu den U10/11- und J2-Untersuchungen angepasst

Zum 1. Januar 2025 werden die Verträge zu den zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U10/11 und J2) zwischen der TK, dem BVKJ und der AG Vertragskoordinierung der KBV auf die neue Rechtsgrundlage Paragraf 140a SGB V umgestellt. Infolgedessen gibt es eine neue Teilnahmeerklärung für Versicherte, die ab dem 1. Januar 2025 zwingend zu verwenden ist. Bisherige Genehmigungen zur Teilnahme für Ärzte bleiben bestehen. Ebenso gibt es keine Veränderungen bei den Leistungen und ihrer Vergütung.

Die Verträge und alle weiteren Unterlagen und Informationen stehen auf www.kvsh.de/praxis/vertraege/frueherkennungsuntersuchungen-kinder/jugendliche zur Verfügung.

KISS-Vertrag „Infektionsscreening in der Schwangerschaft“ gekündigt

Der Vertrag nach Paragraf 73c SGB V zwischen der AG Vertragskoordinierung und der BIG direkt gesund zur „Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft“ wurde zum 31. Dezember 2024 gekündigt. Somit kann die Leistung mit der Abrechnungsposition 81103 ab dem 1. Quartal 2025 nicht mehr erbracht und abgerechnet werden. Zum Ausgleich tritt die BIG direkt gesund zum 1. Januar 2025 dem Vertrag „Hallo Baby“ bei.

Alle Vertragsunterlagen und Informationen stehen auf www.kvsh.de/praxis/vertraege/hallo-baby zur Verfügung.

Früherkennungsuntersuchung zur Amblyopie

Die Knappschaft hat den Vertrag nach Paragraf 73 c SGB V zu der Früherkennungsuntersuchung zur Amblyopie (99250) zum 31. Dezember 2024 gekündigt. Die Leistung darf ab dem 1. Januar 2025 nicht mehr abgerechnet werden.

Zahlungszeitpunkt der regelmäßigen monatlichen Teilzahlungen

Für Praxen, die regelmäßig eine Teilzahlung erhalten, werden wir den Zahlungszeitpunkt ab Jahresbeginn 2024 minimal anpassen müssen. Leider haben die Kostenträger ihre Zahlungsweise geändert. Diese ist zwar unverändert im Rahmen der Vorgaben, allerdings überweisen die Kostenträger unterdessen einen großen Teil erst zum Ende der Fälligkeit. Dies führt dazu, dass wir als Folge den Zahlungszeitpunkt vom ersten auf den dritten Bankarbeitstag des Folgemonats anpassen müssen.

Triathlon-Abenteuer Hawaii – once in a lifetime!

In diesem Jahr starteten zwei niedergelassene „Ironmen“ aus Schleswig-Holstein beim legendären Triathlon auf Hawaii: Der Kieler Orthopäde Prof. Ludger Gerdesmeyer und Dr. Bernhard Bambas. Der Augenarzt aus Bad Segeberg berichtet über Mythos und Realität des IRONMAN und das aufregendste Rennen ihres Lebens.

DR. BERNHARD BAMBAS, FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE, BAD SEGERBERG



Mittendrin: Dr. Bernhard Bambas und Prof. Ludger Gerdesmeyer (v. li.)

Seit der ersten Austragung auf Hawaii im Februar 1978 ist dieser Wettkampf das Ziel aller Triathleten. Auch wenn es nicht jeder sagt, im Innersten ist es das, was die Sportlerinnen und Sportler auf der Langdistanz antreibt: Einmal auf Hawaii starten und dort finishen. Die Marke IRONMAN – oft synonym gebraucht für Langdistanz Triathlon – hat hier einen Mythos kreiert und Athleten in aller Welt halten ihn aufrecht und leben ihn. Um auf Hawaii bei der IRONMAN World Championship zu starten, hat man in den Monaten vor dem Wettkampf, der immer im Oktober stattfindet, weltweit an verschiedensten Orten die Möglichkeit, sich in einem Qualifikationswettbewerb einen der begehrten 2.400 Plätze zu sichern, die für die Altersklassenathleten (age grouper) zur Verfügung stehen. Seit 2023 wird die Weltmeisterschaft nicht mehr ausschließlich auf Hawaii ausgetragen, sondern wechselt zwischen Nizza (Männer 2023, Frauen 2024 usw.)

und Hawaii. 2023 war die erstmalige Austragung in Nizza eine gelungene Premiere, aber der Mythos und die Legendenbildung sind eindeutig mit Hawaii verbunden.



