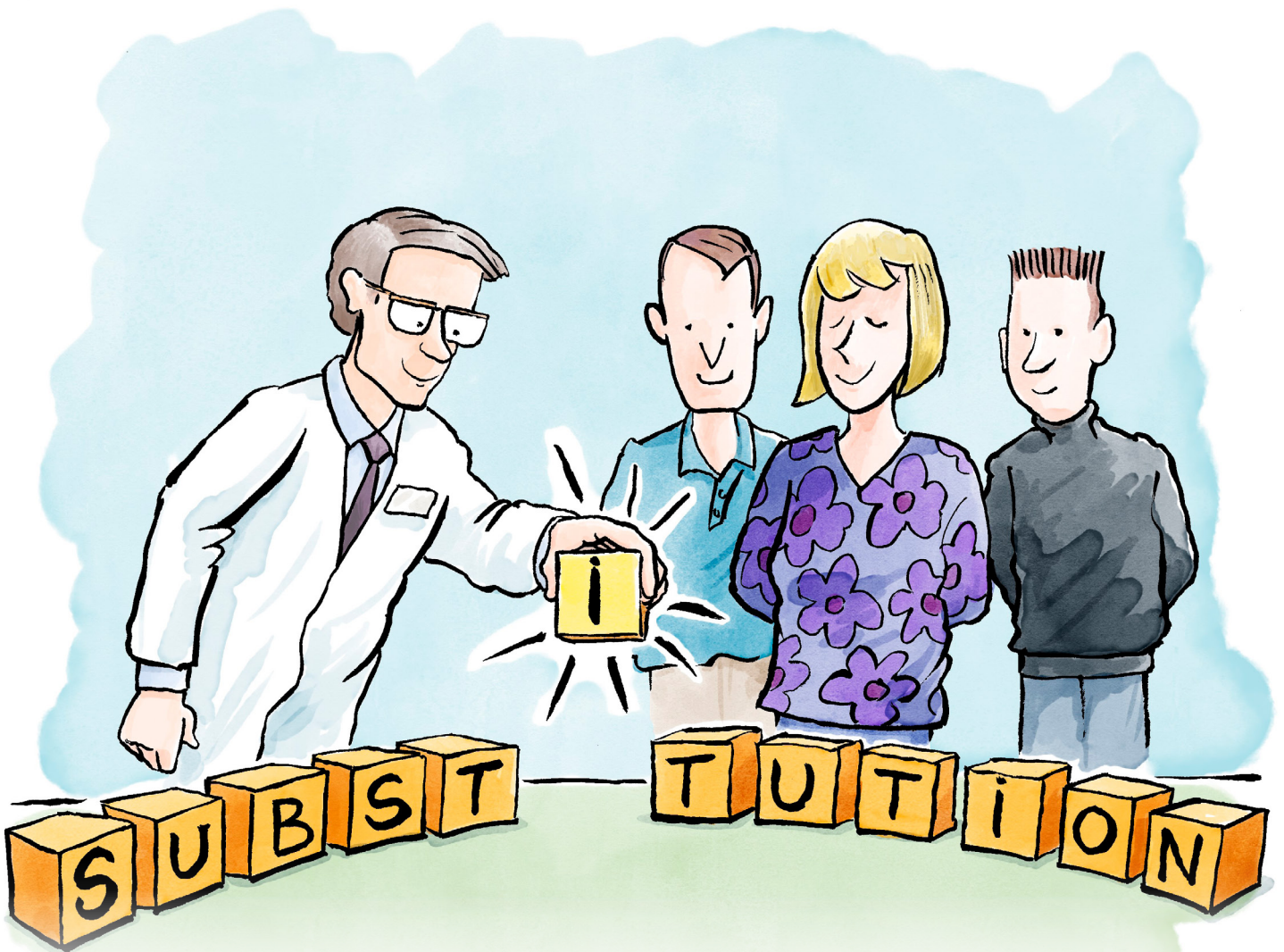


Nordlicht



Offizielles Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

NR. 7 | 2024
26. Jahrgang



Suchtmedizin

Versorgungslücken in der Substitution schließen

Abgeordnetenversammlung:
Kritik an neuen Gesetzen

Reform Notfallversorgung:
BMG legt Referentenentwurf vor

Nachwuchskampagne:
Uni-Aktionen und Praxistour

INHALT

IM FOKUS

- 4 Versorgungslücken in der Drogensubstitution
- 7 Gute Gründe: Werden Sie Substitutionspraxis!
- 9 „Bürokratische Hürden müssen reduziert werden“: Interview mit Substitutionsarzt Dr. Marc Birnbaum
- 13 Ein lebensrettendes Duo: Substitution und psychosoziale Unterstützung

15 IN KÜRZE

GESUNDHEITSPOLITIK

- 16 Verabschiedung KVSH-Vorstand: Stehende Ovationen und Ministerin-Lob zum Wechsel in den Ruhestand
- 19 Bericht von der Abgeordnetenversammlung
- 23 Nachwuchskampagne „Mehr.Arzt.Leben!“: Praxistour und Aktionstage an den Universitäten
- 26 Gesundheitsministerkonferenz der Länder: Welche Signale kommen aus Travemünde?
- 28 Notfallversorgung: Gesetzentwurf macht KVen genaue Vorgaben
- 30 Kommentar: Realitätsfern

PRAXISINFOS

- 31 Honorar: So wird die offene Sprechstunde vergütet
- 34 So funktioniert die Abrechnung von Hybrid-DRGs
- 36 Lösungswege: Laufende Psychotherapie und Wechsel der Krankenkasse
- 38 Serie zur KVSH-Chronik: Zwischen Freiheit und Verantwortung

BEKANNTMACHUNGEN DER KVSH

- 42 Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung
- 43 HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen
- 43 Gesamtvertrag mit der AOK

DIE MENSCHEN IM LAND

- 44 Outdoor-Asthma-Schulungen für Jugendliche: Kinderarzt leitet Kanu-Touren auf der Müritz
- 47 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein
- 48 Praxisabgeber sagen „Tschüss“

SERVICE

- 49 Sie fragen, wir antworten
- 50 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 51 Fortbildungsseminare
- 54 Termine
- 55 Ansprechpartner der KVSH
- 57 Kreisstellen der KVSH
- 58 KVSH-Abrechnung: Check it out!

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

AUS DEM INHALT

Trotz steigender Nachfrage für eine Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger sinkt die Zahl substituierender Ärztinnen und Ärzte. Immer mehr von ihnen gehen in den Ruhestand und der Nachwuchs fehlt. Ein Trend, der auch für Schleswig-Holstein gilt.



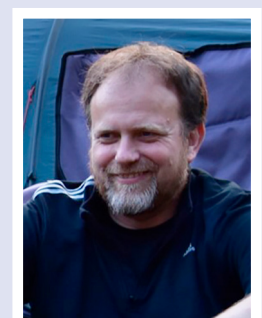
04

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen künftig rund um die Uhr eine „notdienstliche Akutversorgung“ sicherstellen. Das sieht ein Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung vor. Was kommt da auf die Praxen in Schleswig-Holstein zu?



28

Dr. Alexander Weise leitet seit vielen Jahren Outdoor-Asthma-Schulungen. Ziel des Teams um den Kinderarzt aus Kaltenkirchen ist es, Jugendliche trotz ihrer Erkrankung Mut und Kraft für ein möglichst selbstbestimmtes Leben mit auf den Weg zu geben.



44



DR. MONIKA SCHLIFFKE,
VORSTANDSVORSITZENDE
DER KVSH



DR. RALPH ENNENBACH,
STELLVERTRETENDER
VORSTANDSVORSITZENDER
DER KVSH

Liebe Leserinnen und Leser!

Das Beste kommt zum Schluss,

so sagt man. In unserem Fall können wir uns dabei nicht sicher sein. Immer noch ist keine Lösung für die Sozialversicherungsproblematik in Sicht und die allgemeine gesetzgeberische Richtung spielt nicht auf die Stärken des ambulanten Systems. Eher im Gegenteil. Nun sinngemäß zu lesen, dass der Bundesgesundheitsminister uns sagen will, wie ein Notdienst bzw. ein Bereitschaftsdienst funktioniert, ist da mal wieder ein klassisches Beispiel für Selbstüberschätzung einer Person.

Nicht, dass es nicht gute Ansätze zu einer Notdienstreform geben kann, nur dass diese teils seit Jahren von den KVen und insbesondere von uns gefordert werden. Ein Dialog dazu hätte dem Gesetz die richtige Weichenstellung geben können. Dazu gehört auch das Recht der ambulanten Versorgung, Patienten sinnvoll und wirkungsvoll zu steuern. Diese weiß nun mal, wie es geht.

Wir werden nun beide mit etwas Abstand beobachten dürfen, wie sich das Gesundheitswesen weiterentwickelt. In Krisen stecken bekanntlich auch Chancen. Wir wären froh, wenn es sich am Ende positiv für Sie, Ihre Praxen und Ihr Engagement auswirken würde.

Jeder von uns wird zukünftig etwas anderes schwerpunktmäßig tun, von geliebter Gartenarchitektur bis hin zum Anstreben von Schacherfolgen reicht das Repertoire. Es war uns eine verdienstvolle Aufgabe, das Beste zu wollen, auch wenn es mitunter nur ein passables Puzzleteil in einem komplexen Ganzen werden konnte. Bei dieser Aufgabe gab es viele helfende Impulse, Anregungen und Unterstützung von Ihnen wie auch von den Mitarbeitern: Unser Dank gilt Ihnen allen.

Wir wünschen Ihnen und unserer KV nebst allen Mitarbeitern Erfolgserlebnisse, Anerkennung und die unwidersprochene Gewissheit, zum Wohle der Gesellschaft durchaus beachtlich beitragen zu können. Wir geben die Fregatte KVSH in – so glauben wir – gutem Zustand in die Hände der neuen Kapitänsmannschaft. Wir wissen um deren gute Hände und wünschen immer eine Handbreit Wasser unter dem Kiel.

Und das wäre dann tatsächlich ... der Schluss.

Es grüßen Sie herzlich
Ihre

Versorgungslücken in der Substitution

Weniger Drogentote, weniger Beschaffungskriminalität, Begleiterkrankungen behandeln, zurück ins Familien- und Berufsleben – all die positiven Auswirkungen der Substitutionsbehandlung für Abhängige und Gesellschaft sind in Gefahr. Grund: Die Anzahl der Substitutionsärzte, die Schleswig-Holstein zur Verfügung stehen, nimmt immer mehr ab.

Waren im Jahr 1990, als die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger offizieller Bestandteil der ärztlichen Versorgung wurde, an die 250 Ärzte an dem Projekt beteiligt, so werden in Schleswig-Holstein aktuell 3.190 Patienten von gerade mal 93 Ärzten aus 68 Praxen substituiert. Durch die laufende Erweiterung der Substitutions-Richtlinie wurde es immer mehr Abhängigen ermöglicht, substituiert zu werden und so ein „normales“ Leben zu führen. Heute ist die Zahl der Patienten stabil, die der substituierenden Ärzte nimmt hingegen weiter ab.

Die kontinuierlichen Bemühungen der KVSH den Versorgungsengpässen, gerade im ländlichen Bereich, entgegenzuwirken, gestalten sich immer schwieriger. Die Patienten nehmen (gezwungenermaßen) lange Anfahrtswege in Kauf, um ihr Substitut zu erhalten – dies kann keine Dauerlösung sein.

Finanzielle Förderungen der KVSH, wie zum Beispiel die Kostenübernahme der Zusatzweiterbildung, erzielten bisher nicht den gewünschten Erfolg. Deshalb nimmt die Zusammenarbeit mit Kliniken vor Ort einen immer wichtigeren Stellenwert ein. So ist es der KVSH gemeinsam mit Kliniken in den Landkreisen Pinneberg und Stormarn gelungen, Substitutionsambulanzen aufzubauen und zu etablieren – eine weitere ist in Neumünster in Planung. Aber: In Dithmarschen ist das Substitutionsangebot aktuell, trotz aller Bemühungen, zum Erliegen gekommen – der erste weiße Fleck!

ASTRID PATSCHA, KVSH

Mögliche finanzielle Förderung durch die KVSH

- Kostenübernahme für die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“
- Einzelförderung für die besondere Struktur einer Substitutionspraxis über den Strukturfonds der KVSH

Postzusteller

32 Jahre,
substituiert
seit 2 Jahren

Ingenieur

44 Jahre,
substituiert
seit 17 Jahren

**Aufräumen mit Vorurteilen!
Hospitalation in einer
Substitutionspraxis**



Tierwirt

68 Jahre,
in Rente, substituiert
seit 32 Jahren

Hausfrau

50 Jahre,
Mutter einer schwer
erkrankten Tochter,
gelernte Hotelfachfrau,
substituiert seit 10 Jahren

Rentner

56 Jahre,
ausgebildeter Kaufmann im
Einzelhandel, substituiert
seit 19 Jahren

Möbelverkäufer

46 Jahre,
substituiert
seit ca. 9 Jahren

Das Durchschnittsalter der
Substitutionspatienten in
Schleswig-Holstein liegt bei
47 Jahren,
das der Ärzte bei
53 Jahren.



Substitution aus Überzeugung: Darum engagieren sich Ärzte in der Suchtmedizin

Ich substituiere, weil

*... Sucht eine Krankheit ist.
Und dafür sind wir da.*

*... die Behandlung
sinnvoll und wirksam ist.*

*... es sich größtenteils um
dankbare Patienten handelt..*

*... auch im ländlichen Bereich
Drogen ein Thema sind.*

*... auch diese Randgruppe
der Gesellschaft Hilfe
nötig hat und nicht
vergessen werden darf.*

... es mir Spaß macht!



Werden Sie zur Substitutionspraxis!

Substitutionspatientinnen und -patienten leiden an einer chronischen Erkrankung und benötigen eine engmaschige ärztliche Betreuung. In Schleswig-Holstein werden Substitutionspraxen dringend gebraucht. Machen Sie mit! Wie? Das erfahren Sie hier.



Generell dürfen Sie als Ärztin oder Arzt – egal, welcher Fachrichtung, egal, ob Sie niedergelassen oder angestellt sind – die Substitutionstherapie für 50 Patientinnen und Patienten gleichzeitig anbieten, nachdem Sie die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ absolviert und eine Genehmigung durch die KVSH erhalten haben. Die Zusatzweiterbildung umfasst 50 Stunden, verteilt auf fünf Module. Darin stehen, neben den allgemeinen Grundlagen, Informationen zu Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Substitution sowie das Thema „Motivierende Gesprächsführung“ auf dem Programm.

Gewusst?

Ihre Kosten für die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ übernimmt die KVSH. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Astrid Patscha: astrid.patscha@kvsh.de bzw. Tel. 04551 883 340.

Den nächsten Kurs für die Zusatzweiterbildung **„Suchtmedizinische Grundversorgung“ für Ärztinnen und Ärzte** bietet die Ärztekammer Schleswig-Holstein im Jahr 2025 an. Die Kursgebühr wird von der KVSH nach Genehmigungserteilung bis zu 1.000 Euro, die mit der Kursteilnahme entstehenden Aufwendungen (Reise, Verpflegung, Unterkunft etc.) in Form einer Pauschale von 500 Euro rückerstattet.

Sie gehören den Fachgruppen Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an? Dann benötigen Sie die Zusatzweiter-

bildung nicht. Denn die Inhalte waren bereits in Ihrer Facharztweiterbildung enthalten.

In den Praxisalltag integrieren

Erfüllen Sie diese Voraussetzung, stellen Sie den „Antrag zur Durchführung und Abrechnung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger“ bei der KVSH.

Sollten dabei Fragen aufkommen, wenden Sie sich gerne an Astrid Patscha aus unserer Abteilung Qualitätssicherung: astrid.patscha@kvsh.de bzw. 04551 883 340.

Sobald Sie die Genehmigung haben, können Sie theoretisch direkt mit der Substitution beginnen. Es ist jedoch sinnvoll, sich vorab Gedanken über die Einbindung in den Praxisalltag zu machen. Für die Patientinnen und Patienten ist es gut, wenn eine diskrete Vergabe der Substitutionsmedikamente, für deren Aufbewahrung übrigens die generellen Vorschriften zum Aufbewahren von Betäubungsmitteln gelten, möglich ist. Denn sie sind meist nicht als Substitutionspatientin und -patient zu erkennen und nicht alle gehen offen damit um. Unterschieden werden die Sichtvergabe, bei der das Substitutionsmittel unter Aufsicht in der Regel in der Praxis oder in der Apotheke eingenommen wird, eingenommen wird, die Take-home-Regelung, bei der Sie das Substitutionsmittel der oder dem Substituierten zur eigenverantwortlichen Einnahme verordnen, und die Depotvergabe, bei der die Patientin oder der Patient eine Spritze pro Woche oder pro Monat subkutan erhält.

Dokumentation ist wichtig

Da Sie Betäubungsmittel im Rahmen der Substitution verordnen, ist klar, dass dies lückenlos dokumentiert werden muss. Darunter fallen etwa ein Therapiekonzept für jede Patientin und jeden Patienten, der Abschluss einer Behandlungsvereinbarung, eine gründliche Abklärung der Vorerkrankungen und der Vorgeschichte, das Erfassen von Art und Menge des Substitutionsmittels sowie der Verlaufskontrollen. Detaillierte Informationen dazu können Sie in der „**Richtlinie zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger**“ der Bundesärztekammer nachlesen.

Auch die Meldepflicht der Patientinnen und Patienten beim Substitutionsregister der Bundesopiumstelle des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu Beginn und bei Beendigung der Behandlung mittels Kodes gehört zu Ihren Aufgaben. Dadurch soll ausgeschlossen werden, dass opioidabhängige Patientinnen und Patienten von mehreren Ärztinnen und Ärzten gleichzeitig substituiert werden.

Praxisteam einbinden

Die Dokumentation ist umfangreich und ein gewisser Bürokratieaufwand nicht wegzudiskutieren. In der Substitution erfahrene Ärztinnen und Ärzte berichten aber, das Dokumentieren werde schnell zur Routine. Nutzen Sie hier die Möglichkeit, Ihr Praxisteam einzubinden. Ihre Medizinischen Fachangestellten können Sie maßgeblich unterstützen, vor allem bei organisatorischen und administrativen Aufgaben, aber auch bei Unter-

suchungen wie dem regelmäßig durchzuführenden Urintest. Holen Sie Ihre Medizinischen Fachangestellten von Anfang an mit ins Boot und profitieren Sie von deren Expertise. Wichtig ist es, ihnen entsprechende Fortbildungen zu ermöglichen. Informieren Sie sich zum Beispiel bei der Ärztekammer, ob dort Fortbildungen angeboten werden.

Besondere Verordnung

Für die Substitution dürfen Sie ausschließlich die in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) aufgeführten und entsprechend zugelassenen Arzneimittel jeweils auf einem BtM-Rezept mit speziellen Buchstaben-Kennzeichnungen verordnen. BtM-Rezepte können Sie ausschließlich über die Bundesopiumstelle beziehen. Es empfiehlt sich, für die Substitution mit einer Apotheke zu kooperieren. Dies bringt für alle Beteiligten Vorteile mit sich.

Reinschnuppern in die Substitution

Sie möchten sich mit der Substitution erst einmal ein wenig vertraut machen? Dann nutzen Sie die Möglichkeit, nach der Konsiliar-Regelung tätig zu werden.

Damit können Sie auch ohne die Zusatzweiterbildung substituieren und bis zu zehn Patientinnen und Patienten in Ihrer Praxis behandeln. Voraussetzung dafür sind die Zusammenarbeit und der regelmäßige Austausch mit in der Behandlung erfahrenen und qualifizierten Kolleginnen oder Kollegen. Auch für das Konsiliarverfahren ist eine Genehmigung der KVSH notwendig.

Mehr Informationen gibt es hier:
KVSH – Substitution

Nie mehr Urlaub?

Stellt sich die Frage: Wer versorgt meine Patientinnen und Patienten, wenn ich mal im Urlaub bin? Wie in der ganz normalen Regelversorgung braucht es eine Vertretung. Im Idealfall übernimmt eine suchtmmedizinisch qualifizierte Kollegin bzw. ein Kollege. Generell können Sie aber auch Ärztinnen und Ärzte ohne Zusatzweiterbildung für maximal vier Wochen am Stück und höchstens zwölf Wochen im Jahr vertreten, wenn Sie für eventuelle Rückfragen erreichbar sind.

Vergütet werden alle Leistungen der Substitution übrigens extrabudgetär. In Abschnitt 1.8 des EBM sind die entsprechenden Gebührenordnungspositionen aufgeführt. Besonderheit in Schleswig-Holstein ist, die – vorerst befristet bis Ende 2024 – Förderung des therapeutischen Gesprächs.

REDAKTION/NACHDRUCK MIT FREUNDLICHER
GENEHMIGUNG DER KV RHEINLAND-PFALZ

Drogensubstitution: Ärztinnen und Ärzte dringend gesucht

Substitution ermöglicht es vielen drogenabhängigen Menschen, wieder ein normales Leben zu führen: Mit Arbeit, Familie, ohne Suchtdruck, Beschaffungskriminalität und der Gefahr, sich durch verschmutzte Spritzen zu infizieren. Doch es gibt immer weniger Ärztinnen und Ärzte, die Süchtige betreuen. Dr. Marc Birnbaum ist einer von ihnen. Das Nordlicht hat den hausärztlichen Internisten aus Lübeck, der auch Mitglied der Substitutions-Kommission der KVSH ist, interviewt.

Nordlicht: In Deutschland substituieren nur noch 1,7 Prozent der Praxen, Tendenz weiter sinkend. Die Suchtmedizin scheint auf viele Ärztinnen und Ärzte wie ein Schmutzkind zu wirken, von dem man lieber die Hände lässt. Warum ist das so?

