

Nordlicht

KVSH

A K T U E L L

JUNI 2010 | 13. JAHRGANG



**HARTER SPARKURS
VERKAUFT DAS LAND
DAS UK S-H?**

SERVICESEITEN
AB SEITE 36

TITELTHEMA

- 04 Medizin-Studium in Lübeck vor dem Aus
- 05 Prof. Dominiak: „Mitten ins Herz“
- 07 Stellungnahme der Studenten
- 08 Gießen-Marburg: Bilanz einer Privatisierung
- 09 Stellungnahme der Verbände

NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

- 12 Honorarreform: Perspektiven 2010
- 13 Dr. Peter Froese:
Selbstverwaltung: Jetzt!
- 14 Versorgungsprojekt Nordfriesland:
Gemeinsam in die Zukunft
- 16 Ärztetag: Viele Baustellen in Dresden
- 18 Interview mit Dr. Carsten Leffmann

PRAXIS & KV

- 20 Bericht vom Hauptstadtkongress
- 22 Projekt zur Tumorfür-
erkennung im Norden
- 24 Gut informiert mit KV-on
- 25 Neues aus KVen und KBV
- 26 Kodierung: „Auf den Schlüssel kommt es an“
- 27 Psychiatrische Institutsambulanzen

FORUM

- 29 DMP-Qualitätsoffensive
- 30 Bekanntmachung
- 32 Sie fragen – wir antworten

DIE MENSCHEN IM LAND

- 33 Kolumne: Kein Geld für einen Arzt-
besuch – ich kann das nicht glauben
- 34 Vor Ort: Finale furioso am Klavier

SERVICE

- 36 Informationen zum Thema „Biosimilars“
- 38 Den Teufel mit dem Belzeub
austreiben
- 39 Verordnung von besonderen
Arzneimitteln
- 41 Seminare
- 45 Ansprechpartner

VORSCHAU

Aus dem Inhalt

TITELTHEMA

Eine Reihe von Sparvorschlägen wurden angesichts der desaströsen Haushaltslage des Landes Schleswig-Holstein diskutiert, doch mit dieser Entscheidung hatte wohl kaum jemand gerechnet: Die Mediziner- und Zahnärzt-
ausbildung an der Universität Lübeck soll ab dem Wintersemester 2011/2012 geschlossen werden.



04



20

Berlin ist immer eine Reise wert – zumal, wenn der dreitägige Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit im ICC mit seinen mehr als 8.000 Besuchern veranstaltet wird.

34



Dr. Peter Hiss, Augenarzt und Hobby-Pianist aus Lübeck, belegte beim renommierten 21. „Concours international des Grands Amateurs de Piano“ unter über 100 Teilnehmern aus aller Welt einen hervorragenden 4. Platz.



EDITORIAL

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

Liebe Leserinnen und Leser,

Gibt es denn nur noch rote Lettern?

Nichts gegen die Farbe an sich, aber in rot geschriebene Zahlen – und um die soll es gehen – verheißen nichts Gutes. Und irgendwie kommt man an dem Eindruck nicht vorbei, dass es seit einigen Jahren eine nicht enden wollende Flut an roten Zahlen gibt.

Rote Zahlen für Geld, das man nicht hat – Defizite also. Was die Höhe dieser Zahlen, aber auch was die Nähe der Einschlüsse angeht, kann es einem nur schwindelig werden. Schleswig-Holstein steht vor dem Verscherbeln seines Tafelsilbers und im nahen Hamburg ist es aufgrund von Einsparnotwendigkeiten in Höhe von 500 Millionen Euro jährlich noch schlimmer bestellt. Offenbar ist die Problemlage nun so groß geworden, dass der Staat alternativlos beginnt, sich aus Teilen seines bisherigen Wirkens zurückziehen zu müssen.

Je nach Doktrin sieht man darin ganz Übles oder aber die Befreiung von der Vorstellung, der Staat und damit die anonyme Allgemeinheit wird's schon richten. Ich bevorzuge die zweite Anschauung. Erstens, weil es ohnehin keine Alternative gibt und zweitens, weil die Verantwortung für Aufgaben zurück auf die Bürger verlagert wird. Das fördert Problembewusstsein und Kreativität genauso wie Selbstbestimmung und Eigenverantwortung.

Beim UK S-H ist diese Logik durchaus zweischneidig. Zwar geht es auch darum, dass ein unmittelbar haftender Betreiber wirtschaftlicher arbeiten wird. Andererseits ist das Problem des Ärztemangels unbestritten und von daher muss es Möglichkeiten geben – etwa nach dem Marburger Beispiel – die Frage des medizinischen Ausbildungsstandortes Lübeck differenziert zu betrachten.

Mein inhaltliches Credo werden Sie angesichts der immer neuen **roten Zahlen** im Gesundheitswesen aber unmittelbar nachvollziehen können. Hier geht man für das kommende Jahr von einem Defizit in Höhe von bis zu zwölf Milliarden Euro aus. Sie können sich vorstellen, was hier droht. Die Fortführung der bisherigen Politik hieße, dass die Lösung auf die Leistungserbringer verlagert wird. Eine andere Richtung wäre es, wenn entweder die Reichweite der Gesetzlichen Krankenversicherung verkürzt wird (Ausdünnung des Leistungskatalogs) oder, wenn man dies nicht will, eine direkte Kostenbeteiligung Aller eingeführt wird. Der erste Weg verstärkt die Symptome wie z. B. den Ärztemangel, der zweite macht kurzfristig schlimmsten Ärger mit der Soziallobby allerorten. Da der sich aber wegen der Sparmaßnahmen an anderer Stelle ohnehin nicht vermeiden lässt, könnte man ja nach einer Devise handeln, die schon Macciavelli sinngemäß beschrieben hat: Im Gegensatz zu Wohltaten sollte man die schlimmen Dinge nicht portionieren.

Wer weiß, wohin das noch führen wird? Ein Wort in eigener Sache: Die Vorbereitungen zur Reform der Honorierung Ihrer Leistungen ab dem 1. Juli laufen auf Hochtouren. Es gibt aber neben dem bisher Beschriebenen nichts Neues an sich. Das nächste **NORDLICHT** wird sich diesem Thema wieder stärker und konkreter als vorab widmen.

Ihr Ralph Ennenbach

Universität zu Lübeck
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

INFORMATION

KARTENINHABER

Medizin-Studium in Lübeck vor dem Aus

Das Sparpaket der Landesregierung liegt auf dem Tisch. Es würde den Hochschulstandort Lübeck besonders hart treffen.

Das Kabinett von Ministerpräsident Peter Harry Carstensen beriet und billigte die Sparvorschläge der Haushaltsstrukturkommission des Landes, der unter anderem CDU-Fraktionschef Christian von Boetticher, CDU-Finanzminister Rainer Wiegard, FDP-Fraktionschef Wolfgang Kubicki und der Leiter des Landesrechnungshofes, Aloys Altmann, angehören. Dort werden eine Reihe von Einsparungen angesichts der schwierigen Haushaltslage des Landes Schleswig-Holstein angekündigt, doch ein Punkt sorgte für besonders große Aufregung: Die Medizinerausbildung an der Universität Lübeck soll ab dem Wintersemester 2011/2012 geschlossen werden. Der entsprechende Auszug aus dem Bericht der Haushaltsstrukturkommission: „Das Medizinstudium wird aufgrund der begrenzten Ressourcen bei der Förderung exzellenter Forschung und Lehre nach Kiel verlagert. Das Studienplatzangebot für Mediziner ist in Schleswig-Holstein überproportional groß gemessen an der Zahl der Studienplätze insgesamt. Ab dem Wintersemester 2011/12 werden deshalb keine neuen Studienanfänger für Medizin in Lübeck immatrikuliert. Wesentliche Haushaltsentlastungen treten ab 2015 mit circa 24 Millionen Euro und ab 2018 mit circa 26 Millionen Euro ein. Das Gesamtvolumen bis 2020 beträgt rund 150 Millionen Euro.“ Die Konsequenz einer solchen Entscheidung: 1.500 Medizin-Studienplätze in Lübeck würden verloren gehen. Mediziner würden in Schleswig-Holstein künftig dann nur noch in Kiel ausgebildet werden.

KVSH sieht ärztliche Versorgung in der Zukunft gefährdet

„Das Aus für das Medizin-Studium in Lübeck ist in Zeiten des drohenden Ärztemangels das völlig falsche Signal.“ So reagierte Dr. Ingeborg Kreuz, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, auf die Pläne der Landesregierung. „Gerade in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein brauchen wir nicht weniger, sondern mehr Medizinstudenten“, so Kreuz. „Nur so können wird die Lücken in der Patientenversorgung schließen, die sich jetzt schon auftun“. Die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: In den kommenden fünf Jahren gehen in Schleswig-Holstein rund 900 Hausärzte in den Ruhestand,

ähnlich sieht es bei den Fachärzten aus. Medizinischer Nachwuchs in der selben Größenordnung ist nicht in Sicht. Statt an der falschen Stelle zu sparen, sollte die Politik nach Ansicht der KVSH eher stärker in die medizinische Ausbildung investieren. „Dazu gehört auch, am geplanten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Universität Lübeck festzuhalten“, so Kreuz. Besonders bitter wäre die Entscheidung der Landesregierung für die Gruppe der Hausärzte. Eine aktuelle Umfrage unter Lübecker Medizinstudenten besagt, dass von 240 Medizinstudenten pro Jahr circa 25 Prozent hausärztlich tätig werden wollen. Das würde in Zukunft also ein Defizit von 60 Hausärzten pro Jahr bedeuten.

Protest in Lübeck

In Lübeck formiert sich unterdessen Widerstand: Ein Bündnis von SPD-Bürgermeister Bernd Saxe, Industrie- und Handelskammer, Universitätspräsident Prof. Peter Dominiak bis hin zu den Rathausfraktionen und Gewerkschaften will sich dafür eintreten, dass die Entscheidung gegen Lübeck rückgängig gemacht wird.

UK S-H soll privatisiert werden

Außerdem beschloss das Kabinett die Prüfung der Privatisierung des UK S-H. Auch dieses Sparvorhaben wird im Bericht der Haushaltsstrukturkommission präzisiert: „Vor dem Hintergrund der geltenden Vereinbarung zwischen dem UK S-H, dem Land und ver.di werden die rechtlichen Möglichkeiten geprüft und eine materielle Privatisierung des UK S-H vorbereitet.“ Ministerpräsident Peter-Harry Carstensen verteidigte die Privatisierungspläne. Gegenüber den Kieler Nachrichten machte er klar, dass Gesamtinvestitionen in Höhe von einer Milliarde Euro notwendig seien, um das UK S-H zukunftsfähig zu machen. Dieses Geld könne das Land nicht aufbringen und benötige daher einen privaten Investor.

Den Bericht der Haushaltsstrukturkommission finden Sie im Internet unter www.schleswig-holstein.de

JAKOB WILDER, KVSH

„Mitten ins Herz“



Prof. Peter Dominiak, Präsident der Medizinischen Hochschule Lübeck, zu den Konsequenzen des Beschlusses der Landesregierung, den Studiengang Medizin in Lübeck zu schließen.

Die Regierung tragenden Fraktionen der CDU und der FDP haben beschlossen, den Studiengang Medizin an der Universität zu Lübeck mit dem Wintersemester 2011/12, also bereits im nächsten Jahr, einzustellen. Das bedeutet, dass dann keine neuen Studenten mehr zum Studium der Medizin zugelassen werden können. Diese Meldung ist für unsere Universität mehr als nur schockierend, sie bedeutet für die Universität den SuperGAU, denn ohne Medizin wird es hier auch keine Medizintechnik mehr geben können und damit ist die Universität zu Lübeck am Ende.

Eine Universität, die als kleinste staatliche Universität in Deutschland höchst erfolgreich an der Exzellenzinitiative des Bundes und der Länder mit einer Graduiertenschule und gemeinsam mit der CAU Kiel und dem Forschungszentrum in Borstel an einem Exzellenzcluster beteiligt ist. Eine Universität, die seit vielen Jahren gerade im Studiengang Medizin vom Zentrum für Hochschulentwicklung an Platz eins in Deutschland gerankt wurde. Auf diesen Studiengang will also das Land Schleswig-Holstein in Zukunft verzichten. Eine Universität, die den diesjährigen Leibnizpreisträger hervorgebracht hat und die über zwei Sonderforschungsbereiche und zwei Klinische Forschergruppen der Deutschen Forschungsgemeinschaft verfügt.

Die Folgen der Beendigung des Studiengangs Medizin sind katastrophal: Unsere Drittmittelprojekte, die in Zukunft auslaufen und wieder beantragt werden müssen, werden von keinem Drittmittelgeber mehr gefördert werden und die Teilnahme an der Exzellenzinitiative, an der die Medizin in Lübeck einen signifikanten Anteil hat, wird uns zukünftig ebenfalls verschlossen bleiben.

Unsere noch berufungsfähigen Wissenschaftler werden sich aus Lübeck wegbewerben und unsere Studenten werden sich Studienplätze an anderen und sicheren Universitäten suchen. Die Universität zu Lübeck ist integraler Bestandteil des Wissenschaftsstandorts Schleswig-Holstein und wurde bisher von der Landesregierung als DER Medizintechnik-Standort im Land bezeichnet und das zurecht. Wir haben für die Entwicklung des Wissenschaftscampus' Lübeck, an dem neben der Universität die Fachhochschule Lübeck, das Forschungszentrum Borstel, die Fraunhofer Arbeitsgruppen EMB und Safir beteiligt sind, das Projekt „Univision 2020“ erarbeitet, das einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt und von Minister Jost de Jager persönlich als hervorragendes Konzept bezeichnet wurde. Da die finanzielle Situation unseres Landes desolat ist, beinhaltet das Konzept vor allem eine deutlich bessere Möglichkeit zur Drittmittelerwerbungen. Auf all diese Möglichkeiten will das Land künftig verzichten.

Allem Anschein nach hat man sich wenig bis gar keine Gedanken darüber gemacht, welche negative Auswirkungen dieses fatale Signal auch auf die Fraunhofer Initiativen ausübt, die 2007 und dieses Jahr unter Einbeziehung des Ministeriums für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr vertraglich beschlossen wurden.

Die Universität zu Lübeck beschäftigt zusammen mit dem UK S-H Campus Lübeck circa 5.000 Menschen. Dazu kommen zahlreiche Zulieferbetriebe, die ebenfalls von der Medizin abhängig sind. Damit ist die Universität zusammen mit dem Klinikum Lübeck ein bedeutender Wirtschaftsfaktor für die Stadt und die gesamte Region. Das alles setzt die Landesregierung leichtfertig aufs Spiel, um Geld einzusparen, das sie mehrfach wieder durch Zugrundegehen der Universität verlieren wird. In Deutschland fehlen mindestens 15.000 Ärzte, besonders die ländlichen Gebiete sind ärztlich unterversorgt. Ausgerechnet das Flächenland Schleswig-Holstein spart nun künftig die Studienplätze ein, die von der Bundesregierung so dringend für die Versorgung der ländlichen Bevölkerung zurecht gefordert werden.

Man tritt den Fraktionen der Landesregierung nicht zu nahe, wenn man diese Maßnahmen als Wahlbetrug bezeichnet, denn vor der Wahl wurde auf unseren 10-Fragen Katalog hin, der auch Antworten zur Sicherung des Standorts der Universität Lübeck anforderte, die Sicherheit des Standorts garantiert. Die jetzt gegen Lübeck beschlossenen Maßnahmen bedeuten auch einen Bruch der Koalitionsvereinbarung, die Lübeck eine finanziell und strukturell bessere Absicherung versprach. Die Landesregierung muss sich darüber im Klaren sein, dass die Schließung des Studiengangs Medizin gleichbedeutend mit der Schließung der Universität zu Lübeck ist, denn diese ist aus der Medizin entstanden und alle übrigen Studiengänge sind eng mit der Medizin vernetzt und ohne sie nicht überlebensfähig. Darüber hinaus sind auch der gemeinsam mit der FH Lübeck betriebene Studiengang „Biomedical Engineering“ und andere die Gesundheit betreffenden Studiengänge der FHL ohne die Medizin nicht mehr durchführbar. Am schlimmsten aber trifft das den Medizintechnikstandort Lübeck, der neben beiden Hochschulen und Fraunhofer-Initiativen vor allem auch aus der Medizintechnik-Industrie besteht. Die Maßnahme der Landesregierung gegen die Universität trifft damit Lübeck mitten ins Herz.

PROF. PETER DOMINIAK
PRÄSIDENT DER UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Das sagt das Ministerium

Die Landesregierung Schleswig-Holstein hat sich in breitem Schulterschluss zu einem mutigen Schritt entschlossen: Als erste Regierung in Deutschland nimmt sie strukturelle Veränderungen vor, um unser Land für die Zukunft wieder handlungsfähig zu machen. Dazu gehört es, nicht ungezielt überall etwas einzusparen, sondern Schwerpunkte zu setzen. Wir haben ein großes Ziel vor Augen und befinden uns inzwischen in guter Gesellschaft - Großbritannien, Italien und auch die Bundesregierung beginnen gerade, diesen Weg zu gehen.

Die Entscheidungen betreffen Menschen, die voller Elan ihren Lebensweg mit ihrer beruflichen Aufgabe verbunden haben. Ich habe Verständnis dafür, dass bei einigen das Gefühl entsteht, hier bricht eine Welt zusammen. Dies betrifft derzeit ganz besonders die Kolleginnen und Kollegen am Universitätsklinikstandort Lübeck. Ich appelliere an dieser Stelle ganz eindringlich an Sie, einen Augenblick inne zu halten und sich des chinesischen Sprichwortes zu erinnern: „Wenn der Wind der Veränderung weht, schließen die meisten Menschen die Fenster. Die Klugen jedoch bauen Windmühlen.“

Wir sind nach dem sicherlich überraschenden „Paukenschlag“ nicht am Ende einer Debatte, sondern an ihrem Beginn. Es handelt sich um mittel- und langfristig wirkende Entscheidungen, die wir mit Sinn und Verstand gestalten wollen. Dazu wollen wir nicht für unsere Experten, sondern mit ihnen denken und Neues schaffen. Ich kann Sie daher nur anregen, die Situation jetzt selbst in Ihre Hand zu nehmen und mit uns fantasievoll dafür zu sorgen, dass kostbare und zukunftsweisende Schwerpunkte in der Medizinlandschaft Schleswig-Holsteins weiter erhalten werden können. Dazu wird es neu zu bedenkender Wege bedürfen, die aber gerade aus solch einer primär als bedrohlich empfundenen Situation sich – so lehrt es das Leben – positiv entwickeln können.

WISSENSCHAFTS-STAATSEKRETÄRIN
DR. CORDELIA ANDRESSEN.

Das sagt das UK S-H

Der Vorstand des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein begrüßt das Bekenntnis der Landesregierung zum Baulichen Masterplan und damit zum Erhalt der Wettbewerbs- und Zukunftsfähigkeit mit den damit verbundenen Arbeitsplätzen beim größten öffentlichen Arbeitgeber im Land. Das UK S-H hält die Durchführung durch einen privaten Investor für einen geeigneten Lösungsweg und wird diesen zusammen mit dem Land, Minister de Jager und der Aufsichtsratsvorsitzenden des UK S-H, Staatssekretärin Dr. Andreßen, begleiten.

„Die Realisierung einer effektiven Gebäudestruktur, die den Anforderungen einer exzellenten universitären Medizin entspricht, bleibt eine zentrale Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit des UK S-H als einzigem universitärem Maximalversorger des Landes“, so der Vorstandsvorsitzende, Prof. Dr. Jens Scholz.

Der Vorstand nimmt zur Kenntnis, dass die Landesregierung auf der Grundlage des geltenden Tarifvertrages die rechtlichen Möglichkeiten einer Privatisierung des UK S-H prüfen will und wird alle damit verbundenen Gespräche mit den betroffenen Instanzen konstruktiv begleiten. „Unabhängig davon“, so Prof. Scholz, „geht der Vorstand davon aus, dass

das UK S-H aufgrund der bisherigen wirtschaftlichen Ergebnisse, der Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie mit Blick auf seine perspektivische Entwicklung in der Lage ist, die zur Finanzierung des baulichen Masterplans erforderlichen Renditen aus eigener Kraft zu erzielen.“

Vor diesem Hintergrund sollte, so Prof. Scholz, die Diskussion um die Zukunft des UK S-H so kurz wie nur möglich gehalten werden, da diese einer weiteren perspektivischen Entwicklung der universitären Medizin im Lande abträglich wäre. Der Vorstandsvorsitzende nannte als Beispiele für mögliche negative Auswirkungen in diesem Zusammenhang die eingeleiteten Vernetzungen mit Partnern in der Region sowie Kooperationen, die anstehenden Tarifverhandlungen und die absehbar lähmende Motivation der Beschäftigten. „In Zeiten des Fachkräftemangels darf eine anhaltende Diskussion nicht zu einem Hemmnis für die Gewinnung und das Halten hoch qualifizierter Mitarbeiter führen. „Im Übrigen“, so Prof. Scholz, „begrüßen wir es sehr, dass das Land die Anstrengungen der Beschäftigten und der Unternehmensführung ungeschmälert anerkennt.“

PRESSEMITTEILUNG UK S-H VOM 26.05.2010

Sparen, aber nicht an der Zukunft



„Das UK S-H soll verkauft werden“ und „Die Eigenständigkeit der Uni Lübeck ist in Gefahr“. Das sind die beiden Meldungen, die seit Mitte April die studentischen Gremien in Alarmbereitschaft versetzen. Nun mag man die für Gerüchte halten. Schließlich liegt bis zum heutigen Tag keine offizielle Verlautbarung der Haushaltstrukturkommission vor. Allerdings mehren sich die Anzeichen dafür, dass die Landesregierung solche Überlegungen tatsächlich anstellt. Daher nehmen wir Studenten sie sehr ernst und werden eine Vollversammlung einberufen, unsere Kommilitonen informieren, mit ihnen diskutieren und zusammen mit den Gewerkschaften gegen eine Privatisierung des UK S-H demonstrieren. Vor allem aber werden wir nicht widerstandslos zulassen, dass die Eigenständigkeit der Universität zu Lübeck eingeschränkt oder der Etat für Forschung und Lehre gekürzt wird.

Dass das Land pleite ist, ist schwerlich zu bestreiten und unter anderem dem Rettungsversuch der immer noch hochdefizitären HSH-Nordbank mit 1,5 Milliarden Euro direkten Zahlungen und Bürgschaften von weiteren fünf Milliarden Euro zuzuschreiben. Doch wenn ein strukturschwaches Land wie Schleswig-Holstein den Weg fortsetzt, sein Uniklinikum, den größten Arbeitgeber des Landes, und die Forschungseinrichtungen weiter kaputt zu sparen, heißt das, es auch seiner letzten Entwicklungspotentiale und damit seiner Zukunft zu berauben.

Mit einer Privatisierung ist ebenfalls nicht viel gewonnen, da ein Investor zwar endlich den Investitionsstau des UK S-H beseitigen würde, jedoch naturgemäß vor allem an der Rendite und weniger an einer umfassenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung, geschweige denn an Forschung und Lehre interessiert ist.

CHRISTOPH ZABEL, VORSITZENDER DER FACHSCHAFT MEDIZIN
DER UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Stellungnahme des AstA zur geplanten Privatisierung

Mit entsetztem Erstaunen hat der Allgemeine Studierenden-Ausschuss der Universität zu Lübeck den drohenden Beschluss der Landesregierung Schleswig-Holsteins auf Anraten der Haushaltsstrukturkommission zur Kenntnis genommen, das UK-SH zu privatisieren und somit den Einfluss des Landes zu beschränken. Dies wird schwerwiegende Folgen für die Universität zu Lübeck und somit für uns als Studierendenschaft haben. Diese von kurzfristigen Einsparpotentialen getragene Idee ist nicht nur ein Schlag ins Gesicht all jener Mitarbeiter, die mit ihrem Verzicht zur Konsolidierung der defizitären Einrichtung beigetragen haben. Sie nimmt zudem billigend in Kauf, dass eine der besten medizinischen Universitäten Deutschlands, samt weiteren Studienfächern, geschlossen wird. Eine Ausbildung angehender Ärzte wäre nicht mehr möglich und somit hätte neben der medizinischen Fakultät die gesamte Universität einschließlich nachfolgender Generationen von Studierenden keine Zukunft mehr. Die von vielen Professoren und Studierenden mühsam erarbeitete Reputation wird durch

ideenlose Privatisierungspolitik aufs Spiel gesetzt. Gleichzeitig werden die von der Landesregierung im Koalitionsvertrag festgehaltenen Versprechen gebrochen, die universitären Einrichtungen Schleswig-Holsteins zu erhalten und zu fördern.