Austausch an der Strecke

Nicht nur die Weltmeisterschaft, sondern auch die Qualifikationswettkämpfe werden über die volle Ironman-Distanz ausgetragen. Das sind 3,8 Kilometer Schwimmen, gefolgt von 180 Kilometern Radfahren mit einem abschließenden Marathonlauf (42 Kilometer). Die Streckenlängen erklären auch, warum man innerhalb eines Jahres nicht beliebig viele Quali-Rennen bestreiten kann, sondern sich in der Regel auf einen Saisonhöhepunkt konzentriert, um in diesem Rennen dann das begehrte Ticket zu lösen. Dieses Jahr war die schleswig-holsteinische Ärzteschaft äußerst gut auf Hawaii vertreten. Ludger Gerdesmeyer hatte sich schon frühzeitig beim Ironman Hamburg Anfang Juni für die WM qualifizieren können und dann die Saisonplanung auf den sportlichen Höhepunkt im Oktober ausgerichtet. Für mich kam die Qualifikation erst im letztmöglichen Rennen Mitte August in Frankfurt a. M. Wir gehören beide der Altersklasse M60 (60–64 Jahre) an und für uns ist es das Ziel einer jahrzehntelangen Triathlonkarriere. Wir haben durch den Studienort Kiel auch die Anfänge des Triathlons in der Landeshauptstadt miterlebt, denn seit 1988 wird dort an der Kiellinie der Kiel-Triathlon durchgeführt.



Zwischensprint auf dem Rad

Hawaii-Ticket hart umkämpft

Mit lediglich einer Langdistanz aus dem Jahr 2006 war der Start in diesem Jahr in Frankfurt für mich zunächst ohne große Ambitionen, geschweige denn mit der Vorstellung verbunden, einen „Hawaii-slot“ zu erkämpfen. Ausschlaggebend war vielmehr eine familieninterne „Challenge“ zwischen mir und meinem Sohn Johannes Claudio Bambas (26). Er

konnte sich im letzten Jahr bei seiner ersten Langdistanz für die WM qualifizieren und in Nizza dann im selben Jahr „WM-Luft“ schnuppern. Mitgerissen von der Stimmung an der WM-Strecke war dann der ursprüngliche Plan, dass wir gemeinsam einen Ironman bestreiten, um zu sehen, wann der (noch) schwimmstärkere Vater von der nächsten Generation auf dem Rad eingefangen wird. Verletzungsbedingt kam es nicht zu diesem „Wettstreit der Generationen“, sodass ich alleine auf die Strecke musste. Die Belohnung, das Hawaii-Ticket, kam dann am Tag nach dem Rennen bei der Slot-Vergabe. Mit einem sechsten Platz in der Altersklasse und nur drei zu vergebenden Startplätzen waren die Chancen auf einen Startplatz gering, aber nicht aussichtslos. Umso ausgelassener war meine Freude, als es wegen Verzichts zweier Athleten und bereits vorhandener Qualifikation des Erstplatzierten tatsächlich zur finalen Slot-Vergabe an mich kam.