Dr. Marc Birnbaum: Auf der einen Seite sind die Patientinnen und Patienten durch Vorurteile stigmatisiert. Das fängt in der Gesellschaft an und zieht sich bis in die Ärzteschaft hinein, sodass viele zögern, sich in diesem Bereich zu engagieren. Die

Komplexität der Suchterkrankung, in der häufig auch psychiatrische Aspekte eine bedeutende Rolle spielen, ist für Außenstehende und auch für medizinisches Personal häufig schwer zu erfassen. Mitunter wird Sucht nicht als Erkrankung angesehen, sondern kriminalisiert oder als verunglückter Lebensweg dargestellt. Die Tatsache, dass Sucht eine Erkrankung ist, für die wir eine einfache Therapie anbieten können, sollte aber für jeden in der Medizin tätigen Menschen Anlass sein, mit der Behandlung zu beginnen. Die Aufklärung darüber sollte schon im Studium beginnen. Leider findet dies kaum statt. Die Suchtmedizin führt dort nur ein Nischendasein. Die Aneignung dieses Wissens im weiteren beruflichen Werdegang wird dann sehr mühsam. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Kosten für die Weiterbildung zur Suchtmedizin in Schleswig-Holstein von der KVSH übernommen werden.

„Die Kosten für die Weiterbildung zur Suchtmedizin in Schleswig-Holstein werden von der KVSH übernommen.“

Nordlicht: Welche Faktoren spielen noch eine Rolle, dass die Substitution im Abseits steht?

Birnbaum: Auf der anderen Seite stehen die bürokratischen und juristischen Hürden, die teilweise eine deutliche Diskrepanz bezüglich der Empfehlungen der Fachgesellschaften haben können. Daraus entstehen Ängste, Fehler zu begehen, die juristische Folgen haben könnten. Hilfestellung bei allen Fragen kann z. B. über Qualitätszirkel oder über die Kommission Substitution der KVSH gegeben werden. In der Qualitätskontrolle der



© privat

Substitution nehmen wir uns nicht als nerviges Kontrollorgan wahr, sondern wollen lieber Rat gebend und helfend auftreten. Ein weiterer Aspekt ist, neben der fehlenden gesellschaftlichen Honorierung, auch eine schwache finanzielle Entschädigung für die Bereitstellung von Infrastruktur und logistischem Aufwand. Zuletzt kam es zwar zu einer leichten Aufwertung im EBM für die Substitutionsbehandlung, dennoch ist der Erlös zu gering, um für junge Kolleginnen und Kollegen den Aufwand der Substitution zu rechtfertigen.

Nordlicht: *Und wie sieht die Situation in Schleswig-Holstein aus?*

Birnbaum: Derzeit behandeln wenig Hausarztpraxen viele Patientinnen und Patienten. Krankenhausträger wie die Aneos-Kliniken haben sich leider aus diesem medizinischen Zweig zurückgezogen, sodass diese Tendenz leider zunehmen wird. Die Folge ist, dass so soziale Brennpunkte entstehen können. Gleichzeitig erschweren wir es so den Patientinnen und Patienten, sich von der Drogenszene zu entfernen. Angesichts der zuletzt zunehmenden Anzahl der Drogentoten sollten Gesellschaft und Politik diesem Trend etwas entgegensetzen. Bürokratische und juristische Hürden sollten reduziert werden. Dies wurde zuletzt 2017 mit der Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) begonnen, in deren Folge die Therapie vereinfacht wurde.

Nordlicht: *Was würde die Situation verbessern?*

Birnbaum: Anzustreben wäre ein flächendeckendes Therapieangebot, sodass viele Hausarztpraxen nur wenige Patientinnen und Patienten behandeln. Dies würde gleichzeitig die Drogenszene entzerren. Dazu bedarf es einer Aufklärung über den Sinn und Nutzen der Substitutionstherapie in der Gesellschaft und vor allem auch bei Ärztinnen und Ärzten – beginnend schon während des Studiums. Es ist wichtig, dass das Gesundheitssystem und die Gesellschaft als Ganzes zusammenarbeiten, um diese Herausforderungen zu überwinden und die Versorgung für Menschen mit Suchterkrankungen zu verbessern. Dies könnte durch Bildung, Entstigmatisierung, bessere Unterstützung und Ressourcen für Ärzte sowie durch die Förderung von Forschung und evidenzbasierter Praxis in der Suchtmedizin geschehen. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin beispielsweise bietet ein starkes Netzwerk und vertritt die Interessen aller suchtmittelmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte. Sie organisiert auch Kongresse und bietet Weiterbildung an, um die Qualität der Suchtmedizin zu fördern und die Vernetzung unter Fachleuten zu verbessern.

Nordlicht: *In der Schweiz substituieren 84 Prozent der Praxen. Aus welchen Gründen funktioniert es dort besser?*

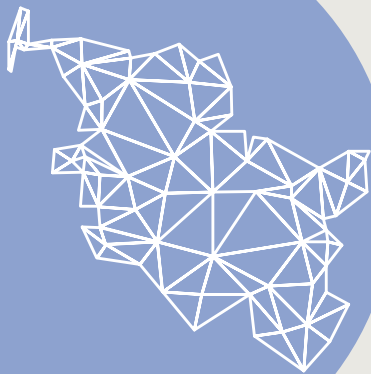
Birnbaum: In der Schweiz hat sich die Substitutionstherapie als wirksam erwiesen und ist zu einem Standardansatz bei Opioidabhängigkeit geworden. Die Gründe für den Erfolg der Substitutionstherapie in der Schweiz sind vielfältig. Seit 1975 gibt es dort eine gesetzliche Grundlage für die Behandlung opioidabhängiger Personen mit Substitutionsmitteln wie Methadon. Im Rahmen der HIV-Epidemie in den 80ern wurden die bürokratischen Hürden so weit gesenkt, dass sehr viele suchtkranke Menschen in das Substitutionsprogramm aufgenommen werden konnten. Zudem zeigte sich die Wirksamkeit der Substitutionstherapie durch zahlreiche wissenschaftliche Studien belegt. In Deutschland folgte man seinerzeit aus einer in Hannover durchgeführten Studie, dass die Substitution keine wirksame Therapie sei, da nach Beendigung fast alle Patientinnen und Patienten wieder rückfällig wurden. Dadurch setzte sich dieser Therapieansatz in Deutschland sehr viel später durch und wird auch heute noch angezweifelt.

Nordlicht: *Sie wurden vom anspruchsvollen Aufgabenfeld nicht abgeschreckt, sondern haben die Suchtmedizin zu einem Arbeitsschwerpunkt gemacht. Was reizt Sie daran?*

Birnbaum: Mein Vorgänger hatte die Substitutionstherapie in der Praxis implementiert. Um die bestehenden Patientinnen und Patienten nicht ohne Therapie zu lassen, habe ich es als meine Aufgabe verstanden, dieses Therapieangebot fortzuführen. Während meiner Klinikzeit als Internist und Gastroenterologe hatte ich bis dahin allenfalls marginale Berührungspunkte. Ich absolvierte also die Module der Suchtmedizin und lernte in den folgenden Jahren stetig dazu. Dabei hilft mir die Vernetzung im Qualitätszirkel sowie die Aufgabe in der Substitutions-Kommission der KVSH. Der Erfahrungsaustausch ist besonders bei heiklen individuellen Therapieentscheidungen enorm wichtig.

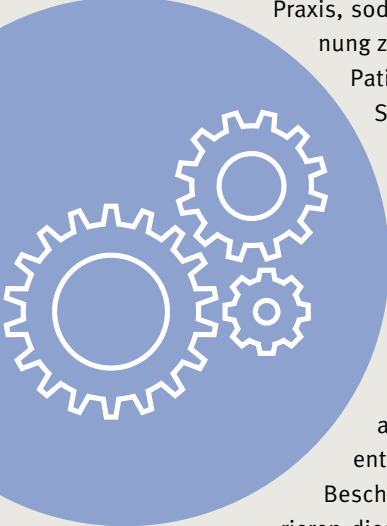
Nordlicht: *Wer ist eigentlich der typische Substitutionspatient?*

Birnbaum: Die Klientel der Patientinnen und Patienten zieht sich durch alle Gesellschafts-, Berufs- und Bevölkerungsschichten. Da das Krankheitsbild der Sucht mit der Vernachlässigung aller Lebensgewohnheiten einhergeht, gibt es den typischen Substitutionspatienten als Klischee natürlich auch: ungepflegt, schmutzig, krank und intoxikiert wirkend. So stellt sich jeder den typischen Substitutionspatienten vor. Da die Substitution



eine Therapie ist, ist es somit unser Ziel, die Patientinnen und Patienten wieder in einen geregelten Lebensablauf zu bekommen. Wenn die Therapie gut greift, können Sie einen substituierten Patienten nicht von jedem anderen Menschen unterscheiden. Bei einigen funktioniert die Therapie gut, bei anderen nicht. Leider ist es schwer, über dieses Patientenkontingent Daten zu sammeln, sodass es schwierig für die Forschenden ist, die angebotenen Therapieoptionen zu verbessern oder Leitlinien zu kreieren. Auch in diesem Bereich müsste sich in Deutschland etwas ändern.

Nordlicht: Welche Rolle spielen Suchtpatienten in ihrer Praxis und wie sind sie in die Abläufe integriert?



Birnbaum: Wir haben feste Vergabezeiten in der Praxis, sodass zumindest zeitlich eine Trennung zu den normalen Patientinnen und Patienten existiert. Die Vergabe des Substitutes wird durch die Helferrinnen ausgeführt, es ist jedoch immer ein Arzt/Ärztin vor Ort. Wenn die substituierten Patientinnen und Patienten ein Arztgespräch führen wollen oder müssen, passiert dies meistens im Rahmen der normalen Sprechstunde. Die meisten anderen Patientinnen und Patienten wissen über die Substitution Bescheid und befürworten oder tolerieren dies. Kritische Anmerkungen gibt es selten.

Nordlicht: Wie ist ihr Praxisteam in die Substitutionsbehandlung integriert?

Birnbaum: Über viele Jahre gab es ein festes Team von Helferrinnen, die die Vergabe des Substitutes durchführten. Es hat sich aber gezeigt, dass die psychische und soziale Belastung nicht zu vernachlässigen ist. Also sind wir in den letzten Jahren dazu übergegangen, eine Rotation durchzuführen. Möglichst viele MFA rotieren seitdem bei uns durch alle Arbeitsplätze, damit die stärker belastenden Bereiche aufgeteilt werden.

„Die Bürokratie ist geringer geworden.“

Nordlicht: Viel aufreibender als die Disziplin mancher Suchtpatienten dürfte der rechtliche und dokumentarische Rahmen der Substitution sein. Wie sieht der bürokratische Aufwand konkret aus?

Birnbaum: Die Bürokratie ist seit der Veränderung der BtMVV geringer geworden. Neue Patientinnen und Patienten müssen nur noch der Bundesopiumstelle gemeldet werden, um eine

Doppelbehandlung zu erkennen. Die Dokumentation der Vergabemodalitäten muss natürlich lückenlos sein. Auch in diesem Bereich haben wir uns in den letzten Jahren verändert. Wir nutzen einen Substitutionsautomaten, der das Substitut genauestens abwägt und für eine lückenlose Dokumentation und Abrechnung sorgt. Somit ist der bürokratische Aufwand möglichst geringgehalten. Wenn die Abläufe erstmal implementiert sind, funktioniert vieles im Rahmen einer Routine.

„Es ist wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte sich aktiv einbringen, um die Lebensqualität dieser Patientengruppe zu verbessern.“

Nordlicht: Früher war Abstinenz oder zumindest der komplette Ausstieg das Ziel der Substitution. Wie definieren Sie für sich persönlich Erfolg in diesem Bereich?

Birnbaum: Das Ziel der Therapie ist immer individuell festzulegen. Glücklicherweise muss nicht mehr die Abstinenz angestrebt werden. Das kommt vielen Patientinnen und Patienten zugute. Bei anderen chronischen Erkrankungen setzen Sie auch nicht irgendwann die Medikamente ab. Ob eine Therapie funktioniert, lässt sich häufig erst nach Monaten oder Jahren erkennen, häufig auch unterbrochen durch Rückfälle oder somatische Erkrankungen. Wie schon erwähnt, lassen sich schwer Daten über die Therapieverläufe erheben, sodass die Entscheidung nicht immer leicht ist, ob vielleicht der eine oder andere Weg der richtige für den Patienten ist. Der wichtigste Halt für Patientinnen und Patienten ist häufig die familiäre Bindung, ein berufliches Leben sowie eine eigene Wohnung und Distanzierung zur Drogenszene. Um diese Dinge zu ermöglichen, bedarf es eines guten Netzwerks von Menschen, wie Sozialarbeitern, Therapeuten und Ärzten. Viele Patientinnen und Patienten führen nach vielen Jahren unter der Substitution ein normales Leben. Sie haben ihre Erkrankung als chronisch akzeptiert und werden voraussichtlich ihr Leben lang in Therapie bleiben. Das ist ähnlich wie bei somatischen Erkrankungen, wie Diabetes oder Hypertonie. Das werde ich als Erfolg. Manche wollen unbedingt raus aus der Therapie. Wenn das gelingt, ist es manchmal nicht unbedingt ein Gefühl von Erfolg, weil ich sie nicht wiedersehe und nicht erfahre, wie es ihnen ergangen ist. Wie schon erwähnt, gibt es dazu keinerlei Datenerhebungen.

Nordlicht: Was muss unternommen werden, damit sich künftig wieder mehr Ärztinnen und Ärzte in der Substitution engagieren?

Birnbaum: Die Substitutionstherapie für opioidabhängige Patienten ist ein wichtiges Feld in der Medizin. Damit sich künftig mehr Medizinerinnen und Mediziner in der Substitution engagieren, ist es entscheidend, dass möglichst schon im

Studium begonnen wird, Informationen über die Substitutionstherapie weiterzugeben. Fortbildungen und Schulungen können dazu beitragen, das Wissen über die Behandlung zu vertiefen und Vorurteile abzubauen. Die Regularien und bürokratischen Hürden sollten weiter vereinfacht werden. Wichtig ist auch die Vernetzung zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Bereichen, wie z. B. den sozialpsychiatrischen Einrichtungen im Rahmen von Qualitätszirkeln, um Informationen und Erfahrungen austauschen zu können. Finanzielle Anreize im Rahmen einer besseren Vergütung der Substitutionstherapie könnten für eine angemessene Honorierung sorgen. Die Öffentlichkeit sollte über die Bedeutung der Substitutionstherapie aufgeklärt werden. Wenn die Gesellschaft ein besseres Verständnis für diese Behandlungsmethode hat, kann dies zu einer höheren Motivation für Medizinerinnen und Mediziner führen, diese auch durchzuführen. Es ist wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte sich aktiv einbringen, um die Lebensqualität dieser Patientengruppe zu verbessern.

Interesse an kollegialem Austausch?

Dr. Marc Birnbaum beantwortet gern Ihre Fragen zum Thema Substitution und ist per E-Mail zu erreichen: birnbaumm@arcor.de

Nordlicht: *Wie hilft die Substitutions-Kommission der KVSH Ärztinnen und Ärzten, die sich engagieren wollen und was sollten diese unbedingt wissen?*

Birnbaum: Wir unterstützen Ärztinnen und Ärzte, die sich im Bereich der Substitutionstherapie engagieren wollen. Die KV Hessen hat einen Leitfaden erstellt, der zeigt, wie erfüllend die Arbeit als Substitutionsärztin oder -arzt sein kann. Er enthält Informationen zu den Voraussetzungen, zur Durchführung und Abrechnung der substituionsgestützten Behandlung sowie zur Qualitätssicherung. Ärztinnen und Ärzte, die Substitutionstherapie anbieten möchten, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehören die Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ – Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie benötigen diese Zusatzbezeichnung nicht – und organisatorische Voraussetzungen gemäß der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung. Die Qualität der Substitutionstherapie wird durch Stichprobenprüfungen überprüft, bei denen mindestens zwei Prozent der abgerechneten

Behandlungsfälle kontrolliert werden. Wir verstehen uns weniger als Kontrollinstanz, sondern eher als Hilfestellung. Wenn wir die anonymisiert übermittelten Fälle gut dargestellt bekommen, können wir beratend zur Seite stehen und vor allem den noch unerfahrenen Kolleginnen und Kollegen dadurch helfen. Leider wird dies von einigen so nicht wahrgenommen, sondern nur als weitere dokumentarische Schikane gesehen. Und das soll es nicht sein.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH



Substitution und psychosoziale Unterstützung: Ein lebensrettendes Duo

Bundesweit ist ein zunehmender Mangel an Substitutionsplätzen festzustellen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen gehen viele „alteingesessene“ Substitutionsärzte in den Ruhestand, zum anderen gibt es nach wie vor große Unterschiede in der Handhabung von Substitution. Zudem hören wir von Ärztinnen und Ärzten, dass sich diese Form der Behandlung nicht lohne und die Klientel häufig nicht praxiskonform sei.

KARIN MECHNICH, LEITERIN DES AWO FACHZENTRUMS FÜR SUCHTFRAGEN LÜBECK

Diese Probleme sehen wir gerade auch in Schleswig-Holstein. Lübeck ist durch die Anbindung an Ahrensburg und Hamburg, die Substitution häufig auch über Verschreibung und niedergelassene Ärzte betreiben, noch relativ gut aufgestellt. Aber auch hier zeigt sich bereits eine Schere zwischen denjenigen, die sozial integriert sind und solche Angebote nutzen können, und denjenigen, die sich allein die Fahrt nach Hamburg nicht leisten können oder überhaupt nicht mehr in der Lage sind, solche Angebote zu erkennen. Darunter sind nun leider oft auch die sogenannten „nicht praxiskonformen“ Klientinnen und Klienten, die es auch den Ärztinnen und Ärzten schwermachen, sie in ihren Alltag zu integrieren. Und so kommt es, dass aus dieser Gruppe immer wieder Personen aus der Substitution herausfallen und wieder Suchtmittel konsumieren, was oft mit erheblichen gesundheitlichen Risiken bis hin zum Tod verbunden ist.

Die Substitution in Verbindung mit psychosozialer Begleitung, die leider nicht mehr vorgeschrieben ist, rettet aber vor allem Menschenleben. Und das ist es doch, was wir alle, die wir uns der Suchthilfe verschrieben haben, tun wollen. Sie trägt auch dazu bei, die klammen Kassen unseres Gesundheitssystems zu schonen, denn sie hilft häufig, Notfälle und Behandlungen von Folgeerkrankungen zu reduzieren. Im sozialen Bereich gibt es durchaus Beispiele dafür, dass Menschen unter einer guten Substitutionsbehandlung sozial integriert leben und am gesellschaftlichen und beruflichen Leben teilhaben können.

Das Fachzentrum für Suchtfragen der AWO Schleswig-Holsteing GmbH bietet hier eine gute Anlaufstelle für die psychosoziale Begleitung bzw. Beratung dieser Menschen. Darüber hinaus bemühen wir uns seit Jahren darum, bei unserer neuen Bege-



nungsstätte eine zusätzliche Anlaufstelle für Menschen mit polytoxikomanem Konsummuster zu schaffen, die ergänzend zu den bestehenden Substitutionsmöglichkeiten auch denjenigen eine Chance bieten könnte, die derzeit aus unterschiedlichen Gründen (Unkenntnis, Antriebslosigkeit, Nonkonformität) keinen Zugang dazu haben. Eine Substitutionsmöglichkeit in unmittelbarer Nähe einer Begegnungsstätte für diese Klientel würde die Wege deutlich verkürzen und den direkten Zugang zu dieser Behandlungsmethode sichern. Hinzu kommt, dass seit 2023 auch Drogenberatungsstellen unter bestimmten Voraussetzungen substituieren dürfen, was dort derzeit geprüft wird (Untersuchungsraum, Tresorraum, qualifiziertes Fachpersonal).

Solche neuen, innovativen Wege zu gehen, erscheint mir an dieser Stelle immens wichtig, wenn wir auch in Zukunft Ärzte für die Substitution gewinnen wollen, denn sie bieten Vorteile für alle Beteiligten.

Die Klientinnen und Klienten profitieren von den kurzen Wegen und der Unterstützung durch die Mitarbeitenden des Fachzentrums, um in der Behandlung anzukommen. Darüber hinaus finden sich hier auch Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für die soziale Integration bzw. Beratung der Betroffenen.

„Substitution mit entsprechender psychosozialer Begleitung rettet Menschenleben.“

Die Ärztinnen und Ärzte hätten durch die Aufteilung des Kassensitzes auf zwei Räumlichkeiten den Vorteil, die Klientel nicht in der eigenen Praxis betreuen zu müssen und somit auch eine

Entzerrung der unterschiedlichen Besucherinnen und Besucher bei den sogenannten „nicht praxiskonformen“ Klientinnen und Klienten. Alle anderen können gerne bei den niedergelassenen Ärzten bleiben. Und die Gesellschaft profitiert durch eine optionale Entlastung des Gesundheitssystems, da der substituierende Arzt auch gleichzeitig Hausarzt sein könnte und somit gegebenenfalls Krankenhausbehandlungen und Notfälle reduziert werden könnten.

Wenn ich also einen Wunsch frei hätte, dann würde ich mir wünschen, dass gerade für diese am meisten gefährdete Klientel Substitutionspraxen und Begegnungsstätten zusammen gedacht und gebaut werden und sich Ärztinnen und Ärzte finden, die dort direkt vor Ort in Kooperation mit den Teams Substitutionsbehandlungen anbieten.

Denn Substitution mit entsprechender psychosozialer Begleitung rettet Menschenleben.