Bereits im Sommer 2005 haben wir gezeigt: Lübeck kämpft für seine Uni! Und wir sind bereit, 2010 weiter zu kämpfen: Wir werden diese blinde Politik nicht mittragen und uns ihr entschieden in den Weg stellen. Die Geldnot und Neuverschuldung in Schleswig-Holstein sollte nicht auf unserem Rücken ausgetragen werden. Wir werden nicht hinnehmen, was da „oben“ leise beschlossen wird und erheben ausdrücklich unsere Gegenstimme. Unser Aufruf an die Studierendenschaft, an die Universität, an die Bürgerinnen und Bürger von Lübeck und an die Einwohner Schleswig-Holsteins: Informiert euch, macht eure Meinung stark und kämpft für die Erhaltung des Universitätsstandortes Lübeck.

ASTA DER MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄT LÜBECK

ZUKUNFT UK S-H

Blick über die Landesgrenze

Unser Nachbarland Mecklenburg-Vorpommern, wirtschaftlich schwächer als Schleswig-Holstein, leistet sich zwei Universitätsklinika – und beide schreiben im Gegensatz zum UK S-H schwarze Zahlen.

Das Universitätsklinikum Greifswald konnte auch 2009 seinen Wachstumskurs fortsetzen. Mit seinen 21 Kliniken und 19 Instituten erzielte das Hochschulklinikum im vergangenen Jahr aus den stationären Krankenhausleistungen einen Rekordumsatz in Höhe von 154 Millionen Euro sowie im sechsten Jahr in Folge einen Überschuss. Damit gehört das nordöstlichste Universitätsklinikum zu den vier von 32 Uniklinika in Deutschland mit einem positiven Jahresergebnis. Nach zehn Jahren intensiver Bautätigkeit steht das modernste Kompaktklinikum Deutschlands vor seiner Vollen- dung. Rund 300 Millionen wurden in den kompletten Landesneubau am Berthold-Beitz-Platz investiert. „In Greifswald haben wir nicht nur in Beton, sondern auch in zukunftsfähige Strukturen und effektive Ablaufprozesse sowie in Qualität und Sicherheit investiert. Die enge Verzahnung von Krankenversorgung, Lehre und Forschung am Naturwissenschaftlichen Campus entwickelt sich



UKG - Haupteingang

zu einem maßgeblichen Vorteil im Wettbewerb um die besten Studenten, Mitarbeiter und Fachkräfte“, erklärte der Ärztliche Direktor und Vorstandsvorsitzende, Prof. Marek Zygmunt (Seite 8). Am Greifswalder Uniklinikum wurden 2009 insgesamt 147.000 Patienten betreut, davon 35.796 stationär. 200 Patienten wurden in der 2008 neu eröffneten Tagesklinik für Psychiatrie aufgenommen. Die aktuelle Bettenzahl in Greifswald liegt bei 850; dazu kommen 20 Plätze in der psychiatrischen Tagesklinik und mit Jahresbeginn 12 tagesklinische Betten für die Schmerztherapie. Gegenwärtig arbeiten am Klinikstandort der Universitäts- und Hansestadt 3.630 Mitarbeiter. Greifswald steht nicht allein: Auch das Universitätsklinikum Rostock erzielte z. B. 2008 mit einem erwirtschafteten Jahresgewinn von ca. 850.000 Euro ein positives Jahresergebnis.

PRESSESTELLE UNIVERSITÄTSKLINIKUM GREIFSWALD

Gießen-Marburg: Bilanz einer Privatisierung

In Deutschland wurde erst ein einziges Universitätsklinikum privatisiert.

2005 erstand der Rhön-Konzern das Universitätskrankenhaus Gießen-Marburg.

In Hessen waren ein Sanierungsstau, der für das Land nicht länger finanzierbar war, und ein ständig steigendes Defizit im laufenden Klinikbetrieb der Grund für die Privatisierung. 2005 machte das Klinikum Gießen-Marburg noch einen Verlust von 15 Millionen Euro. Die Rhön-Klinikum AG erhielt den Zuschlag und schon im ersten Jahr nach der Privatisierung sank das Defizit in Gießen-Marburg auf 5,6 Millionen Euro. 2009 setzte das Klinikum 500,8 Millionen Euro um und machte erstmals einen Gewinn in Höhe von 4,8 Millionen Euro. Die Zahl der Mitarbeiter ist seit der Privatisierung um etwa 1.000 auf 8.500 gesunken. Die Zahl der Ärzte stieg seit der Übernahme durch Rhön um sieben Prozent, die der Pflegenden um fünf Prozent und die der stationär behandelten Patienten um zehn Prozent auf 86.600 im Jahr 2009. Nach einem Bericht der Financial Times Deutschland erwägt der Rhön-Konzern auch die Übernahme der Uniklinik Schleswig-Holstein. „Wir sind an Unikliniken interessiert. Das gilt auch für Schleswig-Holstein“,

sagte der Vorstandschef der privaten Rhön-Kliniken, Wolfgang Pföhler, bei der Bilanzvorlage in Frankfurt. Käme das Klinikum auf den Markt, würde man die Sache prüfen und ein Angebot abgeben, so Pföhler. Mit der Übernahme eines weiteren Uniklinikums könnte Rhön auf einen Schlag 2.400 Betten zukaufen und seinen Marktanteil stark ausweiten. Derzeit verfügt die Nummer zwei im privaten Klinikmarkt über 15.700 Betten. Die Wettbewerber Asklepios, Helios und Sana halten sich mit öffentlichen Aussagen bislang zurück. Entscheidend bei der Privatisierung von Kliniken ist nicht der Kaufpreis, sondern die Transaktionssumme, in die neben dem Kaufpreis die Kosten der Übernahme öffentlicher zusätzlicher Altersversorgungssysteme, der Aufwand für Sozialpläne und vor allem die meist hohen Investitionszusagen eingerechnet werden. In den vergangenen Jahren galten Transaktionskosten in Höhe des 0,9- bis 1,2-fachen des Klinikumsatzes als angemessen.

JAKOB WILDER, KVSH

Stellungnahme der Verbände



So wie die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte noch eines der höchsten Güter in unserem Gesundheitssystem darstellt, so ist die Unabhängigkeit der Kliniken in der Trägerschaft der öffentlichen Hand von elementarer Bedeutung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung und vor allem für die wissenschaftlichen Höchstleistungen, die derzeit noch in unserem Land erbracht werden.

All das ist dem Verfall anheim gestellt, sobald sich eine „industrialisierte“ Klinikträgerschaft breit macht. Daher sieht der Berufsverband der Augenärzte (BVA) in Schleswig-Holstein mit Sorge auf die Entwicklung, die sich derzeit anbahnt. Wir können für die Menschen in unserem Land nur hoffen, dass dies eine leere Drohung bleibt.

DR. FRANZ-BERNHARD BAMBAS, LANDESVORSITZENDER SCHLESWIG-HOLSTEIN
DES BERUFSVERBANDES DER AUGENÄRZTE

Aus Koexistenz und Kooperation wurde Zwangskooperation – das an sich war schon nicht unbedingt ein Ruhmesblatt für den Medizinstandort Schleswig-Holstein. Wenn nun auch noch Lehre und Forschung am Standort Lübeck im Gefolge der Privatisierung dem Shareholder Value-Denken geopfert werden, dann ginge jahrzehntelang gewachsenes Potenzial wohl irreversibel verloren.

So wird unserer wichtigsten Ressource wieder mal ein Bären-dienst geleistet: der Ressource Arzt in Schleswig-Holstein! Wie viel vorteilhafter wäre demgegenüber Separation der Teile Kiel und Lübeck und Weiterbetreiben von Lübeck etwa als Stiftungs-Universität.

DR. JOCHEN LEIFELD, LANDESSPRECHER DES BERUFSVERBANDES
DER DEUTSCHEN NEUROCHIRURGEN

Die Privatisierung der Unikliniken kommt einer versteckten Steuererhöhung gleich. Wie soll etwas billiger werden? Entweder werden die Aufgaben und damit das Personal der Kliniken reduziert. Die ausgelagerten Aufgaben müssen dann von anderen übernommen und dort extra bezahlt werden. Oder die Aufgaben der Kliniken bleiben die selben, sollen aber mit weniger Personal geleistet werden, was einer noch höheren Arbeitsverdichtung entspricht.

Ersteres ist ein Etikettenschwindel. Wenn man dagegen glaubt, die Arbeitsdichte weiter erhöhen zu können, fragt man sich, warum das die bisher Verantwortlichen nicht konnten und warum ein Konzern, der ja auch noch Gewinne abzweigen muss, das besser können soll. In diesem Fall müssen die bisherigen Steuerleute ihr Versagen zugeben und ihre Posten räumen. Oder es reift die Erkenntnis, dass die Aufgaben einer Uniklinik nicht im betriebswirtschaftlichen Gewinn, sondern im Gemeinwohl und in der Investition in die Zukunft von Forschung und Ausbildung liegt.



Als Bürger zahlen wir dem Staat Steuern, um damit Aufgaben zu leisten, die für das Allgemeinwohl nötig sind und nicht am finanziellen Gewinn orientiert sein können (Ausbildung der Mediziner, eine Forschung, die unabhängig vom finanziellen Ertrag sich entfalten kann, Vorhaltung maximaler Versorgungsmöglichkeit). Wenn der Staat sich diesen Aufgaben nicht gewachsen sieht, muss das durch Ausgliederung eingesparte Geld (Verkaufserlös und Reduktion politischer Steuerleute, die sich dieser Aufgabe entledigt haben) an den Steuerzahler zurückgegeben werden und nicht der offensichtlich ineffiziente, neuerdings sogar aufgeblähte Politapparat damit finanziert werden.

In Zeiten, in denen auf allen Kanälen gebetsmühlenartig die Bedeutung der Bildung, der wissenschaftlichen und geistigen Führerschaft als wesentliches Kapital für unsere Zukunft beschworen wird, mutet es geradezu orientierungslos an, diese Strukturen den Gesetzen der Finanzwirtschaft anzudienen.

DR. JAN ULMER, LANDESVORSITZENDER
DER ARBEITSGEMEINSCHAFT NIEDERGELASSENER CHIRURGEN (ANC)



Eine Privatisierung oder ein Verkauf verliert dann seinen Schrecken, wenn die Rahmenbedingungen hierzu vom Verkäufer mit beeinflusst und vom Käufer akzeptiert werden. Dies könnte und sollte eine Evaluierung der Exzellenz der einzelnen Abteilungen sein, und gerade im Hinblick auf die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit, die Notwendigkeit zur Patientenversorgung und den Ergebnissen in Forschung und Lehre.

Da die Lübecker Universität in der Mediziner Ausbildung bundesweit bisher immer sehr gut abgeschnitten hat, könnte sich durchaus, auch dies eine Chance, ein privater Investor finden, der die bisherigen Strukturen erhält und gegebenenfalls Modellstudiengänge mit verkürzter Lehrzeit und weiter verbessertem Lernangebot konzipiert. Es wird die Aufgabe aller sein, den nicht aufzuhaltenden Wandel als Chance zur Gestaltung zu nutzen. Die daraus zu erzielenden Ergebnisse werden überraschend sein.

DR. DR. HANS-PETER ULRICH, LANDESVORSITZENDER DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE



Die Ankündigung, die Uniklinik Lübeck zu verkaufen und den Lehrbetrieb aufzukündigen, trifft nicht nur Lübeck bis ins Mark. Für alle Mitarbeiter bis hin zu den Professoren, die engagiert mit vollem Einsatz dort arbeiten, ist es ein Schlag ins Gesicht. Es würde für viele das berufliche Aus bedeuten. Und wie sollen unter diesem Aspekt neue gute Fachleute für die Uni gewonnen werden können?

Für die ärztliche Versorgung der Patienten, besonders unter den demografischen Prognosen speziell für Schleswig-Holstein, lässt sich kaum eine schlechtere Ausgangsbasis konstruieren. Alle übrigen Länder „rüsten“ die Zahlen der Medizinstudenten auf und nur in unserem Lande ist die Politik kurzfristig genug, Medizinstudentenplätze zu minimieren.

DR. DORIS HARTWIG-BAADE, LANDESVORSITZENDE DES HNO-BERUFSVERBANDES



Mit großem Bedauern mussten wir aus der Presse entnehmen, dass sich die Landesregierung offensichtlich mit dem Gedanken trägt, das UK S-H an Privatinvestoren zu veräußern. Mit diesem Vorhaben sind wir nicht einverstanden, denn es gibt viele Patienten, die auf unsere Uni-Kliniken nicht verzichten können. Diese Patienten bangen um ihre Gesundheit und vielleicht auch um ihr Leben. Nicht nur Patienten wären von dieser Maßnahme betroffen, sondern auch viele tausend qualifizierte Mitarbeiter. Sie bangen nicht nur um ihren Arbeitsplatz, sondern ein großer Teil wird ihn mit Sicherheit auch verlieren. Uns wird immer wieder von der Politik mitgeteilt, dass beim Sparen die Themen Bildung und Ausbildung nicht auf der Strecke bleiben dürfen, aber bei dem Plan der Landesregierung Schleswig-Holstein im Falle UK S-H würde das passieren.

Wenn wir in Schleswig-Holstein in die ländlichen Gebiete schauen, wo der Mangel an Landärzten schon heute sehr groß ist und im Laufe der nächsten Jahre sich noch verschlimmern wird, gleicht dieses Vorhaben einer Katastrophe. Wir verstehen, dass die Landesregierung ihren Haushalt sanieren und in Ordnung bringen muss, aber bitte nicht am falschen Ende. Wir fordern daher die Landesregierung auf, auf den geplanten Verkauf des UK S-H zu verzichten. Sollte es doch dazu kommen, werden wir mit allen Kräften die unterstützen, die auch unserer Meinung sind. Die nächste Wahl kommt bestimmt.

GÜNTHER SCHULZ, ARBEITSGEMEINSCHAFT DER PATIENTENVERBÄNDE UND SELBSTHILFEGRUPPEN SCHLESWIG-HOLSTEIN

MITGLIEDERVERSAMMLUNG

Ärztliche Versorgung Schwerpunkthema des Landes- seniorenrates



Neben der Vorstandsvorsitzenden der KVSH, Dr. Ingeborg Kreuz, sprach auch Dr. Michael Brandt, Vizepräsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, zu den Delegierten der Jahrestagung des Landes-seniorenrates.

Brokstedt – Die Zukunft der ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein, vor allem jenseits der großen Städte, war ein Schwerpunktthema der diesjährigen Mitgliederversammlung des Landes-seniorenrates, zu der Vertreter von mehr als 100 örtlichen Seniorenbeiräten Ende April in Brokstedt (Kreis Steinburg) zusammenkamen.

Dr. Ingeborg Kreuz, Vorstandsvorsitzende der KVSH, erläuterte den Delegierten, welche Herausforderungen auf die ambulante Versorgung zukommen. Sie ging auf den sich abzeichnenden Nachwuchsmangel in der haus- und fachärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein ein und wies darauf hin, dass zugleich der Behandlungsbedarf als Folge der Alterung der Gesellschaft steigen werde. Um künftig mehr junge Mediziner für eine ambulante Tätigkeit zu gewinnen, müsse der Beruf des Arztes wieder attraktiver werden, forderte Kreuz.

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass die Frage einer verlässlichen ärztlichen Versorgung bei vielen Seniorenbeiräten ganz oben auf der Tagesordnung steht.

REGIONALES PRAXISNETZ KIEL

Neuer Vorstand gewählt

Kiel – Eine Mischung aus altbewährten und neuen Kräften steht an der Spitze des Regionalen Praxisnetzes Kiel. Bei den Wahlen des Ärztenetzes, dem etwa 400 Ärzte aus über 300 Praxen angehören, setzten sich erneut der Allgemeinmediziner Wolfgang Schulte am Hülsen und der Urologe Dr. Wolfgang Keil als hausärztlicher beziehungsweise fachärztlicher Vorsitzender des Vorstandes durch. Ihnen zur Seite steht der Allgemeinmediziner Dr. Manfred Simon als Kassenwart. Als Beisitzer wurden außerdem gewählt: Priv. Doz Dr. Gerd Leimenstoll (Internist/Nephrologe), Dr. Human Bolouri (Internist/Onkologe), Matthias Seusing und Dr. Peter Sühning (beide Allgemeinmediziner).

MAMMOGRAPHIE-SCREENING

Positive Bilanz nach fünf Jahren

Berlin – Ein positives Fazit hat die Kooperationsgemeinschaft Mammographie nach fünf Jahren Screening in Deutschland gezogen. Etwa 9,2 Millionen Frauen seien bis Dezember 2009 bundesweit zum Mammographie-Screening eingeladen worden. Am Programm teilgenommen hätten circa 4,9 Millionen. Damit sei mehr als jede zweite Frau dem Angebot zur Früherkennung von Brustkrebs gefolgt. Bundesweit werden etwa zehn Millionen Frauen zwischen 50 und 69 Jahren alle zwei Jahre schriftlich zur Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung von Brustkrebs eingeladen.

SCHWEINEGRIPPE

Fast eine Million Impfdosen nicht verbraucht

Kiel – Das Land Schleswig-Holstein bleibt auf 958.000 nicht verbrauchter Impfdosen gegen das Schweinegrippe-Virus sitzen. Das schreiben die Lübecker Nachrichten und beziehen sich dabei auf Angaben des Kieler Gesundheitsministeriums. Den Landeshaushalt belastete die Fehlkalkulation mit acht Millionen Euro, heißt es. Laut Ministerium haben sich 215.328 Schleswig-Holsteiner gegen das anfangs gefährlicher eingeschätzte Schweinegrippe-Virus impfen lassen. Das sind nur 7,6 Prozent der Bevölkerung. Der Zeitung zufolge sieht es in anderen Bundesländern ähnlich aus: Die Impfquote liege zwischen 3,5 (Baden-Württemberg) und 11,1 Prozent (Sachsen-Anhalt). Zunächst war geplant, das überschüssige Serum ins Ausland zu verkaufen. Die Verhandlungen sind allerdings endgültig gescheitert, zuletzt waren Iran und Pakistan als mögliche Abnehmerländer abgesprungen. Grund für das Scheitern der Verhandlungen waren offenbar unterschiedliche Preisvorstellungen. Nun würden Wege gesucht, um den überzähligen Impfstoff doch noch loszuwerden. So prüfen Wissenschaftler des Paul-Ehrlich-Instituts, ob der Schweinegrippe-Impfstoff für die nächste Grippe-Saison genutzt werden kann. Nach Angaben des Instituts hält es die EU-Seuchenbehörde für wahrscheinlich, dass die Schweinegrippen-Viren in der kommenden Saison vorherrschend sein werden. Zur weiteren Verwendung brauche der Impfstoff Pandemrix allerdings eine erweiterte Zulassung der EU-Kommission.

INTERESSENGEMEINSCHAFT
DER HEILBERUFE

Medienpreis verliehen für die Arztpraxis

Kiel – Die Interessengemeinschaft der Heilberufe in Schleswig-Holstein (IdH) hat den Medienpreis Gesundheit verliehen. Dieser geht zu gleichen Teilen an Heike Stüben und Christian Trutschel. Beide Preisträger sind Redakteure der „Kieler Nachrichten“. Der Medienpreis ist mit insgesamt 2.000 Euro dotiert.



Sie haben die Wahl

Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein wählen in diesem Jahr eine neue Abgeordnetenversammlung. Das Nordlicht wird bis zum Wahltermin in einer Serie über verschiedene Aspekte der Wahl informieren, Wahlmodalitäten erläutern und Meinungen einholen. In dieser Ausgabe finden Sie die letzten Termine zur Wahl.

Wichtige Termine

9. Juni 2010

Prüfung der Wahlvorschläge durch den Landeswahlausschuss

13. September bis einschließlich 17. September 2010

Briefwahl

18. September 2010

Auszählung der Stimmen und Feststellung des vorläufigen amtlichen Wahlergebnisses

PERSPEKTIVEN 2010

Sie fragen – die KVSH antwortet

Auf drei Großveranstaltungen wird die KVSH Sie unter anderem über die wichtigsten Veränderungen in der Honorierung ärztlicher Leistungen zum 1. Juli informieren. Nutzen Sie die Gelegenheit und besuchen Sie eine der Veranstaltungen in Ihrer Nähe.

ZEIT	ORT
Freitag, 4. Juni Beginn 15.00 Uhr	Stadttheater Heide Rosenstraße 17, 25337 Heide
Samstag, 19. Juni Beginn 11.00 Uhr	Edmund-Christiani-Seminar Esmarchstraße 4-6, 23795 Bad Segeberg
Mittwoch, 23. Juni Beginn 15.00 Uhr	Hotel Hohenzollern Moltkestraße 41, 24837 Schleswig

Selbstverwaltung: Jetzt!

Die anstehende Gesundheitsreform wirft ihre Schatten voraus. Mutige Weichenstellungen sind dringend erforderlich, um die Herausforderungen der kommenden Jahre zu bewältigen.



Dr. Peter Froese, Vorsitzender des Apothekerverbandes Schleswig-Holstein

Doch wie und vor allem durch wen sollen künftig die Strukturen im Gesundheitssystem gestaltet werden? Wollen wir einen zunehmenden Staatseinfluss mit „Durchregieren“ des Staates – bis hin zur Bestimmung der Biegung der kleinsten Büroklammer, die für Dokumente verwendet werden darf – fortentwickeln? Wollen wir einen gewagten Schwenk zu neoliberalen Strukturen, bei denen

Das Modell eines selbstverwalteten Gesundheitswesens, bei dem gleich starke Partner um die beste Lösung ringen, ist – bei allen Problemen des Alltags – für uns mit Abstand die beste Lösung. Unabhängig entscheidende Partner, die zum „sich vertragen“ gezwungen sind, bilden ein ausgewogenes und stabiles Grundgerüst. Kollektive Verträge, deren Wert man oft erst erkennt, wenn sie abgelöst werden, sind der zweite Anker eines im besten Sinne gerechten und stabilen Gesundheitssystems. Selektive Vertragswerke, bei denen man sich manchmal fragt, wer aus welchem Grund wen selektiert, sind nur dann eine sinnvolle Ergänzung, wenn klar ist, um was der Wettbewerb eigentlich stattfinden soll. Das bedeutet, dass auch diese Verträge in einen sauber strukturierten Ordnungsrahmen eingebettet sein müssen. Was ohne einen solchen klaren Rahmen passiert, können wir in den USA verfolgen.

Ein Aspekt wird allerdings derzeit zu wenig beachtet: Wir brauchen eine stärkere Regionalisierung unseres Gesundheitswesens. Schleswig-Holsteins Heilberufler wollen und müssen mit schleswig-holsteinischen Patienten, gegebenenfalls vertreten



Großkonzerne und monopolistisch auftretende Kassenunternehmen einen Verdrängungswettbewerb ohne Gleichen zelebrieren und nur die nächste Aktionärsversammlung im Auge haben, fördern?

Ich bin der festen Überzeugung, dass keiner dieser Wege – deren unkoordiniertes Nebeneinander wir derzeit erleben und erleiden – zum Ziel eines stabilen und für alle Seiten gerechten Gesundheitswesens führt. Weder der regelungswütige Staat – insbesondere angesichts dramatischer fiskalischer Verwerfungen – noch der krude und ungezügelter Wettbewerb um Gewinne und Macht sind in der Lage, die sensiblen gesundheitlichen Bedürfnisse der Menschen in unserem Land zu schützen.

durch deren regionale Krankenkassen, Verträge schließen. Wir wollen unsere Versorgungskonzepte, die für unser Land maßgeschneidert sind, entwickeln und umsetzen. Wir wollen unsere Bevölkerung auf dem Dorf und dem flachen Land ebenso gut versorgen können, wie Menschen, die in einer Großstadt leben. Und wir wollen als freie Heilberufler unabhängig und nur unserem Gewissen verpflichtet unsere Berufe ausüben können.

Für all das brauchen wir eine starke, unabhängige Selbstverwaltung. Der Einsatz in unserer Selbstverwaltung ist oft schwierig, aber lohnend, wenn man niemals vergisst, wofür man diesen Einsatz leistet. Das Motto Ihrer KV bildet dies sehr gut ab: Für die Menschen im Land!

DR. PETER FROESE, VORSITZENDER
DES APOTHEKERVERBANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN

Gemeinsam in die Zukunft

Die Sorge war groß und die Befürchtungen zahlreich im Kreis Nordfriesland. Aber die Sorge um die Zukunft der Gesundheitsversorgung des ländlich geprägten Kreises, der mit seinen gut 81 Einwohnern pro Quadratkilometer die geringste Einwohnerdichte aller Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein aufweist, bewirkte Außergewöhnliches.