Raceday Morning: 26. Oktober 2024, 05.00 Uhr morgens, Wechselzone am Pier von Kailua-Kona/Hawaii

Die 55 Profis, die mit der ersten Startwelle um 06:25 Uhr den härtesten Tag des Jahres beginnen, bereiten ihre Räder für die finale Entscheidung vor. Der Norweger Kristian Blumenfelt, Ironman-Weltmeister 2021 und sechs Wochen zuvor mit einer Machtdemonstration Sieger in Frankfurt, wird von vielen als Top-Favorit gehandelt. Sam Laidlow, Ironman-Weltmeister 2023 aus Nizza, hat ebenfalls viele Top-Rennen in diesem Jahr absolviert. Aber ist Nizza mit Kona zu vergleichen? Die deutsche Nummer eins Patrik Lange, Ironman-Weltmeister 2017 und 2018, hat mit 38 Jahren vermutlich die letzte Chance, das Triple perfekt zu machen.

Die Vorbereitungen von Ludger Gerdesmeyer und mir laufen dagegen sehr entspannt ab. Die Räder werden ein letztes Mal gecheckt, der Reifendruck geprüft, Verpflegung und Kohlenhydratgetränke am Rad verstaut. Letzte lockere Gespräche, um die Nervosität zu bekämpfen und dann rein in den Startkorridor. Unsere Altersklasse M60 startet um 06:50 Uhr. Insgesamt haben sich 160 Athleten in dieser Klasse für den WM-Start qualifiziert.

Das Schwimmen im Pazifik wird für jede Gruppe über einen Kanonenschuss vom Pier gestartet. Die Wasserverhältnisse sind traumhaft – bis auf die Feuerquallen, die an diesem Morgen allen Sportlern ordentlich zusetzen. Wann hat man als Triathlet schon mal die Möglichkeit, die Schwimmstrecke gemeinsam mit Rochen, Delphinen und Schildkröten zu absolvieren? Der seit Tagen in der Bucht kreuzende Hai wird durch eine große Delphinfamilie auf Abstand gehalten, sodass keine Sportler zu Schaden kommen. 180 Kilometer Radfahren sind schon ohne die klimatischen Bedingungen der hawaiianischen Inseln keine reine Freude. Heute kommen noch ordentliche Seitenwinde dazu, die aber laut Aussagen der erfahrenen Starter schon deutlich stärker gewesen sind. Obwohl wir beide echte Nordlichter sind, ist das nicht ohne („norddeutsches Kind – kennt den Wind“), aber die Böen auf dem Rückweg von Hawi haben es in sich.

Letzter Wechsel auf den Marathon. Gerdesmeyer, der als extrem starker Läufer bekannt ist, arbeitet sich kontinuierlich nach vorne. Bei Kilometer 23 – kurz vor dem berühmten „Energy Lab“ – schließt er zu mir auf. Für einige Kilometer können wir Seite an Seite laufen, aber dann muss ich meinen Altersklassenkollegen ziehen lassen. Die verbleibenden 17 Kilometer können lang werden, wenn man jetzt seine geplante „race-pace“ verlässt und sich verzockt. Das soll an diesem Tag nicht passieren. Nach den fast endlos scheinenden Kilometern auf dem Queen-K Highway ist der berühmte Ali‘i Drive am Pier von Kona erreicht. Die letzten Meter vorbei am großen Banyan Tree und der rote Teppich beginnt. Jetzt noch die kleine Rampe zum Zielbogen hinauf und dann ist er da, der Satz, auf den alle Triathleten dieser Welt warten: „You are an IRONMAN“.



Am Ziel: Ankommen war das Ziel.

Am Ziel aller sportlichen Träume läuft hier jedem ein Schauer über den Rücken und ein unendliches Glücksgefühl verdrängt die Schmerzen, die der Weg bis hierher verursacht hat. Der Schmerz geht – der Stolz bleibt – auch für uns. Wir haben immer noch ein breites Strahlen im Gesicht, wenn wir an Kona denken: Once in a lifetime – anything is possible!

Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

Jedes Jahr lassen sich rund 120 Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein nieder. Ob Hausarzt oder Facharzt, ob in der eigenen Praxis, in einer Kooperation oder angestellt, ob in der Stadt oder auf dem Land: Sie alle nutzen die vielfältigen

Möglichkeiten, um als niedergelassener Arzt zu arbeiten. Wer sind diese Ärzte und Psychotherapeuten? Welche Motivation bringen sie mit? Welches Berufsverständnis haben sie?