VIELE TERMINE DER 116117 UNGENUTZT

BERLIN – Eine Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zeigt: Fast 1,5 Millionen Arzttermine, die Praxen an die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldet haben, blieben in den vergangenen 12 Monaten ungenutzt. Nur 45 Prozent der mehr als 2,6 Millionen bundesweit angebotenen Termine sind demnach tatsächlich gebucht worden. „Es gibt derzeit eine Mischung aus einer zunehmend gefühlten Terminknappheit und einem von den Versicherten nicht genutzten Terminangebot bei den Terminservicestellen“, so der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik von Stillfried. „Immerhin finden nach der jüngsten Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2021 noch 58 Prozent der Versicherten einen Arzttermin am selben Tag oder binnen drei Tagen. Viele Menschen wüssten aber immer noch nicht, dass die 116117 schnell und gut weiterhelfen kann“, erklärte der Zi-Chef. Bittere Realität sei auch, dass immer weniger ärztliche Kapazität in den Praxen verfügbar sei.



Mehr Informationen zur [Umfrage](#).

BAMBAS WEITERHIN LANDESVORSITZENDER DER AUGENÄRZTE

Bad Segeberg – Dr. Bernhard Bambas bleibt Vorsitzender des Berufsverbands der Augenärzte (BVA) in Schleswig-Holstein. Der Augenarzt aus Bad Segeberg führt den Landesverband schon seit 24 Jahren und ist zum siebten Mal in Folge in seinem Amt bestätigt worden. Bambas ist damit einer der „dienstältesten“ Berufsverbandsvorsitzenden im nördlichsten Bundesland. Seine Stellvertreter sind Dr. Jan Reichelt aus Rendsburg und Daniel Pflieger aus Kiel, der auch Bundesvorsitzender des BVA ist. Bambas betonte nach seiner Wiederwahl, auf Kontinuität setzen zu wollen und weiterhin eine engagierte berufspolitische Vertretung aller Augenärztinnen und Augenärzte im Land zu gewährleisten.



ERKLÄRFILM HILFT BEI VERORDNUNG AUßERKLINISCHER INTENSIVPFLEGE



Berlin – Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat einen Film zum Thema „Verordnung einer außerklinischen Intensivpflege“ erstellt. Dieser soll das Serviceangebot, zu dem bereits eine Broschüre und eine Fortbildung gehören, ergänzen. Ziel ist es laut KBV, die Praxen bei der außerklinischen Versorgung schwerstkranker Menschen bestmöglich zu unterstützen. Der animierte Film zeigt am Beispiel einer Beatmungspatientin, wie die Versorgung grundsätzlich abläuft. Er soll einen Einstieg ins Thema bieten und kurz und anschaulich über die Verordnung, den Behandlungsplan und die Potenzialerhebung informieren. [Zum Video](#).

SCHREIBER KREISSTELLENVORSITZENDER IN OSTHOLSTEIN

BAD SEGEBERG – Die Mitglieder der Kreisstelle Ostholstein haben Dr. Raphael Schreiber zu ihrem neuen Kreisstellenvorsitzenden gewählt. Der Facharzt für Allgemeinmedizin aus Bad Schwartau tritt damit die Nachfolge von Dr. Bettina Schultz an. Die Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe aus Eutin stand seit 2013 an der Spitze der Kreisstelle Ostholstein und hat Anfang Juli ihr neues Amt als Vorstandsvorsitzende der KVSH angetreten. Zum stellvertretenden Kreisstellenvorsitzenden in Ostholstein wurde Dr. Stefan Hönemann, Facharzt für Allgemeinmedizin in Burg auf Fehmarn, gewählt. Die Kreisstellen sind die regionalen Vertretungen der KVSH und ihrer Mitglieder in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins.



Mehr Informationen über ihre Aufgaben und personelle Zusammensetzung stehen auf der [Website der KVSH](#) zur Verfügung.

Stehende Ovationen und Ministerin-Lob zum Wechsel in den Ruhestand

Mit dem Ausscheiden von Dr. Monika Schliffke als Vorstandsvorsitzende und Dr. Ralph Ennenbach als stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVSH geht eine Ära zu Ende. Über ein Jahrzehnt haben sie als sich „hervorragend ergänzendes“ Duo, wie es Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken formulierte, die Geschicke der Selbstverwaltung an der operativen Spitze geleitet. Im Rahmen einer Feier wurden sie Ende Juni von zahlreichen Funktionsträgern aus Politik, Verwaltung und öffentlichem Leben, Weggefährten sowie der Belegschaft verabschiedet.



Personalchef Lars Schönemann überreichte nach einer kurzen Rede das Abschiedsgeschenk – jeweils ein Fotobuch – an die scheidenden Vorstände

Bereits auf ihrer letzten Abgeordnetenversammlung in offizieller Funktion hatten beide scheidenden Vorstände minutenlang Standing Ovationen erhalten – ebenso wie an diesem letzten Freitag im Juni 2024. Zunächst am Vormittag, als die Mitarbeiter der KV dem zu seinem letzten Arbeitstag erscheinenden Vorstand vor Haus 6 unter den Klängen von Andreas Bouranis „Ein Hoch auf uns“ Spalier standen und sich Dr. Schliffke und Dr. Ennenbach per Handschlag von vielen verabschiedeten. Zuvor war ihnen vom Personalchef des Hauses, Lars Schönemann, ein in den Wochen zuvor entstandenes Fotobuch, in dem sich die Mitarbeiter der einzelnen Abteilungen auf individuell gestalteten Fotos präsentieren, als Abschiedsgeschenk überreicht worden. „Die Mitarbeiter haben die Fotos unter strengster Geheimhaltung an den verschiedensten Orten bis hin zum See gemacht“, sagte Schönemann mit einem Augenzwinkern, „und mussten gelegentlich erschrocken feststellen, dass es Ihnen, Frau Dr. Schliffke, gelegentlich gelungen ist, diese ‚Geheimtreffen‘ zu durchbrechen.“ Dr. Ennenbach gab unumwunden zu, dass er davon „nix bemerkt hat“.



Mit stehenden Ovationen verabschieden die Gäste das Vorstands-Duo

Am Nachmittag dann waren aus dem ganzen Bundesland und verschiedenen Teilen der Republik mehr als 120 Gäste nach Bad Segeberg in die Bismarckallee gekommen, um das Vorstands-Duo der KVSH in den Ruhestand zu verabschieden. Eigens aus Berlin war der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Stephan Hofmeister angereist, aus Hamburg der langjährige Vorstandsvorsitzende der dortigen KV, Walter Plassmann, sowie ebenso die amtierenden Vorstände der KVHH John Afful und Caroline Roos.

„Fachlich versiert und bestens vernetzt“

Und natürlich kamen auch aus der Landeshauptstadt hochrangige Vertreter aus der Politik. Gesundheitsministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken sprach in ihrem Grußwort von einer über Jahrzehnte gewachsenen Kooperation, die geprägt gewesen sei von einer starken Partnerschaft. In ihren an die Festgemeinde gerichteten Worten lobte die Ministerin die angenehme und konstruktive Zusammenarbeit mit den beiden Vorständen und



Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken (rechts) verabschiedete sich persönlich von Dr. Monika Schliffke (links) und Dr. Ralph Ennenbach.

betonte, dass „zwei fachlich äußerst versierte und bestens vernetzte Führungspersönlichkeiten aus ihren Ämtern ausscheiden“, die sich hervorragend ergänzt und die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein zutiefst geprägt hätten. Besonders hob von der Decken die Verdienste der Vorstände während der Coronazeit hervor. Unbürokratisch und flexibel sei es gelungen, die Impfkampagne als einen wesentlichen Baustein zur Überwindung der Pandemie erfolgreich zu gestalten.

„Guter Austausch mit neuem Vorstand“

Mit dem Hinweis, dass die Herausforderungen im ambulanten Bereich gleichwohl nicht überwunden seien – nicht zuletzt wegen der demografischen Entwicklung – wandte sie sich an die ebenfalls anwesenden neuen Vorstände der KVSH: „Ich bin überzeugt, dass wir dazu mit Ihnen, liebe Frau Dr. Schultz, lieber Herr Brandstetter und lieber Herr Paquet, einen guten Austausch haben werden und wie bislang auch zu guten Lösungen kommen.“



In ihrem Grußwort lobte die Ministerin die beiden Vorstände als "zwei fachlich versierte und bestens vernetzte Führungspersönlichkeiten", die die ambulante Versorgung im Land zutiefst geprägt hätten.

An zu lösenden Aufgaben werde es auch künftig jedenfalls nicht mangeln. Ganz zuerst nannte von der Decken die Sicherung der ambulanten Versorgung, für die als weiterer Schritt die Entbudgetierung aller Facharztgruppen notwendig sei. Aber auch die Regulierung der MVZ gehöre dazu. Gemeinsam mit Bayern und Rheinland-Pfalz habe man bereits vor einem Jahr eine Bundesratsinitiative mit konkreten Vorschlägen eingebracht, den Erwerb von Arztsitzen durch Investmentfirmen, die die MVZ als Renditeobjekt entdeckt haben, erfolgreicher zu regulieren. Auch bei der sozialversicherungsrechtlichen Einordnung der sogenannten Poolärzte strebe Schleswig-Holstein gemeinsam mit den anderen Bundesländern eine Änderung an. Nur einige Themen also, die den

neuen Vorstand gemeinsam mit den politischen Akteuren vor Herausforderungen stellen, die bewältigt werden wollen.

Moderierend und ausgewogen



KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister

KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister betonte in seiner sehr persönlich gehaltenen Rede, dass die KVSH mit dem scheidenden Vorstand zwei charakterstarke Persönlichkeiten verliere, die mit hoher Glaubwürdigkeit und Erkennbarkeit die KVSH geprägt hätten. „Ihr habt moderierend und kalmierend unter allen KVen bis hin zur KBV ein konstruktives Miteinander gepflegt“, so Hofmeister. Dies sei der KVSH mit ihren sehr unterschiedlichen Herausforderungen aufgrund ihrer

geografischen Besonderheit vom Hamburger Speckgürtel bis auf die Inseln zugutegekommen. „Ihr werdet mir sehr fehlen“, schloss Hofmeister seine würdigenden Worte an die scheidenden Vorstände. Die enge Verbindung zur KBV werde sicher auch unter dem neuen Vorstand erhalten bleiben: „Ich freue mich auf die weiterhin gute Zusammenarbeit.“

Walter Plassmann, der frühere Vorstandsvorsitzende der Hamburger KV, der viele Jahre eng mit seinen Kollegen aus Schleswig-Holstein zusammengearbeitet hatte, lobte die Aus- und Abgewogenheit, mit der Dr. Monika Schliffke die KV geführt und alle Diskussionen mit einem Lächeln begleitet und ziel-



Walter Plassmann

sicher auf den Punkt gebracht habe. Dies habe auch für ihren Kollegen, Dr. Ralph Ennenbach, gegolten, der immer grundehrlich und als großer Strategie wirkte. Typisch war die naturwissenschaftliche Ader im Analysieren von Optionen, was dann oft mit dem Fazit endete: „und übrig bleibt daher lediglich ...“, womit er viele Diskussionen geprägt habe. Vor diesem Hintergrund mochte sein Fazit daher vielleicht nicht überraschen: Er finde, die „KVSH habe die beste Verwaltung aller KVen Deutschlands“.

Konstruktiver Dialog und Perspektiv-Vielfalt

Dr. Monika Schliffke bedankte sich im Anschluss bei Rednern und Besuchern. Sie sei sich sicher, dass der konstruktive Dialog als wesentliche Grundlage für die Bewältigung der künftigen Herausforderungen auch weiterhin fortgeführt werde. Dr. Ralph Ennenbach ergänzte in seiner Dankesrede, dass es wesentlich sei, immer im Blick zu haben, dass es mehr als zwei Perspektiven gebe. Nur so könnten Lösungen gefunden und das Gleichgewicht hergestellt werden: „Ein Wert, von dem es sich lohnt, ihn auch in Zukunft zu erhalten“, so Dr. Ennenbach.

Im Ruhestand: Schach und Jura

Und wie geht es für die künftigen Ruheständler weiter? Dr. Ennenbach verriet: „Ich werde mich jetzt erst einmal intensiver dem Schachspielen widmen.“ Und Dr. Schliffke? Sie kann sich vorstellen, Jura zu studieren. Dies allerdings eher in Richtung des Europarechts und der historischen Bezüge und Entwicklungen, die den Kontinent geprägt haben. Ein wenig mag auch dazu beigetragen haben, dass, nach so vielen Jahren, in denen man sich mit den Inhalten und den daraus resultierenden Folgen der Gesetzgebung von Amts wegen beschäftigen musste, sich die Frage stellt: „Wie kann es zu so etwas kommen?“

Denn, wie formulierte schon der Philosoph und Vordenker der Aufklärung Jean Jaques Rousseau: „Man muss viel gelernt haben, um über das, was man nicht weiß, fragen zu können.“

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH



„Wir werden einen guten Austausch haben und wie bislang auch zu guten Lösungen kommen“, ist sich die Ministerin (links) hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem neuen Vorstands-Trio sicher (v.l. neben der Ministerin: Dr. Bettina Schultz, Karsten Brandstetter und Alexander Paquet)

Politik hält ambulante Versorgung in Atem

Deutliche Kritik an neuen Gesetzen auch im letzten Bericht zur Lage der scheidenden KVSH-Vorstandsvorsitzenden

Ein Satz würde reichen: „Ab dem 1. Januar 2025 sind von den Krankenkassen alle Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereiches zum aktuellen Orientierungswert zu bezahlen.“ Mit diesen Worten kritisierte die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke, in ihrem Bericht zur Lage den bürokratischen Ansatz, den das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) zur Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen verfolgt. Statt einer einfachen und nachvollziehbaren Regelung findet sich im Entwurf ein sich über zwei Seiten ziehender Absatz, dessen Kern ein Bandwurmsatz bildet, den selbst die Honorarexperten der KBV „bislang nicht entschlüsseln können“, so Schliffke. Was vorliege, sehe „nach Hinhaltenaktik und Verschleierungsversuch“ aus. Insofern gelte: „Keine Entwarnung. Die Entbudgetierung wird kommen, aber wann und wie ist noch nicht absehbar“, zeigte sie sich enttäuscht.

Schliffke beklagt anhaltend schwierige Situation für die Praxen

Und so blieb der Vorstandsvorsitzenden auch in der letzten Abgeordnetenversammlung (AV) ihrer Amtszeit nicht erspart, auf die Anfechtungen hinzuweisen, denen die ambulante Versorgung durch die Politik in Berlin ausgesetzt ist. Es gebe „keine Schonfristen“, denn selbst „gewisse als Highlight erscheinende Planungen, wie Entbudgetierung“ änderten nichts an zentralen, systemischen Unsicherheiten und einer anhaltend schwierigen Situation, in der sich die Praxen befänden. „Wir haben in allen Bereichen des Gesundheitssystems in den nächsten Jahren einen erheblichen, sicher zum Teil schmerzhaften Transformationsprozess vor uns, der allerdings unter der jetzigen Berliner Führung offenbar nicht strukturell geordnet, sondern eher chaotisch ablaufen wird“, kritisierte sie die Bundespolitik.

Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes ohne Gesundheitskioske

Auf das GVSG eingehend, dessen Entwurf nach der Kabinettsfassung nun dem Bundestag vorliegt, berichtete sie, dass dieses „auf dem Wege durch die Ressorts erheblich an Substanz verloren“ habe. Von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach einst in den Vordergrund gestellte Elemente, wie Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren, seien aus dem Gesetzentwurf verschwunden. „Alle drei kosten Geld, das man nicht hat“, kommentierte Schliffke knapp.



Auch der zunächst geplante HzV-Bonus, die Forderung nach 5.000 neuen Studienplätzen und eine Vorgabe von Wochenendsprechstunden seien nicht mehr im Entwurf enthalten. Selbst Lauterbach habe offenbar einsehen müssen, dass, wenn man zu wenig Ärzte hat, „es unklug ist, ihnen bei bestehender Notdienstversorgung eine Samstagssprechstunde aufs Auge zu drücken“. Insgesamt sei die KV über diese Änderungen „nicht

unglücklich“, wengleich offen sei, ob einige dieser Elemente im parlamentarischen Prozess nicht noch einmal aufgegriffen würden.

Skeptisch zeigte sie sich auch hinsichtlich der vorgesehenen Koppelung der hausärztlichen Entbudgetierung an neue jährliche Versorgungs- und Vorhaltepauschalen. Beide seien für sich genommen „grundsätzlich zu begrüßen“, so Schliffke. Sie warnte aber, dass diese zu möglichen oder „sogar wahrscheinlichen“ Umverteilungen führen könnten, weshalb es auf die Ausgestaltung im Bewertungsausschuss ankomme. Sie mahnte erneut die Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit eines Praxis-Patienten-Kontaktes ergänzend zum Arzt-Patienten-Kontakt an, dies sei im Gesetz nicht vorgesehen. „Insbesondere, wenn man die Videosprechstunde ausbauen oder die MFA-NäPa-PA-Einbindung bei quartalsübergreifender Chronikerbehandlung will, ist das eine Notwendigkeit für die Zukunft, die weiter in der Diskussion bleiben sollte“, so ihre Forderung.

Weitere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung lässt viele Fragen offen

Vom Willen des Bundesgesundheitsministers, der Gesundheitsversorgung in Deutschland seinen Stempel aufzudrücken, zeugen zwei weitere Gesetzgebungsvorhaben, die die Vorstandsvorsitzende anspricht: Das Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das – obwohl zwischen Bund und Ländern unverändert umstritten – jetzt vom Bundeskabinett gebilligt und dem Bundestag zugeleitet wurde, und die geplante Reform der Notfallversorgung, für die nach Eckpunkten im Januar nun ein Referentenentwurf vorliegt.

Schliffke lenkte die Aufmerksamkeit der Abgeordneten auf die durch die Krankenhausreform geplante Schaffung sogenannter „sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen“. Diese sollen, trotz der Bezeichnung, weiterhin Teil einer Klinik sein, aber von dieser wirtschaftlich und organisatorisch getrennt. Sammeln sollen sich unter diesem Dach, so erläuterte sie, ambulante Leistungen durch Ermächtigungen ebenso wie das ambulante Operieren, belegärztliche und pflegerische Leistungen. Doch damit nicht genug, wie Schliffke darlegte: „Es geht noch weiter, es wird die hausärztliche Versorgung implementiert.“ Ein im Gesetzentwurf vorgesehener neuer Paragraph sehe vor, dass der Zulassungsausschuss keine Wahl haben solle, über die Zulassung dieser Einrichtungen zur hausärztlichen Versorgung nach lokalem Bedarf zu entscheiden. Denn nicht nur in unterversorgten Bereichen, „sondern in allen Planungsbereichen, in denen keine hausärztlichen Zulassungsbeschränkungen bestehen, müssen die Kliniken quasi automatisch ermächtigt werden“, berichtete Schliffke. Die Öffnung der sektorenübergreifenden Versor-

gungseinrichtungen für die hausärztliche Versorgung sei, so Schliffkes Vermutung, eine Reaktion der Politik auf die hausärztliche Mangelsituation und die Diskussion um Aufnahme-stopp in einer Reihe von Praxen. Eine Situation, an der auch die Entbudgetierung zumindest kurzfristig nichts ändern werde, denn diese komme „eigentlich zehn Jahre zu spät“.

Sie verwies auf die vielen ungeklärten Fragen: Was werde aus dem Facharztstatus? Entstehe mit der Öffnung der Einrichtungen für die hausärztliche Versorgung eine Überversorgung, die alles nur teurer machen werde? Werde die hausärztliche Versorgung in der Fläche damit noch mehr ausgedünnt? Solle damit der Beginn einer „totalen Klinikzentrierung“ eingeleitet werden? Solche und ähnliche Fragen seien noch unbeantwortet. Aber, so Schliffke: „Das Gesetz sieht schon vor, dass Sie mitzahlen. Unverändert sind alle ambulanten Krankenhausleistungen aus dem Vorwegabzug der MGV zum vollen Punktwert zu zahlen.“

Aber auch die Kliniken begegneten dieser Regelung skeptisch. Sie stünden genauso wie Niedergelassene „noch ziemlich ratlos vor solchen Plänen“. Ihr Rat an die Abgeordneten: „Beobachten Sie diese Entwicklung. Wem setzt die Politik am Ende den Hut der Versorgung auf? Und was kann man tun, um das Heft des Handels in der Hand zu behalten?“



Notfallreform „realitätsfern“

Sorgen bereitet der KVSH auch der vorliegende Referentenentwurf für die Reform der Notfallversorgung. „Ein großer Brocken für den neuen Vorstand“, zeigte sich Schliffke sicher.

Sie erinnerte an eine Stellungnahme der vom Bundesgesundheitsminister eingesetzten Regierungskommission aus dem Herbst 2023, die die wesentlichen Elemente wie Echtzeit-Datenaustausch mit dem Rettungsdienst, Integrierte Notfallzentren, gemeinsame Tresen und Ersteinschätzung benannte, „die wir seit zehn Jahren verfolgen, befürworten und soweit es geht, bereits bearbeiten und umsetzen“.

„Aber wir haben die Rechnung ohne den Wirt Universitätsmedizin und BMG gemacht“, stellte die Vorstandsvorsitzende mit Blick auf den jetzt vorgelegten Gesetzentwurf fest. Sie habe gehofft, das Ministerium würde vor der Gesetzgebung über die bereits reale Situation nachdenken, nachfragen, in einen Dialog gehen, sich überzeugen lassen. Stattdessen übernehme der Gesetzentwurf gänzlich die Vorstellungen der Regierungskommission zu zahlreichen detaillierten gesetzlichen Vorgaben. „Der Titel wissenschaftliche Kommission zählt, egal, wie viel Wissen sie um die tägliche Notfallversorgung hat“, bilanzierte Schlifke. Sie wies darauf hin, dass die Regierungskommission 17 Mitglieder habe, darunter nur vier Ärzte. Das BMG folge in seiner Wissenschaftsgläubigkeit den Empfehlungen des Gremiums, ohne zu wissen, „dass die regionalen Akteure längst und konsentiert in den zentralen Punkten weiter sind“.