Landrat Dieter Harrsen hatte sich 2008 beim Sozialministerium um Projektgelder für ein Gesundheitsprojekt an der Westküste bemüht und den Zuschlag für seinen Entwurf erhalten.

Er beauftragte dsn Analysen & Strategien in Kiel mit der strategischen Begleitung und die gerade neu ernannte Leiterin des Kreisgesundheitsamtes Dr. Antje Petersen mit der Projektleitung. In dem Projekt „Erarbeitung von konzeptionellen Vorschlägen für eine zukunftssichere integrierende medizinische Versorgung in Nordfriesland“ gelang es, ganz unterschiedliche Akteure, die bisher im politischen und im gesundheitsstrategischen Alltag nicht unbedingt zusammengearbeitet hatten oder gar gegensätzliche Interessen vertraten, an einen Tisch zu bringen. So konnten für die Projektsteuerungsgruppe gewonnen werden: Chefärzte und Verwaltungsleiter von Krankenhäusern, eine Pflegedienstleiterin, dazu je einen Vertreter oder eine Vertreterin aus dem Rettungsdienst, der Kreisarbeitsgemeinschaft, den Wohlfahrtsverbänden, der niedergelassenen Ärzteschaft Nordfriesland, der Kreisstelle Nordfriesland der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein sowie eine Patientenvertreterin aus dem Verein für Betreuung und Selbstbestimmung.

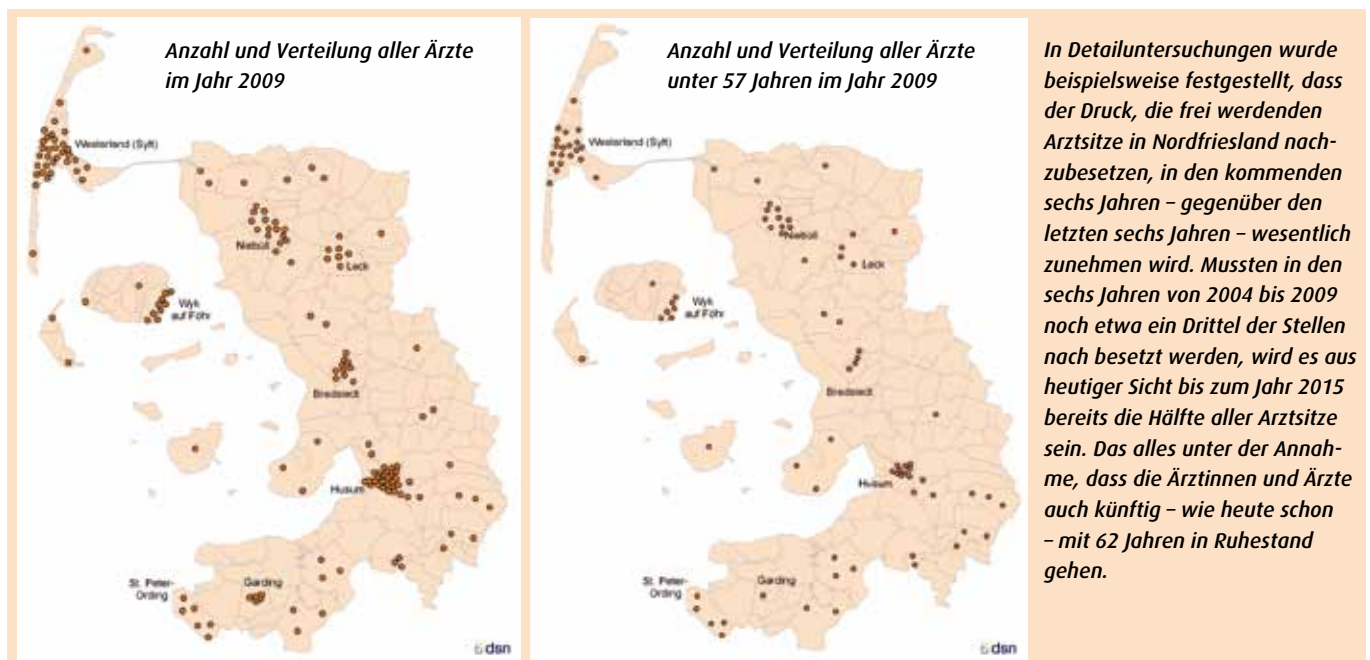
Für den Beirat erfolgte die Auswahl im Gesundheitsausschuss des Kreises. Jede der vertretenden Parteien sandte je ein Mitglied in dieses Gremium, das die Prozesse, Inhalte und Ergebnisse des Projektes nachvollziehen, bewerten und unterstützen sollte.

So konnte, unabhängig von partei- und berufspolitischem Kalkül, eine gemeinsame Analyse der regionalen Gesundheitsversorgung erfolgen und daraus resultierend eine Prognose für die zu erwartenden Entwicklungen erstellt werden.

Drei Entwicklungslinien wurden herausgearbeitet: demografische Entwicklung, erwartete Entwicklungen im Gesundheitssystem, technologischen Neuerungen.

In dem Projekt war die Frage der wohnortnahen ambulanten Versorgung von besonderer Bedeutung. Darum wurde besonderes Augenmerk auf Anzahl und regionale Verteilung der Haus- und Fachärzte gelegt. Beide Faktoren hängen in der Zukunft davon ab, wie beim altersbedingten Ausscheiden von Ärzten die offenen Stellen nachbesetzt werden können.

Ein anderer Schwerpunkt war das Thema E-Health, um die persönliche Betreuung in schwach besiedelten Gebieten durch moderne Informationstechnologie zu unterstützen.



QUELLE: KARTENGRUNDLAGE: DTK50, LVERMA S-H

DATENQUELLE: KREIS NORDFRIESLAND 2009B; DSN, EIGENE ERSTELLUNG

Konzeptionelle Vorschläge

Die Analyse der gegenwärtigen Versorgungssituation und der speziellen Probleme im ländlichen Raum Nordfriesland sowie die daraus abgeleiteten konzeptionellen Vorschläge konzentrierten sich auf zwei Handlungsfelder:

- die zukünftige Versorgung mit ärztlichem und pflegerischem Personal und
- die entlastenden Unterstützungsfunktionen für die Leistungserbringer.

Daraus ergaben sich insgesamt zehn konzeptionelle Vorschläge:

1. Schaffung von Transparenz im Bereich niedrig- und höherschwelliger Angebote für Demenzzranke
2. Weiterbildungs- und Umschulungsmöglichkeiten für Pflegeberufe im Bereich der Geriatrie/Gerontopsychiatrie
3. Ausbildungsmodell „Alles aus einer Hand“ für Allgemeinärzte
4. Einsatz von Telemedizin in der Psychiatrie
5. Akzeptanzhöhung des Modellprojektes HELVER zur Sicherung von Hausbesuchen
6. Förderung der Anwendung gemeinsamer Behandlungspfade zwischen den niedergelassenen Ärzten und Kliniken
7. Aufbau (virtueller) ortsübergreifender Gemeinschaftspraxen
8. Bildung eines Fachgremiums für die Geriatrie /Gerontopsychiatrie
9. Reduktion des administrativen Aufwandes im Bereich krankenkassenbezogener Informationen und die Bündelung der Nachfragen von Arztpraxen
10. Finanzielle Anreizsysteme zur Unterstützung der Niederlassungsbereitschaft von Ärzten

Für neun der insgesamt zehn konzeptionellen Vorschläge wurden Paten gewonnen, die die Weiterentwicklung dieser Vorschläge vorantreiben wollen.

„Mit diesem Projekt wurde eine zwischen allen Beteiligten gut abgestimmte sektorenübergreifende Zusammenarbeit zum Wohl der Patienten im Landkreis auf den Weg gebracht.“

DR. INGEBORG KREUZ, VORSTANDSVORSITZENDE
DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

Dr. Bettina Bonde, Vorstandsvorsitzende der KVSH Dr. Ingeborg Kreuz, Patientenombudsfrau Siegrid Petersen sowie Dr. Franz-Joseph Bartmann von der Ärztekammer Schleswig-Holstein große Anerkennung. Die Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung

„Ich bin begeistert, dass alle Beteiligten parteienübergreifend und professionsüberschreitend ihre Vorbehalte zurückstellen und gemeinsam für die Sicherung der Gesundheitsversorgung unserer Region wirken!“

DR. THOMAS MAURER, KREISSTELLENVORSITZENDER, NORDFRIESLAND

Schleswig-Holstein, Dr. Ingeborg Kreuz stellte fest, dass mit diesem Projekt eine zwischen allen Beteiligten gut abgestimmte sektorenübergreifende Zusammenarbeit zum Wohl der Patienten im Landkreis auf den Weg gebracht wurde. Der Vorsitzende der Kreisstelle der KVSH Dr. Thomas Maurer, resümierte: „Ich bin begeistert, dass alle Beteiligten parteienübergreifend und professionsüberschreitend ihre Vorbehalte zurückstellen und gemeinsam für die Sicherung der Gesundheitsversorgung unserer Region wirken!“

Wenngleich die Staatssekretärin bereits in ihrem Eingangsreferat darauf hinwies, dass sie das Projekt befürworte, jedoch keinerlei Geldmittel zusagen könne, wird es für die Zukunft unausweichlich sein, für den Erhalt einer guten medizinischen Versorgung in den ländlichen Gebieten zu investieren. So meinte denn auch einer der anwesenden Amtsleiter: „Wenn wir eine bürgernahe ärztliche Versorgung weiterhin haben wollen, dann müssen wir in den Gemeinden Geld in die Hand nehmen, aber die große Politik muss das auch!“

Doch zunächst müssen die Vorschläge konkretisiert werden. Dafür sind weitere Mitstreiter herzlich willkommen. Zum Einlesen steht der Endbericht mit allen Details auf der Homepage des Kreises Nordfriesland zum Download zur Verfügung. Und für die Paten steht bereits ein nächstes Treffen im Terminkalender – denn das Ende des Projektes ist eigentlich ein Anfang.

DR. ANTJE PETERSEN
LEITERIN DES GESUNDHEITSAMTES NORDFRIESLAND

Die Vorstellung des Endberichtes am 3. Mai 2010 stellte für Landrat Dieter Harrsen, Dr. Antje Petersen und alle Beteiligten einen erfreulichen Höhepunkt ihres Engagements dar und fand sowohl bei den Vertretern des Gesundheitsministeriums als auch den 100 anderen Gästen, darunter Staatssekretärin

Viele Baustellen in Dresden

Maßnahmen gegen Ärztemangel, Streit um Hausarztverträge und der Ruf nach einem Gesundheitssystem mit mehr Eigenverantwortung. Das waren die zentralen Themen der KBV-Vertreterversammlung und des 113. Deutschen Ärztetags in Dresden.

Zu Beginn seiner Rede setzt er erst einmal Prioritäten. Nicht die Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen, nicht das 110-Milliarden-Euro-Paket für das klamme Griechenland und auch nicht die Sondervertreterversammlung zur Weiterentwicklung der Vergütungsreform waren für ihn persönlich die wichtigsten Ereignisse der vergangenen Tage. Nein, für Dr. Andreas Köhler war es der Muttertag. Schließlich, so der KBV-Chef, sei dieser meist positiv besetzt, was man von den anderen Ereignissen eher nicht sagen könne. Der größte Unterschied sei allerdings: „Vom Muttertag kann nun wirklich keiner sagen, dass die KBV daran schuld ist“.

Nachdem dies also geklärt ist, kommt Köhler zur Sache und fordert eine Debatte über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. „Wir brauchen eine gesamtgesellschaftliche, offene und ehrliche Diskussion darüber, was die solidarisch finanzierte Krankenversicherung in Zukunft noch leisten kann und soll“, sagt er.

Mehr Eigenverantwortung der Patienten

Dabei gehe es auch um mehr Eigenverantwortung der Patienten. Das eigene Anspruchsverhalten muss aus Köhlers Sicht kritisch überprüft werden, gegebenenfalls müssten Zuzahlungen neu strukturiert und erhöht werden. Außerdem, sagt der KBV-Vorstandsvorsitzende, müsse über Priorisierung gesprochen werden. Der Ausgabendruck auf die niedergelassenen Ärzte seitens der Krankenkassen sei teilweise so hoch, dass er zu einer impliziten Rationierung und zu einem Investitionsstau in den Praxen führe. Dies sei einer der Gründe für die wachsende Unzufriedenheit unter den Ärzten und die nachlassende Bereitschaft junger Mediziner, sich überhaupt noch niederzulassen. Maßnahmen wie eine Landarztquote, mehr Medizinstudienplätze oder veränderte Zulassungskriterien reichten nicht aus, um den drohenden Ärztemangel zu bekämpfen. „Worauf es ankommt, sind bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte. Das heißt vor allem: Abbau von Bürokratie.“ Die KBV will offenbar mit gutem Beispiel voran gehen und künftig nur noch Regelungen erlassen, die ein Mindestmaß an Bürokratie erzeugen.

In der politischen Diskussion zeichnet sich laut Köhler ein spürbarer Sinneswandel ab. Anstatt der bisher im Gesetz vorgeschriebenen starken Pauschalierung werde künftig wieder auf eine sinnvolle Einzelleistungsvergütung gesetzt. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein fordert dies seit langem und treibt darum zurzeit das Modellprojekt Einzelleistungsvergütung intensiv voran.

Starke Kritik übt der KBV-Chef an dem Vorhaben, Ärzte in überversorgten Gebieten mit niedrigeren Preisen für ihre Leistungen zu bezahlen und in unterversorgten Regionen Zuschläge zu gewähren. „Das würde bedeuten, dass gerade einmal 51 Vertragsärzte in den Genuss höherer Punktwerte kämen, während 77.228 Ärzte geringer vergütet würden. Gleichzeitig verursacht das Ganze einen irren Aufwand und wird bestimmt nicht die gewünschte Wirkung erzielen, nämlich Ärzte für unterversorgte Gebiete zu gewinnen“, betont Köhler. Dabei sei es im Grundsatz richtig, Anreize für die Niederlassung in Gegenden zu schaffen, in denen der Ärztemangel bereits akut ist: „Viele Kassenärztliche Vereinigungen tun dies bereits. Sie geben zum Beispiel Umsatzgarantien oder Zuschüsse zu Praxisinvestitionen. Das sind richtige Ansätze, die systematisch ausgebaut werden müssen.“ Die KBV schlägt deshalb der Politik vor, einen Strukturfonds einzurichten, in dem das für solche Sicherstellungsaufgaben erforderliche Geld bereitgestellt werde. Die KBV arbeite außerdem an einer kleinräumigen und sektorenübergreifenden Versorgungsanalyse und -planung.

Volle Breitseite gegen HzV-Verträge

Im weiteren Verlauf seiner Rede greift Köhler die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung scharf an. Er warnt davor, dass die Vollversorgungsverträge der Krankenkassen mit der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft den Fortbestand des Kollektivvertrags gefährdeten, ohne dass es Belege dafür gebe, dass sie die Patientenbehandlung oder die Wirtschaftlichkeit verbesserten. Stattdessen besteht Köhler zufolge die Gefahr, dass Ärzte sich in die Abhängigkeit einer Krankenkasse begäben und die Abschottung zwischen den Versorgungsbereichen der Haus- und Fachärzte weiter vorangetrieben wird. „Der große Vorteil des KV-Systems ist doch, dass darin alle unter einem Dach vereint sind, dass die Führungen der KVen und der KBV von allen gewählt werden und deswegen als einzige über die notwendige Legitimation verfügen“, erklärt Köhler. Der Deutsche Hausärzteverband wolle in seinen Verträgen vor allem die Vorteile für sich in Anspruch nehmen, nicht aber die dazugehörigen Pflichten.

Gleiches Honorar für alle

Interessant wird es dann noch einmal auf einer anschließenden Pressekonferenz, auf der Köhler die Ergebnisse der außerordentlichen Vertreterversammlung vom Vortag vorstellt. Der KBV-Vorstand kündigt an, die Verteilung des Honorars zwischen den Ärzten bis 2015 zu vereinheitlichen. „Unser Ziel ist es, dass für die Lösung der gleichen Patientenprobleme bei



gleicher Qualität in ganz Deutschland die gleiche Vergütung gezahlt wird.“ Damit reagieren KBV und KVen auf extrem unterschiedliche Honorarverteilungen je nach Kassenärztlicher Vereinigung nach der letzten Honorarreform. Und: Sollten die Krankenkassen im kommenden Jahr mehr Geld zur Verfügung stellen, dann – so der mehrheitliche Wille der KVen – soll dies asymmetrisch zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen verteilt werden. Länder wie Schleswig-Holstein, die durch die Honorarreform benachteiligt worden sind, könnten davon profitieren.

Viel Applaus für Rösler

Einen Tag später, Beginn des 113. Deutschen Ärztetags. Tosender Applaus in der Dresdner Semperoper für den 13-jährigen Violinisten Jacob Meining, der die Veranstaltung furios eröffnet. Viel Beifall erhält auch Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, der es in seiner 40-minütigen freien Rede geschickt versteht, auf die Sorgen und Nöte der Ärzte einzugehen. Rösler dankt den Ärzten für ihre Arbeit am Patienten. Die Mediziner leisten gute Arbeit – trotz mancher gesundheitspolitischer Entscheidung. Der FDP-Politiker bemängelt die Bürokratie, mit der die Ärzte konfrontiert seien. Er plädiert für eine „Kultur des Vertrauens“ und spricht sich „gegen Kontrollwut“ aus. So etwas kommt an. Anschließend wirbt Rösler darum, ein Gesundheitssystem mit mehr Eigenverantwortung für Patienten zu etablieren. Alle Einkommensarten sollten zur Finanzierung herangezogen werden, der Solidarausgleich zwischen Arm und Reich im Steuersystem stattfinden. Auch auf den Ärztemangel geht Rösler ein. Er verlangt andere Zugangsbedingungen für das Medizinstudium. Auswahlgespräche müssten eine wichtigere Rolle spielen, nicht die Abiturnote. Außerdem müsse das Medizinstudium insgesamt verbessert werden. Eine Absage erteilt Rösler allerdings dem Vorschlag, einen Bachelor- und Masterabschluss in der Medizin einzuführen. Für ihn stehe fest, dass das Staatsexamen bleiben müsse.

Doch auch der neue Bundesgesundheitsminister tritt einmal kurz auf die Euphorie-Bremse: „Ich kann niemandem im Gesundheitssystem mehr Geld versprechen.“ Trotzdem: Pfiffe oder sarkastische Zwischenrufe wie in den Vorjahren, in denen noch Ulla Schmidt zu den Ärzten sprach, bleiben diesmal aus. Im Gegenteil: Der Applaus, der nach Röslers Rede aufbrandet, darf als fast stürmisch bezeichnet werden. Auch der Präsident der Bundesärztekammer ist vom lang anhaltenden Händeklatschen beeindruckt: „Dass ich das noch erleben darf“, so die Reaktion von Professor Jörg-Dietrich Hoppe.

„Die Hütte brennt“

Dieser ruft danach zum Kampf gegen den Ärztemangel auf. „Es ist allerhöchste Zeit, die Hütte brennt“, macht der Kammer-Präsident klar. Um die Situation zu verdeutlichen, nennt Hoppe Zahlen. In den Krankenhäusern gebe es 5.000 unbesetzte Stellen, die Zahl der jungen Ärzte sei von 5,1 Prozent im Jahr 2008 auf jetzt 4,5 Prozent zurückgegangen, ein Fünftel der Ärzteschaft sei heute älter als 60 Jahre. „Und da hilft es auch nicht, auf die gestiegene Gesamtzahl der Ärzte zu verweisen, wenn die tatsächlich zur Verfügung stehenden Arztarbeitsstunden sinken. Denn die nachrückende Ärztegeneration hat Lebensentwürfe, die mit den bisherigen Marathondiensten im Krankenhaus oder der Selbstausbeutung in freier Praxis nicht mehr vereinbar sind“, betont Hoppe. Um den Ärztemangel in den Griff zu kriegen, müssten vor allem attraktivere Arbeitsbedingungen für den medizinischen Nachwuchs geschaffen werden. Dafür ist es nach Ansicht des BÄK-Präsidenten notwendig, über die Sorgen und Nöte der jungen Ärzte Bescheid zu wissen. Die Bundesärztekammer habe darum 30.000 Nachwuchsmediziner und deren Weiterbildungsbefugte zu ihrer Arbeitssituation und zur Qualität der Weiterbildung befragt. Zwar seien die Befragten deutschlandweit grundsätzlich mit ihrer Weiterbildungssituation in Klinik und Praxis zufrieden, erklärt Hoppe. „Die Umfrage hat aber auch gezeigt, dass der ökonomische Druck im Arbeitsalltag der jungen Ärzte in Weiterbildung zu einer enormen Belastung geworden ist.“ Auch der ausufernde Bürokratismus mache den Mediziner zu schaffen. Die Ergebnisse der Befragung seien ein „klares Signal an die Politik, die Rahmenbedingungen der ärztlichen Arbeit in Deutschland schnell und spürbar zu verbessern.“

Hoppe widmet sich in seiner Rede außerdem den Themen Rationierung und Priorisierung. Dass es zu Rationierung in der medizinischen Versorgung komme, sei mittlerweile unbestritten. „Längst ist die so genannte heimliche Rationierung öffentlich geworden.“ Im derzeitigen System gebe es nur einen Weg aus der Rationierung, und das sei die Diskussion um die Priorisierung. „Es ist ethisch nicht mehr vertretbar, diese Diskussion nicht zu führen“, betont Hoppe. Nach dem Willen der Bundesärztekammer solle ein Gesundheitsrat mit Patientenvertretern, Ärzten, Vertretern anderer Gesundheitsberufe, Philosophen, Theologen und Juristen diese Frage diskutieren.

Ob und wie diese Diskussion geführt wird, dürfte spätestens auf dem nächsten Deutschen Ärztetag klar sein – dann in Kiel.

MARCO DETHLEFSEN, KVSH

„Die Attraktivität des Arztberufes wieder in den Vordergrund stellen“

„Als ich die Stellenausschreibung las, konnte ich einfach nicht widerstehen.“ Mit diesen Worten begründete Dr. Carsten Leffmann seinen Entschluss, sich um die Position des neuen Hauptgeschäftsführers der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu bewerben. Letztendlich setzte er sich gegen insgesamt 70 Bewerber durch. Eine von der Kammer eingesetzte Findungskommission hatte den 52-jährigen Arzt ausgewählt, die Kammerversammlung bestätigte deren Vorschlag einstimmig. Leffmann folgt auf Dr. Cordelia Andreßen, die als Staatssekretärin in das Kieler Wissenschaftsministerium berufen worden war. Im Nordlicht-Interview spricht er über die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung, den Ärztemangel und die Rolle von Qualität in der Honorierung ärztlicher Leistungen.

NORDLICHT: Herr Dr. Leffmann, seit dem 1. Juni sind Sie Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Was reizt Sie an Ihrer neuen Aufgabe?

Dr. Carsten Leffmann: Ich hatte zuletzt in der Ärztekammer Hamburg als Geschäftsführer die Fortbildungsakademie und das Ressort Qualitätsmanagement geleitet und feststellen können, dass wir in der Selbstverwaltung mehr Gestaltungsspielraum haben, als man aus externer Sicht ahnt. Auch wenn ich in Hamburg eigentlich rundum zufrieden war, wurde es mit der Zeit immer interessanter, vielleicht noch mehr Verantwortung zu übernehmen. Als die Position des Hauptgeschäftsführers der Ärztekammer Schleswig-Holstein ausgeschrieben wurde, konnte ich gar nicht anders, als mich zu bewerben. Als Norddeutscher wäre für mich eine andere Kammer übrigens kaum infrage gekommen. Auf der anderen Seite bin ich aber auch Familienmensch. Weil Bad Segeberg eben nicht so weit weg ist von Hamburg und ich – zumindest erst einmal – zwischen beiden Städten pendeln kann, passte alles zusammen. Es ist doch deutlich entspannter, nicht gleich alle Säulen des Lebens mit Familie, wie soziales Umfeld, Wohnen und so weiter ändern zu müssen. Das alles war es, was mich – um es salopp zu sagen – richtig juckte.

NORDLICHT: Welche Schwerpunkte wollen Sie als Hauptgeschäftsführer setzen?