Dirk Mechler

Name

Allgemeinmedizin

Fachrichtung

Heide (Kreis Dithmarschen)

Sitz der Praxis

**Hausarztpraxis/Einzelpraxis
(zwei Sitze mit angestelltem Kollegen)**

Niederlassungsform

seit dem 1. Januar 2024

Neu niedergelassen

Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Flexibleres Familienleben. Nähe zum Wohnort. Patienten längerfristig begleiten. Freude an hausärztlicher Tätigkeit. Sein eigener Chef sein.

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Abwechslungsreiche Tätigkeit in einem tollen Team! Umgang mit vielen verschiedenen Menschen. Feedback von unseren Patienten.

Welchen Tipp würden Sie Kolleginnen und Kollegen geben, die sich ebenfalls niederlassen wollen?

Aller Anfang ist schwer, aber es lohnt sich trotz elender Überbürokratisierung und behördlicher Gängelung: Also Augen zu und durch!

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

Eher die berühmten Menschen dieser Erde: „Wieso gibt es so viele Idioten wie Dich und warum macht Ihr Milliarden von Menschen das Leben so schwer?“ Da dies nicht passieren wird, verbringe ich meine Freizeit lieber mit den Kids unserer Fußball-D-Jugend und habe Spaß zu sehen, wie sich die Mannschaft entwickelt :-)

Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Mit der Familie und Freunden zusammen sein, Radfahren, ein gutes Buch

Was ist Ihr Lieblingsbuch?

„Achtsam Morden“ von Karsten Duse

Warum ist Schleswig-Holstein das ideale Land, um sich niederzulassen?

Es ist das glücklichste Bundesland und am Wetter kann das nicht liegen.

Wenn ich nicht Arzt geworden wäre, dann wäre ich weiterhin Dachdecker.

Praxisabgeber sagen „Tschüss“

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



Dr. Hanna Ehmsen

Name

Fachärztin für psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik

Fachrichtung

Flensburg

Sitz der Praxis

Einzelpraxis

Niederlassungsform

**Praxis geführt von 1984 bis 1992 (Allgemeinmedizin in Medelby),
1992 bis 2023 (Psychotherapie in Flensburg)**

Dipl. Psych. Lara Dorner

Praxisnachfolgerin

Was war für Sie das Schönste an Ihrer Berufszeit?

Die Befriedigung, Menschen helfen zu können, ihr Schicksal und Leben zu verstehen, anzunehmen und „gesünder“ zu gestalten. Das Vertrauen zu erleben, das Menschen mir entgegengebracht haben, um mit mir intimste Erfahrungen zu teilen und die Freude, wenn sie ihre Krankheitssymptome überwinden oder anders damit umgehen konnten. Immer wieder Neues zu lernen und meine fachlichen Kompetenzen und ich hoffe, mein Verständnis und meine Mitmenschlichkeit zu erweitern.

An welchen Moment erinnern Sie sich besonders gern zurück?

An viele Augenblicke in der Begegnung mit meinen Patienten. An die allererste Patientin 1984 in der zusammen mit meinem Mann neugegründeten Landarztpraxis, in der ich bis 1992 allgemeinärztlich gearbeitet habe.

Gibt es etwas, dass Sie anders machen würden?

Mir etwas mehr Zeit für meine Familie zu nehmen. Der Beruf war doch sehr zentral.

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

Ich habe immer gern gelesen. Ganz wichtig war mir auch das Eingebundensein in Familie und Freundeskreis. Ebenso war und bin ich gern in der Natur und arbeite gern im Garten.

Womit werden Sie Ihren Ruhestand ausfüllen?

Er füllt sich von selbst mit Familienangelegenheiten und dem Zusammensein mit Freunden, Mitarbeit in der dänischen Minderheit, mit Engagement als Lesepatin und Gartenpflege.

Was ist Ihr Lieblingsort in Schleswig-Holstein?