So sollen, wie Schlifke darlegte, die KVen nach dem Willen des BMG künftig eine 24/7-Notfallversorgung vorhalten, die auch Hausbesuche und telemedizinische Dienste umfasst. Die digitale Kooperation zwischen den Leitstellen der KVen und des Rettungsdienstes werde nicht auf Augenhöhe gefördert, sondern Letzterer bekäme „den Hut auf“ und könne entscheiden, ob sie Vernetzung wünschten „und die KV muss dem dann nachkommen“. Auch für die Integrierten Notfallzentren (INZ) gebe es so enge Vorgaben zur Erreichbarkeit, dass in „unserem Flächenland“ damit alle Notdienstpraxen faktisch zu INZ würden.

Zu den Punkten, die so „realitätsfern“ seien, dass man „eigentlich nur noch schmunzeln“ könne, gehöre, dass künftig der G-BA in einer Richtlinie vorgeben solle, wie KV-Notdienstpraxen auszustatten seien. Bisher entscheidet dies die KV nach Bedarf. „Da läuft jetzt bei mir so eine Assoziation ab, wie sich die Vertreter der Bänke und die Patientenvertretung um ergonomische Schreibtischstühle, um Sonografiegerät ja oder nein oder um die MFA-Besetzung austauschen“, merkte Schlifke ironisch an und ergänzte; „Das ist an Absurdität kaum zu übertreffen.“

Der Gesetzentwurf lege der ambulanten Versorgung „nicht einhaltbare Fesseln an und lässt sie den größten Teil des ganzen Konstrukts bezahlen. Das ist, gelinde gesagt, ein Drama“, fasste Schlifke zusammen.

Abgeordnetenversammlung fordert in Resolution Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik

Aufgrund der auch in den jüngsten Gesetzentwürfen des BMG fortgesetzten Linie, die ambulante Versorgung weiter zu schwächen und ihr immer neue Pflichten aufzuerlegen, nahmen die

Abgeordneten die zeitgleich in Lübeck-Travemünde tagende Gesundheitsministerkonferenz zum Anlass, eine Resolution zu verabschieden. Im einstimmig angenommenen Papier werden die gesundheitspolitisch Verantwortlichen im Bund und den Ländern „dringend zu einem Richtungswechsel“ aufgefordert. Angemahnt werden eine echte Entbudgetierung ohne neue Bürokratie und ohne eine Umverteilung von Mitteln und ein klares Bekenntnis der Politik zu inhabergeführten, freiberuflich-selbstständigen Praxen und Medizinischen Versorgungszentren. Weiter gefordert wird eine Digitalisierung, die funktioniert, und ein „spürbarer“ Bürokratieabbau. Der Wortlaut der Resolution ist auf der Website der KVSH abzurufen: www.kvsh.de/presse/pressemitteilungen/flaechendeckende-und-wohnortnahe-patientenversorgung-ist-gefaehrdet

Gesetzliche Notdienstreform birgt finanzielle Risiken

Auch für den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KVSH, Dr. Ralph Ennenbach, war es der letzte Auftritt vor der Abgeordnetenversammlung. Ennenbach ging auf die finanziellen Risiken für die KVSH durch die anstehende gesetzliche Reform der Notfallversorgung ein. So sei eine Kostendynamik nicht auszuschließen, wenn das Angebot der Notfallversorgung durch gesetzliche Vorhaben, wie einen Besuchsdienst, ausgeweitet werde. Zugleich böte sich aber die Chance auf Einsparungen durch entfallene Honorare für ambulante Notfälle in den Krankenhäusern. Finanzielle Risiken allerdings ergäben sich durch die zusätzlichen Strukturkosten für die KV-Beteiligung an den INZ. Auch enthalte der Gesetzentwurf keine Regelung zur Finanzierung der erweiterten Aufgaben der Leitstelle, die künftig als Akutleitstelle rund um die Uhr zur Verfügung stehen soll, und zu möglichen Kosten für die KVen durch das Bundessozialgerichtsurteil zur Sozialversicherungspflicht im Bereitschaftsdienst. Sein Rat sei deshalb, auch zunächst mögliche Überlegungen zu einer Erhöhung der Honorare im Notdienst zurückzustellen, bis mehr Klarheit hinsichtlich der Kostenentwicklung herrsche. Zudem rate er, grundsätzlich an einer solidarischen Finanzierung des Bereitschaftsdienstes festzuhalten.

Zum Ende seiner Amtszeit warf Ennenbach auch einen Blick auf die längerfristige Honorarentwicklung. Noch 2009 hatte Schleswig-Holstein historisch bedingt einen Rückstand von rund 20.000 Euro pro Kopf gegenüber dem Bundesdurchschnitt bei den Honoraren, ein Defizit von etwa zehn Prozent. Seither sei es gelungen, die Honorare so zu steigern, dass diese mittlerweile „im Mittel aller Länder“ angekommen seien. „Die Disparität ist jetzt weg“, zeigte sich Ennenbach zufrieden. Der stellvertretende Vorsitzende der Abgeordnetenversammlung, Dr. Michael Schroeder, dankte unter Applaus für diese Leistung und nannte sie eine „Lebensleistung“ Ennenbachs.

Neubesetzungen in den Ausschüssen

Durch die Wahl von Dr. Bettina Schultz zur neuen Vorstandsvorsitzenden der KVSH wurde eine Nachbesetzung im Beirat erforderlich, dem sie bislang angehörte. Die Abgeordneten



entschieden sich mit großer Mehrheit für Dr. Sven Warrelmann, der in Norderstedt als Hausarzt niedergelassen ist. Als neues ordentliches Mitglied in den beratenden Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung wurde der seit 2021 in Ahrensburg niedergelassene Gynäkologe Dr. Philipp Kreiselmaier gewählt. Neu als ordentliches Mitglied im beratenden Fachausschuss für angestellte Ärztinnen und Ärzte ist die Allgemeinmedizinerin Dr. Kirsten Schemmel aus Kiel, die dem Gremium zuvor bereits als stellvertretendes Mitglied angehörte. Und schließlich gab es auch im HVM-Ausschuss eine Nachbesetzung. Die Abgeordneten stimmten für Björn Steffensen, der als Hausarzt im nordfriesischen Ramstedt tätig ist, als neues Mitglied des Ausschusses.

Mit dem Amtsantritt der neuen Vorstandsvorsitzenden der KVSH Dr. Bettina Schultz im Juli ändert sich auch die Zusammensetzung der Abgeordnetenversammlung, der Schultz bisher angehörte. Ihr folgt als Abgeordneter Dr. Stefan Hargus, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Neustadt in Holstein. Sein Stellvertreter ist Dr. Nikolas Wegener, Facharzt für Neurologie in Neustadt/H.

Dankesworte des scheidenden Vorstandes

Sowohl Dr. Monika Schliffke als auch Dr. Ralph Ennenbach nutzen ihre letzte Abgeordnetenversammlung in Vorstandsverantwortung für Worte des Dankes. Die Vorstandsvorsitzende dankte den Mitgliedern der Versammlung für „zwölf Jahre gute Unterstützung“. Die Dinge „eher mit Ruhe als mit Hektik und nicht überstürzt anzugehen“, habe sich bewährt. „Ich freue mich“, so Schliffke weiter, „dass wir einen guten neuen Vorstand haben, der es in diesem Sinne weiterführen wird“.

„Es war mir eine Ehre“, äußerte Ennenbach rückblickend. Er habe stets versucht, „nach innen eine angstfreie Atmosphäre zu schaffen und nach außen das Maximale herauszuholen“, fasste Ennenbach sein Handeln zusammen und ergänzte: „Es hätte schlechter laufen können.“

Die Abgeordneten honorierten das langjährige und erfolgreiche Wirken des scheidenden Vorstands mit langanhaltendem Applaus, bei dem sich die Teilnehmer der Versammlung von ihren Plätzen erhoben.

DELF KRÖGER, KVSH

Vorfahrt Niederlassung

Die KVSH hat im Rahmen ihrer Nachwuchskampagne „Mehr.Arzt.Leben!“ wieder eine Praxistour für Medizinstudierende und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung veranstaltet. Haltestellen für die 20 Mitfahrenden waren das „Paracelsus Gesundheitszentrum“ in Lübeck-Moisling, die HNO-Praxis von Eva-Maria Ebner in Oldenburg i. H. und die Landarztpraxis von Dr. Gerrit Schenk und Dr. Carsten Haas in Lensahn.



Die 17 Medizinstudierenden und drei Ärzte in Weiterbildung nutzten die Aktion, um sich in den drei sehr unterschiedlich strukturierten Praxen über die vielfältigen Arbeitsmöglichkeiten im haus- und fachärztlichen Bereich zu informieren. Das Wetter zeigt sich zwar zunächst von seiner norddeutsch-frischen Seite, als der Tour-Bus auf dem Lübecker Uni-Campus mit den Nachwuchsmedizinern an Bord startete. Doch die Stimmung war von Anfang an sehr gut und schnell machten die ersten Fragen die Runde: Wie unterscheidet sich eigentlich die Arbeit von Stadt- und Landärzten? Wie kann ich später Beruf und Familie gut miteinander vereinbaren? Und was ist eigentlich ein Arztsitz?

Vielfalt ist Trumpf

Die erste Station war das „Paracelsus Gesundheitszentrum“ in Lübeck-Moisling. Rund 30 Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten sind dort in mehreren Einzel- oder Gemeinschaftspraxen niedergelassen und bieten ihren Patienten ein umfangreiches Versorgungsangebot. Dr. Marc Birnbaum und die beiden Praxismanagerinnen Michèle Raese und Wiebke Suhling aus der Gemeinschaftspraxis Moislinger Hausärzte zeigten den Studierenden auf einem Rundgang im laufenden Praxisbetrieb, wie dort ein Rad ins andere greift. Die Jungmediziner erfuhren, welche Vorteile das Gesundheitszentrum den dort tätigen Niedergelassenen bietet: fachlichen Austausch über Fachgrenzen hinweg, kurze Wege, ein großes medizinisches Spektrum, vari-

Lübeck-Moisling



Gespräch mit den Jungmediziner: Dr. Marc Birnbaum und die Praxismanagerinnen Wiebke Suhling (l.) und Michéle Raese

artenreiche Niederlassungsmöglichkeiten und flexible Arbeitszeitmodelle. Für viele war auch neu, dass die beiden Praxismanagerinnen den Ärztinnen und Ärzten sehr viel „ungeliebte“ Arbeit, wie etwa die Abrechnung oder das Personalmanagement, abnehmen.

Einzelpraxis, aber gut vernetzt

Die zweite Station der Tour führte nach Oldenburg. Dort liegt direkt am Marktplatz der Kleinstadt die Praxis von Eva-Maria Ebner. Die HNO-Ärztin empfing die Reisegruppe gemeinsam mit ihrem MFA-Team und Dr. Joachim Quandt, der in ihrer Praxis angestellt ist. Ebner bot einen spannenden Einblick in ihr Leben zwischen Praxisaufbau und Familiengründung und verwies auf die vielen Vorteile, die ihr eine Einzelpraxis bietet: „Es wird nie langweilig. Ich kann meinen Praxisraum leben, Chefin sein und sehr gut vernetzt arbeiten, z. B. in einem HNO-Qualitätszirkel. Traut euch, ins Risiko zu gehen, denn Mut wird am Ende belohnt“, so Ebner.

Oldenburg



Arbeiten sehr gut vernetzt: Dr. Joachim Quandt und Eva-Maria Ebner

Landarztpraxis als Ausbildungsort

Danach ging die Fahrt weiter Richtung Lensahn. Die Inhaber der dort gelegenen Landarzt- und Ausbildungspraxis, Dr. Gerrit Schenk und Dr. Carsten Haas und die Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin Birgit Rinn, warben voller Überzeugung für die Niederlassung auf dem Land und überzeugten in der Diskussion mit den Jungmedizinerinnen und -medizinern durch sehr gute Argumente: Teamwork, spannende Fälle, moderne Praxisräume, attraktive Arbeits- und Urlaubszeiten und ein guter Verdienst. Zum Abschluss der Praxistour lud die KVSH die Studierenden zu einem gemeinsamen Essen in ein Strandlokal in Scharbeutz ein. Ein Blick auf den grandiosen Wolkenhimmel über der Ostsee brachte das Ziel des Tages für alle noch einmal auf den Punkt: Leben und sich niederlassen im Land zwischen den Meeren lohnen sich.

Lensahn



Landarztmedizin bietet jeden Tag etwas Neues: Dr. Carsten Haas

JAKOB WILDER, KVSH

„Campus.Info.Snack“

Die KVSH war mit der Aktion „Campus.Info.Snack“ wie in den vergangenen Jahren wieder bei den Medizinstudierenden in Kiel, Hamburg und Lübeck zu Gast. Die Nachwuchsmediziner bekamen in entspannter Atmosphäre und bei einem Becher Kaffee wichtige Informationen über Niederlassungsmöglichkeiten, Praxismodelle und zur Förderung während Famulatur, Blockpraktikum und Praktischem Jahr im Bereich Allgemeinmedizin mit auf den Weg. Das Konzept ging auf: Der Info-Stand war an allen Aktionstagen ein beliebter Anlaufpunkt für die Ärztinnen und Ärzte von morgen.





„Ich fand es spannend zu sehen, dass Niederlassung sehr viel Teamplay und vernetztes Arbeiten bedeutet.“

BASTIAN ASCHOFF, MEDIZINSTUDENT



„Ich möchte mich später selbst gern niederlassen und bin nach der Praxis-tour sehr beruhigt, denn man kann in alles hineinwachsen.“

EMY HARTUNG, MEDIZINSTUDENTIN



Ausklang in entspannter Atmosphäre in Scharbeutz

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

Einigkeit bei Stärkung der ambulanten Versorgung

Die Gesundheitsministerinnen und -minister der Länder haben sich auf ihrer gemeinsamen Konferenz in Travemünde Mitte Juni parteiübergreifend für die Sicherung der Gesundheitsversorgung ausgesprochen. Einig sei man sich auch darin, dass die ambulante Versorgung gestärkt werden müsse, hieß es in der abschließenden Pressemitteilung.



Lautstarke Proteste der niedergelassenen Ärzteschaft und ihrer Praxisteamts gegen die aktuelle Gesundheitspolitik

Man habe auf der Konferenz einen wichtigen Beschluss gefasst, der insbesondere zur Stabilisierung der ambulanten medizinischen Versorgung beitrage, so die schleswig-holsteinische Gesundheitsministerin Prof. Dr. Kerstin von der Decken. Zum einen bekräftigten die Länder ihre Absicht, im Rahmen ihrer Möglichkeiten die ambulante Versorgungslage zu verbessern.

Länder richten eine eigene AG ein

Zum anderen sei der Bund direkt aufgefordert worden, den dringenden Handlungsbedarf im ambulanten Sektor aufzugreifen und seine Gesetzeskompetenz zu nutzen, um entsprechende

Weichen zu stellen und Maßnahmen anzustoßen. Ein klares Signal, welche Bedeutung sie der zukünftigen Versorgung zurechnen, senden die Länder zudem durch die Einrichtung einer eigenen Länder-AG. Sie wird sich im Schwerpunkt mit der ambulanten und der sektorenübergreifenden Versorgung befassen und konkrete Vorschläge für bundesgesetzliche Maßnahmen erarbeiten. Allein die demografische Entwicklung werde unsere Gesellschaft vor große Herausforderungen stellen und uns gewaltige Aufgaben abverlangen, so die Ministerin.



Die Gesundheitsministerinnen und -minister mit dem Bundesgesundheitsminister

Von der Decken betonte: „Von der Gesundheitsministerkonferenz geht das starke Signal aus, dass sich die Länder gemeinsam und parteiübergreifend für die Sicherung der Gesundheitsversorgung einsetzen. Für die zunehmenden Herausforderungen, wie Fachkräftemangel, Unterversorgung oder Arzneimittelknappheit, gibt es keine Lösung auf Knopfdruck, aber eine Vielzahl an Stellschrauben, an denen wir drehen müssen.“

Lautstarke Proteste gegen aktuelle Gesundheitspolitik

Die GMK habe eine Fülle von Vorschlägen und konkreten Verbesserungsforderungen in Travemünde beschlossen. Die wolle Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, der als Gast in Travemünde teilgenommen hatte, so seine Zusicherung, konstruktiv prüfen. Dr. Melanie Möller, stellvertretende Kreisstellenvorsitzende Dithmarschen, bedauerte jedoch, dass Lauterbach den ambulanten Bereich während seiner Rede komplett ignoriert habe. Deutlich aufgeschlossener gegenüber den Niedergelassenen und ihren Nöten hätten sich die Gesundheitsminister der Länder gezeigt. Insgesamt waren unter Leitung der GMK-Vorsitzenden von der Decken mehr als 50 Anträge beraten und Beschlüsse gefasst worden.

Am Rande der Veranstaltung hatten zudem mehr als 250 Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen, darunter auch eine große Anzahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte unter anderem aus Dithmarschen mitsamt Praxispersonal, in einer Protestaktion auf die kritische Lage in der medizinischen Versorgung aufmerksam gemacht und lautstark ihre Stimmen erhoben. Sie forderten einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik des Bundes, um vor allem die Niederlassung in eigenen Praxen zu fördern und so das bewährte Gesundheitssystem zu erhalten.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

Gesetzentwurf macht KVen detaillierte Vorgaben

Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) sollen rund um die Uhr eine „notdienstliche Akutversorgung“ sicherstellen. Das sieht ein Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung vor, den das Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorgelegt hat. Außerdem ist geplant, KVen und ausgewählte Krankenhäuser zu verpflichten, sich an Integrierten Notfallzentren (INZ) als zentrale Ersteinschätzungsstelle zu beteiligen.



Telematikinfrastruktur digital vernetzt werden, um einen Austausch von Patientendaten ohne Medienbrüche zu ermöglichen. Die Akutleitstellen sollen „24 Stunden täglich und spätestens innerhalb von drei Minuten in 75 Prozent der Anrufe und zehn Minuten in 95 Prozent der Anrufe“ erreichbar sein. Die Erreichbarkeitsvorgaben sollen spätestens ein halbes Jahr nach Verkündung des Gesetzes erfüllt werden. Zudem ist geplant, die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117 der KVen in Terminservicestellen und Akutleitstellen aufzuteilen und mit der Nummer der Rettungsleitstellen (112) zu vernetzen.

„Konkretisierung“ des Sicherstellungsauftrages der KVen

Das BMG will außerdem den Sicherstellungsauftrag der KVen „konkretisieren“ und führt den neuen Begriff der „notdienstlichen Akutversorgung“

Die Reform der Notfallversorgung in Deutschland befindet sich schon länger in der politischen Diskussion, nun hat das BMG seine Pläne dazu in einen Gesetzentwurf gepackt. Dieser zeigt, dass sich die KVen und mit ihnen die Vertragsärztinnen und -ärzte auf erhebliche Veränderungen in der Organisation der Bereitschaftsdienste einstellen müssen. Erklärtes Ziel des Gesetzes ist es, Notfallpatienten besser als bisher in die richtige Versorgungsebene zu steuern. In dem Entwurf heißt es, die drei Versorgungsbereiche – vertragsärztlicher Notdienst, Notaufnahmen der Krankenhäuser und Rettungsdienste – seien besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Konkret sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Terminservicestellen durch sogenannte Akutleitstellen der KVen ersetzt werden. Diese sollen mit den Rettungsleitstellen unter Nutzung der

ein. Dieser umfasse die vertragsärztliche Versorgung in Fällen, in denen eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich sei. Wörtlich steht in dem Entwurf: „Die notdienstliche Versorgung ist durchgängig, das bedeutet 24 Stunden täglich, sicherzustellen. Sie ist jedoch ausdrücklich auf eine Erstversorgung der Versicherten begrenzt.“ Und weiter: „Zur Sicherstellung einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem ambulanten Behandlungsbedarf werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche sowohl eine telemedizinische als auch eine aufsuchende notdienstliche Versorgung bereitzustellen.“ Und das parallel zur Regelversorgung in den Praxen.

INZ als Anlaufstelle für Notfallpatienten

Auch an anderer Stelle versucht der Gesetzentwurf bis ins kleinste Detail die Notfallversorgung zu regulieren und macht den KVen verpflichtende Vorgaben. An den Notaufnahmen von bestimmten Krankenhäusern sollen Integrierte Notfallzentren (INZ) entstehen. „In diesen arbeiten zugelassene Krankenhäuser und die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich so zusammen, dass immer eine bedarfsgerechte ambulante medizinische Erstversorgung bereitsteht“, heißt es in dem Entwurf. Die Integrierten Notfallzentren sollen aus der Notaufnahme eines Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im oder am Krankenhausstandort und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle bestehen.