Leffmann: Ich wusste natürlich vorher, dass ich hier eine funktionierende Ärztekammer vorfinden würde. Dieser Eindruck wurde in meinen ersten Tagen in Bad Segeberg auch bestätigt. Es gibt also keine Veranlassung, alles sofort zu ändern. Gleichwohl bin ich auch Qualitätsmanager und das mit Leib und Seele. Es gibt immer Dinge, die man vielleicht noch besser machen kann oder effizienter. Viele ärztliche Kolleginnen und Kollegen wissen gar nicht so genau, was eine Ärztekammer macht und wofür sie da ist. Ich möchte darum

zum Beispiel für die Ärzte den Serviceaspekt noch mehr in den Vordergrund rücken. Sie sollen merken, dass wir in erster Linie für sie da sind. Dass wir für unsere Ärzte präsent und hilfreich sein können, das kann man an manchen Stellen noch ausbauen.

„Ich möchte für die Ärzte den Serviceaspekt stärker in den Vordergrund rücken.“



NORDLICHT: Sie kommen gerade vom Deutschen Ärztetag in Dresden. Wie fällt Ihre Bilanz aus?

Leffmann: Diesmal war eine andere Atmosphäre zu spüren, die wird ja inzwischen auch schon nahezu beschworen. Es war aber von Seiten der Politik tatsächlich verständnisvoller. Mit Ministerin Schmidt war das eine Zeitlang nicht so, mit Herrn Rösler ist es anders. Was sich aber in der Gesundheitspolitik tatsächlich ändern und ob dies zum Vorteil der Ärzte sein wird,

werden wir dann sehen. Wenn aber die Gesprächskultur schon mal gut ist, wird man leichter eine Annäherung finden, als wenn die Atmosphäre vergiftet ist.

NORDLICHT: *Der Ärztetag hat sich unter anderem mit dem Thema Ärztemangel beschäftigt und beschlossen, den medizinischen Nachwuchs künftig stärker für die Allgemeinmedizin zu begeistern. Wie soll das geschehen?*

Leffmann: Noch gar nicht richtig im Amt bin ich bereits mehrfach von Ärzten auf den Nachwuchsmangel in Schleswig-Holstein angesprochen worden. In der Metropole Hamburg ist es zwar auch nicht mehr wie früher, dort haben wir das Problem in einigen Stadtteilen auch, allerdings nicht so dramatisch. Kammer und KVSH sind hier gemeinsam gefordert, Konzepte gegen den Ärztemangel zu entwickeln. Die Maßnahmen, die die KVSH schon ergriffen hat, finde ich hochinteressant. Die Kammer ist bereit, mit an diesem Strang zu ziehen. Die Diskussion, wie man den medizinischen Nachwuchs für den Beruf des niedergelassenen Arztes begeistert und insgesamt mehr Ärzte ins Land holt, hat mehrere Facetten. Sollen wir die Universitäten öffnen und mehr Medizinstudenten aufnehmen? Ich sehe das kritisch. Jetzt die Kapazitäten – wahlweise auch noch ohne zusätzliche Ressourcen – abrupt zu erweitern, stellt die Universitäten vor große Probleme. Wir wissen, dass die Lehre vielerorts ohnehin nicht ausreichend ausgestattet ist und einfach die Schleusen zu öffnen, würde dort sicherlich Qualitätsverluste mit sich bringen. Der zweite Punkt ist, dass wir hier im Lande die Attraktivität der ärztlichen Berufsausübung steigern müssen. Viele wandern ins Ausland ab oder übernehmen patientenferne Tätigkeiten. Diese Lücken zu stopfen, ist eine intelligente, gemeinsame Aufgabe. Die KVSH kann Anreize setzen zum Beispiel über das Vergütungssystem, die Kammer unter anderem über eine spezielle bedarfsgerechte Weiterbildungssystematik.

„Kammer und KVSH müssen bei der Bekämpfung des Ärztemangels an einem Strang ziehen.“

NORDLICHT: *Im kommenden Jahr findet der Deutsche Ärztetag in Kiel statt. Welche Bedeutung hat diese Veranstaltung für Sie?*

Leffmann: Ich freue mich darauf, weil der Ärztetag für Schleswig-Holstein und für die Ärzteschaft in diesem Bundesland auch ein Aushängeschild ist. Die Augen der Republik richten sich für ein paar Tage auf Kiel – das hat auch mit Wertschätzung der Kolleginnen und Kollegen im Land zu tun.

NORDLICHT: *Ein Schwerpunkt Ihrer bisherigen Arbeit war das Qualitätsmanagement. Sollte die Höhe des Honorars eines Arztes stärker von der Qualität seiner Leistung abhängig sein?*

Leffmann: Bevor wir darüber diskutieren, ob es für mehr Qualität auch mehr Geld gibt, müssen erst einmal andere Dinge geklärt werden. Haben wir ausreichende Instrumente, die aus ärztlicher Sicht für unsere Patienten relevante Qualität zu messen und vor allem schlüssig darzulegen? Zugegeben, wir haben jahrelang unsere Arbeit gemacht – und das gut – ohne uns



ernsthaft um Kennzahlen zu kümmern, aber zuletzt war die so genannte Qualitätssicherung auch so stark von Partikularinteressen Dritter geprägt, die es uns etwas verleidet haben. Gerade aus dem Bereich der niedergelassenen Ärzte in der Fläche müssten wir mehr und bessere Zahlen haben, ob und wie die Versorgung in der Bevölkerung überhaupt ankommt.

Hauptsächlich für uns, für das eigene Selbstbewusstsein, die eigenen Steuerungsmöglichkeiten und dann natürlich auch für die Darlegung der Qualität gegenüber anderen – den Patienten, den Kassen, der Politik. Dann können wir noch besser beweisen, dass wir auf dem richtigen Weg sind und dann können wir auch sagen: diese von uns geleistete Qualität kostet so und so viel. Und an dem Punkt sollten wir uns dann auch nicht mehr hineinreden lassen.

DAS INTERVIEW FÜHRTE MARCO DETHLEFSEN, KVSH

Zur Person:

Dr. Carsten Leffmann hat an der Universität Essen Medizin studiert und wurde anschließend Assistenzarzt in der Klinik für Innere Medizin in Oldenburg in Niedersachsen. Dort arbeitete Leffmann auch regelmäßig als Notarzt. Von 2004 an leitete der 52-jährige die Fortbildungskademie und das Ressort Qualitätssicherung der Ärztekammer Hamburg und vertrat diese in verschiedenen Gremien auf Bundesebene. Außerdem ist er Lehrbeauftragter an der Universität Hamburg. Leffmann ist mit einer Ärztin verheiratet und hat drei Kinder.



Berlin ist immer eine Reise wert

Der dreitägige Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit lockte mehr als 8.000 Besucher ins ICC Berlin.

Ein Blick auf die Liste der vielen parallel laufenden Veranstaltungen zeigt, dass neben dem Hauptstadtkongress Gesundheitspolitik auch die Bereiche Krankenhaus-Klinik-Rehabilitation, der Deutsche Pflegekongress und das Deutsche Ärzteforum mit hochkarätigen Referenten besetzt sind. Insgesamt hat der Besucher die Qual der Wahl zwischen gut 100 Veranstaltungen mit insgesamt 500 Referenten.

Das Who-is-who der Gesundheitspolitik ist vertreten und gibt sich bei den vielfältigen Vorträgen und Referaten die Klinke in die Hand. Bundesminister Dr. Philipp Rösler macht mit seinem Vortrag über die Zukunft des Gesundheitswesens den Auftakt, der von mehr als 1.000 Besuchern mit Spannung erwartet wird. Er plädiert dabei für mehr gegenseitiges Vertrauen im Gesundheitswesen bzw. in der Selbstverwaltung und für mehr Transparenz gegenüber den Versicherten. Nach seiner Ansicht kann man Bürokratie nicht entscheidend abbauen, solange der Staat glaubt, dass er es besser könne als die Menschen im System. Die beste Kontrolle sei nach wie vor der mündige und aufgeklärte Patient. Gerade deshalb sei Transparenz und Gesundheitswissen für die Bevölkerung wichtig und für das Gesamtsystem von Vorteil.

Neben den vielfältigen Vorträgen hat der Besucher auch die Möglichkeit, in die Welt der Industrie und Pharmaunternehmen an den Ausstellerständen einzutauchen. Grell erleuchtet stehen die Stände der Hauptsponsoren an exponierter Stelle im weitläufigen ICC und halten auch Lounges für handverlesenes Publikum bereit, interessante Vorträge inbegriffen. Ebenso sind die dynamischen Softwareanbieter, Verlage, Klinikbetreiber und Ländervertretungen vor Ort und geben Einblick in ihre Tätigkeit im Gesundheitswesen. Es ist ein buntes Treiben, gepaart mit hektischem Interesse an den Neuerungen, die sich überall und in unterschiedlicher Intensität dem Auge des Betrachters offenbaren.

Da der Hauptstadtkongress in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stattfindet, ist es nicht verwunderlich, auch einen großen Stand aller KVen vorzufinden, den diesjährigen Info-markt der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dort werden grundsätzliche Informationen rund um die Themen Sicherstellung, Honorar, Arzneimittel und Qualität gegeben. Außerdem werden Neuerungen bei KV-SafeNet, der kleinräumigen Versorgungsanalyse oder der Arztbibliothek des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) vorgestellt. Dazu gesellt sich eine sogenannte Speaker's Corner, die



allerdings ohne die Hyde Park typischen, kleinen Holzkisten auskommt. Vielmehr ist es ein adrett gestaltetes Podium, auf dem zwei Diskutanten von einem Moderator z. B. über das Thema Ärztemangel befragt werden. So geben sich unter anderem Dr. Carl-Heinz Müller (KBV), Dr. Klaus Heckemann (KV Sachsen-Anhalt), Thomas Ballast (vdek) und Wilfried Jacobs (AOK Rheinland/Hamburg) ein Stelldichein und lassen sich die Chance auf eine inhaltsreiche Diskussion nicht entgehen – sehr zur Freude der vielen Zuhörer.

Am Freitag, dem „Tag der Niedergelassenen“, nutzt Dr. Andreas Köhler von der KBV die Möglichkeit, in einer politischen Diskussion mit Dr. Cornelia Goesmann (BÄK-Vizepräsidentin), Staatssekretär Dr. Daniel Rühmkorf und Dr. Annette Mainz-Perchalla (niedergelassene Neurologin) das Thema „Der Arzt im Wandel: Beruf statt Berufung“ zu beleuchten. Seine klare Forderung:

Die kleinräumige Bedarfsplanung muss sehr kurzfristig umgesetzt werden, die Verformung des Gesundheitssystems durch die Budgetierung ist zu beenden und der Gestaltungsspielraum der Selbstverwaltung muss durch eine Entschlackung der Regelungswut im SGB V wiederhergestellt werden. Die Diskutierenden sind sich dabei relativ einig, dass z. B. eine bessere Steuerung über Eigenbeteiligung und Eigenverantwortung dazu beitragen kann, Mangel auf der einen Seite und Überversorgung auf der anderen Seite kurz- bis mittelfristig in den Griff zu bekommen. Insgesamt spiegelt sich viel Einigkeit im Erkennen der Probleme – auch wenn die Lösungsvorschläge in Teilen von einander abweichen. Das Ziel bleibt dennoch scharf umrissen: „Neue Versorgungsstrukturen braucht das Land“. Mal sehen, was sich bis zum nächsten Hauptstadtkongress 2011 dann auch wirklich bewegt hat.

KARSTEN WILKENING, KVSH

Projekt zur Tumorfrüherkennung im Norden

Tumore im Kopf-Hals-Bereich früher erkennen.

Ergebnisse der Fragebogenumfrage in Schleswig-Holstein

Ende 2009 wurde an alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in Schleswig-Holstein, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit Mundkrebs zutun haben, ein Fragebogen in Bezug auf Ätiologie und Früherkennung sowie die Risikofaktoren für Mundkrebs versendet. Dies war wichtiger Bestandteil eines mehrjährigen Projektes zur Verbesserung der Früherkennung von Tumoren im Kopf-Halsbereich, welches Modellcharakter in Schleswig-Holstein hat und über das wir bereits berichtet haben. Insgesamt konnten 408 zurück gesendete Fragebögen ausgewertet werden, was einer Rücklaufquote von insgesamt 13 Prozent entsprach. In diesem Artikel werden die Ergebnisse für die Diagnostik und die Risikofaktoren dargestellt.

Die Mehrheit der Fragebögen wurde von Kolleginnen und Kollegen im Alter von 40-49 Jahren ausgefüllt (41 Prozent), elf Prozent waren zwischen 30-39 Jahre alt und 30 Prozent zwischen 50-59 Jahre. 41 Prozent gaben an in einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis tätig zu sein, gefolgt von 31 Prozent in einer Einzelpraxis. Mehr als 50 Prozent aller zurückgesendeten Fragebögen wurde von männlichen Kollegen ausgefüllt (58 Prozent). 7 Prozent der Kolleginnen und Kollegen gab an, innerhalb der letzten 12 Monate an einer Fortbildung zu dem Thema Mundkrebs teilgenommen zu haben, 10 Prozent haben dies in den letzten 2-5 Jahren getan, (Tabelle 1). Aber 68 Prozent hätten Interesse an einer Fortbildung zu diesem Thema.

Tabelle 1: demographische Verteilung

Demographie	Verteilung (%)
Geschlecht	
Männlich	58
Weiblich	39
Alter	
30-39	11
40-49	41
50-59	30
60-69	16
≥ 70	1
Primäres Arbeitsumfeld	
Einzelpraxis	31
Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft	41
Angestellte/r	20
Praxisvertretung	1
Sonstiges	7
Jahr des Staatsexamens	
Vor 1970	4
1970 - 1979	19
1980 - 1989	28
1990 - 1999	33
2000 - 2007	8

Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema Mundkrebs

Innerhalb des vergangenen Jahres	7
Im Laufe der vergangenen 2-5 Jahre	10
Vor über 5 Jahren	14
Noch nie	64
Das liegt noch vor mir, habe mein Staatsexamen erst im letzten Jahr gemacht	≤1
Weiß nicht	4

Diagnostische Faktoren weitgehend bekannt

Nur 20 Prozent aller Kolleginnen und Kollegen, die den Fragebogen zurück geschickt haben, schätzten ihr eigenes Wissen über diese Tumorerkrankung als aktuell ein. Bei den diagnostischen Fragen zu den zwei häufigsten Lokalisationen wurde der Mundboden gegenüber der Zunge zu einem höheren Anteil (66 Prozent - 75 Prozent) richtig genannt. Mehr als zwei Drittel gaben richtig an, dass bei der Untersuchung der Zunge die gesamte Zunge inspiert werden sollte. Die große Mehrheit wusste, dass die Früherkennung die 5-Jahres-Überlebensrate bei Mundkrebs verbessert, dagegen zeigte sich bei der Frage nach möglichen Symptomen im Frühstadium bei den Antworten der verschiedenen Fachdisziplinen ein eher uneinheitliches Bild (Tabelle 2).

Hauptrisikofaktoren sind bekannt

Betrachtet man die Ergebnisse zu den Risikofaktoren, wurde in fast allen Fragebögen Tabakgenuss genannt (im Mittel 96 Prozent), gefolgt von der früheren Mundkrebsläsion (im Mittel 95 Prozent) und dem Alkoholgenuss (im Mittel 90 Prozent). Diese sehr guten Werte in Bezug auf die Hauptrisikofaktoren spiegeln sich auch in anderen Umfragen wieder (Tabelle 3).

Allerdings schätzen nur insgesamt 71 Prozent das höhere Alter als Risikofaktor ein, wobei sogar nur 48 Prozent die richtige Altersgruppe (über 60 Jahre) angaben. Interessanterweise wurde von fast insgesamt einem Drittel (31 Prozent) richtig erkannt, dass beim Genuss von rauchlosem Tabak kein höheres Risiko besteht als beim Zigarettenkonsum – dieser Wert liegt damit über den Ergebnissen anderer Umfragen, z. B. aus den USA, obwohl dort erheblich mehr Kautabak konsumiert wird.

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass die größten Verbesserungspotenziale in Schleswig-Holstein bei den folgenden Punkten liegen:

Vorläuferläsionen und kleine bösartige Tumore sind nicht schmerzhaft. Zunge und Mundboden sind die beiden häufigsten Lokalisationen. Risikofaktoren sind auch Alter, Sonnenexposition (Lippe) und Ernährung.

Tabelle 2 Kenntnis zur Diagnostik (in Prozent)

	HNO-Ärzte	Allgemeinmedizin	Innere M. + fachärztliche Versorgung	Innere M. + hausärztliche Versorgung	Dermatologie	Sonstige
Die Zunge ist einer der zwei häufigsten Bereiche, wo Mundkrebs auftreten kann	67	51	60	59	61	45
Der Mundboden ist einer der zwei häufigsten Bereiche, wo Mundkrebs auftreten kann	67	70	72	74	75	66
Das Plattenepithelkarzinom ist die häufigste Form von Mundkrebs	91	74	77	90	93	82
Ein Patient mit Mundkrebs im Frühstadium ist asymptomatisch	27	50	54	57	82	47
Ein Lymphknoten mit Metastasen befallen ist hart, schmerzlos, beweglich oder unbeweglich	94	81	82	88	79	82
Der seitliche Zungenrand ist der Bereich der Zunge, der am wahrscheinlichsten Mundkrebs entwickeln kann	82	39	42	40	54	45
Mundkrebsläsionen werden am häufigsten im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert	85	84	90	81	82	87
Mundkrebsläsionen im Frühstadium zeigen sich für gewöhnlich als kleiner, schmerzloser, roter Bereich	21	48	39	47	50	40
Bei der Untersuchung der Zunge müssen alle Bereiche inspiziert werden	100	83	74	83	83	79
Früherkennung verbessert die 5-Jahres Überlebensrate bei Mundkrebs	97	89	88	90	96	97
Untersuchungen auf Mundkrebs können nicht nach 3 negativen Befunden eingestellt werden	88	69	64	64	79	76
Läsionen assoziiert mit rauchlosem Tabak bilden sich nach Einstellung des Genusses im Allgemeinen zurück	30	43	5	36	21	53

Tabelle 2 Kenntnis über die Risikofaktoren (in Prozent)

	HNO-Ärzte	Allgemeinmedizin	Innere Medizin + fachärztliche Versorgung	Innere Medizin + hausärztliche Versorgung	Dermatologie	Sonstige
Mehrheit von Mundkrebs wird im Alter von 60 und älter diagnostiziert	52	48	47	50	54	40
Krebs der Lippe hängt mit der Sonneneexposition zusammen	64	46	44	52	96	45
Frühere Mundkrebsläsion	100	95	94	91	93	95
Höheres Alter	73	77	73	67	75	61
Alkoholgenuss	100	91	92	85	79	95
Tabakgenuss	100	99	96	93	93	97
Geringer Verzehr von Obst und Gemüse	24	34	41	40	18	26
Humanes Papillomavirus	70	53	50	50	82	50
Bei dem Genuß von rauchlosem Tabak besteht kein höheres Risiko an Mundkrebs zu erkranken als beim Zigarettenkonsum	58	28	18	21	32	27

In der nächsten Ausgabe erfolgt die Vorstellung des zweiten Teils der Ergebnisse.

Für Fragen oder Anregungen steht die Projektkoordinatorin Dr. Katrin Hertrampf zur Verfügung.

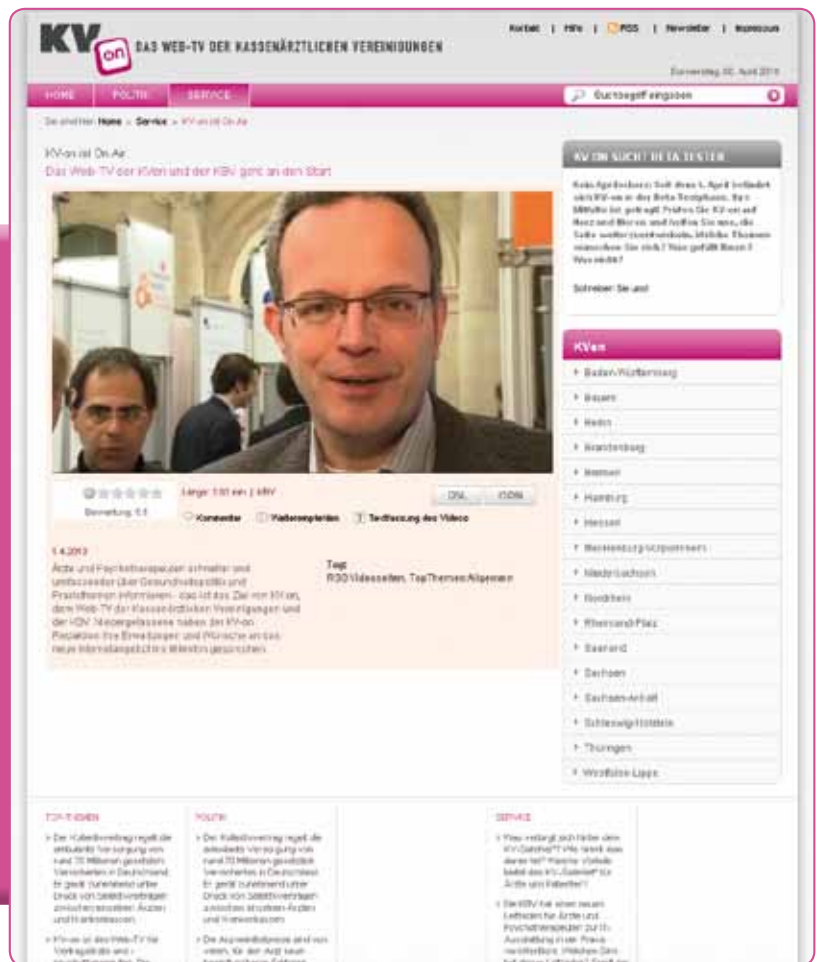
DR. KATRIN HERTRAMPF, ZAHN- MUND- UND KIEFERHEILKUNDE, UK S-H, KIEL
TELEFONNUMMER: 0431-597 2896, EMAIL: HERTRAMPF@MKG.UNI-KIEL.DE

Gut informiert mit KV-on

KV-on

Mit einem eigenen Web-TV beschreiten KBV und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) neue Wege in der Kommunikation.

Unter www.kv-on.de sind serviceorientierte Web-Filme zu Themen aus dem Praxisalltag und zur aktuellen Gesundheitspolitik zu sehen.



Wie kodiert der Vertragsarzt seine Diagnosen richtig? Wie wird die Honorarverteilung im kommenden Jahr verändert? Warum ist der Kollektivvertrag so wichtig? Bisher mussten die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten viel Zeit und Konzentration investieren, um Antworten auf diese Fragen in langen Rundschreiben und Medienberichten aufzuspüren. Dies wird jetzt schneller, zielgerichteter und einfacher gehen – mit KV-on. Das ist der Name des gemeinsamen Web-Fernsehens der KBV und der KVen. In Form prägnanter audiovisueller Beiträge bekommen die KV-Mitglieder die gewünschten Informationen bequem auf ihren Rechner.

Regional aktuell

Die größte Herausforderung des Projektes KV-on besteht darin, die Informationen so aufzubereiten, dass sie sowohl bundesweit als auch regional interessant und zielgruppengerecht sind. Aus diesem Grund produziert die KBV – in Absprache mit den KVen – jährlich etwa 30 Beiträge zu aktuellen gesundheitspolitischen und berufsspezifischen Themen. Diese stellt sie allen KVen zur Verfügung. Jede KV kann die Beiträge entweder komplett in ihr Internetangebot übernehmen, oder mit einem regional relevanten Statement oder Kommentar, beispielsweise des jeweiligen Vorstandes, ergänzen. So ist der von der KBV erstellte Beitrag in jeder KV regional aktuell. Auch die KVSH wird entsprechende Filmbeiträge an die Situation in Schleswig-Holstein anpassen und neben dem KVSH-Vorstand auch Ärzte aus der Region zu Wort kommen lassen. KV-on erhält so eine zusätzliche regionale Note.

Mehrwert für die Praxis

Um die eigenen Positionen noch besser zu verbreiten, Missverständnisse auszuräumen oder unwahre Medienberichterstattung zu korrigieren, werden auch die Vorstände von KBV und der KVen mit dem Web-TV die Ärzteschaft direkt und zeitgemäß ansprechen. Mit den ausgewählten Themen ergänzt das neue Medium die bereits etablierten Publikationen der KVen und der KBV. Die Ärzte werden so angeregt, sich ausführlicher über bestimmte Themen zu informieren. Doch die Beiträge decken nicht nur den Informationsbedarf der Ärzte, sondern bieten auch einen Mehrwert für ihre tägliche Arbeit. So sind für das gerade begonnene Jahr Kurzfilme zu verschiedenen Service- und Informationsthemen geplant. Konkret wird die Beratungsfunktion der KVen am Beispiel der Investitionsförderungskampagne für Praxen erklärt. Ein weiterer Film befasst sich mit der Qualitätssicherung der Magenspiegelung. Denn Letztere darf seit dem 1. April nur noch mit entsprechender Genehmigung erbracht werden. Unter www.kv-on.de gibt es viel zu entdecken.