Flensburg, der Blick über die Förde von der St. Jürgen-Treppe aus

Welches Lebensmotto haben Sie?

Um mit dem kleinen Prinzen zu sprechen: „Du bist zeitlebens für das verantwortlich, was Du Dir vertraut gemacht hast.“

Welchen Tipp geben Sie jungen Kolleginnen und Kollegen, die sich niederlassen wollen?

Ihre Tätigkeit zu lieben und von Herzen gern zu tun, selbst wenn das manchmal herausfordernd ist. Sich gut zu vernetzen und die schönen, aber auch die schwierigen Erfahrungen und Begegnungen mit anderen zu teilen, zu bereden und daraus zu lernen.

Sie fragen, wir antworten



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.

Ein Patient nimmt die Gesundheitsuntersuchung (GU) im Alter von 34 Jahren in Anspruch. Wann darf bei ihm das nächste Mal eine Gesundheitsuntersuchung durchgeführt werden?

Jeder Patient hat einmalig im Alter zwischen 18 und 34 Jahren Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung und ab 35 alle drei Jahre.

Hat ein Patient kurz vor dem 35. Geburtstag die GU durchführen lassen, hat er erst im dritten Kalenderjahr nach der GU wieder Anspruch.

Beispiel: Patient ist 34 und bekommt am 30. Oktober 2024 eine Gesundheitsuntersuchung, dann darf die nächste Gesundheitsuntersuchung frühestens am 1. Januar 2027 durchgeführt werden.

Auch hier gelten die drei Jahre Abstand.

Darf eine gynäkologische Praxis die Beratung im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung nach der GOP 08521 EBM abrechnen, auch wenn die Praxis selbst keine Behandlung im Rahmen der künstlichen Befruchtung durchführt?

Die GOP 08521 EBM darf von Gynäkologen erbracht und abgerechnet werden, sofern die Genehmigung für die psychosomatische Grundversorgung nach den GOP 35100 und 35110 EBM vorliegt.

In der Präambel zu Kapitel 8.5 ist zu lesen: „Die Gebührenordnungsposition 08521 ist für Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind, sowie von solchen anderen Ärzten berechnungsfähig, die über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügen. Darüber hinaus ist für die Berechnung

der Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung notwendig. Ferner ist die Gebührenordnungsposition 08521 nicht von dem Arzt berechnungsfähig, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt.“

Muss die elektronische Dokumentation der organisierten Krebsfrüherkennung bei der Frau zu den GOP 01760 und 01761 EBM auch bei Sonstigen Kostenträgern durchgeführt werden?

Bei Sonstigen Kostenträgern z. B. Polizei entfällt die Dokumentation nach der organisierten Krebsfrüherkennungsrichtlinie, bei Patientinnen dieser Kostenträger wird nur praxisintern dokumentiert.

Wie wird momentan die RSV-Impfung für Patienten über 75 verordnet und abgerechnet?

Die RSV-Impfung ist zwar seit dem 27. September 2024 als Leistung der Krankenkassen in der Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen, allerdings gibt es in Schleswig-Holstein noch keine Vergütungsvereinbarung für die Abrechnung.

Das heißt: Zurzeit sind sowohl der Impfstoff als auch die Impfleistung als Privatleistung in Rechnung zu stellen. Die Patienten können diese dann bei ihrer Krankenkasse einreichen.

Ein Bezug des Impfstoffes über den Sprechstundenbedarf ist noch nicht möglich.

INFO-TEAM

Tel. 04551 883 883

Montag bis Donnerstag
8.00 bis 17.00 Uhr

Freitag
8.00 bis 14.00 Uhr

Sicher durch den Verordnungsdschungel

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.



Aufgepasst bei der Verordnung von Arzneimittelmengen

Kennen Sie den Rahmenvertrag der Krankenkassen/-verbände mit den Apothekern nach Paragraph 129 SGB V?