Auch zu den Öffnungszeiten der an das INZ angebundenen Notdienstpraxen hat sich das BMG ganz genau Gedanken gemacht: Diese sollen an Wochenenden und Feiertagen mindestens von 9 Uhr bis 21 Uhr, Mittwoch und Freitag mindestens von 14 Uhr bis 21 Uhr und montags, dienstags und donnerstags mindestens von 18 Uhr bis 21 Uhr geöffnet sein. Weiter heißt es in dem Gesetzentwurf: „Die ambulante Akutversorgung soll für die Zeiten, in denen die Notdienstpraxis innerhalb der Sprechstundenzeiten der vertragsärztlichen Praxen nicht geöffnet hat, durch eng an das Integrierte Notfallzentrum angebundene Kooperationspraxen (Vertragsarztpraxen und MVZ, Anmerkung der Redaktion) abgedeckt werden. Zu Zeiten, in denen weder die Notdienstpraxis noch die Kooperationspraxis geöffnet haben, übernimmt die Notaufnahme des Krankenhauses die gesamte ambulante notdienstliche Versorgung.“ Die fachliche Leitung dieser Ersteinschätzungsstellen soll bei den Krankenhäusern liegen. Die Standorte für die INZ sollen von den Selbstverwaltungspartnern nach bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben – wie etwa Erreichbarkeit – im erweiterten Landesausschuss festgelegt werden.

Offene Sprechstunde und vermutliches Einsparpotenzial

Der Gesetzentwurf befasst sich auch mit den offenen Sprechstunden, die für viele Facharztgruppen schon jetzt verpflichtend sind. Im Sinne der Reform der Notfallversorgung sollte eine bessere Verteilung der offenen Sprechstunden erreicht wer-

den. „Ziel müsse dabei sein“, so das BMG, „dass die Patientinnen und Patienten möglichst an jedem Wochentag während der Sprechstundenzeiten die Möglichkeit haben, bei akutem Behandlungsbedarf auch ohne vorherige Terminvereinbarung eine vertragsärztliche Versorgung (in den zur offenen Sprechstunde verpflichteten Arztgruppen) in Anspruch nehmen zu können.“ Um das zu erreichen, soll die Zulassungsverordnung für Vertragsärztinnen und -ärzte angepasst werden. So sollen im Bundesmantelvertrag „bundeseinheitliche Regelungen zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der Sprechstunden“ innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich getroffen werden.

In den Reformplänen für die Notfallversorgung sieht das BMG unter dem Strich ein erhebliches Einsparpotenzial bei den Gesundheitskosten. Es würden sich zwar für die gesetzliche Krankenversicherung geschätzte maximale Mehrausgaben in Höhe von etwa 150 Millionen Euro ergeben. Davon entfallen rund 105 Millionen Euro auf den verpflichtenden Ausbau des aufsuchenden KV-Dienstes auf einen 24-Stunden-Betrieb sowie rund 45 Millionen Euro für den Mehrbedarf bei den Akutleitstellen. Insgesamt könne aber durch diese Maßnahmen, die mit den Regelungen zur Notfallreform vorgesehen werden, langfristig mit jährlichen Einsparungen von rund 900 Millionen Euro gerechnet werden. Keine Angaben macht der Entwurf hingegen zu der Frage, woher in Zeiten des akuten Ärztemangels das Personal herkommen soll, um die telemedizinische Versorgung und Hausbesuchsdienste für Akutfälle rund um die Uhr parallel zur Regelversorgung in den Praxen sicherzustellen und nach Praxischluss noch die geplanten Dienste in den Notdienstpraxen zu übernehmen?

MARCO DETHLEFSEN, KVSH

Realitätsfern

Bilder sagen mehr als tausend Worte und manchmal sprechen sie auch Bände. Wer gesehen hat, wie Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal, die am Rande der Gesundheitsministerkonferenz in Travemünde für ihre Interessen demonstrierten, übergangen und ignoriert hat, der fragt unweigerlich nach der Verantwortung und der Professionalität eines Spitzenpolitikers in schwierigen Zeiten. Schwierig hinsichtlich der fachlichen Herausforderungen seines Ressorts, schwierig aber auch angesichts des schwindenden Vertrauens der Bürger in die Politik und ihre Repräsentanten generell. Wer sich da wegdreht, wird seiner Verantwortung nicht gerecht.

Dabei wäre es ein Leichtes gewesen, für einige Minuten zuzuhören, Hände zu schütteln und medienwirksam für die eigene Politik zu werben – selbst wenn es keine Annäherung der Positionen gegeben hätte. So bleibt der fade Nachgeschmack, dass die Interessen der Niedergelassenen und des Fachpersonals den Minister nicht interessieren, weil er ohnehin eine politische Linie fährt, die allenfalls am grünen Tisch fehlerfrei aussieht. Dass der Realitätscheck immer wieder zu anderen Ergebnissen führt, veranlasst den Minister dennoch nicht zur Änderung seiner Methoden, sodass weiter an der Realität munter vorbeigeplant wird. Ein Musterbeispiel dafür ist die in diesem **Nordlicht** vorgestellte Reform der Notfallversorgung. Zwar ist der Entwurf richtig in der Analyse, aber hinsichtlich der bis ins Kleinste geregelten Vorgaben für die Umsetzung fern der Realität des Praxisbetriebs und ein massiver Eingriff in den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen.

„Wer sich da wegdreht, wird seiner Verantwortung nicht gerecht.“

Wohl wissend, dass die Praxen schon seit Jahren am Limit arbeiten und alle Sektoren des Gesundheitssystems um den Nachwuchs kämpfen müssen, soll eine „notdienstliche Akutversorgung“ an sieben Wochentagen und im 24-Stunden-Takt auf den regulären Praxisbetrieb aufgesattelt werden, ohne auch nur im Ansatz die Frage der Realisierbarkeit zu bedenken. Denn neben den personellen Engpässen, verstopfen fachfremde Aufgaben wie Verwaltung, Dokumentation, Qualitäts- und Casemanagement den medizinischen Alltag. Und Reizworte, wie Digitalisierung, Datenschutz oder das verspätet gestartete eRezept, sind dabei noch nicht berücksichtigt. Wie soll in dieser Lage eine Notfallversorgung als Zusatzaufgabe organisiert werden – ohne den Leistungsdruck auf die Niedergelassenen und ihr medizinisches Fachpersonal weiter massiv zu erhöhen?

Dass zumindest die Länder den Ernst der Lage verstanden haben, zeigt die von der GMK beschlossene Einrichtung einer Länder-Arbeitsgruppe, die sich vornehmlich mit der ambulanten

und der sektorenübergreifenden Versorgung befassen und Vorschläge erarbeiten soll, wie die sich abzeichnenden Engpässe überwunden werden können, um weiterhin eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung sicherstellen zu können. Für Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin und GMK-Vorsitzende, Kerstin von der Decken, ist das auch ein Auftrag an den Bundesgesundheitsminister. Für Fachkräftemangel, regionale Unterversorgung und Arzneimittelknappheit gebe es keine Lösung auf Knopfdruck, aber viele Stellschrauben, um gute Rahmenbedingungen für die Menschen und die Firmen, die im Gesundheitswesen tätig sind, zu schaffen, erläuterte sie nach der Konferenz. Man kann nur hoffen, dass auch bei Karl Lauterbach diese Botschaft angekommen ist.

Als „weißen Elefanten im Raum“ beschrieben Teilnehmer an der GMK die Krankenhausreform – nicht auf der Tagesordnung, aber in fast jedem Gespräch präsent. Die Länder pochen weiter auf Änderungen und setzen auf ihren Einfluss im laufenden parlamentarischen Verfahren. Aber auch hier „perlt“ jede Kritik an Lauterbach ab. Zähneknirschend musste er den gerade erst online gestellten Klinikatlas nach massiver Kritik zahlreicher Krankenhäuser nachbessern lassen. Ob es damit getan ist, wird sich zeigen. Offen ist zum Beispiel weiterhin, wer für die Validität der dort genannten Daten rechtlich die Verantwortung trägt.

Der Streit zwischen Bund und Ländern um die große Krankenhausreform ist jedenfalls noch längst nicht beigelegt. Die Länder verbitten sich die Einordnung ihrer Kliniken in Leistungsgruppen als Einmischung in ihre hoheitlichen Aufgaben und Befugnisse. Bayern erwägt eine Klage, während Nordrhein-Westfalen im Alleingang schon länger seine Klinik-Landschaft umbaut. Unbeantwortet bleibt außerdem die Frage, wie künftig die bewährte Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Medizin konkret gesichert werden soll – ganz sicher nicht durch vollmundige Absichtserklärungen. Viel Zeit bleibt nicht mehr, denn in ca. 15 Monaten wird ein neuer Bundestag gewählt. Wenn Bund und Länder sich bis dahin nicht einigen, steht der Start des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes weiter in den Sternen.

Bis dahin muss sich außerdem zeigen, wie die Finanzierung des Gesundheitssystems in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen mit den steigenden Kosten Schritt halten kann. Auch hier ist Realitätssinn gefragt – von allen Seiten. Höhere Beitragszahlungen der Versicherten sind kein Weg aus der Misere, mit gleichem Geld gleichbleibende oder bessere Leistungen des Systems zu erwarten, wird auch nicht funktionieren. So gesehen liegen die größten Herausforderungen noch vor uns – und vor einem Bundesgesundheitsminister, der wiederholt daran erinnert werden muss, dass er die Verantwortung für den Zustand und die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems trägt. Und auch hier hilft es nicht weiter, den Problemen einfach den Rücken zuzukehren.

PETER WEIHER, JOURNALIST

Vergütung der offenen Sprechstunde in Schleswig-Holstein

Seit knapp fünf Jahren sind bestimmte Facharztgruppen gesetzlich verpflichtet, offene Sprechstunden anzubieten und noch immer erreichen uns Anfragen zu diesem Thema. Oftmals geht es darum, wie offene Sprechstunden vergütet werden? Grund genug, die wichtigsten Informationen dazu erneut zusammenzufassen.

Zum 1. Januar 2023 wurde das Gesetz für die offene Sprechstunde geändert. Paragraph 87a Absatz 3 Satz 15 SGB V sieht seitdem hierzu vor, dass die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) stetig zu verringern ist, wenn die Leistungsmenge der offenen Sprechstunde im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent innerhalb einer Arztgruppe steigt. In diesem Fall ist die über die 3 Prozent hinausgehende Leistungsmenge sockelwirksam aus der MGV zu bereinigen. Dieses Geld fließt an die Krankenkassen zurück. Reduziert sich die Leistungsmenge der offenen Sprechstunde dagegen, so fließt dieses Geld aber nicht zurück zur KV. Im 3. Quartal 2023 betrug diese MGV-Bereinigung ca. 2,3 Millionen Euro.

Hintergrund für diese Rückerstattung an die Krankenkassen war, dass sich aufgrund der Abschaffung der TSVG-Neupatienten die Abrechnungsmengen von den bisherigen Neupatienten hin zur offenen Sprechstunde deutlich verschoben hatten.

Diese stetige Bereinigung der Gesamtvergütung hat zur Folge, dass den KVen deutlich weniger Geld für die Honorarverteilung innerhalb der MGV zur Verfügung steht – also für die Leistungen, welche nicht „extrabudgetär“ sind. Um diese nicht mehr zur Verfügung stehende Geldmenge bei der Honorarverteilung in

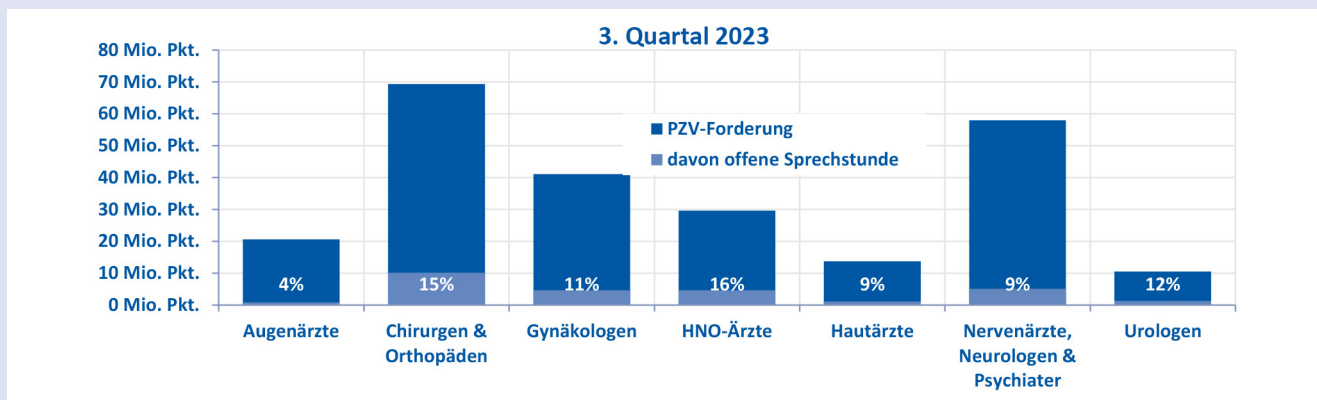
der PZV-Systematik zu berücksichtigen, müssten die PZV jedes Quartal neu um den über die 3 Prozent hinausgehenden Anteil arztgruppenspezifisch und arztindividuell bereinigt werden.

Um den Praxen ein planungssicheres PZV schon vor Beginn eines Quartals mitzuteilen, haben wir einen Berechnungsweg entwickelt, der den Praxen eine stetige Nachbereinigung erspart:

Dazu wurde im ersten Schritt die arztindividuelle historische PZV-Bereinigung der offenen Sprechstunde aus den Quartalen 4/2019 bis 3/2020 wieder in die PZV zurückgeführt.

In der aktuellen Abrechnung werden dann die PZV-relevanten Leistungen gegen das PZV „gehalten“. Die PZV-relevanten Anteile der offenen Sprechstunde werden dabei ebenfalls mitberücksichtigt. Anschließend wird für die Leistungen der offenen Sprechstunde die Vergütung bei Überschreitung des PZV auf 100 Prozent des Orientierungswerts angehoben. Somit werden die Leistungen der offenen Sprechstunde bis zu der Fallzahlgrenze von 17,5 Prozent gemessen an der Gesamtfallzahl der Arztgruppe stets voll vergütet und den Krankenkassen vollumfänglich in Rechnung gestellt.

Dazu eine Übersicht über den Anteil der offenen Sprechstunde an der PZV-Leistungsmenge:

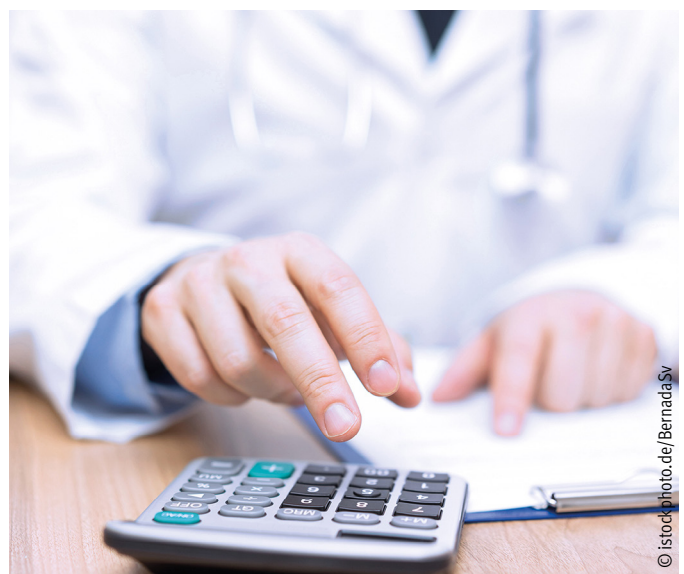


HONORAR

Hier an drei Beispielpraxen die Durchführung der Berechnung im Vergleich zur stetigen Bereinigung detailliert in Zahlen:

	1. Praxis unveränderte Leistungsmenge	2. Praxis konstante Leistungserbringung, aber Verlagerung der Leistungen hin zu offener Sprechstunde	3. Praxis Steigerung der Leistungsmenge, aber Leistungen der offenen Sprechstunde konstant
aktuelles Szenario:			
PZV:	250.000 Pkt.	250.000 Pkt.	250.000 Pkt.
historische Bereinigung der offenen Sprechstunde aus 3/2020:	+ 10.000 Pkt.	+ 10.000 Pkt.	+ 10.000 Pkt.
PZV inkl. historischem Anteil der offenen Sprechstunde:	= 260.000 Pkt.	= 260.000 Pkt.	= 260.000 Pkt.
PZV-relevante Forderung inkl. aktueller Forderung der offenen Sprechstunde:	330.000 Pkt.	330.000 Pkt.	380.000 Pkt.
Forderung innerhalb des PZV zum OW:	260.000 Pkt. x 11,4915 ct. = 29.878 €	260.000 Pkt. x 11,4915 ct. = 29.878 €	260.000 Pkt. x 11,4915 ct. = 29.878 €
darüber hinaus gehende Forderung zum Restpunktwert:	70.000 Pkt. x 3,3560 ct. = 2.349 €	70.000 Pkt. x 3,3560 ct. = 2.349 €	120.000 Pkt. x 3,3560 ct. = 4.027 €
PZV-Vergütung:	330.000 Pkt. x 9,7658 ct. = 32.227 €	330.000 Pkt. x 9,7658 ct. = 32.227 €	380.000 Pkt. x 8,9224 ct. = 33.905 €
offene Sprechstunde:			
aktuelle Forderung bereits über das PZV vergütet:	10.000 Pkt. x 9,7658 ct. = 977 €	60.000 Pkt. x 9,7658 ct. = 5.859 €	10.000 Pkt. x 8,9224 ct. = 892 €
Differenz bis zur Vollvergütung:	10.000 Pkt. x 1,7257 ct. = 173 €	60.000 Pkt. x 1,7257 ct. = 1.035 €	10.000 Pkt. x 2,5691 ct. = 257 €
insgesamt:	330.000 Pkt. x 9,8181 ct. = 32.400 €	330.000 Pkt. x 10,0796 ct. = 33.263 €	380.000 Pkt. x 8,9900 ct. = 34.162 €

Wir erachten diesen Berechnungsweg als am besten geeignet, um die gesetzlich vorgeschriebene MGVBereinigung in der Honorarverteilung zu berücksichtigen. Anderenfalls müsste eine stetige arztindividuelle Bereinigung der PZV erfolgen. Es wäre in jedem Quartal bei allen fachärztlichen Praxen, die verpflichtet sind, offene Sprechstunden zu erbringen, eine Bereinigung erforderlich, sofern eine entsprechende Ausweitung der offenen Sprechstunde gegenüber dem Vorjahresquartal vorliegt. Es müsste je Fachgruppe geprüft werden, ob eine Überschreitung der zulässigen 3 Prozent zum Vorjahresquartal erfolgt ist.



Eine alleinige Bereinigung auf Arztgruppenebene wäre nur dann alternativ möglich, wenn es Fachgruppentöpfe mit jeweils eigenen Restpunktwerten gäbe. Dies würde eine grundsätzliche Änderung in unserem HVM bedeuten, der bis dato ganz bewusst keine Fachgruppentöpfe beinhaltet.

Für eine arztindividuelle Bereinigung müsste im Weiteren der fachgruppenspezifische Bereinigungsbetrag auf die einzelnen Ärzte heruntergebrochen werden. In der individuellen Betrachtung erscheinen einzelne Quartale wegen Abwesenheiten in der Praxis – z. B. durch Krankheit, Urlaub, etc. – als ungeeignet, sodass gegebenenfalls nach Alternativquartalen gesucht werden müsste. Insgesamt würde die arztindividuelle Bereinigung, die ab 1/2023 und dann „endlos“ geprüft und gegebenenfalls erfolgen muss, in der individuellen Betrachtung sehr häufig als ungerecht empfunden und wäre damit der aktuellen Vergütungssystematik in der Akzeptanz nicht überlegen.

Hinweis:

Hausärzte und Kinderärzte können für ihre Patienten einen Behandlungstermin bei einem Facharzt, beispielsweise über das KVSH-Portal, als HaFa-Fall außerhalb der offenen Sprechstunde vermitteln. Sie erhalten hierfür einen extrabudgetären Vermittlungszuschlag. Der Facharzt erhält aufgrund der Terminvermittlung den gesamten Behandlungsfall zuzüglich eines Zuschlags außerhalb der offenen Sprechstunde extrabudgetär vergütet. Die Behandlung im Rahmen dieser Vermittlung kann nur erfolgen, wenn die hausärztliche Praxis diese initiiert hat. Die Entscheidung, ob ein Patient einen dringenden Termin bei einer Facharztpraxis benötigt, obliegt dem Haus- bzw. Kinderarzt.

	1. Praxis unveränderte Leistungsmenge	2. Praxis konstante Leistungserbringung, aber Verlagerung der Leistungen hin zu offener Sprechstunde	3. Praxis Steigerung der Leistungsmenge, aber Leistungen der offenen Sprechstunde konstant
Szenario bei stetiger Nachbereinigung:			
PZV vor Bereinigung:	260.000 Pkt.	260.000 Pkt.	260.000 Pkt.
historische Bereinigung aus 3/2020:	- 10.000 Pkt.	- 10.000 Pkt.	- 10.000 Pkt.
Nachbereinigung mit PZV-Quote (79,9%):	- 0 Pkt.	- 37.928 Pkt.	- 0 Pkt.
PZV nach Bereinigung:	250.000 Pkt.	212.072 Pkt.	250.000 Pkt.
PZV-relevante Forderung ohne offene Sprechstunde:	320.000 Pkt.	270.000 Pkt.	370.000 Pkt.
Forderung innerhalb des PZV zum OW:	250.000 Pkt. x 11,4915 ct. = 28.729 €	212.072 Pkt. x 11,4915 ct. = 24.370 €	250.000 Pkt. x 11,4915 ct. = 28.729 €
darüber hinaus gehende Forderung zum Restpunktwert:	70.000 Pkt. x 3,3560 ct. = 2.349 €	57.928 Pkt. x 3,3560 ct. = 1.944 €	120.000 Pkt. x 3,3560 ct. = 4.027 €
PZV-Vergütung:	320.000 Pkt. x 9,7119 ct. = 31.078 €	270.000 Pkt. x 9,7460 ct. = 26.314 €	370.000 Pkt. x 8,8530 ct. = 32.756 €
offene Sprechstunde:			
aktuelle Forderung und Vergütung:	10.000 Pkt. x 11,4915 ct. = 1.149 €	60.000 Pkt. x 11,4915 ct. = 6.895 €	10.000 Pkt. x 11,4915 ct. = 1.149 €
insgesamt:	330.000 Pkt. x 9,7658 ct. = 32.227 €	330.000 Pkt. x 10,0634 ct. = 33.209 €	380.000 Pkt. x 8,9224 ct. = 33.905 €
Differenz beider Szenarien:	-173 €	-53 €	-257 €

DANA ENGELHARDT, KARSTEN WILLMS, KVSH

Abrechnung von Hybrid-DRGs

Zum 1. Januar dieses Jahres wurde die Abrechnung von Hybrid-DRGs mit einem Startkatalog von 244 definierten Leistungen aus fünf Leistungsbereichen eingeführt. Bereits im ersten Quartal 2024 wurden gegenüber der KVSH knapp 450 Hybrid-DRG-Fallpauschalen abgerechnet, und die Tendenz ist steigend.