TANJA HINZMANN UND MEIKE SPIERINGS, KBV
 JAKOB WILDER, KVSH



Kassenärztliche Vereinigung
Bremen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Wunsch-Beschneidung keine Kassenleistung

Bremen – Bremer Kassenärzte lehnen kulturelle Beschneidungen von Jungen auf Kosten der Krankenkassen und damit der Solidargemeinschaft ab. Die Kassenärztliche Vereinigung (KVHB) und die Landesverbände der Kinder- und Jugendärzte, der Urologen und der Kinderchirurgen haben sich auf eine gemeinsame „Bremer Richtlinie“ zur konsequenten Absage von Wunsch-Zirkumzisionen verständigt. Ein mehrsprachiger Flyer, der in den Praxen ausgelegt wird, soll Eltern die Motive der Ärzte erklären und um Verständnis werben. „Es geht nicht darum, Eltern für den Wunsch nach einer Beschneidung ihres kleinen Sohnes zu kritisieren. Wir müssen allerdings darauf hinweisen, dass eine Zirkumzision auf Kassenkosten nicht ins Belieben der Ärzte gestellt ist. Ganz im Gegenteil: Ohne medizinische Indikation begeht der Operateur eine Straftat“, schildert Günter Scherer, stellvertretender Vorsitzender der KVHB. Die so genannte Zirkumzision darf in Deutschland nur dann zulasten der gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen werden, wenn sie medizinisch notwendig ist. Das ist zum Beispiel bei wiederkehrenden Entzündungen der Harnwege oder einer Vorhautverengung der Fall. Mit der gemeinsamen Kampagne reagieren KVHB und die Berufsverbände darauf, dass Eltern vermehrt von Ärzten fordern, eine kulturell motivierte Beschneidung auf Kassenkosten vorzunehmen bzw. eine Überweisung zu einem Operateur auszustellen. Die Richtlinie soll die betroffenen Ärzte bestärken, nur im Falle einer medizinischen Indikation tätig zu werden. Falls Eltern eine Beschneidung auf eigene Kosten wünschen, empfehlen die KVHB und die Berufsverbände eine intensive Beratung und eine Operation nur durch einen ausgewiesenen Fachmann. Die Zirkumzision ist ein operativer Eingriff, bei dem das Präputium, die schützende Vorhaut des männlichen Gliedes, teilweise oder vollständig entfernt wird. Die Operation darf in Deutschland nur von Ärzten vorgenommen werden.



KV RLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Honorar 2009 in Rheinland-Pfalz niedriger als erwartet

Mainz – Die endgültigen Zahlen zum Honorar 2009, dem ersten Jahr mit der neuen Honorarsystematik, für die Kassenärztliche Vereinigung KV Rheinland-Pfalz (KV RLP) liegen vor. Sie zeigen, dass der Honorarzuwachs für Rheinland-Pfalz mit rund vier Prozent bei den Hausärzten (bereinigt um Sonderzahlungen und die Laborreform) und rund fünf Prozent bei den Fachärzten niedriger liegt als in vielen anderen KVen. Dieses Ergebnis liege auch unter den Prognosen der KBV aus dem Herbst 2008. Die Honorarentwicklung verteile sich zudem ungleichmäßig über die Arztgruppen. So haben einzelne Facharztgruppen Umsatzrückgänge von bis zu 15 Prozent, meldet die KV. Dies liege in der Honorarsystematik begründet, die bisher diejenigen Praxen benachteiligt hat, die wenige Leistungen außerhalb der Regelversorgung anbieten. Hier gebe es ab dem 3. Quartal 2010 Änderungen. „Diese Änderungen führen zwar zu einer differenzierteren Honorarverteilung“, erläutert der Vorsitzende der KV Rheinland-Pfalz, Sanitätsrat Dr. Günter Gerhardt, „bringen aber nicht mehr Geld für Rheinland-Pfalz“. Durch die Änderungen werde jedoch eine deutliche Stärkung der Regelversorgung erwartet. Zudem werden die Honorarzahungen für 2010 in jedem Fall deutlich gleichmäßiger als 2009, sodass ein Absturz einzelner Fachgruppen wie im 4. Quartal 2009 sehr unwahrscheinlich ist, so die KV.



Psychotherapeutische Versorgung von Kindern wird ausgebaut

Hamburg – In Hamburg werden in den nächsten Wochen 60 zusätzliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre Arbeit aufnehmen. „Damit verbessern wir die Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen deutlich“, kommentiert Walter Plassmann, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, diese Entwicklung. Der entsprechende Beschluss des Zulassungsausschusses Hamburg geht auf eine einmalige Öffnung der Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zurück, die der Gesetzgeber geschaffen hat. „Bislang haben wir auf Ver-

sorgungsprobleme mit Sonderbedarfszulassungen reagiert“, so Plassmann weiter, „mit den jetzt neu zugelassenen Psychologen haben wir die Zahl der Behandler nahezu verdoppelt. Damit müssten Versorgungsprobleme und Wartezeiten weitgehend der Vergangenheit angehören.“ In Hamburg arbeiten dann 138 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Hansestadt gehört damit zu den am besten versorgten Regionen in Deutschland. Die neuen Praxen sind über das gesamte Stadtgebiet verteilt. Auch in sozialen Brennpunkten werden neue Praxen eröffnet.

Auf den Schlüssel kommt es an

Von einer genauen Diagnose-Dokumentation hängt die gesamte Systematik der Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen ab. Dr. Hans Jewan, Allgemeinmediziner aus Neumünster, erläutert die elementare Bedeutung des Themas „Kodierung“.



Dr. Hans Jewan,
Arzt für Allgemeinmedizin,
Neumünster

NORDLICHT: Warum ist eine genaue Kodierung so wichtig für die einzelne Arztpraxis?

Dr. Hans Jewan: Der Gesetzgeber hat beschlossen, dass ein möglichst genaues Abbild der Morbidität der Bevölkerung erstellt werden muss, hieran orientieren sich die Finanzströme aus dem Gesundheitsfonds. Je ungenauer und unvollständiger die Kodierung, umso weniger Geld fließt in das betreffende Bundesland. Den Kassen vor Ort fehlt das Geld, wodurch dann geringere Spielräume bei Honoraren und Sonderverträgen wie Impfen, ambulante Operationen, Palliativmedizin etc. bestehen.

NORDLICHT: Wie ist bei Ihnen in der Praxis der Prozess der Kodierung organisiert?

Jewan: Die Kodierung erfolgt in der Regel im Hintergrund durch die Praxissoftware beim Eingeben der Diagnosen durch den Arzt. Die Helferinnen in unserer Praxis wissen nur, dass es einen ICD 10 gibt, kennen aber keine Schlüssel. Aufgrund der zum Teil „um die Ecke“ formulierten Diagnosen müsste eine besondere Ausbildung erfolgen. In den letzten Monaten waren wir intensiv mit der Einführung von QM beschäftigt, so dass dafür keine Zeit blieb. Spezielle Diagnosen schlagen die Ärzte in der Buchversion des ICD-10 nach, oft erweist sich das als die schnellste Lösung.

NORDLICHT: Wie erklären Sie sich den Umstand, dass - rein von der Kodierung her gesehen - die Menschen in anderen Bundesländern mit einer vergleichbaren Bevölkerungsstruktur „viel kranker“ sind als in Schleswig-Holstein?

Jewan: Die Menschen sind sicher in allen Bundesländern gleich krank, durch ungenaue oder fehlende Kodierung in Schleswig-Holstein ergibt sich dieses Bild. Vermutlich wurden in vielen anderen Bundesländern die Ärzte besser geschult als in Schleswig-Holstein und früher für die Thematik sensibilisiert. Oder vielleicht macht's hier doch die gute Luft?

NORDLICHT: Lohnt es sich bei der Kodierung trotz des zeitlichen Mehraufwandes einen langen Atem zu haben?

Jewan: Sicher. Wir können das Rad nicht zurückdrehen, und wenn wir uns hier verweigern, wird es sich über kurz oder lang für uns direkt negativ bemerkbar machen. Die Praxis, die besser kodiert, wird wirtschaftlich auch besser dastehen. Zur Klarstellung: Es geht nur um „Rightcoding“!

NORDLICHT: Andere Bundesländer beziehen mehr Mittel aus dem Gesundheitsfonds. Könnte das auch damit zusammenhängen, dass die Ärzte hier stringenter kodieren als in Schleswig-Holstein?

Jewan: Ja, ganz eindeutig! Damit bei uns genauer kodiert werden kann, erwarten wir von der KV, den Kassen und den Software-Häusern qualifizierte Hilfestellung. Jede Arztpraxis für sich allein wird diese Aufgabe nicht so einfach schultern können. Auch Praxisnetze könnten hier unterstützen.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Hilfe zur Diagnosekodierung kommt 2011

Die Vorgaben zur richtigen Diagnoseverschlüsselung (ambulante Kodierrichtlinien) sollen am 1. Januar 2011 bundesweit in Kraft treten. Zuvor werden sie in den Praxen der bayerischen Ärzte und Psychotherapeuten getestet. Die Testphase ist für das dritte Quartal dieses Jahres angesetzt. Im vierten Quartal erfolgt die Auswertung und Bewertung der Ergebnisse. Die Kodierrichtlinien sind auf der Website der KBV als PDF und als Word-Datei abrufbar: www.kbv.de/kodieren.html. Darüber hinaus wird die KBV eine Checkliste sowie konkrete Beispiele für die Anwendung der Kodierrichtlinien in der Praxis im Internet veröffentlichen.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Die Psychiatrie-Enquête – Beginn des Wandels in der Psychiatrie

Es war eine Folge des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquête) aus dem Jahre 1975, dass gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen wurden, die es ermöglichten, die bislang praktizierte strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung den Bedürfnissen eines Teils der psychisch Kranken besser anzupassen. Der Bericht konstatierte, dass schwer erkrankte Patienten, die beispielsweise nach der Entlassung einer intensiven Nachsorge bedurften, oftmals von der ambulanten Versorgung nicht adäquat betreut werden konnten. So wurde zunächst den Psychiatrischen Fachkrankenhäusern später auch psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern die Einrichtung von Institutsambulanzen ermöglicht. Heute gibt es bundesweit fast 500 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs), wobei es in der Dichte erhebliche regionale Unterschiede gibt.

Gesetzliche Grundlage

Die gesetzliche Grundlage für die Einrichtung und den Versorgungsauftrag der PIAs findet sich im SGB V. Entscheidende Aussagen des Gesetzestextes sind, dass Psychiatrische Krankenhäuser bzw. die Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser zu ermächtigen sind. Damit unterliegt die Errichtung einer PIA keiner Bedarfsplanung. Des Weiteren, dass die Behandlung auf Patienten auszurichten ist, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. Hier sind die drei Seiten – der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) – vom Gesetz her aufgefordert, in einem Vertrag genauere Bestimmungen festzulegen.

Vertrag regelt Näheres

Zu den bereits im Gesetzestext wiederzufindenden Aussagen ist der bislang gültige dreiseitige Vertrag um folgende Kernaussagen ergänzt: PIAs erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag und richten sich an Kranke, die von niedergelassenen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten nur unzureichend erreicht werden. Selbstverständlich sind die Krankenhausträger verpflichtet, die für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erforderlichen Ärzte und nicht ärztlichen Fachkräfte sowie die notwendigen Einrichtungen auch vorzuhalten. Das Leistungsangebot der PIAs hat im Sinne einer Komplexleistung das gesamte Spektrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie zu umfassen. Damit ist eine Ausgliederung einzelner Leistungen, beispielsweise der Psychotherapie (gemäß Psychotherapie-Richtlinie), nicht möglich. Lediglich für die Leistung der Probatorik wäre eine Mitbehandlung rein inhaltlich noch zu vertreten, um einen reibungslosen Übergang in die ambulant niedergelassene Versorgung zu gewährleisten.

Spätestens mit Aufnahme der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie bei einem Vertragspsychotherapeuten muss die Behandlung in der PIA dann allerdings zwingend beendet sein.

Deutliche Verbesserung der Versorgung

Unbestreitbar haben die PIAs seit ihrer Entstehung zu einem deutlichen Wandel in der Versorgung von psychisch Kranken beigetragen. Vor allem die Versorgung von schwer und chronisch erkrankten Menschen hat sich positiv verändert. Stationäre Behandlungszeiten konnten verkürzt werden, eine Enthospitalisierung war möglich und das unter Beibehalt einer guten Versorgung dieser oft schwer erkrankten Personen. In vielen Regionen stellen sie das einzige ambulante und interdisziplinäre Versorgungsangebot für schwer chronisch kranke Kinder, Jugendliche und Erwachsene dar. PIAs können bedarfsangemessen psychotherapeutisch wie auch psychopharmakologisch behandeln und stehen zur Notfallintervention zu Unzeiten bereit.

Vorwürfe machten sich breit

Im Laufe der Zeit kam jedoch auch mehr und mehr Kritik an der Arbeit der PIAs auf. Die Kostenträger bemängelten die Intransparenz beim Leistungsgeschehen wie bei der Qualitätssicherung. Ein Hauptvorwurf, der vor allem von den ambulant tätigen Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten kam, war der der Fehlplatzierung von Patienten und der aktiven Abwerbung von Patienten, die nicht eigentlich in den Indikationskatalog fallen. Zuletzt war es dann die KBV, die Klagen, die PIAs würden ihren im Gesetz definierten Versorgungsauftrag unzulässig auf viele leicht Erkrankte ausweiten, aufgriff und die dreiseitige vertragliche Vereinbarung 2008 aufkündigte.

Neuvereinbarung abgeschlossen

Nun nach kontroversen und lang andauernden Verhandlungen konnte eine neue Vereinbarung geschlossen werden. Sie tritt zum 1. Juli 2010 in Kraft. In dieser Vereinbarung ist vieles, was bislang eher allgemein formuliert war und somit zu unterschiedlichen Interpretationen führte, klarer und verbindlicher niedergelegt. So ist jetzt die Gruppe psychisch kranker Patienten, für die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eine Behandlung in der PIA angezeigt ist, detaillierter beschrieben. In der Anlage zum Vertragstext werden jetzt Einschluss- wie Ausschlusskriterien genau aufgeführt. Beispielsweise ist jetzt eine Behandlung in einer PIA ausdrücklich ausgeschlossen, wenn gleichzeitig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten stattfindet. Andere Kernaussagen der Vereinbarung wurden unverändert in den neuen Vertrag übernommen.

HEIKO BORCHERS
PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, KIEL

DMP-Qualitätsoffensive

In einem Newsletter und im Nordlicht 4/2010 sind wir bereits auf das Thema DMP- Qualitätsoffensive eingegangen. Hiermit bedanken wir uns bei Ihnen für die vielfältigen und konstruktiven Rückmeldungen aus Ihren Anrufen und Wortmeldungen auf den Informationsveranstaltungen. Diese veranlassen uns, Ihnen einige Klarstellungen zur Kenntnis zu geben.



Qualitätsoffensive heißt, Sie leisten natürlich schon seit Jahren Qualität in Ihren Praxen. Diese erreicht aber mancher Orts nicht die durch das BVA in den einzelnen DMP vorgegebenen Ziele.

Nach einigen Sitzungen und Auswertungen der Gemeinsamen Einrichtung zu den Zielwerten und den entsprechenden Feedbackberichten für die Ärzte, haben die KVSH und der vdek gemeinsam mit ärztlichen Multiplikatoren Indikatoren aus den Feedbackberichten entnommen. Diese Zielwerte werden derzeit noch nicht im Durchschnitt erreicht, wurden aber von allen Beteiligten für die Mehrheit der Patienten als möglich sowie umsetzbar bestätigt und dann im DMP-Vertrag mit dem vdek festgelegt.

Alle im Vertrag Qualitätsoffensive beschriebenen Qualitätsindikatoren sind Ziele für jeden einzelnen Patienten pro DMP:

Diabetes Typ 2:	Erhebung des Fußstatus bei jeder Dokumentation (ab Wagner Grad 2 zusätzlich Überweisung zur Diabetes Schwerpunktpraxis zwingend als Zweitmeinungsverfahren erforderlich – inklusive Rücküberweisung zum koordinierenden Arzt binnen sechs Monaten)
Diabetes Typ 1:	Blutdruck <= 140/90 und HbA1c-Wert <= 7,5
KHK:	Teilnahme an einer Hypertonie-Schulung
Asthma:	Teilnahme an einer Asthma-Schulung
COPD:	Teilnahme an einer COPD-Schulung

Hier sind keine Quoten zu erreichen. Dabei ist uns bewusst, dass diese Werte nicht bei jedem Patienten erreicht werden können. Aus diesem Grund argumentieren wir, dass Ihre Vergütung wie bisher erhalten bleibt, wenn Sie mindestens einen Patienten mit erreichtem Qualitätsindikator zu einen Patienten ohne erreichtem Qualitätsindikator im jeweiligen DMP in der Praxis behandeln.

An dieser Stelle müssen wir den Qualitätsindikator im Diabetes Typ 1 „HbA1c-Wert 7,5“ als Zielwert deutlich machen und nicht wie bisher kommuniziert als normoton stehen lassen.

Bei allen **Schulungsindikatoren** (KHK, Asthma, COPD) ist auf dem Dokumentationsbogen ein Kreuz bei „Schulung wahrgenommen“ zu setzen, wenn eine vom BVA genehmigte DMP-Schulung in der jeweiligen Diagnose jemals seit DMP Beginn stattgefunden hat. Dabei ist es nicht entscheidend, welcher Arzt geschult hat, d. h. unter Umständen nicht beim koordinierenden Arzt sondern beim Schulungsarzt.

Damit Schulungsstrukturen wieder belebt und aufgebaut werden, erhalten die Diagnosen KHK, Asthma und COPD im Jahr 2010 die bereits bekannt gegebenen **Stützungsbeträge**.

Die **Abrechnung** der Qualitätsindikatoren erfolgt über die KVSH mittels der Dokumentationen. Dafür gibt es KV-interne Abrechnungsziffern, um Ihnen weitere Ziffern im DMP zu ersparen. Die abgerechnete und ausgewertete Anzahl der Patienten aus den jeweiligen DMP-Diagnosen wird Ihnen über Ihre Honorarabrechnung mitgeteilt. An dieser Stelle möchten wir Ihnen die korrekte Abrechnung der einzelnen bekannten Abrechnungsziffern ans Herz legen, weil es in jedem Quartal zahlreiche Widersprüche und damit verbundene Nachberechnungen im fünfstelligen Eurobereich gibt. Den Aufwand für Widersprüche für Sie und uns sollten wir gemeinsam minimieren oder sogar abschaffen.

Im Herbst dieses Jahres wird der **Vertragsausschuss** bestehend aus Ärzten, Krankenkassen und der KVSH tagen, um die Umsetzung der einzelnen Qualitätsindikatoren zu prüfen, und die Ausrichtung für das Jahr 2011 festzulegen. Natürlich werden wir Sie über die Entwicklung des Vertrages auf dem Laufendem halten.

DÖRTHE DEUTSCHBEIN, KVSH

Leserbriefe sind keine Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns vor, die Texte zu kürzen. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im **Nordlicht** beziehen. Bitte geben Sie Ihren Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen Ihre Telefonnummer an. Wir freuen uns auf Ihre Leserbriefe.

Bitte schicken Sie diese per E-Mail an: nordlicht@kvsh.de, per Post: KVSH Redaktion Nordlicht, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg, per Fax: 04551 883396

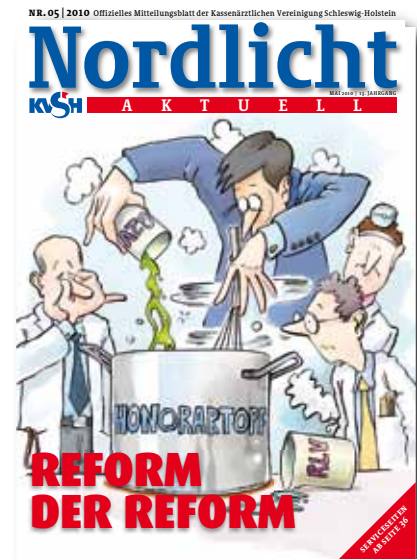
NORDLICHT 05|2010

Ärztliche Telefonberatung

Ihren Protest gegen dieses Vorhaben nehme ich gerne zur Kenntnis. Ich bin selber seit 22 Jahren als Allgemeinarzt niedergelassen und nehme seit über 30 Jahren am Fahrdienst teil. Wir haben die Telefonberatung seit zwei Jahren ohne zusätzliche Gelder an Wochenenden und Feiertagen getestet. Die Erfahrungen waren allseits sehr positiv, sodass von Kassenseite zusätzliche Mittel zunächst für das Jahr 2010 zur Verfügung gestellt werden.

Im Fahrdienst ist es besonders in den Stoßzeiten zu einer erheblichen Entlastung durch die zentrale Telefonberatung gekommen, denn viele nicht notwendige Hausbesuche können dadurch vermieden werden und den Patienten kann trotzdem kompetent geholfen werden. Zu beachten ist auch ein hohes Ablenkungspotential wenn im Fahrdienst zusätzlich Telefonberatungen durchgeführt werden sollen. Auch für den Arzt in der Leitstelle ist bei der Vielzahl der unterschiedlichsten Beratungsinhalte ein sehr hohes Maß an Konzentration gefordert.

THOMAS MIKLIK, NOTDIENSTBEAUFTRAGTER DES VORSTANDES DER KVSH



OFFENER BRIEF

DMP-Qualitätsoffensive mit den Ersatzkassen

Warum wird das Non-Compliance-Risiko auf den Arzt verlagert? Ich verstehe einfach nicht, wie man die neue „DMP-Qualitätsoffensive mit den Ersatzkassen“ als Erfolg verkaufen kann. Die Vergütung der DMP-Leistungen wird künftig an Qualitätsindikatoren gekoppelt, welche die Patienten zu erbringen und nachzuweisen haben, auf die jedoch die behandelnden Ärzte nur begrenzten Einfluss haben.

Wenn etwa ein undisziplinierter Typ 1- Diabetiker die Blutdruck- oder HbA1-Zielwerte nicht erreicht, wird der Arzt mit einer Honorarabsenkung bestraft. Ist das gerecht, wo doch der Betreuungsaufwand bei diesen Patienten genau so hoch (wenn nicht höher ...) ist als bei gut eingestellten Patienten? Wenn Patienten abseits der Großstädte die geforderten Schulungen für Asthma, COPD oder KHK wegen fehlender Angebote nicht nachweisen können oder angebotene Schu-

lungen aus Bequemlichkeit, Indolenz oder wegen einer mangelhaften IQ-Ausstattung nicht absolvieren wollen – warum wird dann ausgerechnet der betreuende Arzt mit einer Honorarabsenkung bei den Dokumentationspauschalen bestraft? Warum werfen die Krankenkassen nicht ihre Versicherten aus den DMP-Programmen hinaus, wenn diese bestimmte Qualitätskriterien nicht erbringen können oder wollen (statt sie allein durch ihre Unterschrift unter DMP-Verträge finanziell zu ködern) – während der Arzt für die Non-Compliance seiner Patienten mit Honorarabsenkungen abgestraft wird?

DR. MICHAEL DREWS,
FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, MÖLLN

Öffentliche Ausschreibung von Vertragspraxen

gemäß Paragraf 103 Abs. 4 SGB V

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein schreibt auf Antrag von Ärzten/Psychotherapeuten deren Psychotherapiepraxen zur Übernahme durch einen Nachfolger aus, sofern es sich bei dem maßgeblichen Planungsbereich um ein für weitere Zulassungen gesperrtes Gebiet handelt.



	Planungsbereich	Zulassung	Bewerbungsfrist
4986/2010	Flensburg Schleswig-Flensburg	halbe Zulassung	30.06.2010
6460/2010	FlensburgSchleswig-Flensburg	halbe Zulassung	30.06.2010
6461/2010	Flensburg Schleswig-Flensburg	halbe Zulassung	30.06.2010
6003/2010	Ostholstein		30.06.2010
7410/2010	Neumünster Rendsburg Eckernförde		31.07.2010
7473/2010	Plön	halbe Zulassung	31.07.2010
7539/2010	Lübeck	halbe Zulassung	31.07.2010
7787/2010	Stormarn	halbe Zulassung	31.07.2010
9999/9999	Bad Segeberg	halbe Zulassung	31.07.2010

Der/Die Psychotherapeut/Psychotherapeutin möchte zunächst noch anonym bleiben. Interessenten können Näheres bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein erfahren (Tel.: 04551 883 378, 883 291).