In diesem Vertrag wurde auf Bundesebene unter anderem geregelt, dass bei der Verordnung von Arzneimittelmengen größer als die N3-Packung ein gesonderter Vermerk auf das Rezept aufgebracht werden muss. Als gesonderter Vermerk gilt z. B. das Ausrufezeichen oder die Angabe der Menge in Worten mit Ausrufezeichen.

Ein Beispiel: Es soll eine Menge von $2 \times N3 = 200$ Tabletten verordnet werden. Auf dem Rezept ist dann anzugeben: 200 Stück (zweihundert!) oder auch hinter der Anzahl der Vermerk: exakte Menge. Sind solche Vermerke nicht vorhanden, kann der Apotheker nur die einfache Menge N3 abgeben.

Die Packungsgrößenverordnung ist ein weiteres Ärgernis in der täglichen Verordnungspraxis, da sie zum Teil mit den Rabattverträgen der Krankenkassen in Widerspruch steht. Besonders deutlich wird dies bei den Antibiotika. Sie verordnen z. B. ein Antibiotikum der Größe N1, weil Sie für zehn Tage behandeln wollen/müssen und Sie drucken eine Firma auf das Rezept, bei der die N1 auch zehn Stück enthält. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen lassen Sie das Kreuz bei „aut idem“ weg. Leider hat die entsprechende Krankenkasse mit einer Firma einen Rabattvertrag abgeschlossen, bei der die N1 nur sieben Stück enthält. Da der Apotheker aufgrund der Packungsgrößenverordnung nicht mehr als die sieben Stück der N1 herausgeben darf, ist Ihre antibiotische Therapie gefährdet.

Aus diesem Grund empfehlen wir Ihnen, bei einer bestimmten Stückzahl das Kreuz bei „aut idem“ zu setzen, um die Therapie zu sichern.

THOMAS FROHBURG, KVSH

IHRE ANSPRECHPARTNER IM BEREICH
ARZNEIMITTEL, HEILMITTEL UND IMPFSTOFFE

Thomas Frohberg

Tel. 04551 883 304

thomas.frohberg@kvsh.de

Cornelius Aust

Tel. 04551 883 351

cornelius.aust@kvsh.de

IHRE ANSPRECHPARTNERIN IM BEREICH SPRECHSTUNDENBEDARF

Heidi Dabelstein

Tel. 04551 883 353

heidi.dabelstein@kvsh.de

IHRE ANSPRECHPARTNERIN IM BEREICH ARZNEIMITTEL,
HEILMITTEL, IMPFSTOFFE UND HILFSMITTEL

Ellen Roy

Tel. 04551 883 931

ellen.roy@kvsh.de

Fortbildungsseminare

Für Medizinische Fachangestellte

Telefontraining Refresher

4. DEZEMBER 2024, 14.00 BIS 18.00 UHR

Der Refresher-Kurs richtet sich an Medizinische Fachangestellte, die sich für die immer intensiver werdenden Anforderungen des Arbeitsplatzes mental fit machen und stärken wollen und das Grundseminar „Telefontraining für Medizinische Fachangestellte“ besucht haben.

Mehr Arbeit, neue Aufgabengebiete, unzufriedene und schwierige Patienten, Strukturveränderungen in der Verwaltung, turbulente und herausfordernde Situationen sind im Berufsalltag unvermeidbar. Konnten Sie das Erlernte aus dem Grundkurs in die tägliche Praxis übernehmen? Und gibt es darüber hinaus noch etwas, was Sie gerne besprechen oder trainieren möchten? Die Referentin greift die bereits erarbeiteten Themen aus dem Basistraining noch einmal auf und setzt individuelle Schwerpunkte, je nach Gruppenanliegen.