Der Hintergrund zur Einführung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen nach Paragraph 115f SGB V zum 1. Januar 2024 ist die Umsetzung einer speziellen sektorengleichen Vergütung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben hierfür die Abrechnungsmodalitäten beschlossen. Für das Kalenderjahr 2024 gilt eine Übergangsregelung, die die Abrechnung der Hybrid-DRG-Pauschalen als Pseudo-Gebührenordnungspositionen (83001-83012) über die Quartalsabrechnung vorsieht. Ab dem 1. Januar 2025 soll dann das eigentliche Abrechnungsverfahren, der elektronische Datenaustausch nach Paragraph 295 Absatz 1 Satz 1 SGB V, umgesetzt werden.

Kein Wahlrecht bei der Abrechnung

Nach Inkrafttreten der Hybrid-DRG-Verordnung war von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) noch nicht abschließend geklärt, ob ein Wahlrecht zwischen Hybrid-DRG und EBM-Abrechnung besteht. Dies wurde mittlerweile vom BMG klargestellt. Sofern sich aufgrund der Diagnosen und OPS-Prozeduren eine Zuordnung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt, ist die Abrechnung über den EBM unzulässig. Ein Wahlrecht ist somit ausgeschlossen.

Abrechnungsvoraussetzung im Übergangszeitraum 2024

Zur Abrechnung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen muss die KVSH beauftragt werden. Hierzu ist eine Vereinbarung zur Abrechnung der Hybrid-DRG-Leistungen mit der KVSH zu schließen.

Die entsprechenden Vertragsvorlagen dazu sind unter <https://www.kvsh.de/praxis/vertraege/hybrid-drg-115f-sgb-v> zu finden.

Grundsätzlich gilt, dass zur Abrechnung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen eine Genehmigung zum ambulanten Operieren nach Paragraph 115b SGB V oder eine belegärztliche Anerkennung vorliegen muss. Die Abrechnung der jeweiligen Fallpauschale erfolgt nur einmal und kann nur von einem Leistungserbringer (Operateur/Anästhesist) berechnet werden.



Neu: DRG-Groupier im KVSH-Mitgliederbereich

Zur Ermittlung einer Hybrid-DRG steht im KVSH-Mitgliederportal ein zertifizierter Groupier zur Verfügung. Mit dieser Software wird geprüft, ob eine bestimmte Leistung als Hybrid-DRG-Fallpauschale abgerechnet werden kann und wie diese vergütet wird. Weist die Groupier-Software die eingegebenen Leistungen als Hybrid-DRG aus, so kann die dazugehörige Pseudo-GOP 83001-83012 (Übergangsregelung 2024) in Verbindung mit den im Groupier eingetragenen Diagnosen (ICD-10) und Prozeduren (OPS) der durchgeführten Operation über das Praxisverwaltungssystem mit der KVSH abgerechnet werden. Das Ergebnis des Groupiers ist entscheidend. Zur Abrechnung von Hybrid-DRGs ist auf der [KVSH-Website](#) ein Abrechnungsleitfaden inklusive Fallbeispiel zu finden.

Wichtig: Für die Gruppierung sind alle Diagnosen und Prozeduren zu berücksichtigen, die in dem durch die Hybrid-DRG-Verordnung definierten Zeitraum relevant gewesen sind.

SEKTORENGLEICHEN VERGÜTUNG

Hinweis: Der Online-Grouper und auch der Zugang zum neuen KVSH-Mitgliederportal sind bereits vorbereitende Maßnahmen für die Abrechnung der Hybrid-DRG nach dem Übergangszeitraum 2024. Die Nutzung der Grouper-Software kann auch an Medizinische Fachangestellte delegiert werden. Legen Sie hierzu weitere Benutzer im KVSH-Mitgliederportal an. Dabei unterstützt Sie auch die Telematik-Hotline unter 04551 883 888.

EBM-Leistungen außerhalb der Hybrid-DRG-Fallpauschalen

Die Leistungsvergütung der Fallpauschale, inklusive der Sachkosten, umfasst die Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.

In dem Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2024 können Haus- und Fachärzte auch bei Hybrid-DRG-Eingriffen nach Paragraph 115f SGB V präoperative sowie postoperative Leistungen, die nicht von der Hybrid-DRG-Fallpauschale umfasst werden, abrechnen.

Präoperative Leistungen

Hausärzte können durch Überweisung auch im Rahmen von Hybrid-DRG-Eingriffen nach Paragraph 115f SGB V präoperative Leistungen, die außerhalb der OP-Einrichtung erfolgen, gemäß dem Kapitel 31.1.2 EBM abrechnen.

Postoperative Leistungen

Eine Besonderheit gilt bei der Dokumentation postoperativer Behandlungen im Zusammenhang mit Hybrid-DRG-Fallpauschalen. Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 EBM richten sich wie gewohnt nach dem OPS-Code des durchgeführten Eingriffs und dessen Zuordnung gemäß Anhang 2 EBM. OPS-Codes aus der Anlage 1 der Hybrid-DRG Verordnung, die nicht im Anhang 2 des EBM enthalten sind, werden wie folgt dokumentiert:

BEZEICHNUNG	GOP	ZUSATZKENNZEICHNUNG
Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs	31600	88110
Ärzte im fachärztlichen Versorgungsbereich, die auf Überweisung des Operateurs die postoperative Behandlung übernehmen	31610	88110
Operateure	31611	88110

Hinweis: Erfolgt ein Eingriff nach Paragraph 115f SGB V durch ein Krankenhaus, können Ärzte die Gebührenordnungspositionen der postoperativen Behandlung gemäß 31.4.2 und 31.4.3 auch ohne Überweisung abrechnen, wenn aus dem Befundbrief die Beauftragung hervorgeht.

Zusatzkennzeichnungen im Zusammenhang mit der Hybrid-DRG

Um eine Verknüpfung mit einer Hybrid-DRG-OP herstellen zu können, müssen alle an der Operation beteiligten Ärzte den Hybrid-DRG-Fall in der eigenen Abrechnung mit der Kennziffer 99115 kennzeichnen. Dies gilt auch für Leistungserbringer, die aufgrund der Hybrid-DRG-Abrechnung keine weiteren Leistungen nach EBM geltend machen können. Auch hier ist eine Kennzeichnung mit der 99115 notwendig, damit begünstigende fallzahlbezogene Regelungen (wie z. B. der Wirtschaftlichkeitsbonus) weiterhin korrekt berechnet werden können.

Ausstehende Informationen

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses verständigen sich bis zum 30. Juni 2024 über die Leistungen, für die ein Abrechnungsausschluss zu den Hybrid-DRG-Fallpauschalen bestehen soll. Ein Beschluss hierüber soll mit Wirkung zum 1. Juli 2024 getroffen werden.

Aktuell stehen in der Anlage 1 der Hybrid-DRG Verordnung 244 OPS-Prozeduren aus fünf Leistungsbereichen zur Verfügung. Zum Januar 2025 erfolgt dann eine Erweiterung des Katalogs.

SVENJA WALTHER, KVSH

Laufende Psychotherapie und Wechsel der Krankenkasse

Bei einem Wechsel der gesetzlichen Krankenversicherung und einer zeitgleich laufenden psychotherapeutischen Behandlung von Patienten kann es zu Schwierigkeiten kommen. Hierzu gibt es unterschiedliche Betrachtungsweisen. Auch die rechtliche Lage ist uneindeutig. Von daher ergeht die Empfehlung, dass Psychotherapeuten bei einem Krankenkassenwechsel ihrer Patienten mit einfachen Schritten reagieren sollten.



© istockphoto.de/LightFieldStudios

Erneute Prüfung der Leistungspflicht nicht statthaft

Im Sinne einer kontinuierlichen psychotherapeutischen Behandlung ist es selbstverständlich, und dies ist auch von Sozialgerichten festgestellt worden, dass eine neue Krankenkasse an den Bewilligungsbescheid (Mitteilung zur Anerkennung der Leistungspflicht) der alten Krankenkasse gebunden ist, wenn der Versicherte während einer laufenden antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie seine Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse wechselt. Eine genehmigte Psychotherapie bleibt genehmigt; die ursprüngliche Zusage einer Kran-

kenkasse fällt nicht bei einer neuen Krankenkasse wieder weg (vgl. Sozialgericht München S 38 KA 125/22). Eine laufende Psychotherapie sollte nicht ohne Weiteres unterbrochen werden. Dem Versicherten ist eine Unterbrechung nicht zumutbar, so konstatierten die Richter.

Neue Krankenkasse braucht Informationen

Allerdings gibt es in dieser Situation noch einen weiteren Aspekt. Auch verständlich ist, dass die neue Krankenkasse über die vorab bei einer anderen Krankenkasse erfolgte Geneh-

migung einer antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Behandlung informiert sein möchte. Dieses Interesse der Krankenkassen erfährt auch von Sozialgerichten Würdigung (vgl. LSG Schleswig-Holstein L 4 KA 26/20). Es wird anerkannt, dass eine (neue) Krankenkasse nur mit dem Wissen, dass sich einer ihrer Versicherten in einer antrags-, genehmigungspflichtigen- und kontingentierte Behandlung befindet, überhaupt in die Lage versetzt ist, den Einhaltung von Leistungsansprüchen nach der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung sowie den von Abrechnungsregeln des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes im Blick zu haben. Es spricht auch nichts dagegen, dass Krankenkassen grundsätzlich einen Überblick über ihre Leistungspflichten gegenüber ihren Versicherten haben sollen.

Beide Aspekte finden rechtliche Würdigung

Es verwundert nicht, dass auch auf der Ebene der Sozialgerichte die verschiedenen Sichtweisen wiederzufinden sind. Einerseits zeichnet sich ab, dass eine Benachrichtigung vom behandelnden Psychotherapeuten an die neue Krankenkasse über eine bei ihm laufende antrags- und genehmigungspflichtige Behandlung bei einem ihrer Versicherten erwartet werden kann. Andererseits scheint unstrittig zu sein, dass es der neuen Krankenkasse in keiner Weise obliegt, die von der vorherigen Krankenkasse bereits einmal festgestellte Leistungspflicht in Frage zu stellen. Aktuell liegen keine Berichte vor, dass Krankenkassen dieses Ansinnen überhaupt verfolgen. Es wäre auch eine schlechte Willkommenskultur gegenüber neuen Versicherten, schon von daher ist ein derartiges Vorgehen nur schwer vorstellbar.

Rechtsprechung uneinheitlich – praktikable Lösung ist angesagt

In der Psychotherapie-Vereinbarung (Paragraf 13 Abs. 6) heißt es zum Kassenwechsel Folgendes: „Erlischt die Leistungspflicht der Krankenkasse während einer laufenden Behandlung, so unterrichtet sie unverzüglich die die Psychotherapie ausführende Therapeutin bzw. den die Psychotherapie ausführenden Therapeuten.“ Derartige Meldungen erfolgen in der Regel nicht. Auch Patienten teilen diesen Umstand ihrem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten nur selten mit. Ohne Frage bekommt der Psychotherapeut Kenntnis von einem Krankenkassenwechsel spätestens beim nächsten Einlesen der Krankenversicher-

tenkarte. So kann mit dem weit verbreiteten Versäumnis seitens der Krankenkassen und der Patienten im Grunde genommen nachsichtig umgegangen werden. Weitere Vorgaben für den Fall eines Krankenkassenwechsels sind in den Regelwerken nicht enthalten. Eben aus dieser Gemengelage heraus ergibt sich eine unscharfe Lage, die in einigen Fällen in der Vergangenheit leider erst gerichtlich geklärt werden musste. Da jedoch nun auch die Rechtsprechungen widersprüchlich ausfallen, kann das nur dazu führen, eine klare Empfehlung für behandelnde Psychotherapeuten auszusprechen. Das heißt, über eine Benachrichtigung an die neue Krankenkasse über eine laufende antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie bei ihrem (neuen) Versicherten, sollte nicht lange nachgedacht werden. Sie sollte zeitnah erfolgen. Die Information an die neue Krankenkasse sollte selbstredend mit der Aufforderung verbunden sein, dem behandelnden Psychotherapeuten unbedingt ein Schriftstück zukommen zu lassen, aus dem die Übernahme der Anerkennung der Leistungspflicht gegenüber dem neuen Versicherten hervorgeht.

Die Zukunft kann anders aussehen

So wie die Situation auch im Gespräch mit Mitarbeitern von Krankenkassen dargelegt wird, muss derzeit davon ausgegangen werden, dass Versichertendaten bei einem Krankenkassenwechsel nicht automatisch auf die neue Kasse übertragen werden. Inwieweit die fortschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens und die zukünftige elektronische Patientenakte an diesem Umstand etwas ändern, kann momentan noch nicht gesagt werden. Sollten Daten über stattfindende laufende Behandlungen zukünftig automatisiert von Krankenkasse zu Krankenkasse fließen, würde dieses an papiergebundenen Informationsempfehlungen und -pflichten grundlegend etwas ändern. Im Nachgang würden dann sicherlich auch Passagen in den verschiedenen vertragspsychotherapeutischen und -ärztlichen Regelwerken angepasst werden. Und manch Tenor aktueller Rechtsprechung, den es jetzt noch zu beachten gilt, löst sich auf, da sich die Grundlagen wesentlich geändert haben. Die vorab genannten Empfehlungen sind von daher als Momentaufnahme zu betrachten. Sollte sich hieran etwas ändern, wird informiert werden.

HEIKO BORCHERS, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, KIEL

Aus Anlass der Eröffnung ihres neuen Plenarsaals im Juni 2022 hat die KVSH eine Festschrift aufgelegt. Diese unternimmt einen kurzweiligen und informativen Streifzug durch die Geschichte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein und stellt die Versorgungssituation zwischen Nord- und Ostsee, angefangen bei ersten Ärztevereinen im 19. Jahrhundert bis hin zur heutigen Selbstverwaltung, dar.

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

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



Zwischen Freiheit und Verantwortung

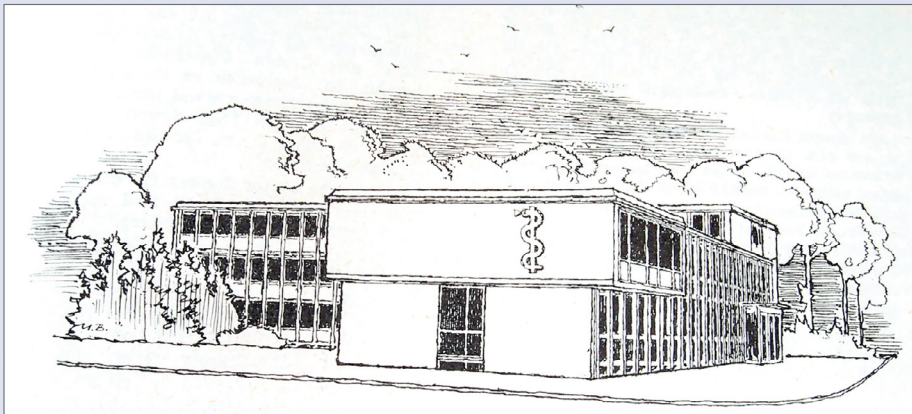
Ein historischer Streifzug durch die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein

KV-Verwaltung 1924 – heute (Teil 3) Der Neubau in der Bismarckallee

Dass das Platzangebot in der Eutiner Straße 3 für derart große Rechenanlagen bei weitem nicht mehr ausreichte, lag auf der Hand. Auch hatte sich allein durch Freigabe der Zulassung im Jahr 1960 die Zahl an Kassenärztinnen und -ärzten in Schleswig-Holstein um 20 Prozent erhöht, was wiederum

weiteres Personal in der Geschäftsstelle erforderlich machte. Da jedoch die Unterbringung des Personals „fast ausnahmslos unzureichend geworden war“, stellte sich insbesondere für die KVSH die dringende Frage nach der Schaffung weiterer Räumlichkeiten. Hinzu kam, dass auch die Ärztekammer für die geplante Versorgungseinrichtung zusätzlichen Platz benötigte.

© Archiv der Ärztekammer Schleswig-Holstein



Bauskizze des „Hauses der Ärzte“ in der Bismarckallee in Bad Segeberg

In mehreren Sitzungen diskutierten die Abgeordneten der KVSH über einen dreigeschossigen Erweiterungsbau an die Eutiner Straße 3 durch den Erwerb der Nachbargrundstücke. Alternativ stand ein Neubau an der Ecke Eutiner Straße und Bismarckallee wie auch an weiteren Standorten zur Disposition. Um sich einen eigenen Eindruck der Gegebenheiten zu verschaffen, fanden sich die Abgeordneten am 25. April 1962 in Bad Segeberg zu einem Ortstermin ein; die weitere Beratung wurde sodann im damals noch existierenden Kurhaus fortgesetzt. Zunächst wurde ein Erweiterungsbau an die Eutiner Straße 3 klar favorisiert, insbesondere um die Verwaltungsgemeinschaft mit der Ärztekammer zu erhalten. Wenige Wochen später legte dann jedoch der kaufmännische Geschäftsführer Evert einen Kostenvergleich vor, welcher einen Neubau in der Bismarckallee mit 1,3 Millionen DM veranschlagte. Der zunächst angedachte Erweiterungsbau in der Eutiner Straße 3 fiel mit rund 1,1 Millionen DM zwar etwas günstiger aus, jedoch mussten weitere Kosten für Wohnungen für die Mieter der beiden abzureißenden Häuser berücksichtigt werden. Daher beschlossen die Abgeordneten der KVSH am 6. Juni 1962 einstimmig, „ein neues Verwaltungsgebäude für die KV und Kammer auf dem Bauplatz Ecke Eutiner Straße/Bismarckallee zu errichten“.



DER ERSTE BAUABSCHNITT des Verwaltungsgebäudes der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein an der Ecke Eutiner Straße und Bismarckallee, das dreigeschossig gebaut wird, wurde begonnen. In etwa vier bis fünf Wochen soll mit dem zweigeschossigen Trakt für die Ärztekammer Schleswig-Holstein an der Bismarckallee begonnen werden. Nach Auskunft von Diplom-Ingenieur Gärtner, Architekt BDA, der den Entwurf geschaffen und die Bauleitung hat, soll das Richtfest Ende Oktober sein. Foto: hjw

Segeberger Zeitung vom 13. August 1964

© Segeberger Zeitung

Aus wirtschaftlichen Gründen trat die KVSH als alleinige Bauherrin auf. Der kaufmännische Geschäftsführer Evert teilte hierzu mit, „dass die KV (...) einen Neubau aus eigenen Mitteln darstellen könne, und dass auch die laufende Unterhaltung des Hauses aus den Verwaltungskosten bestritten werden könne, ohne dass es einer Erhöhung des Verwaltungs-kostenbeitrages bedürfe“.

Dennoch konnte die Verwaltungsgemeinschaft mit der Ärztekammer erhalten bleiben. Die KVSH sah es

als eine „Selbstverständlichkeit“ an, „dass auch die Kammer immer gleichberechtigter Benutzer des neuen Verwaltungsgebäudes sein und ihr der für ihre Aufgaben erforderliche Raum zur Verfügung gehalten werden sollte“.

Am 23. Oktober 1965 wurde das „Ärztelhaus Schleswig-Holstein“ offiziell seiner Bestimmung übergeben. Die Ärztekammer und die Versorgungseinrichtung waren insbesondere in dem zweigeschossigen Flügel des Neubaus untergebracht, wogegen der dreigeschossige Teil der KVSH zur Verfügung stand. Die erste

Etage der Empfangshalle wurde hingegen gemeinsam genutzt. Dort befanden sich „der große Sitzungssaal, die anschließenden kleineren Sitzungs- und Besprechungsräume, die Räume des Kammerpräsidenten, des KV-Vorsitzenden, des ärztlichen und kaufmännischen Geschäftsführers und der hauptamtlich tätigen Prüfarzte“.

Insbesondere nachts scheint es in der etwas abgelegenen Bismarckallee am Kurpark nicht immer idyllisch zugegangen zu sein. So berichtete Evert im Jahr 1968 von einem „Vorfall im Dienstgebäude“. Daraufhin beriet der Vorstand, ob man dem Hausmeisterehepaar einen Hund zur Verfügung stellen sollte, beließ es letztlich dann aber bei der Anschaffung einer Gaspistole.