Bewerbungen um diese Vertragspraxen sind innerhalb der jeweils angegebenen Bewerbungsfrist an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-3, 23795 Bad Segeberg, zu richten. Der Bewerbung sind die für die Zulassung zur Vertragspraxis erforderlichen Unterlagen beizufügen:

- Auszug aus dem Arztregister,
- ein unterschriebener Lebenslauf.

Außerdem sollte bereits vorab durch den Bewerber ein polizeiliches Führungszeugnis der Belegart „O“, ein sogenanntes Behördenführungszeugnis, bei der zuständigen Meldebehörde beantragt werden, das der KV Schleswig-Holstein dann unmittelbar vom Bundeszentralregister übersandt wird.

Die Bewerbungsfrist ist gewahrt, wenn aus der Bewerbung eindeutig hervorgeht, auf welche Ausschreibung sich die Bewerbung bezieht, für welchen Niederlassungsort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) die Zulassung beantragt wird und ein Arztregisterauszug beigefügt wurde. Sollte innerhalb der Bewerbungsfrist keine Bewerbung eingehen, so akzeptiert der Zulassungsausschuss Bewerbungen, die bis zu dem Tag eingehen, an dem die Ladung zu der Sitzung des Zulassungsausschusses verschickt wird, in der über die ausgeschriebene Praxis verhandelt wird.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Ärzte/Psychotherapeuten, die für diesen Planungsbereich und diese Fachrichtung eine Eintragung in die Warteliste beantragt haben, nicht automatisch als Bewerber für diese Praxis gelten. Es ist in jedem Fall eine schriftliche Bewerbung für diesen Vertragsarztsitz erforderlich, die Eintragung in die Warteliste befreit hiervon nicht.

Um die Übernahme von ausgeschriebenen Vertragspsychotherapeutenpraxen können sich Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte, die beabsichtigen, ausschließlich psychotherapeutisch tätig zu werden, bewerben.

Folgende Psychotherapeuten wurden rechtskräftig zur Vertragspraxis zugelassen:

Kreis Dithmarschen

Herr Dipl.-Psych. Hans **Cordshagen** für einen halben Versorgungsauftrag als Psychologischer Psychotherapeut für 25746 Heide, Heistedter Straße 21, als Nachfolger für Frau Dipl.-Psych. Maren **Hansen**.

Stadt Flensburg

Frau Dipl.-Psych. Barbara **Eckloff** als Psychologische Psychotherapeutin für 24939 Flensburg, Ostseebadweg 20, für einen halben Versorgungsauftrag als Nachfolgerin für Frau Dipl.-Psych. Batilde **Rottmann-Arfsten**.

Herr Dipl.-Psych. Michael **Exner**, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in 24937 Flensburg, Am Margarethenhof 1, hat seine Vertragspraxis nach nach 24944 Flensburg, Kelmstraße 11, verlegt.

Kreis Herzogtum Lauenburg

Das Medizinische Versorgungszentrum **Ritter-Wulf-Platz Schwarzenbek** hat die Genehmigung zur Beschäftigung von Frau Dr. med. Melanie **Meißner** als ganztags angestellte ausschließlich psychotherapeutisch tätige Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in der Betriebsstätte in 21493 Schwarzenbek, Ritter-Wulf-Platz 3, erhalten.

Stadt Kiel

Frau Dipl.-Päd. Katja **Pehlke** als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit halbem Versorgungsauftrag für 24103 Kiel, Kleiner Kuhberg 36, als Nachfolgerin für den halben Versorgungsauftrag von Frau Dr. phil. Dipl.-Päd. Jutta **Kahl-Popp**.

Stadt Lübeck

Frau Dipl.-Psych. Susanne **Schreiber** als Psychologische Psychotherapeutin für 23552 Lübeck, Fleischhauerstraße 45, für einen halben Versorgungsauftrag als Nachfolgerin für Frau Dipl.-Psych. Carola **Setzpfandt**.

Herr Dipl.-Psych. Horst **Wolter**, Psychologischer Psychotherapeut in 23552 Lübeck, Mühlenstraße 68, hat seine Vertragspraxis nach 23552 Lübeck, An der Untertrave 102, verlegt.

Frau Dr. med. Ursula **Lübbers**, Fachärztin für Psychiatrie in 23552 Lübeck, Fleischhauerstraße 73, hat ihre Vertragspraxis nach 23564 Lübeck, Stresemannstraße 51, verlegt.

Kreis Ostholstein

Frau Dipl.-Psych. Yvonne **Hanser** für einen halben Versorgungsauftrag als Psychologische Psychotherapeutin für 23738 Lensahn, Hofweg 15 b, als Nachfolgerin für Frau Dipl.-Psych. Sunhild **von Bülow**.

Kreis Pinneberg

Herr Dr. rer. nat. Ralf **Schweer** ab 01.06.2010 als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut für 25336 Elmshorn, Süderstraße 12, als Nachfolger für Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. Gunter Groen.

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Maria **Lehnung**, Psychologische Psychotherapeutin in 23430 Eckernförde, Pferdemarkt 6b, hat ihre Vertragspraxis nach 23430 Eckernförde, Kieler Straße 74 - 76, verlegt.

Folgende Psychotherapeuten bzw. Krankenhäuser wurden zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Überweisungspraxis ermächtigt. Diese Beschlüsse sind noch nicht rechtskräftig, sodass hiergegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann:

Stadt Lübeck

Die Ermächtigung des **Lehrinstitutes Lübeck, Zentrum Ausbildung Psychotherapie, ZAP Nord GmbH**, Lübeck, wurde mit Wirkung ab 06.05.2010 um folgenden Punkt erweitert:

Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung für die psychotherapeutische Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten zum Erwerb der Fachkunde für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie, sowie für den Erwerb der Fachkunde für die Abrechnungs-

genehmigung für die Gruppenpsychotherapie, des autogenen Trainings und der Hypnose.

Das Lehrinstitut Lübeck ist nunmehr in folgendem Umfang ermächtigt:

ermächtigt gemäß Paragraf 117 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Paragraf 117 Abs. 1 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung als Ausbildungsstätte nach Paragraf 6 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten sowie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Vertiefungsgebiet tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Die Ermächtigung beinhaltet die ambulante psychotherapeutische Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen, in den vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anerkannten Richtlinienverfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie bei Erwachsenen sowie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen durch Ausbildungsteilnehmer unter Supervision dafür qualifizierter Psychotherapeuten. Voraussetzung ist, dass der Ausbildungsteilnehmer nach Absolvierung mindestens der Hälfte der entsprechenden Ausbildung ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in den Richtlinienverfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie bzw. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen hat.

Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung für die psychotherapeutische Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten zum Erwerb der Fachkunde für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie, sowie für den Erwerb der Fachkunde für die Abrechnungsgenehmigung für die Gruppenpsychotherapie, des autogenen Trainings und der Hypnose.

Zur Durchführung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung durch Ausbildungsteilnehmer kann das Lehrinstitut Lübeck unmittelbar in Anspruch genommen werden. Eine Überweisung ist nicht erforderlich. Die Bestimmungen über die Einholung eines Konsiliarberichtes und das Gutachterverfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien bleiben unberührt.

Patienten, die nicht in eine Behandlung durch das Lehrinstitut Lübeck übernommen werden, dürfen nicht durch den die Vornahme von Therapeuten der Klinik in seiner Praxis weiterbehandelt werden.

Kreis Stormarn

Frau Irene **Kastner**, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, wurde mit Wirkung ab 01.10.2010, befristet bis zum 31.03.2011, zur Beendigung der Therapien, die bis zum 30.09.2010 im Rahmen ihrer Tätigkeit als niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Oststeinbek nicht beendet werden können, ermächtigt.

Folgende Psychotherapeuten wurden rechtskräftig zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Überweisungspraxis ermächtigt:

Kreis Nordfriesland

Frau Ingrid **von Hänisch**, die als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für Hattstedt ermächtigt ist, übt ihre Ermächtigung nunmehr in 25856 Wobbenüll, Dorfstraße 78, aus.

Sie fragen - wir antworten

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



Das Service-Team erreichen Sie unter der Rufnummer 04551 883883

- montags bis donnerstags von 8.00 bis 17.00 Uhr
- freitags von 8.00 bis 14.00 Uhr

ANTWORTEN DES SERVICE-TEAMS

Wann wirkt die Praxisgebühr-Quittung befreiend?

Die Quittung hat nur dann eine befreiende Wirkung, wenn sie vom Psychologischen Psychotherapeuten oder einem Leistungserbringer im Rahmen der ambulanten Behandlung eines Krankenhauses ausgestellt wurde und im Vertretungsfall.

In allen anderen Fällen ist vom Patienten eine Überweisung vorzulegen oder die Praxisgebühr zu entrichten. So gilt die Quittung nicht befreiend, wenn der Patient beim Hausarzt die zehn Euro bezahlt hat und beispielsweise beim Augenarzt nur eine Quittung vorlegt.

Eine im Notfall ausgestellte Quittung wirkt im Quartal nur bei weiteren Notfallkontakten befreiend.

Warum sind die Wegegeldziffern 40220 bis 40224 noch in meinen Stammdaten des Praxissystems enthalten, obwohl ich diese in Schleswig-Holstein seit 2006 nicht mehr abrechnen darf?

Der Grund hierfür ist, dass diese Ziffern nicht bundesweit außer Kraft gesetzt worden sind. In Schleswig-Holstein wurden diese durch die Ziffern 99095 bis 99100 abgelöst.

Ab wann muss ein Praxisvertreter (außerhalb der eigenen Praxisräume) benannt werden?

Eine Praxisvertretung muss benannt werden, sobald zu den angegebenen Sprechzeiten kein Arzt in der Praxis anwesend bzw. für den Patienten erreichbar ist. Der benannte Vertreter bzw. die benannten Vertreter muss/müssen vor der Vertretung informiert werden und dieser zustimmen. Sucht der Patient

einen anderen Arzt als den angegebenen Vertreter auf, muss der Patient die Praxisgebühr gegebenenfalls erneut entrichten. Außerhalb der regulären Sprechzeiten sind die Patienten an den organisierten Notdienst zu verweisen.

Dürfen prophylaktisch Überweisungen für den Arzt am Urlaubsort ausgestellt werden?

Nein, prophylaktische Überweisungen dürfen nicht ausgestellt werden. Laut Bundesmantelvertrag muss eine Überweisung immer die Angabe der Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung beinhalten. Zu einem Arzt (Facharzt/Hausarzt) darf bei Urlaub oder ambulanter Kur des Patienten nur überwiesen werden, wenn der behandelnde Arzt vor Antritt der Reise eine Erkrankung (chronisch oder akut) diagnostiziert, bei der eine Weiterbehandlung am Urlaubsort unumgänglich ist.

Wie ich es sehe ...



Kein Geld für einen Arztbesuch – ich kann das nicht glauben!

Dr. Michael Drews

Die Belastung unserer Patienten durch steigende Selbstbeteiligung ist ohne Zweifel in den letzten Jahren gestiegen. Dennoch gibt es einen Patientensatz, auf den ich ausgesprochen ungläubig bis unwirsch reagiere, da ich die Problematik nicht glauben kann und oft nur für vorgeschoben halte: „Bald kann man sich einen Arztbesuch finanziell gar nicht mehr erlauben!“

Unsere sozialen Sicherungssysteme sind mittlerweile derart eng gewoben, dass die wirklichen und nachgewiesenen Bedürftigen dieser Gesellschaft eine Befreiung von Praxisgebühr und Medikamentenzahlung erhalten. Was jedoch Praxisgebühr, Medikamenten- und Heilmittelzahlung und andere Selbstbeteiligung bei den finanziell nicht so begüterten Patienten zunehmend provozieren, ist die individuelle Entscheidung des einzelnen, wie man die knapper werdenden finanziellen Mittel in seinem täglichen Leben verwenden möchte: entweder hat die eigene Gesundheit absolute Priorität, was automatisch einen Verzicht auf andere liebgewonnene Konsumgüter des täglichen Lebens bedeutet – oder aber der gewohnte und liebgewonnene Lebensstandard soll auf gar keinen Fall reduziert und eingeschränkt werden, dann allerdings wird das Geld für die Gesundheit und Arztbesuche merklich enger.

Die knapper werden finanziellen Ressourcen in immer mehr Familien und die vielfältigen Versuchungen durch Konsumangebote stellen immer mehr Patienten vor die individuelle Entscheidung, wie und wo sie die Prioritäten in ihrem Leben setzen.

Wenn ein mündiger Bürger seine Entscheidung für Zigaretten, Alkohol, Fußballkarte, Kinobesuch oder Flachbildschirm und Handy getroffen hat und es dann für die gewünschte Medizinversorgung nicht mehr reicht – dann ist eine solche Entscheidung des Bürgers zu respektieren. Doch dann ist der Vorwurf, ein Arztbesuch und der Kauf von Nasenspray und Hustentropfen im Erkältungsfall überfordere den Patienten finanziell, doch etwas relativiert zu sehen.

Es gibt immer wieder einmal Patienten, die durch unglückliche Umstände durch die sozialen Maschen fallen – diese Patienten haben selbstverständlich Anspruch auf die uneingeschränkte Hilfe unseres Sozialsystems. Doch der pauschale und medienwirksam erhobene Vorwurf, „der Besuch beim Arzt sei finanziell nicht mehr machbar“, ist oft nur die Folge von anders gesetzten Lebensprioritäten und im Einzelfall doch sehr kritisch zu sehen.

Finale furioso am Klavier

Dr. Peter Hiss, Augenarzt und Hobby-Pianist aus Lübeck, belegte beim renommierten 21. „Concour international des Grands Amateurs de Piano“ unter über 100 Teilnehmern aus aller Welt einen hervorragenden 4. Platz. Er berichtet im Nordlicht-Interview über seine große Leidenschaft.



NORDLICHT: *Wie sind Sie zur Musik, speziell zum Instrument Klavier gekommen?*

Dr. Peter Hiss: Das ging nicht von meinen Eltern aus, sondern war mein eigener Wunsch. Ein Schulfreund spielte Klavier und ich wollte das unbedingt auch können. So habe ich erst mit zehn Jahren meinen ersten Klavierunterricht auf Fehmarn bei Adolf Siebel bekommen. Dieser Klavierlehrer, der eigentlich Tontechniker war und in den 20er Jahren hervorragend Ragtime gelernt hatte, hat mich völlig zwanglos unterrichtet und für das Klavier begeistert. Meine Eltern haben mich glücklicherweise nie zum Üben angehalten, und mein Vater hätte es – ehrlich gesagt – lieber gesehen, wenn ich (wie er) Regattasegler geworden wäre. Aber Kinder wollen sich oft von Ihren Eltern absetzen. Mit 14 wurde ich außerordentlicher Student an der Musikhochschule Lübeck bei Professor Wilhelm Rau, bei dem ich bis in die klinischen Semester des Medizinstudiums Klavier studieren konnte.

NORDLICHT: *Was fasziniert Sie an der Welt der Musik?*

Hiss: Die Faszination der Musik ist für mich vor allem eine Faszination des Klaviers. Fast alle großen Komponisten seit dem 18. Jahrhundert haben Klaviermusik komponiert und waren oft gute Pianisten. Mit dem Klavier kann man in alle Stilepochen eindringen. Die großen Klavierwerke sind vom musikalischen Material her nicht ärmer als die großen Sinfonien. Allerdings kann man sie allein in seinen vier Wänden realisieren. Diese Realisierung ist Arbeit: Erst einmal muss man sich einen Überblick über ein Werk verschaffen, dann muss man es in die Finger bekommen: Dieser

sportliche Aspekt ist nicht zu vernachlässigen. Das ist wie eine Eiskunstlaufkür: Die Technik muss ausgefeilt werden, man muss Kraft, Schnelligkeit und Sicherheit haben. Besondere pianistische Schwierigkeiten sind dabei oft mit musikalischen Höhepunkten

Durch eine nebenberufliche Leidenschaft relativiert man emotional den Stellenwert des Berufes, was letztlich auch dem Beruf hilft.

verbunden. Die Technik ist aber nur Mittel zum Zweck. Für eine gute „Realisierung“ muss man sich natürlich Gedanken über den Komponisten und seine Zeit machen. Außerdem hilft es, sich Aufnahmen der großen Pianisten anzuhören.

NORDLICHT: *Wie vereinbaren Sie Arztberuf und „Hobby“ zeitlich und emotional?*

Hiss: Als Freiberufler können wir unsere Arbeitszeit ja in gewissem Maß steuern. Was das Emotionale betrifft: Ich glaube, dass es gut ist, wenn man neben dem Beruf noch eine andere Leidenschaft hat, sei es nun eine Sportart, etwas Künstlerisches oder etwas, das beides vereint (wie das Klavier). Zu einer Leidenschaft entwickelt sich aber nur, was man freiwillig macht: Deswegen



niemals die Kinder drängen. Durch eine nebenberufliche Leidenschaft relativiert man emotional den Stellenwert des Berufes, was letztlich auch dem Beruf hilft. Das härtet uns ab gegen Existenzängste, die unter uns Ärzten nicht selten sind, und zu Entscheidungen führen, die uns eigentlich Bauchschmerzen machen, da sie unsere Freiberuflichkeit sukzessive aushöhlen. Dazu gehört auch, dass immer weniger Ärzte

In Paris gab es nur in einem Fitnessstudio eine Übemöglichkeit auf einem klappbaren Klavier.

den Mut zur Einzelpraxis haben und sich eher Großbetrieben anschließen. Diese lassen sich irgendwann, wenn die Politik das will, viel einfacher in öffentliche Trägerschaft überführen; das ist mit tausenden Einzelpraxen schwieriger.

NORDLICHT: *Wie haben Sie den Wettbewerb und den Erfolg in Paris innerlich wahrgenommen?*

Hiss: Dieser Wettbewerb wurde vor über 20 Jahren von Gérard Bekerman, einem Wirtschaftsprofessor und hervorragendem Amateurpianisten, ins Leben gerufen. Erstaunt hat mich die öffentliche Resonanz in Frankreich: Fernsehen, Radio und eine fast ausverkaufte Salle Gaveau; das konnte ich mir vorher nicht vorstellen. Eigentlich habe ich nicht damit gerechnet über die 1. Runde des Wettbewerbs hinauszukommen. Ich wollte mir das Ganze mal anschauen und habe mich auf einige stressfreie Tage in Paris gefreut. In der ersten Runde hatten die 100 Teilnehmer je zehn Minuten Spielzeit, man konnte sich auf dem Flügel nicht einspielen, und die einzige Warmspielmöglichkeit war ein altes Klavier, das man aber nur acht Minuten benutzen durfte. Ich spielte die Rigoletto-Paraphrase von Liszt

vor 50 Zuhörern und als ich fertig war, kamen Bravorufe aus dem Publikum, und da dachte ich das erste Mal: Vielleicht kommst Du ja doch weiter. Als abends die Ergebnisse verlesen wurden, erfuhr ich, dass ich zu den zehn Kandidaten gehörte, die unter Umgehung des Viertelfinales gleich ins Halbfinale kamen. Im Halbfinale war ich dann schon der einzige Deutsche und wohl auch der Einzige über 40. Ich war abends um 10 Uhr als letzter dran und spielte etwas aus dem Wohltemperierten Klavier von Bach, Schumann-Liszt's Widmung und das Scherzo Nr. 3 von Chopin. Als ich auf die Bühne kam, erschrak ich erst. Der gleiche Saal wie in der 1. Runde war drückend heiß und mit vielleicht 300 Zuhörern so überfüllt, dass der Flügel von zusätzlichen Podiumsplätzen umringt war. Aber es klappte wieder und ich war im Finale der letzten sechs in der berühmten Salle Gaveau. Jetzt war ich doch etwas gestresst: In Paris gab es nur in einem Fitnessstudio eine Übemöglichkeit auf einem klappbaren Klavier.

Das Werk, das ich für das Finale angegeben hatte (in der Erwartung, dass ich das Finale nie erreiche), nämlich die Sinfonischen Etüden von Schumann, hatte ich die letzten Wochen vor dem Wettbewerb kaum geübt und überhaupt im letzten Herbst erstmalig einstudiert. Ich hatte Angst, dass ich überfordert bin vor 1.000 Zuhörern, den Fernsehkameras und der Jury, die zum Teil aus bekannten französischen Pianisten bestand. Unter diesem Druck empfand ich mein Spiel ehrlich gesagt mehr als Pflichterfüllung, zumindest hat mir aber das Gedächtnis keinen Streich gespielt. Nach einem uninspirierten Vortrag hatte ich das Gefühl, dass ich unverdient im Finale gewesen sei. Dass es dann noch der 4. Platz wurde, konnte ich kaum fassen.

NORDLICHT: *Wir erklären Sie sich, dass so viele Ärzte musisch-künstlerisch aktiv sind?*

Hiss: Ich glaube die Kausalität ist umgekehrt: Viele gute Musiker, die den Bühnenstress scheuen oder Angst vor der wirtschaftlichen Unsicherheit des Musikerdaseins haben, sagen sich: Dann werd' ich halt Arzt!

NORDLICHT: *Welche Ziele haben Sie sich für Ihre weitere musikalische Zukunft gesetzt?*

Hiss: Ohne Ziele ist das Klavierspielen am schönsten. Aber im Ernst: Mich interessieren so viele Klavierwerke, dass die Zeit bis 80 nicht ausreichen wird, um sie alle einzustudieren.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Wie kann man mit einem chinesischen Hamster Multimillionär werden?

Informationen zum Thema „Biosimilars“

Hoppla – da kommt etwas Gewaltiges, etwas Großes auf uns zu. Ein neues Kapitel in der Pharmakotherapie wird aufgeschlagen.

Die europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat bisher (Stand: Ende 2008) über 135 Biopharmazeutika zugelassen. Dieses ist erst der Anfang einer auf uns zukommenden gewaltigen Zulassungs- und Kostenlawine, die unter anderem die Priorisierungs- und Rationierungsfrage verstärkt entfachen wird.

Dabei sind sogenannten „Biosimilars“ preisgünstige Alternativen im Markt der hochpreisigen Spezialpräparate wie beispielsweise den gentechnisch hergestellten Arzneimitteln.

Eine gute Einführung und Übersicht zu diesem Thema ist die Stellungnahme der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft vom 9. Dezember 2008 (www.akdae.de)

Biosimilars sind Zweitanbieterprodukte von rekombinant hergestellten biologischen Arzneistoffen. In der Regel sind Biosimilars Proteine, die mit Hilfe lebender Zellen – sogenannten Wirtszellen – produziert werden. Die Proteinfunktion wird nicht so sehr durch die Aminosäuresequenz als vielmehr durch die Tertiärstruktur, also die räumliche Anordnung der Proteinmoleküle, bestimmt. Die räumliche Anordnung der Proteine ist abhängig vom Herstellungsprozess, der zahlreichen Faktoren unterliegt (z. B. der Art der Wirtszelle (chinesische Hamsterzelle oder Coli-Bakterien), Fermentationsbedingungen, Glykosylierungsgrad unter anderem).

Dies hat zur Folge, dass der Herstellungsprozess des Zweitanbieters sich in der Regel durch die vielen potentiellen Einflussmöglichkeiten vom Erstanbieter unterscheidet. Ähnliches ist nicht

Wir präsentieren Ihnen im NORDLICHT jeweils ein Thema aus dem Bereich der Pharmakotherapie.

Die Artikel beinhalten Ergebnisse eigener subjektiver Erfahrung und Einschätzungen von Kollegen, orientieren sich an Studienergebnissen, nationalen und internationalen Datenbanken und nationalen Leitlinien. Um lebendig zu sein – die Pharmakotherapie ist ein lebendes Wesen – hat manche Aussage provokativen Charakter. Dieses ist beabsichtigt, um Sie aufzufordern, sich mit der Pharmakotherapie kritisch zu beschäftigen.

identisch, deshalb Biosimilars (similar = ähnlich).

Die Vergleichbarkeit ist äußerst komplex und kompliziert, weshalb Zulassung und hochexakte Kontrolle eines Biosimilars ausschließlich bei der EMA liegen.

Weil es sich um Neuentwicklungen oder Nachahmungen nach bekannten Vorbildern handelt, nennen die Amerikaner die in Europa als Biosimilars bezeichneten Produkte „follow-on-biologics“. Beide Begriffe werden synonym gebraucht.