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

TEILNAHMEGEBÜHR:

50 Euro (inkl. Seminarunterlagen und Tagungsgetränke)

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

Tanja Glaw

E-Mail: seminare@kvsh.de



© istock.com/Jacob Wackerhausen

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. Bettina Schultz _____ 206/217/355/229

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

Karsten Brandstetter _____ 206/217/355/229

Vorstandsmitglied

Alexander Paquet _____ 206/217/355/229

Justiziarin

Alexandra Stebner _____ 230

Selbstverwaltung

Regine Roscher _____ 218

Vorstandsreferat Honorarverteilung

Dana Engelhardt _____ 486

Karsten Willms _____ 486

Abteilungen

Abrechnung

Christopher Lewering (Leiter) _____ 511

Jasmin Molzahn (stellv. Leiterin) _____ 511

Fax _____ 322

E-Mail _____ abrechnung@kvsh.de

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

Nadine Aksu _____ 457

Merle Satzvey _____ 988

Lisa Diel _____ 376

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

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

Beratungspapotheker

Cornelius Aust _____ 351

Datenschutzbeauftragter

Tom-Christian Brümmer _____ 474

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

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

Fax _____ 451

Plausibilitätsprüfung

Sabrina Rüdiger _____ 691

Ulrike Moszeik _____ 336

Pressesprecher

Marco Dethlefsen _____ 818

Nikolaus Schmidt _____ 381

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

Cassandra Berg _____ 452

Luisa-Sophie Lütgens _____ 465

Verordnung (Team Beratung)

Thomas Froberg _____ 304

Widersprüche (Abteilung Recht)

Gudrun Molitor _____ 439

SERVICE

KONTAKT

Zulassung

André Zwaka (Leiter) _____ 369
Vanessa Dohrn (stellv. Leiterin) _____ 456

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

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

Dagmar Hergert-Lüder (Leiterin) _____ 89890 10

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

IMPRESSUM

Nordlicht

Offizielles Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Herausgeber	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein Dr. Bettina Schultz (v. i. S. d. P.)
Redaktion	Marco Dethlefsen (Leiter); Jakob Wilder; Borka Totzauer (Layout); Delf Kröger; Nikolaus Schmidt
Redaktionsbeirat	Dr. Bettina Schultz; Karsten Brandstetter; Alexander Paquet, Reinhardt Hassenstein
Fotos	iStockphoto
Titelbild	Olaf Schumacher

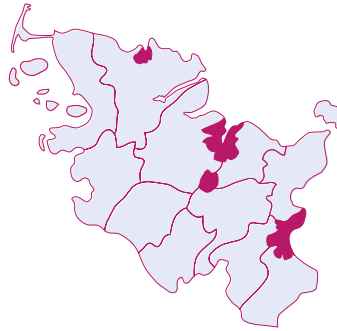
Anschrift der Redaktion

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

Das **Nordlicht** erscheint monatlich als Informationsorgan der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Namentlich gekennzeichnete Beiträge und Leserbriefe geben nicht immer die Meinung des Herausgebers wieder; sie dienen dem freien Meinungsaustausch. Jede Einsendung behandelt die Redaktion sorgfältig. Die Redaktion behält sich die Auswahl der Zuschriften sowie deren sinnwahrende Kürzung ausdrücklich vor. Die Zeitschrift, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Im Interesse der Lesbarkeit verwenden wir an einigen Stellen das generische Maskulinum, mit dessen Verwendung jegliche Form des Geschlechts im Sinne der Gleichbehandlung gemeint ist. Die verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe und ist wertfrei. 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. Raphael Schreiber, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel. _____ 0451 22776

Fax _____ 0451 283996

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

Werden Sie **DIGITALPRAXIS!**



*Das neue Mitgliederportal
<https://portal.kvsh.de> löst das
alte eKVSH-Portal ab und bietet
Ihrer Praxis viele Vorteile.*



Honorarbescheid und
PZV-Mitteilung digital

Terminservice (TSS)

Hausarzt-Facharzt-
Vermittlung (HaFa)

Kontaktdatenpflege

Anlegen von eigenen Konten
für Ihr Praxispersonal

demnächst auch Funktionen rund um
den Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Support

Tel. 04551 883 888

E-Mail portal@kvsh.de



Melden Sie sich jetzt unter
<https://portal.kvsh.de/> und
werden Sie Digitalpraxis.