Sonderurlaub an der Ostsee

Einen ganz und gar ungewöhnlichen Beschluss mit großer Bedeutung für die Belegschaft der KVSH fasste die Abgeordnetenversammlung im Jahr 1969. Eine Erhebung hatte ergeben, dass von den knapp 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KVSH rund die Hälfte im Jahr 1968 nicht mehr als 5 Tage krank gewesen war. Obwohl eigentlich außerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches beschlossen die Abgeordneten, jene Dienstbereitschaft mit der Gewährung von einer Woche Zusatzurlaub an der Ostsee zu honorieren. Als „Urlaubsdomizil“ erwarb die KVSH hierfür eine Eigentumswohnung in Niendorf/Ostsee. Die „Sonderregelung“ erfreute sich in der Folgezeit großer Beliebtheit unter der Belegschaft. Kaum ein Jahr später unterrichtete der damalige Assessor Bernd Schulz-Dusenschön den Vorstand, dass „die Zahl der Angestellten, die unter diese Regelung fallen, ganz erheblich angestiegen“ sei. Waren es noch 51 bzw. 49 Bedienstete in den Jahren 1968 und 1969, hatten im

Jahr 1970 insgesamt 74 Mitarbeiter/innen den Anspruch auf Sonderurlaub erworben, was als „durchschlagender Erfolg dieser Sonderregelung“ gewertet wurde. Im Jahr 1971 steigerte sich diese Zahl allerdings auf 84 Bedienstete. Da das Jahr hingegen nur 52 Wochen hat, beschloss der Vorstand, – vorbehaltlich der Genehmigung der Abgeordnetenversammlung – den Kauf einer zweiten Ferienwohnung in Scharbeutz/Ostsee.

Der Raumbedarf der KVSH wird immer größer

Schon wenige Jahre nach Einzug in das neue Dienstgebäude in der Bismarckallee war absehbar, dass auch dieses nicht ausreichen würde, um den zukünftigen Anforderungen auf Dauer gerecht zu werden. Die Aufgaben der KVSH waren immer komplexer geworden und die Entwicklung der Rechnertechnik immer rasanter. Glückliche Umstände kamen der KVSH bei der quälenden Raumfrage jedoch entgegen, an die sich der damalige kaufmännische Geschäftsführer, Berthold Schüttrumpf Jahre später erinnerte: „Als Ende der 1960er-Jahre das alte Kurhaus von der Stadt Bad Segeberg zurückerworben wurde und der Vorbesitzer dafür im Austausch Grundstücke auf der rechten Seite der Bismarckallee mit der Möglichkeit des Verkaufs als Einzelparzellen erhielt, war für die KV der Zeitpunkt gekommen, sich in dieser Hinsicht aller Sorgen für die Zukunft zu entledigen. Als der Abgeordnetenversammlung der Vorschlag unterbreitet wurde, das Eckgrundstück, auf dem sich heute das Rechenzentrum befindet, zu erwerben, fand dieser Vorschlag nicht nur die volle Zustimmung der Abgeordneten, sondern es wurde beschlossen, die beiden anschließenden Grundstücke gleich mitzuerwerben. (...) Zwei Jahre später sind dann auch die restlichen Parzellen an der Bismarckallee angekauft worden, und auch die Ärztekammer hat sich an den Grundstückskäufen beteiligt (...)“.



Einweihung des Rechenzentrums der KVSH, 14. April 1973



Installation der Verbindungsbrücke zwischen dem „Haus der Ärzte“ und dem neuen Rechenzentrum, 1973

Aufgrund dieser günstigen Entwicklung beschloss die Abgeordnetenversammlung der KVSH am 11. November 1970 die Errichtung eines Rechenzentrums. Nur dort war ausreichend Platz für die Dimensionen einer Großrechenanlage vom Typ „UNIVAC 1106“, welche bundesweit erstmalig von einer KV eingesetzt wurde. Später kamen sogar noch weitere Anlagen hinzu, die alle untereinander „kompatibel“ waren und ohne Anpassungsprobleme eingesetzt werden konnten. Die Anlagen teilte sich die KVSH über zehn Jahre mit der KV Hamburg, bis diese ein eigenes Rechenzentrum errichtete. Für eine begrenzte Zeit wurde in Bad Segeberg sogar das Bundesarztregister gespeichert und auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Köln nutzte die Anlage mit.

Unabhängig vom Bau des Rechenzentrums stand auch einige Zeit die Frage im Raum, auf welche Weise man das Rechenzentrum mit dem Hauptgebäude verbinden sollte. Immerhin waren die beiden Häuser durch eine öffentliche Straße voneinander getrennt. Die Frage beschäftigte auch die Abgeordnetenversammlung. Mehrere Abgeordnete machten den Vorschlag, eine Brücke oder einen Tunnel zu bauen. In der Diskussion stand aber auch ein Schienensystem mit Transportbehältern, welche durch einen Tunnel von einem Meter Durchmesser alle Räume des Bürohauses erreichen sollten. Letztlich entschloss man sich aus Kostengründen für den Bau einer Verbindungsbrücke. Diese sollte nach Genehmigung durch die Stadt Bad Segeberg ins Grundbuch eingetragen oder zumindest ein „Duldungsvertrag auf die Dauer von 99 Jahren“ geschlossen werden.

MARTIN MAISCH, KVSH

Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung	42
HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen	43
Gesamtvertrag mit der AOK	43

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/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
Dr. med. Maria Christiane Roskothen	21465 Reinbek, Bahnhofstraße 11	Phoniatrie und Pädaudiologie	01.10.2024	Prof. Dr. med. Rainer Schönweiler – halbtags –
Dr. med. Jan Henning Marxen	23552 Lübeck, Mühlenstraße 34–48	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	06.06.2024	Julia Medlin – Erhöhung von halbtags auf ganztags –
Medizinische Versorgungs- zentrum DIAKO MVZ GmbH – Standort Niebüll	25899 Niebüll, Bahnhofstraße 24	Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie	06.06.2024	Dr. med. Ingvo Müller – vierteltags –
Medizinische Versorgungs- zentrum DIAKO MVZ GmbH – Standort Niebüll	25899 Niebüll, Bahnhofstraße 24	Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie	06.06.2024	Dr. med. Jochen Caesar – vierteltags –
Dres. med. Holger Kristen/ Daniela Wittmaack	25524 Itzehoe, Lise-Meitner-Straße 21	Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie	06.06.2024	Sven Frambach – ganztags –

BEKANNTMACHUNGEN DER KVSH

NAME DES ANSTEL- LENDEN ARZTES/MVZ	ORT	FACHGRUPPE	BEGINN	NAME DES ANGESTELLTEN
Priv.-Doz. Dr. med. Robert Linke	22880 Wedel, Rosengarten 5 –9	Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	01.07.2024	Michael Passarge – halbtags – Übernahme einer Angestelltenstelle
Universitäres MVZ Kiel der Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH	24105 Kiel, Arnold-Heller-Straße 3, Haus K 1	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	01.07.2024	Dr. med. Dominik Schulte – Erhöhung von vierteltags auf halbtags – Übernahme einer Angestelltenstelle
Dres. med. S. Bitzhenner/ C. von Wantoch Rekowski	24159 Kiel, Steenbarg 7	Kinder- und Jugendmedizin	01.07.2024	Dr. med. Johanna Jähn – halbtags – Übernahme einer halben Zulassung

Folgende Ärztinnen und Ärzte wurden ermächtigt bzw. bei folgenden Ärzten haben sich Änderungen ergeben. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Ermächtigungsverzeichnis auf www.kvsh.de

NAME	FACHGRUPPE	ORT
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Jakob Nüchtern	Orthopädie und Unfallchirurgie	Heide
Prof. Dr. med. Jan Regelsberger	Neurochirurgie	Flensburg
Alexander Horst Selch	Chirurgie/Gefäßchirurgie	Neumünster
Dr. med. Heike Biller	Innere Medizin und Pneumologie	Großhansdorf
Dr. med. Sabrina Rottmann	Innere Medizin und Pneumologie	Großhansdorf
Dr. med. Andre Schröder	Innere Medizin und Kardiologie	Bad Oldesloe
Dr. med. Karin Münzer	Innere Medizin/Gastroenterologie	Sylt
Dr. med. Christoph Eimer	Urologie	Elmshorn
Jörn Meinke	Urologie	Itzehoe
Dr. med. Jochen Steinmetz	Neurologie	Bad Bramstedt
Shahan Shahbaz	Neurologie	Bad Segeberg
Dr. med. Peter Iblher	Anästhesiologie	Fehmarn
Dr. med. Sünje Keden	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Preetz
Dr. med. Benjamin Desaga	Innere Medizin und Kardiologie	Ratzeburg
Johnny Haddad	Viszeralchirurgie	Heide

HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 12. Juni 2024 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. Juli 2024 beschlossen. Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Website www.kvsh.de/praxis/rechtvorschriften/honorarverteilungsmassstab-hvm. Auf Anforderung wird der Text in Papierform zur Verfügung gestellt, Tel. 04551 883 486.

Gesamtvertrag mit der AOK

Der Gesamtvertrag mit der AOK NordWest kann unter www.kvsh.de/praxis/vertraege/gesamtvertraege eingesehen und heruntergeladen werden. Die Vereinbarung gilt seit dem 1. Februar 2024.

Bei Bedarf senden wir Ihnen die Vereinbarung in Papierform zu: Tel. 04551 883 331.

Erfahrungen für das ganze Leben

Dr. Alexander Weise leitet seit vielen Jahren Outdoor-Asthma-Schulungen, z. B. als Jugend-Kanu-Touren durch den Müritz-Nationalpark. Ziel des Teams um den Kinderarzt aus Kaltenkirchen ist es, Jugendliche so für das „wahre Leben“ fit zu machen und ihnen zu zeigen, dass man auch mit Asthma sehr viel leisten und erreichen kann.



Unterwegs auf den Seen des Müritz-Nationalparks

Nordlicht: *Wie kommt man als Kinderarzt auf die Idee, einen seiner medizinischen Schwerpunkte auf Asthma-Schulungen zu legen?*

Dr. Alexander Weise: Ich bin seit 2007 niedergelassener Kinderarzt in Kaltenkirchen mit den Zusatzqualifikationen Allergologie und Kinderpneumologie, führe seit 2008 mit meinem Team Asthma-Schulungen durch und bekomme dabei viele positive Rückmeldungen. Zuvor war ich Oberarzt in der Fachklinik Satteldüne auf Amrum, eine Kinder-Reha-Klinik mit den Schwerpunkten chronische Atemwegserkrankungen, wie Asthma und Mukoviszidose sowie chronische Hauterkrankungen und Adipositas. Ein wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation sind Patientenschulungen. Ich erlebe diese in meinem Praxisalltag als sehr relevant und nachhaltig, weil es den Patienten ermöglicht, die Therapie mitzugestalten und Ängste abzubauen. Durch eine bessere Körperwahrnehmung und Kenntnisse über die

Vorgänge im Körper ist es den jungen Patienten möglich, drohende Verschlimmerungen rechtzeitig zu erkennen und sinnvoll gegenzusteuern. Notfallmäßige stationäre Aufenthalte in Kliniken sind nach einer erfolgreichen Teilnahme an einer Schulung nur noch eine absolute Ausnahme.

Nordlicht: *Mit den Outdoor-Asthma-Schulungsangeboten gehen Sie noch einen Schritt weiter als die üblichen Angebote, richtig?*

Weise: Ja. Zielgruppe für Outdoor-Asthma-Schulungen sind Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren mit nachgewiesenem Asthma bronchiale, die Interesse haben, mehr über ihre Erkrankung zu lernen und mit der Erkrankung ein selbstbestimmtes und möglichst beschwerdefreies Leben zu führen. Der persönliche Wunsch des Jugendlichen, daran teilnehmen zu wollen, ist dabei die wichtigste Voraussetzung. Hinter allen Asthma-

DIE MENSCHEN IM LAND

VOR ORT

Schulungen steht ein interdisziplinäres Schulungsteam, das aus Ärzten, Pädagogen, Physiotherapeuten und Psychologen besteht. Die Kinder erfahren Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung und können sich später selbst helfen. Die Eltern können z. B. ruhig schlafen, wenn ihr Kind an einer Klassenfahrt teilnimmt. Eine besondere Herausforderung stellen dabei allerdings immer die Jugendlichen dar. Bei ihnen gibt es nicht selten ein erhebliches Motivationsproblem und es ist nicht leicht, diese Barriere zu überwinden. Ich habe lange überlegt, wie dies am besten möglich ist. 2013 habe ich mich dann dazu entschieden, Jugend-Asthma-Schulungen aus dem konventionellen Rahmen herauszunehmen und sie draußen in freier Natur anzubieten. Seitdem begleite ich jedes Jahr eine bis zwei Touren. Einzige Ausnahme war die Zeit der Coronapandemie.



Nach dem Aufbauen der Zelte geht es raus aufs Wasser.

Nordlicht: Welche Herausforderungen sind typisch während der Outdoor-Asthma-Schulungen?

Weise: Die größten Herausforderungen ergeben sich aus den alterstypischen Kommunikations- und Verhaltensweisen der Zielgruppe. Außerdem kennen sich die Teilnehmenden untereinander nicht und müssen sich auf ein unbekanntes Setting einlassen. Wegen der in den letzten Jahren stark gestiegenen digitalen Kommunikation ist die Fähigkeit, sich in einer fremden Umgebung auf zunächst fremde andere Jugendliche einzulassen, zu einer immer größeren Herausforderung geworden. Umso schöner ist es dann zu erleben, wie die Jugendlichen zu einem Team zusammenwachsen. Weitere Herausforderungen ergeben sich aus unbequemen Witterungsbedingungen und aus fehlender, unvollständiger oder unpassender Ausrüstung.

„Umso schöner ist es zu erleben, wenn die Jugendlichen zu einem Team zusammenwachsen.“



Dr. Alexander Weise ganz entspannt beim Zelten

Nordlicht: Was ist bei der Vorbereitung wichtig?

Weise: Unabhängig vom Outdoorcharakter müssen alle im QM-Handbuch der AG-Asthaschulung vorgegebenen Qualitätskriterien erfüllt werden. Dazu gehören festgelegte Inhalte, Methoden, Interdisziplinarität und ein zeitlich festgelegter Rahmen für die einzelnen Schulungsinhalte. Zusätzlich gilt es, Rahmenbedingungen für die Tour festzulegen, die sich an den Kriterien einer Klassenfahrt orientieren: Vorhandensein gleichgeschlechtlicher Ansprechpartner, Elternurlaubnis, Schwimffähigkeit sowie Abschließen einer Veranstalterhaftpflichtversicherung. Weitere Bestandteile sind Organisation von An- und Abfahrt, Verpflegung, Kanu-Verleih, Campingplatz, Rücktransport mit Kanus zum Campingplatz etc.

Nordlicht: Wie unterscheidet sich Ihre Rolle als begleitender Arzt von anderen Behandlungssettings?

Weise: Während einer Kanutour wächst die Gruppe immer mehr zu einem Team zusammen und dem kann und will ich mich nicht entziehen. In diesem Setting erleben mich die Jugendlichen auch mal anders. Sie stellen mir dann auch Fragen, die sie sich sonst nicht zu stellen trauen würden. Am Lagerfeuer halte ich mich dann meist zurück, höre zu und erfahre dabei viel von dem, was die Jugendlichen bewegt. So entstehen Situationen, in denen man als Arzt die jungen Menschen so erlebt, wie es in der Praxis kaum möglich ist. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird nachhaltig positiv verändert, denn in dieser kurzen Zeit passiert einfach sehr viel.

Nordlicht: *Wie sieht denn der typische Ablauf aus?*

Weise: Wir haben zwei Vorbereitungsabende, an denen sich die Jugendlichen kennenlernen. Vor der Abfahrt steigt die Anspannung deutlich an. Während der Autofahrt ist die Aufregung groß. Kurz nach Ankunft im Müritz Nationalpark werden die Zelte aufgebaut und die Schlafplätze vorbereitet. Anschließend geht es mit den Kanus raus aufs Wasser. Dort erfolgt eine Einweisung in die Kanu-Techniken bis hin zum „kontrollierten Kentern“. In der Abendsonne über dem See entsteht dann durch „unauffälliges“ Verteilen von Wasser-Pumpguns fast immer eine große „Seeschlacht“. Nach dem Duschen setzen wir uns alle ans wärmende Lagerfeuer, über dem eine leckere Suppe zubereitet wird. Meistens ist nach diesem Abend das Eis gebrochen und es entstehen neue Freundschaften. Die Gruppe wächst im weiteren Verlauf so zusammen, dass nicht selten zum Abschlussabend eine Wiederholung der Tour in gleicher Besetzung gewünscht wird.

„Meistens ist nach diesem Abend das Eis gebrochen und es entstehen neue Freundschaften.“

Nordlicht: *Gab es auch mal brenzlige Situationen, auf die Sie reagieren mussten?*

Weise: Es gab schon einmal Erschöpfungssituationen und auch emotionale Ausbrüche. Ernsthafte Konflikte unter den Teilnehmern sind sehr selten. Schwerwiegende asthmatische Beschwerden gab es bisher noch nie. Im Rahmen der Vorbereitungsabende werden die Selbstbeurteilungsfähigkeiten der Jugendlichen intensiv geschult, sodass mögliche Verschlechterungen der Asthmasituation rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Die Jugendlichen erleben, dass sie auch mit Asthma problemlos solche Kanutouren unternehmen können.

„Es ist so wichtig, die Jugendlichen so anzunehmen, wie sie sind, mit all ihren Sorgen und Besonderheiten.“

Nordlicht: *Inwiefern profitieren die Teilnehmer im Vergleich zu anderen Schulungsformen?*

Weise. Die Jugendlichen erleben die Schulung als ein besonderes Erlebnis in einer Gruppe mit anderen Betroffenen, fern ab vom schulischen Alltag. In der Seenlandschaft des Müritz-Nationalparks stellen sie sich so mancher Herausforderung und Anstrengung. Dies erzeugt ein gutes Gefühl und bei einigen auch Stolz, die anspruchsvolle Kanu-Wanderstrecke geschafft zu haben. Dies zu erleben, ist aus meiner Sicht eine wichtige Lebenserfahrung für Asthmapatienten. Die Jugendlichen erfah-



Ausgelassene Stimmung am Abend

ren, dass es schon aufregend und erfüllend sein kann, die eigene „Komfortzone“ zu verlassen. Außerdem lernen sie sehr viel zum Thema Teamfähigkeit. Ich denke, dass viele Jugendliche mit einer konventionellen Asthmaschulung nicht gut erreichbar sind. Bei einer Outdoorschulung werden die Inhalte mit vielen positiven Erlebnissen verknüpft und dadurch besser aufgenommen.

Nordlicht: *Welche neuen Erkenntnisse haben Sie als Kinderarzt gewonnen, die Sie in Ihrer Praxis anwenden konnten?*

Weise: Es ist wichtig, die Jugendlichen so anzunehmen, wie sie sind, mit all ihren Sorgen und Besonderheiten. Erst wenn sie sich wirklich ernst genommen fühlen, ist eine gute vertrauensvolle Zusammenarbeit möglich. Durch die Schulungen habe ich viele Jugendliche noch intensiver wahrgenommen und verstanden. Diese Erfahrung hat mir sehr im Umgang mit anderen Jugendlichen in der Praxis geholfen.

Nordlicht: *Wie werden die Schulungen von den Teilnehmern und ihren Familien bewertet und wie können sie dazu beitragen, dass diese auch langfristig von den Erfahrungen profitieren?*

Weise: Es gibt inzwischen ausreichend Daten, dass die Kinder- und Jugendasthma-Schulungen wirksam und nachhaltig sind. Es gibt ein Qualitätshandbuch dazu, welches ständig durch die AG Asthmaschulung re-evaluiert und weiterentwickelt wird. Ich kann keine wissenschaftlichen Daten zu meiner Outdoorvariante der Asthmaschulung vorlegen. Die Rückmeldungen am Ende der Schulung sind für mich entscheidend und durchweg positiv. Für mich zählen vor allem folgende Kriterien: Sehr positive mündliche und schriftliche Feedbackergebnisse zum Abschluss und keine ungeplanten stationären Krankenhausaufenthalte nach der Schulung. Außerdem bedeutet es mir viel, wenn die Patienten bis zu ihrem 18. Geburtstag gerne weiter bei uns in der Praxis betreut werden möchten.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

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?



Dr. Johannes Schuldt

Name

Allgemeinmedizin

Fachrichtung

Schwentinental bei Kiel

Sitz der Praxis

Einzelpraxis

Niederlassungsform

1. Januar 2024

Neu niedergelassen seit

Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Die Vielseitigkeit bei der Behandlung eines unselektierten Patientenkollektivs als Allgemeinmediziner fand ich schon immer reizvoll. Neben der Verantwortung als Niedergelassener kommt dazu noch sehr viel Entscheidungsfreiheit bei der Ausrichtung der Praxis und Behandlung der Patienten, die man in der Klinik in dieser Form nicht hat. Es haben aber natürlich auch die attraktiveren Arbeitszeiten eine Rolle gespielt.

Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Ganz allgemein ist der Arztberuf meiner Meinung nach ungeheuer sinnstiftend, weil man direkt am Menschen arbeitet und diesem mit dem richtigen Handeln weiterhelfen kann. Das gilt insbesondere dann, wenn man seine Patienten über längere Zeit begleitet, wie man es im ambulanten Bereich tut. Speziell an meiner jetzigen Tätigkeit gefällt mir, dass ich morgens aufstehe und mich frage, was mich heute wohl erwartet. Es gleicht kein Tag dem anderen.

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

Möglichst zeitig raus aus dem Krankenhaus und eine auf den ambulanten Bereich ausgerichtete Weiterbildung machen. So ist man optimal vorbereitet und der Schritt in die Niederlassung fällt deutlich leichter.

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

Douglas Adams und warum 42 die Antwort auf alles ist.

Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Ich liebe es, nach der Arbeit klettern zu gehen. Wenn man erstmal in der Wand ist, spielen Gedanken an alles Andere keine Rolle mehr und man kriegt den Kopf herrlich frei. Wenn etwas mehr Zeit ist, z. B. im Urlaub, unternehme ich gerne Wanderungen. Ich mag daran, dass man nur an seinen eigenen Zeitplan gebunden ist und die Gegend im eigenen Tempo erkunden kann. Dafür dann Zeit zu haben, empfinde ich als großen Luxus.

Was ist Ihr Lieblingsbuch?

„1984“ von George Orwell, weil es einfach nie an Aktualität verliert.

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

Die Nähe zum Meer ist natürlich ein starkes Argument. Für mich entscheidend war aber vor allem der persönliche Bezug zu unserem Bundesland mit Familie und Freunden.

Wenn ich nicht Arzt geworden wäre, dann wäre ich

... Simultandolmetscher, weil mich Fremdsprachen faszinieren und mir die Arbeit damit große Freude bereitet.

Praxisabgeber sagen „Tschüss“

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



Elena Richter

Name

Allgemeinmedizin

Fachrichtung

Bad Oldesloe

Sitz der Praxis

Einzelpraxis

Niederlassungsform

Praxis geführt von Januar 2003 bis Oktober 2023

Praxisnachfolgerin/Praxisnachfolger

Was war für Sie das Schönste an Ihrer Berufszeit?

- Die fortlaufende Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit und auch der Professionalität
- Die Vielseitigkeit der Aufgaben
- Die Möglichkeit, Familien zu begleiten, zu beraten, zum Wohl beizutragen und das generationsübergreifend.

An welchen Moment erinnern Sie sich besonders gern zurück?

Als junge Ärztin habe ich in der Pädiatrie gearbeitet. Die Sprechstunden mit den Familien mit Säuglingen haben mich sehr geprägt, denn dort werden Bausteine für das weitere Leben gelegt, vor allem in Sachen Früherkennung. Das war sehr wertvoll.

Gibt es etwas, dass Sie anders machen würden?

Nein.

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

- bürokratische Sachen rechtzeitig erledigen
- etwas zum Ausgleich haben: Sport, Garten, Waldspaziergänge, Familie und Freunde treffen

Womit werden Sie Ihren Ruhestand ausfüllen?

- noch mehr Zeit mit Familie und Freunden verbringen
- mehr reisen
- neue Hobbys

Was ist Ihr Lieblingssort in Schleswig-Holstein?

Flensburg gefällt mir besonders gut und auch im Großhansdorfer Wald bin ich gern, vor allem, wenn ich Pilze sammeln gehe.

Welches Lebensmotto haben Sie?

Behandle den Menschen so, wie auch du behandelt werden möchtest.

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

Da diese Berufung euch viel abverlangen kann: Kraft, Gesundheit und ein gut organisiertes Familienleben. Ich wünsche euch vor allem Mut, eure Träume verwirklichen zu können, die Erkenntnis, nicht alles ändern zu können, aber motiviert zu bleiben und auch zu tun, was in eurer Macht steht.

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.

Darf der Überleitungsbogen für die rheumatologische Diagnostik bei schon gesicherter Diagnose abgerechnet werden, wenn der Patient den Rheumatologen wechselt?

Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 90480A EBM durch den Hausarzt ist ein begründeter Verdacht auf eine entzündliche Rheumaerkrankung. Hat der Patient eine bestätigte rheumatologische Diagnose, kann der Überleitungsbogen nicht verwendet und dementsprechend die GOP nicht in Ansatz gebracht werden.

Kann die Laborbefreiungs-GOP 32006 EBM auch bei Verdacht auf eine meldepflichtige Erkrankung abgerechnet werden?

Die GOP 32006 EBM beinhaltet Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht und bei Mukoviszidose.

Wenn in der Haus- oder Kinderarztpraxis vor einem operativen Eingriff der Präoperative Komplex (GOP 31010-31013 EBM) erbracht und abgerechnet wird, kann zusätzlich die Laborleistung GOP 32125 in der Praxis oder im Labor abgerechnet werden?

Nein, da alle mit der präoperativen Diagnostik im Zusammenhang stehenden Laborleistungen in den Komplex-GOP enthalten sind.

Wird das Labor nicht in der eigenen Praxis erbracht, sondern von einem Labor, stellt das Labor eine Rechnung an die verantwortliche Praxis.

Darf das Sicherheitspapier, welches für die Blankoformularbedruckung zur Verfügung gestellt wird, auch für andere Ausdrücke wie z. B. Briefe an andere Ärzte oder die Stylesheets für die eAU verwendet werden?

Nein, das Sicherheitspapier darf ausschließlich für die Bedruckung der vereinbarten Muster des technischen Handbuchs BFB der KBV verwendet werden. Hierunter fallen unter anderem Überweisungsscheine, Verordnung von Krankentransporten und weiteren vereinbarten Vordrucken.

Kann die Akupunktur nach 30791 auch bei beiden im EBM zugelassenen Indikationen, die von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden, zehnmal abgerechnet werden?

Laut EBM kann die GOP 30791 EBM „je dokumentierter Indikation bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall“ abgerechnet werden.

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.



Blutzuckerteststreifen

Die Verordnung von Blutzuckerteststreifen soll nach unserer Zielvereinbarung zu 75 Prozent aus Produkten bestehen, die auf der Empfehlungsliste der Krankenkassen verzeichnet sind.

Die AOK NordWest hat uns darauf hingewiesen, dass folgende Produkte ab dem 1. Juli 2024 nicht mehr namentlich gelistet sind:

- Roche Accu Check Guide (11664909)
- Roche Accu Check Instant (16796165)
- Roche Accu Check Aviva (06114963)

Damit Sie auch zukünftig die Zielquote einhalten können, empfehlen wir, die betroffenen Patienten mit einem neuen Testgerät auszustatten, das noch auf den Listen verzeichnet ist. Die Testgeräte sind Hilfsmittel und belasten das Budget nicht.

Die Empfehlungsliste finden Sie unter www.kvsh.de/praxis/verordnungen/arzneimittel

THOMAS FROHBERG, 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 Ärzte, Psychotherapeuten und
Medizinische Fachangestellte

QEP® Einführungsseminar zweitägig

11. OKTOBER 2024, 15.00 BIS 21.00 UHR

12. OKTOBER 2024, 9.00 BIS 17.00 UHR

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

INHALTE DES SEMINARS:

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

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

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

FORTBILDUNGSPUNKTE: 18

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

FRAGEN ZUR ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Stefanie Mertens

E-Mail: seminare@kvsh.de

Für Ärzte, Psychotherapeuten und
Medizinische Fachangestellte

Qualitätsmanagement – die G-BA-Richtlinie erfüllen

20. NOVEMBER 2024, 14.00 BIS 18.00 UHR

In diesem Seminar erhalten Sie umfangreiche Informationen, wie Sie die Anforderungen aus der Richtlinie „Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses mit geringem Aufwand umsetzen können.

INHALTE DES SEMINARS:

- Gesetzliche Anforderungen für die Praxis
- QM-System zur Erleichterung der Umsetzung
- Schnelle und systematische Dokumentation zur Erfüllung der Richtlinie
- Notwendige Beauftragte und regelmäßige Schulungen in Ihrer Praxis
- Anforderungen an Ihre Praxis bei z. B. Arbeitsschutz, Medizinprodukten und Hygiene
- Checklisten und Unterweisungsunterlagen zum direkten Gebrauch in Ihrer Praxis
- Unterstützung der KV bei der Umsetzung

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

TEILNAHMEGEBÜHR:

50 Euro (inkl. Seminarunterlagen und Verpflegung)

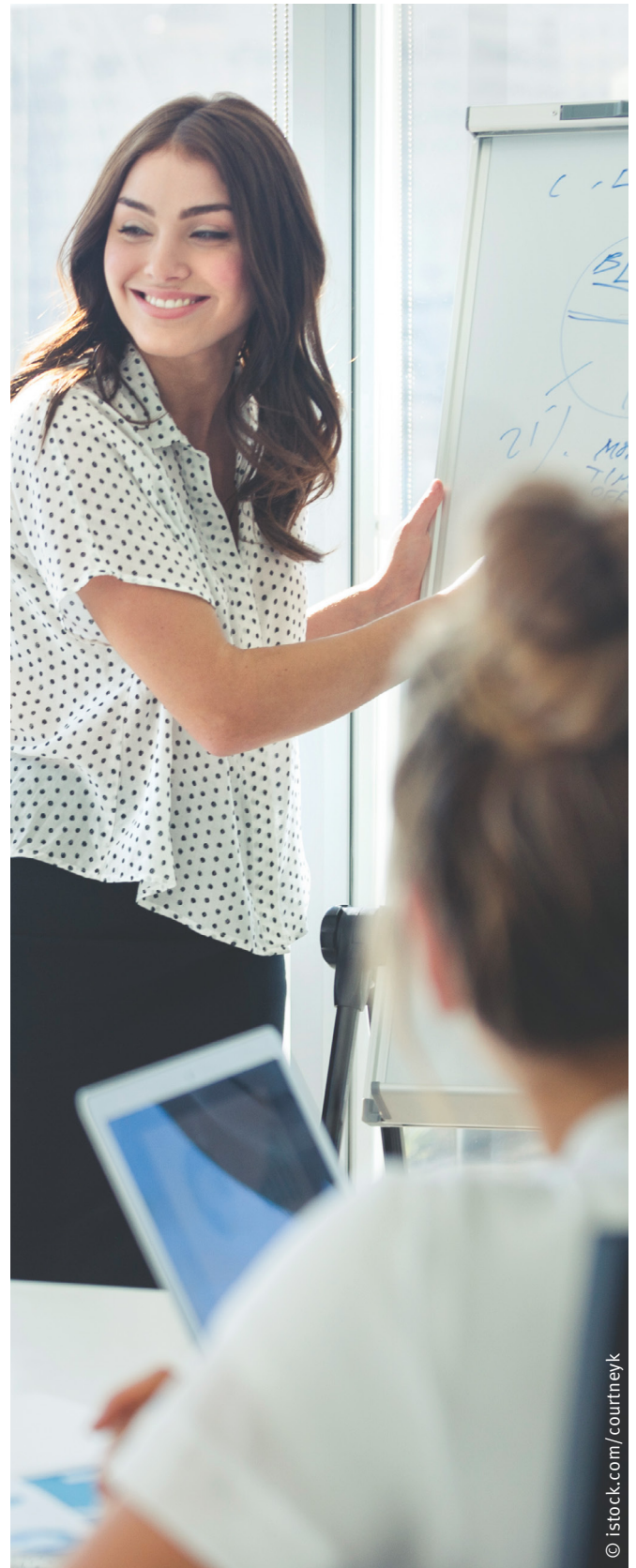
FORTBILDUNGSPUNKTE: 5

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

FRAGEN ZUR ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

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



Für 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:

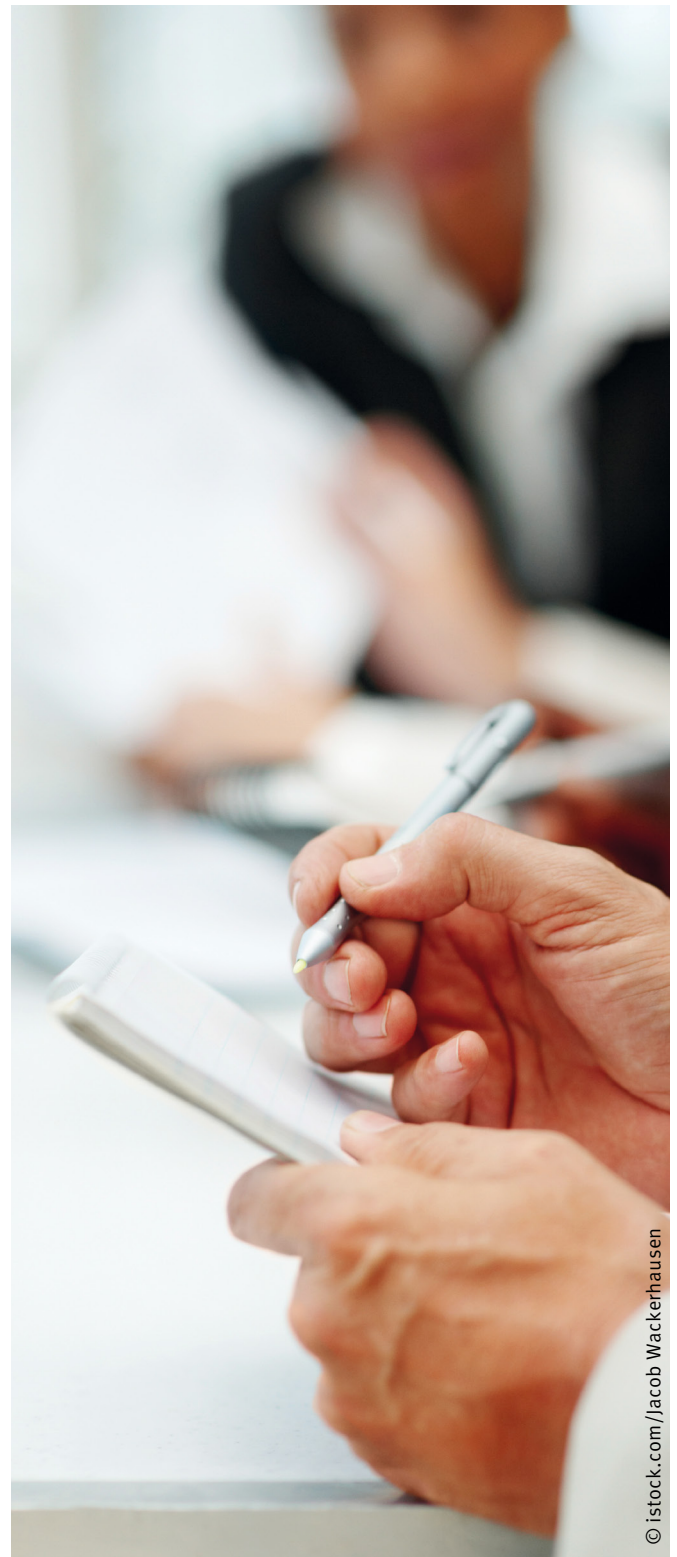
50 Euro (inkl. Seminarunterlagen und Tagungsgetränke)

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



Termine

*Wir übernehmen nur
für KVSH-Termine Gewähr.*

SCHLESWIG-HOLSTEIN

13. JULI 2024, 9.00 BIS 13.30 UHR

4. Lymphomsymposium im Lichte der Kiel Klassifikation

Ort Atlantic Hotel Kiel, Raiffeisenstr. 2, 24103 Kiel
Info Anmeldung: Inges Kunft
Tel. 0431 500 24970, Fax: 0431 500 24974
E-Mail inges.kunft@uksh.de
www.uksh.de

17. SEPTEMBER BIS 20. SEPTEMBER 2024

17. SEPTEMBER 2024, 13.00 BIS 20.00 UHR
18. SEPTEMBER 2024, 8.30 BIS 18.00 UHR
19. SEPTEMBER 2024, 8.30 BIS 17.00 UHR
20. SEPTEMBER 2024, 8.30 BIS 12.30 UHR

Basiskurs Hämatologisches Labor

Ort UKSH, Campus Kiel, Haus L, Karl-Lennert-Krebszentrum,
Konferenzraum im 3. Obergeschoss, Feldstr. 21, 24105 Kiel
Info Eine verbindliche Voranmeldung wird bis zum
31. August 2024 erbeten.
Organisation/Anmeldung: Inges Kunft,
Tel. 0431 500 24 970, Fax 0431 500 24 974
Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat die Veranstaltung
mit 38 Fortbildungspunkten anerkannt.
E-Mail inges.kunft@uksh.de
www.uksh.de

28. SEPTEMBER, 10.00 BIS 14.00 UHR

Patiententag: Onkologie 2024

Ort UKSH, Campus Kiel, Haus C, Hörsaal Chirurgie
(EG, Infopunkt 6)
Info Anmeldung: Bitte melden Sie sich bis zum 23. September
2024 unter uccsh@uksh.de an. Alternativ melden Sie sich
telefonisch an unter: Tel. 0431 500 18502
E-Mail uccsh@uksh.de
www.uksh.de

18. OKTOBER 2024, 13.00 BIS 18.00 UHR

19. OKTOBER 2024, 8.45 BIS 15.00 UHR

Funktionelle Neurologische Störungen

Ort Center of Brain, Behavior and Metabolism (CBBM)
Universität zu Lübeck, Marie-Curie-Straße, Haus 66,
23562 Lübeck
Info CME-Punkte wurden bei der Ärztekammer
Schleswig-Holstein beantragt
E-Mail bianka.kuehl@uni-luebeck.de
www.uni-luebeck.de



Ansprechpartner der KVSH

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

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

Vorstand

Vorstandsvorsitzende

Dr. Bettina Schultz _____ 206/217/355/229

1. Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

Karsten Brandstetter _____ 206/217/355/229

Vorstandsmitglied

Alexander Paquet _____ 206/217/355/229

Justitiarin

Alexandra Stebner _____ 230

Selbstverwaltung

Regine Roscher _____ 218

Vorstandsreferat Honorarverteilung

Dana Engelhardt _____ 486

Karsten Willms _____ 486

Abteilungen

Abrechnung

Christopher Lewering (Leitung) _____ 361/534

Fax _____ 322

Abteilung Recht

Alexandra Stebner (Leiterin) _____ 230/251

Maria Behrenbeck (stellv. Leiterin) _____ 251

Stefanie Kuhlee _____ 431

Hauke Hinrichsen _____ 265

Tom-Christian Brümmer _____ 474

Esther Petersen _____ 498

Lisa Woelke _____ 343

Nadine Aksu _____ 457

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

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

Beratungspotheker

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

Brunhild Böttcher _____ 231

Luisa-Sophie Lütgens _____ 465

Verordnung (Team Beratung)

Thomas Froberg _____ 304

Widersprüche (Abteilung Recht)

Gudrun Molitor _____ 439

Zulassung

Bianca Hartz (Leiterin) _____ 255

Vanessa Dohrn (stellv. Leiterin) _____ 456

SERVICE

KONTAKT

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

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

Zentrale Stelle Mammographie-Screening Bismarckallee 7, 23795 Bad Segeberg Tel. 04551 89890 0, Fax 04551 89890 89

Dagmar Hergert-Lüder (Leiterin) _____ 89890 10

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. Monika Schliffke (v. i. S. d. P.)
Redaktion Marco Dethlefsen (Leiter);
Jakob Wilder; Borka Totzauer (Layout);
Delf Kröger; Nikolaus Schmidt
Redaktionsbeirat Dr. Ralph Ennenbach; Reinhardt Hassenstein;
Dr. Monika Schliffke
Fotos iStockphoto
Titelbild Olaf Schumacher

Anschrift der Redaktion

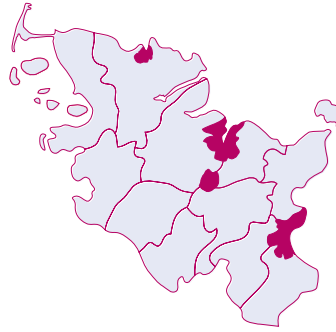
Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg,
Tel. 04551 883 356, FAX 04551 883 396,
E-Mail: nordlicht@kvsh.de, www.kvsh.de

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

SERVICE

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

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

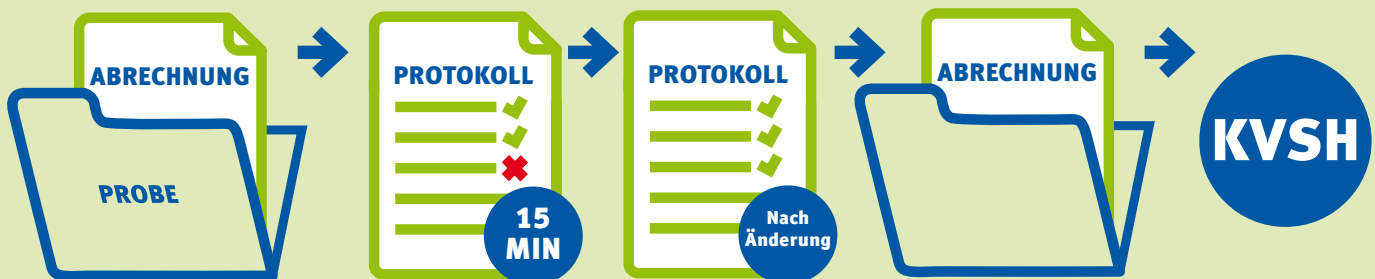
Tel _____ 04102 52610

Fax _____ 04102 52678

E-Mail _____ kreisstelle.stormarn@kvsh.de

AbrechnungsCheck der KVSH

Nutzen Sie Ihre Vorteile



Ihre Vorteile

- Kostenloser Online-Service, der bares Geld wert sein kann.
- Quartalsabrechnung wird zur Probe patientengenau überprüft.
- Verhindert unnötige und honorarrelevante Fehler.

Ansprechpartner für Fragen

Timo Rickers
Abrechnungsabteilung der KVSH
Tel. 04551 883 286
timo.rickers@kvsh.de

AbrechnungsCheck – so wird's gemacht

- Einwählen in das eKVSH-Onlineportal www.ekvsh.de bzw. www.ekvsh.kv-safenet.de
- Menüpunkt „Daten zur KV – AbrechnungsCheck“ auswählen
- Übertragen der Abrechnungsdatei
- Das Ergebnisprotokoll kommt circa 15 Minuten später. Die Praxis kann die Abrechnungsfälle danach aufgrund der im Prüfprotokoll aufgeführten patientenbezogenen Hinweise ändern. Die Praxis übermittelt die Abrechnung danach als „Echt-Abrechnung“ an die KVSH.
- Unter dem Menüpunkt „Informationen – AbrechnungsCheck“ stehen Hinweise und ein Schulungsfilm zur Verfügung.