Bereits kleine Änderungen im Herstellungsprozess können zu Unterschieden in der Wirksamkeit des Medikamentes und dessen Verträglichkeit führen. Immer handelt es sich bei Biosimilars um komplexe Proteine, an die oft Zuckerreste angebonden sind. Die Zulassungskriterien sind – ebenso wie die Überwachung von Biosimilars – streng festgelegt in einem Post-Marketing-Surveillance-Programm, weil alle Biosimilars als Proteine typischerweise eine gewisse Immunogenität ausweisen.

Als Biosimilars sind in Deutschland Epoetin alpha und Somatropin auf dem Markt und gegenüber dem Original um ca. 25 Prozent preisgünstiger, wodurch sich die Jahrestherapiekosten pro Patient um einige tausend Euro vermindern. Wenn nun Biosimilars die preisgünstige Alternative zu den hochpreisigen Spezialpräparaten wie Erythropoetin sind, wie erklärt sich dann die auf uns zukommende Kostenlawine?

In der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik zeichnet sich ab, dass zukünftig nicht mehr die Herz- und Kreislauferkrankungen, sondern die Krebserkrankungen an erster Stelle stehen werden.

Forschung und Therapie werden vornehmlich diesen Sektor bedienen, auch weil sich hier viel Geld verdienen lässt.

Auf dem Schreibtisch der EMA warten zahlreiche Biomedicals auf ihre Zulassung. Biomedicals bedienen unter anderem den großen Onkologie-Markt. Bereits 25 Prozent aller neu zugelassenen Arzneimittel sind Biomedicals – aber Sicherheitsmängel werden durchschnittlich erst über drei Jahre nach ihrer Zulassung entdeckt. Dies zeigt sich unter anderem an der relativ großen Anzahl von „Rote-Hand-Briefen“, die diese Wirkstoffgruppe betreffen. Also ... Biomedicals sind keine „Smarties“!

Die Zukunft hat schon begonnen. 2009 kommt der Krebstherapie eine bedeutende Rolle zu. Steigende Inzidenz, hohe Sterblichkeit, erhebliche Nebenwirkungen der konventionellen Therapie wie Stahl, Strahl und Chemotherapie beherrschen noch die Szenerie. Es steht uns aber ein Paradigmenwechsel in der Onkologietherapie bevor.

Der bösartige Tumor wird zukünftig definiert z. B. nach RAS-Typ, AKT/PTEN-Typ, EGFR-Mutation u.s.w., also durch seine molekulare Signatur, nicht mehr nach Lokalisation und Gewebepathologie. Die Entwicklung klassischer Pharmazeutika wird zurückgehen und die der „Biomedicals mit der Folgeentwicklung weiterer Biosimilars bzw. Bioidenticals“ dramatisch ansteigen, was sich jetzt schon abzeichnet.

Wird die innovative Krebstherapie bezahlbar sein? Voraussetzung ist eine unabhängige klinische Forschung. Unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sollte die Evidenz neuer Substanzen generiert werden. Finanziert werden könnten solche Studien durch einen Fonds, in den Industrie, Kostenträger und Forschungsförderer einzahlen.

Man könnte sich auch vorstellen, dass die Krebstherapie in Kompetenzzentren oder Kompetenznetzen erfolgt. Möglicherweise entwickelt sich aus der akut lebensbedrohlichen Erkrankung Krebs dank der neuen Medikamentengeneration zu einem chronischen Leiden wie beispielsweise Rheuma oder Asthma. Hierfür sind neue Forschungs- und Versorgungskonzepte erforderlich.

Wird der Menschheits- und Medizinertraum der Krebsbeherrschung wahr, erwartet uns ein Heer an zwar nicht heilbaren, aber dafür beherrschbaren, chronisch kranken Onkologiepatienten. Dann sitzen wir in der Kosten- und Fortschrittsfalle.

Dann haben wir wieder das leidige Thema Ethik und Monetik – ein schwer lösbares Dilemma. Ein weites Feld, ein neues Thema.

DR. JÖRN PANKOW, INTERNIST, FLENSBURG

Es liegt Geld auf der Straße – wir brauchen es nur aufzuheben. Was heißt „Förderung des Biosimilar-Anteils“ in der Zielvereinbarung 2010?

1. Erythropoese stimulierende Arzneimittel (ESA)

Im Ländervergleich stehen wir in Schleswig-Holstein schon ganz gut da, wir zählen bereits zur Spitzengruppe, wenn man den Verordnungsteil der Erythropoese-stimulierenden Wirkstoffe als Biosimilars betrachtet. Lobend hervorzuheben ist, dass im April 2010 dieser Anteil bei uns ca. 30 Prozent ausmacht.

Verordnungsanalyse Erythropoietin-haltiger Fertigarzneimittel Schleswig-Holstein 2008

(Quelle: GDSG-Daten 2008; ungeprüft)

	Anzahl Verordnungen	Anteil in Prozent	Wert der Verordnungen	Anteil in Prozent	Einheiten DDD
B03XA01 Erythropoietin alpha	17.601	100,00%	5.295.062,20 €	100,00%	444.787,62
Abseamed (Biosimilar)	302	1,72%	66.409,29 €	1,25%	6.923,98
Binocrit (Biosimilar)	126	0,72%	25.141,25 €	0,47%	2.609,97
Epoetin alfa HEXAL (Biosimilar)	1.884	10,70%	393.176,01 €	7,43%	40.979,79
Retacrit (Biosimilar)	1.001	5,69%	465.704,98 €	8,80%	44.837,99
Silapo (Biosimilar)	1.768	10,04%	383.882,67 €	7,25%	39.435,17
Anteil Biosimilars	5.081	28,87%	1.334.314,20 €	25,20%	134.786,91

PHARMAKOTHERAPIE

Bei konsequenter Nutzung des Wirtschaftlichkeitspotentials von epoetinhaltigen Biosimilars ist deshalb mehr Musik drin, weil es mittlerweile Biosimilars gibt, die bei chronischer Niereninsuffizienz auch zur subcutanen Applikation zugelassen sind.

Alle Biosimilars sind gegenüber den Originalpräparaten um circa 25 Prozent preisgünstiger. Alle Biosimilars sind zurzeit preisidentisch, mit allen Biosimilars kann eine Neueinstellung eines Patienten erfolgen und mit allen Biosimilars ist eine kontrollierte Umstellung eines Patienten möglich. Alle Biosimilars bieten bei deutlichem ökonomischen Vorteil im Vergleich zum Original gleiche klinische Wirkung. Verständlich und als realistisches Ziel erreichbar ist, wenn in den Zielvereinbarungen für 2010 ein Biosimilar-Anteil von 40 Prozent angestrebt wird.

2. Interferone

Zu dem beta-Interferon gibt es zurzeit kein Biosimilar, sondern ein sogenanntes „Bioidentical“. Hier bleibt die für 2009 getroffene

Zielvereinbarung 2010 bestehen, denn streng genommen hätte dieses Ziel in der Vereinbarung auch als „Bioidentical“ benannt werden müssen.

Ein semantischer Streit um Begriffe, denn die Firma Novartis hat die EU-Zulassung für EXTAVIA® - als Bioidentical – zur Therapie der Multiplen Sklerose erhalten. EXTAVIA ist mit dem Bayer-Schering Präparat BETAIFERON/BETASERON identisch, aber ca. 25 Prozent preisgünstiger als der Erstanbieter.

Die KVSH handelt mit den Kassen entsprechende Zielvereinbarungen aus, die, wie erwähnt, für 2010 vorerst unverändert bleiben. Interessant könnte auch die von Novartis geplante innovative orale Form der MS-Therapie (Fingolimod) sein, mit der in Kürze zu rechnen ist. Für die Verbraucher bleibt zu hoffen, dass auch die Preise interessant sind.

Aus ökonomischer Sicht bieten die Biosimilars/Bioidenticals eine günstigere Zukunftsperspektive – kein Zweifel.

DR. JÖRN PANKOW, INTERNIST, FLENSBURG

Den Teufel mit dem Belzebug austreiben

(Erythropoetine in der Tumorthherapie und bei renaler Anämie)

Den vermeintlich positiven Effekten einer Erythropoetin-Therapie steht möglicherweise bei Tumorpatienten eine Progredienz des Tumorwachstums entgegen.

Durch Erythropoetin wird wahrscheinlich Öl ins Feuer des Tumorwachstums gegossen.

Dieses niederschmetternde Ergebnis geht aus einer Meta-Analyse hervor. (Jama 2008; 299: 914-924) Es wurden 53 Studien mit insgesamt knapp 14.000 Patienten untersucht. Die Erythropoetine Epoetin alpha, Epoetin beta und Darbepoetin erhöhten die Mortalität um 17 Prozent und verschlechterte das Gesamtüberleben um sechs Prozent. Kritiker bemängeln die schlechte Qualität und das fragwürdige Studiendesign einiger dieser Studien. Der schwerwiegende Verdacht der krebsfördernden Eigenschaft der Erythropoetine bleibt jedoch bestehen.

Der amerikanische Food and Drug Administration (FDA) lagen weitere acht Studienergebnisse vor, in denen es bei Patienten mit Mamma-, nichtkleinzelligem Bronchialcarcinom, Hals- Kopftumoren, Lymphomen und Zervixcarcinom zu einem beschleunigten Krebswachstum und einer verkürzten Lebenszeit gekommen war, wenn Patienten mit Erythropoese-stimulierenden Medikamenten (= agents) (ESA) behandelt wurden (Cochrane-Review). Deswegen hatte die FDA bereits im November 2007 die Anwendung von ESA in der Onkologie bei Patienten eingeschränkt, bei denen es infolge einer Chemotherapie zu einer Anämie gekommen ist. In den USA ist auch der Einsatz von ESA bei Patienten entfallen, die aufgrund ihrer Krebserkrankung (also nicht infolge der Chemotherapie) an einer Anämie erkranken. Da viele Krebszellen Rezeptoren für Erythropoetin aufweisen, wird die krebsbegünstigende Eigenschaft verständlich.

Ein schon lange bestehender Verdacht wird immer mehr zur Gewissheit.

Mit bekannter zeitlicher Verzögerung hat die EMA im Juli 2008 reagiert.

In einer „wichtigen Mitteilung“ informieren die ESA-Hersteller und ESA-Arzneimittelvertreiber in Absprache mit der EMA über folgende wesentlichen Erkenntnisse zur Sicherheit der ESA bei Patienten mit renaler Anämie oder bei Karzinompatienten mit Chemotherapie – assoziierter Anämie.

- Epoetin alfa = EPREX/ERYPO
- Darbepoetin = ARANESP/NESPO
- Epoetin beta = NEORECOMON
- Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta = MIRCERA
- Epoetin delta = DYNEPO
- Biosimilar Epoetin alfa = BINOCRIT/EPOETIN ALFA
HEXAL/ABSEAMED
- Biosimilar Epoetin zeta = SILAPO/RETACRIT

In diesen „wichtigen Mitteilungen“ steht, dass ESA bei „Krebspatienten:

1. das Intervall bis zur Tumorprogression verkürzen
2. die Gesamtüberlebensrate erniedrigen
3. das Risiko venöser thromboembolischer Ereignisse erhöhen
4. das Mortalitätsrisiko bei anämischen Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und schweren kardiovaskulären Ereignissen erhöhen, wenn die Hämoglobinkonzentration von 12 g/dl überschritten ist.“

Schlechte Ergebnisse für Krebspatienten und Patienten mit renaler Anämie, die ESA erhalten.

Es gehört schon ganz viel Mut dazu, sich für den Einsatz von ESA zu entscheiden, der allerdings durch die EMA gestützt wird, die schlussfolgert, dass der Nutzen dieser Arzneimittel in den zugelassenen Anwendungsgebieten das Risiko überwiegt. Für mich wird hier eher der Teufel mit dem Belzebug auszutreiben versucht. Gespannt warten wir weitere Studienergebnisse zur ESA-Arzneimittelsicherheit ab, zu der die FDA die Hersteller verpflichtet hat. Wait and see!

Die EMA zieht aus den (bisher) vorliegenden Erkenntnissen zur ESA-Arzneimittelsicherheit die in den geänderten Gebrauchsinformationen nachzulesenden Schlussfolgerungen:

1. Die Anwendung von ESA soll ausschließlich bei Patienten mit symptomatischer (!) Anämie im Zusammenhang mit einer Niereninsuffizienz oder mit nicht-myeloischen Erkrankungen erfolgen.
2. Die niedrigste ESA-Dosis ist zu wählen, um die Hämoglobinkonzentration in einen Bereich zwischen 10 und 12 g/dl einzustellen.
3. In Abhängigkeit von der klinischen Situation sollte die Behandlung mit Bluttransfusionen bei Krebspatienten mit Chemotherapie-assoziierter Anämie bevorzugt werden. Einer Entscheidung zur Gabe von rekombinantem Erythropoetin sollte eine Nutzen-Schaden Bewertung unter Einbeziehung des Patienten vorausgehen, die die spezifische klinische Situation berücksichtigt. Die Nutzen-Schaden Abwägung sollte die folgenden Faktoren einschließen: Art und Stadium des Tumors, Schwere der Anämie, die Erkrankungsprognose, das Umfeld, in dem der Patient behandelt wird sowie die Behandlungspräferenz des Patienten.

Soweit die EMA.

Die Ergebnisse der Studien CHOIR und CREATE werden durch die aktuelle TREAT-Studie bestätigt, die zu dem Ergebnis kommt, dass die Anämiekorrektur bei diabetischer Nephropathie mehr Schaden als Nutzen bringt. Die auf dem amerikanischen Herzkongress (American Heart Association = AHA) 2009 vorgestellte, gleichzeitig im „New England Journal of Medicine (NEJM)“ veröffentlichte Studie ergibt, dass eine Anämiekorrektur weder auf kardiovaskuläre noch auf renale Endpunkte einen positiven Effekt ausübt. Das Apoplexrisiko, die Sterblichkeit und die Krebssterblichkeit war in der mit Darbepoetin behandelten Gruppe größer als in der ohne ESA behandelten Gruppe.

Was bleibt?

Äußerste Vorsicht bei der Verordnung von Erythropoetinen halten wir für dringend angezeigt.

Wie gesagt, möglicherweise treiben wir den Teufel mit dem Belzebub aus.

DR. JÖRN PANKOW, INTERNIST, FLENSBURG

VERORDNUNGSMANAGEMENT

Aufgepasst bei der Therapie der PAH – jetzt geht es bald los mit der Zweitmeinung

Verordnung von besonderen Arzneimitteln nach Paragraph 73 d SGB V bei der Indikation Pulmonal- Arterielle Hypertonie (PAH)

Wir hatten bereits vor längerer Zeit darauf hingewiesen, dass die Verordnung von ausgewählten Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten oder erheblichem Risikopotenzial laut Gesetzgebung zukünftig nur in Abstimmung mit fachlich hierfür besonders ausgewiesenen Ärzten (Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie) erfolgen soll.

Diese in der Arzneimittel-Richtlinie festgelegten Arzneimittel sind bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Paragraph 106 SGB V als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen, soweit sie gemäß Paragraph 73 d SGB V, bzw. konkreter gemäß dem in der Arzneimittel-Richtlinie festgelegten Verfahren, verordnet worden sind.

Bei den besonderen Arzneimitteln handelt es sich zunächst um folgende Arzneimittel, sofern sie in der Indikation pulmonal-arterielle Hypertonie (PAH) der WHO-Funktionsklasse III bzw. II bis III (Ambrisentan) eingesetzt werden:

- Ambrisentan (z. B. Volibris®)
- Bosentan (z. B. Tracleer®)
- Iloprost zur Inhalation (z. B. Ventavis®)
- Sildenafil (z. B. Revatio®)
- Sitaxentan (z. B. Thelin®)
- Trepostinil (z. B. Remodulin®)

Vor der Verordnung dieser Arzneimittel bei der Indikation PAH muss ab 1. September 2010 in Schleswig-Holstein von dem behandelnden Arzt die Zweitmeinung eines Arztes für besondere Arzneimitteltherapie eingeholt werden.

Dies gilt sowohl für Neueinstellungen als auch für bereits laufende Therapien – d. h. für Patienten, die bereits auf ein von diesem Verfahren betroffenes Arzneimittel eingestellt sind, ist das Abstimmungsverfahren zum Zeitpunkt der ersten Verordnung nach Inkrafttreten des Verfahrens am 1. Juli 2010 per Erstantrag nachzuholen.

Hierzu aufgerufen sind Ärzte aller Fachrichtungen, auch die in Einrichtungen nach Paragraph 116b und Paragraph 117 SGB V tätigen Ärzte. Von dieser Regelung ist somit keine Fachgruppe ausgenommen.

Auch die Krankenhäuser sind in dieses Verfahren eingebunden: Bei erstmaliger Behandlung in einem Krankenhaus ist von dort aus bei Therapiebeginn das Abstimmungsverfahren einzuleiten. Das Votum sollte im Idealfall noch vor der Entlassung vorliegen. Sollte dies nicht der Fall sein, ist die Klinik dazu verpflichtet, den weiterbehandelnden Arzt unverzüglich über die Entscheidung des Arztes für besondere Arzneimitteltherapie zu informieren. Bis dahin darf der weiterbehandelnde Arzt die PAH-Arzneimittel übergangsweise weiterverordnen.

Bitte beachten Sie: Die Verordnung von PAH-Arzneimitteln muss ab 1. September 2010 beantragt werden.

1. Das Zweitmeinungsverfahren nach Paragraph 73 d SGB V ist ein **Antragsverfahren**. Entsprechende Antragsformulare sind per download über die KVSH-Homepage zu beziehen (www.kvsh.de). Die Antwort des Arztes für besondere Arzneimitteltherapie ist abzuwarten (Ausnahme: Therapieeinleitung durch Krankenhaus).
2. Es dürfen ausschließlich **Originalformulare** (Muster 71 für den Erstantrag und Muster 71A für den Folgeantrag) verwendet werden, die auf dem Postweg an die geschäftsführende Stelle bei der KVSH versendet werden müssen. Die Rechtmäßigkeit der elektronischen Datenübermittlung oder Faxübertragung steht zur Zeit noch zur Diskussion.
3. **Erst- und Folgeantrag** sind vollständig auszufüllen und komplett zu übersenden (drei Seiten) , gegebenenfalls unter Beifügung entsprechender Unterlagen. Zusätzlich würde beim Erstantrag eine Reihe weiterer Angaben sehr helfen, die in einer Checkliste (siehe unter Punkt 5) zusammengefasst sind.
4. Im Vorwege ist der Patient aufzuklären und dessen Einverständnis einzuholen.
5. **Checkliste und Einverständniserklärung** sind wie die **Antragsformulare** über die KVSH-Homepage zu beziehen. Die Checkliste wurde von Prof. Dr. Hoyer, Medizinische Hochschule Hannover, erstellt und zur Nutzung in unserem KV-Bereich freigegeben.
6. Die geschäftsführende Stelle bei der KVSH wird Ihren Antrag an einen der drei Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie weiterleiten. Die KVSH hat im Einvernehmen mit den Krankenkassen/-verbänden drei Vertragsärzte benannt, die ausschließlich auf Zuweisung der geschäftsführenden Stelle bei der KVSH tätig werden. Die Beurteilung durch den Arzt für besondere Arzneimitteltherapie erfolgt nach Aktenlage, d. h. ohne Vorstellung des Patienten, auf der Grundlage vorhandener Befunde.

7. Der Arzt für besondere Arzneimitteltherapie gibt seine Beurteilung des **Erstantrages** innerhalb von fünf Werktagen ab. Mit den Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie wurde vereinbart, die für die Bearbeitung des Erstantrages geltende Frist von fünf Werktagen auf das Datum des Posteinganges beim Arzt für besondere Arzneimitteltherapie zu beziehen. Die Beantwortungsfrist verlängert sich somit um den auf den Postweg entfallenden Zeitraum (zur KVSH sowie von der KVSH zum Arzt für besondere Arzneimitteltherapie).
8. Ein **Folgeantrag** zur Kontrolle des Therapieerfolges muss erstmalig acht bis zwölf Wochen nach Therapiebeginn gestellt werden. Eine weitere Überprüfung erfolgt nach 24 Wochen, danach jährlich. Die Bearbeitungsfrist beträgt 20 Tage.

Und wie geht es dann weiter ?

Der Arzt für besondere Arzneimitteltherapie übersendet ein Antwortformular an den behandelnden, antragstellenden Arzt sowie ein weiteres Formular an die Krankenkasse.

Die nach diesem Verfahren mit einer positiven Zweitmeinung belegten Verordnungen sind in der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen. Die Information geht von der Krankenkasse an die Prüfeinrichtung und wird im Falle eines Prüfverfahrens berücksichtigt .

Die Ausgabenverantwortung liegt nach wie vor beim verordnenden Arzt; die Verordnungskosten werden nicht automatisch bereinigt. Aber im Falle des Vorliegens einer positiven Zweitmeinung trägt der verordnende Arzt kein diesbezügliches Regressrisiko

Extrabudgetäre Kostenpauschalen

Der mit dem Verfahren verbundene Aufwand wird dem Antragsteller bzw. dem behandelnden Arzt pauschal und extrabudgetär vergütet:

EBM 40865 – Erstantrag	18,00 Euro
EBM 40866 – erster oder zweiter Folgeantrag	10,00 Euro
EBM 40867 – weiterer Folgeantrag (1x im Krankheitsfall)	10,00 Euro

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der KVSH ([unter www.kvsh.de im Bereich Verordnungen](http://www.kvsh.de)) sowie in Abschnitt N und Anlage XI der Arzneimittel-Richtlinie ([unter www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) bzw. über die entsprechende Verlinkung auf der KVSH-Homepage).

MARION PACKENIUS, KVSH

Geschäftsführende Stelle

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Verordnungsmanagement

Anna-Sofie Plath
 Telefon 04551 883 362
 Fax 04551 883 7362
 E-Mail Anna-Sofie.Plath@KVSH.de

WAS, WANN, WO?

Seminare

*Zu Seminaren wird nicht mehr persönlich eingeladen.
Bekanntmachungen erfolgen ausschließlich über das
NORDLICHT.*

FÜR ÄRZTE/ RÖNTGENASSISTENTEN

THEMA: „Aufnahme und Einstelltechnik:
Peripheres Skelett“

DATUM: 16. JUNI VON 15.30 BIS 19.00 UHR

Dieses Seminar richtet sich an alle in der Röntgendiagnostik tätigen Ärzte sowie Röntgenassistenten

Ziel dieser Veranstaltung ist es, die aktuellen Anforderungen der Qualitätskriterien und die praktische Durchführung für die genannten Untersuchungsbereiche aufzuzeigen und anhand von Fallbeispielen zu demonstrieren. Über rege Diskussionsbeiträge aus dem Auditorium im Rahmen dieses interaktiven Seminars freuen wir uns.

REFERENTEN: Hubert Sax, Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie und stellvertr. chirurgischer Fachvertreter in der Radiologie-Kommission/Ärztlichen Stelle der KVSH
Dr. med. Christoph Hein, Facharzt für Orthopädie und orthopädischer Fachvertreter in der Radiologie-Kommission/Ärztlichen Stelle der KVSH

MODERATION: Dr. med. Frank Schubert, Facharzt für Radiologische Diagnostik, Vorsitzender der Radiologie-Kommission/Ärztlichen Stelle der KVSH

ORT: Sitzungssaal der Abgeordnetenversammlung im Haus II der KVSH, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: Das Seminar ist kostenfrei.

FORTBILDUNGSPUNKTE: 4

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Anmeldungen in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt. Erhalten Sie keine Absage, so gilt die Teilnahme als bestätigt. Anmeldungen bitte schriftlich bis zum 7. Juni 2010 (gern auch per Fax oder E-Mail).

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg
Nadine Kruse
Telefon 04551 883 332
Fax 04551 883 374
E-Mail Nadine.Kruse@KVSH.de

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

THEMA: „Telefontraining“ – Basisschulung –

DATUM: 16. JUNI UND 23 JUNI VON 14.00 BIS 18.00 UHR

Die Medizinische Fachangestellte ist für den Patienten fast immer die erste Kontaktstelle in der Arztpraxis. Mit dieser Veranstaltung möchten wir Ihren Praxismitarbeiterinnen Möglichkeiten an die Hand geben, dem Patienten sowohl am Telefon als auch in der Praxis noch freundlicher zu begegnen. Schwerpunkte des Seminars sind die freundliche Begrüßung, patientenorientierte Formulierungen, die Terminierung am Telefon und der Umgang mit unterschiedlichen Patiententypen.

REFERENTIN: Frau Livia Jendro, MfG Training und Beratung Hamburg

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Die Teilnahmegebühr beträgt **95,00 Euro pro Person**. Bitte überweisen Sie diese nach Eingang der Anmeldebestätigung auf das Kto. 833 bei der Sparkasse Südholstein (BLZ 230 510 30) unter dem Stichwort „Telefontraining“.

Da die Teilnehmerzahl auf 12 Personen begrenzt ist, werden die Anmeldungen in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt.

Abmeldungen können ebenfalls in schriftlicher Form bis 10 Tage vor der jeweiligen Veranstaltung bzw. im Krankheitsfall kostenlos erfolgen. Bei Absage bis 3 Tage vor Seminarbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr/Ausfallentschädigung von 50 Prozent der Teilnahmegebühr pro Person fällig. Spätere Absagen oder Nichterscheinen erfordern die volle Seminargebühr. Die Benennung von Ersatzpersonen ist in jedem Falle möglich. Anmeldungen bitte schriftlich bis zum 31. Mai 2010 (gern auch per Fax oder E-Mail).

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg
Nadine Kruse
Telefon 04551 883 332
Fax 04551 883 374
E-Mail Nadine.Kruse@KVSH.de

ÄRZTE

THEMA: *Workshop Kooperationen*

DATUM: 23. JUNI VON 15.00 BIS 18.00 UHR
17. NOVEMBER VON 15.00 BIS 18.00 UHR

Dieser Workshop richtet sich insbesondere an Interessenten, die bereits niedergelassen sind, als Assistenten oder regelmäßig als Vertreter tätig sind oder am Einsteiger-Workshop der KVSH teilgenommen haben.

Heutzutage wird immer wieder behauptet, dass die Zukunft in Kooperationen liegt. Ist dem so? Der Workshop vermittelt das notwendige Grundwissen, zeigt verschiedene Formen der Kooperationen auf und gibt Tipps für die Planung.

REFERENTEN: Bianca Hartz, Abteilung Zulassung/Praxisberatung
Marion Grosse, Abteilung Zulassung/Praxisberatung

ORT: KVSH, Sitzungszentrum, Räume „Kuba 1 und 2“ (23. Juni 2010)
KVSH, „Vorstandssaal 2“ (17. November 2010)

TEILNAHMEGEBÜHR: Das Seminar ist kostenfrei.

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Anmeldungen in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt. Erhalten Sie keine Absage, so gilt die Teilnahme als bestätigt.

FORTBILDUNGSPUNKTE: 4

Anmeldungen bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Abteilung Zulassung/Praxisberatung, unter der Telefonnummer 04551 883 881

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Zulassung und Praxisberatung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Sabrina Pingel

Telefon 04551 883 881

E-Mail Sabrina.Pingel@KVSH.de

ÄRZTE

THEMA: *Workshop Praxisabgabe*

DATUM: 21. JULI 2010 VON 15.00 BIS 18.00 UHR

Dieser Workshop richtet sich insbesondere an Interessenten, die bereits niedergelassen sind, als Assistenten oder regelmäßig als Vertreter tätig sind oder am Einsteiger-Workshop der KVSH teilgenommen haben.

Er wendet sich an Ärzte, die ihre Praxis abgeben wollen. Was gilt es bei der Praxisabgabe zu beachten? Wer bestimmt den Nachfolger und den Kaufpreis? Mit diesen und anderen Fragen befasst sich der Workshop, der einen Überblick über die rechtlichen Vorgaben und alternativen Lösungsmöglichkeiten bei der Praxisabgabe bietet.

REFERENTIN: Bianca Hartz, Abteilung Zulassung/Praxisberatung

ORT: KVSH, „Vorstandssaal 1 und 2“

TEILNAHMEGEBÜHR: Das Seminar ist kostenfrei.

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Anmeldungen in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt. Erhalten Sie keine Absage, so gilt die Teilnahme als bestätigt.

FORTBILDUNGSPUNKTE: 4

Anmeldungen bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Abteilung Zulassung/Praxisberatung, unter der Telefonnummer 04551 883 881

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Zulassung und Praxisberatung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Sabrina Pingel

Telefon 04551 883 881

E-Mail Sabrina.Pingel@KVSH.de

FÜR ÄRZTE

THEMA: *Workshop Einsteiger*

DATUM: 24. AUGUST VON 15.00 BIS 18.00 UHR
2. NOVEMBER 15.00 BIS 18.00 UHR

Dieser Workshop richtet sich an Ärzte, die einen Einstieg in die ambulante Versorgung erwägen. Themen sind der klassische Weg einer Niederlassung durch Praxisabgabe/-übernahme, oder aber auch die neuen Möglichkeiten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Anstellung inkl. Teilzeittätigkeit.

REFERENTEN: Marion Grosse, Abteilung Zulassung/Praxisberatung
André Zwaka, Abteilung Zulassung/Praxisberatung

TEILNAHMEGEBÜHR: Das Seminar ist kostenfrei.

ORT: KVSH, Sitzungszentrum, Räume „Kuba 1 und 2“

TEILNAHMEGEBÜHR: 200 Euro pro Person, inkl. Tagungspauschale für Material und Verpflegung

FORTBILDUNGSPUNKTE: 4

ANMELDUNG UND AUSKUNFT: Anmeldungen bitte an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Abteilung Zulassung/Praxisberatung, unter der Telefonnummer 04551/883-881.

FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

THEMA: *Moderatorengrundausbildung für Qualitätszirkel*

DATUM: 27. AUGUST VON 15.00 BIS 21.00 UHR,
28. AUGUST VON 9.00 BIS 17.00 UHR

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

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

INHALTE DES SEMINARS:

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

ORT: Sitzungssaal der Abgeordnetenversammlung im Hause der KVSH, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: 200 Euro pro Person, inkl. Tagungspauschale für Material und Verpflegung

FORTBILDUNGSPUNKTE: 20

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

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

	Detlef Greiner	Regina Steffen
Telefon	04551 883 527	04551 883 292
Fax	04551 883 7527	04551 883 7292
E-Mail	detlef.greiner@kvsh.de	regina.steffen@kvsh.de

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

	Detlef Greiner	Regina Steffen
Telefon	04551 883 527	04551 883 292
Fax	04551 883 7527	04551 883 7292
E-Mail	detlef.greiner@kvsh.de	regina.steffen@kvsh.de

Veranstaltungen *Wir übernehmen nur für KVSH-Termine gewähr.*

KVSH

5. JUNI, 9.00 UHR BIS 17.00 UHR

Infotag für Praxisabgeber und Existenzgründer

Ort: Vitalia Seehotel, Am Kurpark 3, 23795 Bad Segeberg
Info: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
Anmeldung per Antwortfax oder Tel. 0451 408520

23. JUNI, 15.00 UHR

Workshop: Kooperationen

Ort: Sitzungszentrum der KVSH, Raum „Kuba 1“ und „Kuba 2“
Info: Abteilung Zulassung/Praxisberatung, Tel. 04551 883881

7. JULI, 6. OKTOBER, 15.00 BIS 18.00 UHR

Infomarkt der KVSH

Ort: Saal der Abgeordnetenversammlung der KVSH
Info: Bianca Hartz, Abteilung Zulassung/Praxisberatung, Tel. 04551 883255,
E-Mail: bianca.hartz@kvsh.de
Marco Dethlefsen, Gesundheitspolitik und Kommunikation,
Tel. 04551 883381, E-Mail: marco.dethlefsen@kvsh.de

KVSH-Kreisstellen

09. JUNI, 16.00 UHR

„Biomarker in der Notfallmedizin“, Klinischer Nutzen und Irrtümer in der Marker Medizin

Ort: Strandhotel Glücksburg

26. JUNI, 9.30 UHR

Sommerfahrt des Flensburger Ärztevereins zum Museum „Kunst der Westküste“ in Alkersum auf Föhr

30. JUNI, 17.00 UHR

FB: „Ablauf der Vorbereitungen und notwendige Voruntersuchungen vor elektiven Operationen- Kooperation Klinik und Hausarzt/Internist“

Ort: Diako, Fliednersaal 1

Schleswig-Holstein

09. JUNI, 18.00 UHR

Rückenschmerz beim jüngeren Patienten

Ort: Hotel Steigenberger Conti Hansa
Schlossgarten 7, 24103 Kiel
Info: www.uk-sh.de

16. JUNI, 19.00 UHR

Zur Bedeutung des Autismusquotienten für den Umgang mit Menschen (in der Psychotherapie)

Ort: Stadtteilcafé der Arbeiterwohlfahrt, AWO-Servicehaus
am Sandberg, Schulze-Delitzsch-Straße 21, 24943 Flensburg
Info: www.psychotherapie-flensburg.de

16. JUNI, 16.00 BIS 18.00 UHR

Junge Menschen mit einer Epilepsie ... und wie sie damit leben! Rehabilitation und Integration in Schule und Beruf!

Ort: Steigenberger Conti Hansa Kiel
Info: Rene Oberstedt, Sabine Schneider für die
Gemeinschaftsinitiative Epilepsien, Tel. 040 59101237, 040 59101401,
E-Mail: Gemeinschaftsinitiative.epilepsie@desitin.de

16. JUNI, 7. JULI, 29. SEPTEMBER, 10. NOVEMBER, 18.30 UHR

QZ: Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Ort: Cafeteria der Sana Klinik Eutin, Hospitalstr. 22, 23701 Eutin
Info: Dr. Gerdt Hübner, Tel. 04521 7873300, Fax: 04521 7873309,
E-Mail: g.huebner@sana-oh.de

17. JUNI, 20.00 UHR

Möglichkeiten der Prävention bei Legasthenie und ADHS

Ort: Redderhuskrog, Holzbunge
Info: Dr. Achim Diestelkamp, Tel. 04331 663966,
Fax: 04331 663929, E-Mail: aerzteverein-rd@web.de

23. JUNI, 18.00 UHR

6. Post-Asco-Meeting

Ort: UK-S-H, Campus Lübeck
Mönkhofer Weg 241, 23562 Lübeck, Audimax, Raum AM S1
Info: www.uk-sh.de

24. JUNI, 9.00 UHR

Fortbildung Hämodynamisches Monitoring

Ort: Media Docks
Willy-Brandt-Allee 31a, 23554 Lübeck
Info: Tim Ehlers, Tel. 0451.500 2028, Fax 0451.500 2026

23. JUNI, 15 BIS 19 UHR

Schuld, Schuldgefühl und schlechtes Gewissen

Ort: Hotel Mercure, Hanseatenplatz 2, 25524 Itzehoe
Info: Kai Mackauer, Berliner Platz 4, 25524 Itzehoe
Tel. 04821 403323, E-Mail: Kai.Mackauer@web.de, oder
Ulla Kamps-Blass, Wilhelmstraße 16, 25524 Itzehoe
Tel. 04821 600184, E-Mail: Ulla@Kamps-Blass.de
Fax: 04821 8886306

Deutschland

18. BIS 20. JUNI

Notdienstseminar: Diagnostik ohne Hilfsmittel und Therapie von allen kleinen und großen Notfällen

Ort: Panorama Hotel Hamburg-Harburg
Info: Dr. Tonn, Heidelberger Akademie für medizinische Fortbildung,
Lutherstraße 20, 69120 Heidelberg,
E-Mail: tonn@notdienstseminare.de,
www. notdienstseminare.de

KONTAKT

Ansprechpartner der KVSH

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1 - 6, 23795 Bad Segeberg
Hauptanschluss: 04551 8830, Fax: 04551 883209

Vorstand

Vorstandsvorsitzende	
Dr. Ingeborg Kreuz	218/355
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender	
Dr. Ralph Ennenbach	218/355

Geschäftsstelle Operative Prozesse

Ekkehard Becker	486
-----------------------	-----

Abteilungen

Abrechnung – Leiter	
Peter Tietgen/Ernst Sievers	267/245
Fax	322
Abteilung Recht – Leiter – Justitiar	
Klaus-Henning Sterzik	230/251
Abteilung Recht	
Maria Behrenbeck/Hauke Hinrichsen	251/265
Tom-Christian Brümmer/Esther Petersen	474/498
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	
Thomas Miklik (BD-Beauftr. d. Vorstands)	579
Alexander Paquet (Leiter)	214
Akupunktur	
Doreen Knoblauch	445
Ambulantes Operieren	
Stephanie Purrrucker	459
Arthroskopie	
Stephanie Purrrucker	459
Ärztliche Stelle (Röntgen)	
Kerstin Weber/Uta Markl/Tanja Ohm-Glowik	529/393/386
Ärztliche Stelle (Nuklearmedizin/Strahlentherapie)	
Kerstin Weber/Thomas Müller	529/325
Arztregister	
Anja Scheil/Dorit Scheske	254
Assistenz-Genehmigung	
Brigitte Gottwald/Renate Tödt	255/358
Betriebswirtschaftliche Beratung	
Marion Grosse	343
Chirotherapie	
Michaela Schmidt	266
Dermatohistologie	
Marion Froberg	444
Dialyse-Kommission/LDL	
Marion Froberg	444
Diabetes-Kommission	
Aenne Villwock	369
DMP Team	
Marion Froberg/Helga Hartz/Caroline Polonji	444/453/280
Heike Koschinat/Tanja Glaw	326/685
Drogensubstitution	
Astrid Patscha/Christine Sancion	340/470
EDV in der Arztpraxis	
Timo Rickers/Thomas Stefaniv	286/307
Janin Looft/Tobias Kanterreit	324/320
Ermächtigungen	
Susanne Bach-Nagel/André Zwaka	378/327
Katja Fiehn/Daniel Jacoby	291/259

ESWL	
Marion Froberg	444
Finanzen – Leiter	
Karl-Heinz Buthmann	208
Formularausgabe	
Sylvia Warzecha	250
Fortbildung Veranstaltungen	
Nadine Kruse	332
Fortbildungspflicht nach § 95 SGB	
Detlef Greiner	527
Gesundheitspolitik und Kommunikation – Leiterin	
Esther Rüggen	431
Hautkrebs-Screening	
Ursula Gründer	328
Hausarztzentrierte Versorgung	
Susanne Paap	228
Herzschrittmacherkontrollen	
Monika Vogt	366
HIV/AIDS	
Doreen Knoblauch	455
Homöopathie	
Ursula Gründer	328
HVM-Team/Service-Team – Leiter	
Stephan Rühle	334
Internet	
Jakob Wilder/Borka Totzauer	475/356
Invasive Kardiologie	
Monika Vogt	366
Interventionelle Radiologie	
Ute Tasche	485
Kernspintomographie	
Ute Tasche	485
Koloskopie	
Melanie Krille	321
Koordinierungsstelle	
Petra Fitzner	384
Krankengeldzahlungen	
Doris Eppel	220
Laborleistung (32.3)	
Marion Froberg	444
Langzeit-EKG	
Monika Vogt	366
Mammographie (kurativ/QuaMaDi/Screening)	
Kathrin Zander/Daniela Leisner	382/302
Molekulargenetik	
Marion Froberg	444
Niederlassung/Zulassung	
Susanne Bach-Nagel/Nicole Geue	378/303
Evelyn Kreker/Daniel Jacoby	346/259
Niederlassungsberatung	
Bianca Hartz/Evelyn Kreker	255/346
Susanne Bach-Nagel/André Zwaka	378/327
Nordlicht aktuell	
Borka Totzauer/Jakob Wilder	356/475
Nuklearmedizin	
Sabrina Wienke	533
Onkologie-Kommission	
Doreen Knoblauch	445
Otoakustische Emissionen	
Michaela Schmidt	266

KONTAKT

Patientenauskunft § 305 SGB	
Detlef Greiner.....	527
Personal	
Christine Storm/Lars Schönemann.....	260/275
Anke Tonn/Anke Siemers/Dirk Ludwig.....	295/333/425
Fax.....	451
Phototherapeutische Keratektomie	
Stephanie Purrucker.....	459
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	
Stephanie Purrucker.....	459
Physikalisch-Medizinische Leistungen	
Michaela Schmidt.....	266
Plausibilitätsausschuss	
Hauke Hinrichsen/Susanne Hammerich.....	265/686
Ulrike Moszeik/Rita Maass.....	336/467
Polygraphie/Polysomnographie	
Marion Frohberg.....	444
Positronen-Emissions-Tomographie	
Sabrina Wienke.....	533
Pressesprecher	
Marco Dethlefsen.....	381
Fax.....	396
Psychotherapie	
Melanie Krille.....	321
Qualitätssicherung – Leiterin	
Aenne Villwock.....	369/262
Fax.....	374
Qualitätszirkel/Qualitätsmanagement	
Angelika Ströbel/Detlef Greiner/Regina Steffen.....	204/527/292
Fax.....	374
QuaMaDi	
Kathrin Zander.....	382
Radiologie-Kommission	
Aenne Villwock.....	369/485
Anja Liebetruh.....	360/458
Röntgen (Anträge)	
Ute Tasche.....	485
Röntgen (Qualitätssicherung)	
Anja Liebetruh.....	360
Rückforderungen der Kostenträger	
Heinz Szardenings.....	323
Schmerztherapie	
Monika Vogt.....	366
Service-Team/Hotline	
Telefon.....	388/883
Fax.....	505
Sonographie	
Sabrina Wienke.....	533/
Sonographie (Qualitätssicherung)	
Susanne Paap, Christina Bernhardt.....	228/315
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	
Melanie Krille.....	321
Soziotherapie	
Melanie Krille.....	321
Sprechstundenbedarf	
Heidi Dabelstein.....	353
Strahlentherapie	
Sabrina Wienke.....	533
Struktur und Verträge – Leiterin	
Dörthe Deutschbein.....	331
Fax.....	488
Teilzahlungen	
Brunhild Böttcher.....	231
Umweltmedizin/Umweltausschuss	
Marion Frohberg.....	444
Verordnung medizinische Rehalleistungen	
Christine Sancion.....	470

Verordnungsmanagement – Leiter	
Lothar Flessau.....	426
Verordnungsmanagement	
Thomas Frohberg.....	304
Verordnung Hilfsmittel	
Anna-Sofie Plath.....	362
Widersprüche (Abteilung Recht)	
Guidrun Molitor.....	439
Zulassung – Leiterin	
Bianca Hartz.....	255/358
Fax.....	276
Zytologie	
Marion Frohberg.....	444

Prüfungsstelle

Rosenstr. 28, 23795 Bad Segeberg	
Tel. 04551 9010 0, Fax 04551 901022	
Vorsitzender des Beschwerdeausschusses	
Dr. Johann David Wadephul.....	90100
Prof. Günther Jansen (Stellvertreter).....	90100
Leiter der Dienststelle	
Stefan Meyer.....	901021
Verordnungsprüfung	
Elsbeth Kampen.....	901023
Dr. Michael Beyer.....	901015
Dorthe Flathus-Rolfs.....	901015
Astrid Stamer.....	901024
Arznei-/Pharmakotherapie-Beratung (prüfungsbezogen)	
Elsbeth Kampen.....	901023
Dr. Michael Beyer.....	901015
Evelyn Sonnenrein.....	901024
Honorarprüfung	
Birgit Wiese.....	901012
Hans-Peter Morwinski.....	901011
Manfred Vogt.....	901013
Zweitmeinungsverfahren Gastroenterologie	
Hans-Peter Morwinski.....	901011
Zweitmeinungsverfahren Rheuma	
Birgit Wiese.....	901012
Service Verordnungsprüfung	
Melanie Buchbach, Manuela Johnsen.....	901019/901020
Tanja Bauer, Susanne Schuldt.....	901016/901025
Service Honorarprüfung	
Sabine Kruse.....	901016

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

Klaus-Henning Sterzik.....	230/251
----------------------------	---------

An diese Stelle nach Paragraph 81a SGB V kann sich jede Person wenden. Es handelt sich um eine organisatorisch verselbstständigte und weisungsungebundene Einrichtung. Sie hat im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages allen genügend substantiierten Hinweisen auf Sachverhalte nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf eine rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein hindeuten und die aufgrund der einzelnen Angaben oder der Gesamtumstände glaubhaft erscheinen.

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

Rosenstr. 28, 23795 Bad Segeberg	
Telefon: 04551 898900	
Fax: 04551 8989089	
Dagmar Hergert-Lüder (Leiterin).....	8989010

KONTAKT

Kreisstellen der KVSH



Kiel

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

Tel 0431 93222
Fax 0431 9719682

Dr. Heiko Giesel, Frauenarzt

Tel 0431 93131
Fax 0431 9741322
E-Mail Kreisstelle.Kiel@kvsh.de

Lübeck

Kreisstelle: Parade 5, 23552 Lübeck,

Tel 0451 72240
Fax 0451 7063179

Dr. Andreas Bobrowski, Laborarzt

Tel 0451 610900
Fax 0451 6109010
E-Mail Kreisstelle.Luebeck@kvsh.de

Flensburg

Kreisstelle: Meisenstr. 16, 24939 Flensburg

Tel 0461 42939
Fax 0461 46891

Dr. Wolfgang Barchasch, Frauenarzt

Tel 0461 27700
Fax 0461 28149
E-Mail Kreisstelle.Flensburg@kvsh.de

Neumünster

Dr. Norbert Spilok, Chirurg

Tel 04321 94770
Fax 04321 947777
E-Mail Kreisstelle.Neumuenster@kvsh.de

Kreis Dithmarschen

Dr. Burkhard Sawade, Praktischer Arzt

Tel 04832 8128
Fax 04832 3164
E-Mail Kreisstelle.Dithmarschen@kvsh.de

Kreis Herzogtum Lauenburg

Dr. Monika Schliffke, Allgemeinärztin

Tel 04541 3585
Fax 04541 84391
E-Mail Kreisstelle.Lauenburg@kvsh.de

Kreis Nordfriesland

Dr. Thomas Maurer, Allgemeinarzt

Tel 04662 3001
Fax 04662 3002
E-Mail Kreisstelle.Nordfriesland@kvsh.de

Kreis Ostholstein

Bernd Thomas, Augenarzt

Tel 04362 900440
Fax 04362 900441
E-Mail Kreisstelle.Ostholstein@kvsh.de

Kreis Pinneberg

Dr. Zouheir Hannah, Orthopäde

Tel 04106 82525
Fax 04106 82795
E-Mail Kreisstelle.Pinneberg@kvsh.de

Kreis Plön

Dr. Joachim Pohl, Allgemeinarzt

Tel 04526 1000
Fax 04526 1849
E-Mail Kreisstelle.Ploen@kvsh.de

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Carl Culemeyer, Allgemeinarzt

Tel 04353 9595
Fax 04353 998901
E-Mail KVKreisRdEck@aol.com

Kreis Schleswig-Flensburg

Dr. Hans-Joachim Commentz, prakt. Arzt

Tel 04621 52544
Fax 04621 51500
E-Mail Kreisstelle.Schleswig@kvsh.de

Kreis Segeberg

Dr. Dieter Freese, Allgemeinarzt

Tel 04551 83553
Fax 04551 879728
E-Mail Kreisstelle.Segeberg@kvsh.de

Kreis Steinburg

Gerhard Marioth, Radiologe

Tel 04821 62098
Fax 04821 3517
E-Mail Kreisstelle.Steinburg@kvsh.de

Kreis Stormarn

Dr. Hans Irmer, Arzt

Tel 04102 52610
Fax 04102 52678
E-Mail Kreisstelle.Stormarn@kvsh.de

IMPRESSUM

Nordlicht aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dr. Ingeborg Kreuz (v.i.S.d.P.)

Redaktion: Marco Dethlefsen (Leiter); Dr. Michael Drews (stellv. Leiter);

Prof. Jens-Martin Träder (stellv. Leiter); Borka Totzauer; Jakob Wilder

Redaktionsbeirat: Ekkehard Becker; Dr. Ralph Ennenbach; Reinhardt Hassenstein;

Dr. Ingeborg Kreuz; Esther Rüggen

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

Grafik: LayoutDeluxe, Hamburg

Druck: Grafik + Druck, Kiel

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. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“).

INFOMARKT DER KVSH

07. Juli 2010 von 15.00 bis 18.00 Uhr

im Abgeordnetensaal der KVSH, Haus 2, 3. Stock,
Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

**BITTE
VORMERKEN**
Weiterer Termin 2010:
06. Oktober
von 15.00 bis 18.00 Uhr

Eine Anmeldung ist nicht
erforderlich.

Die Stände:

- Zulassungsberatung und Praxisbörse
- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- IT in der Praxis
- Online-Dienste für KVSH-Mitglieder
- Honorar und Abrechnung
- Versorgungsverträge in Schleswig-Holstein

Bei Rückfragen wenden
Sie sich bitte an:

Bianca Hartz
Tel.: 04551 883 255
E-Mail: bianca.hartz@kvsh.de

Marco Dethlefsen
Tel.: 04551 883 381
E-Mail: marco.dethlefsen@kvsh.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein**
Für die Menschen im Land.