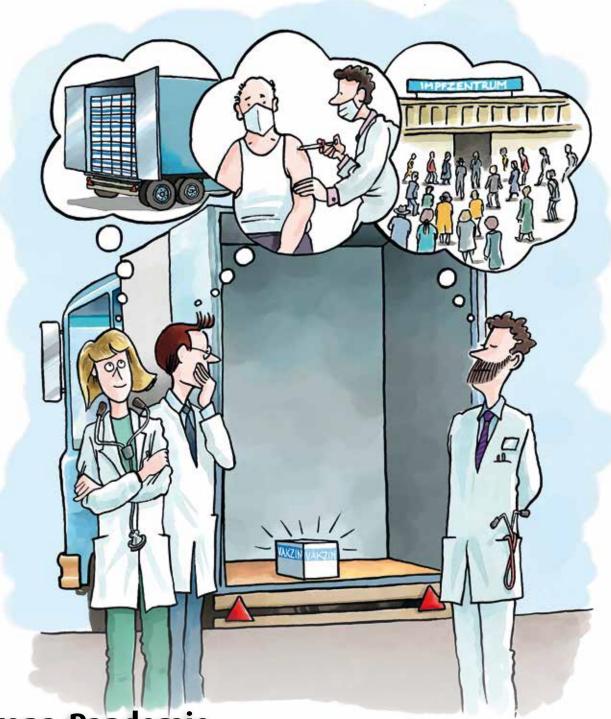
A K T U E L L



Corona-Pandemie

Wunsch und Wirklichkeit

SERVICES FIFE 3.4

SEITE RUBRIK/THEMA

TITELTHEMA

- 4 KVSH-Vorstand im Interview: Corona wo stehen wir?
- 7 "Es war eine sehr intensive Zeit": Dennis Kramkowski, ärztlicher Leiter und KVSH-Impfkoordinator im Impfzentrum Kiel
- 9 Testzentren: Die Säulen der Eindämmungsstrategie
- 11 Unterwegs mit dem mobilen Ausbruchsmanagement
- 13 Corona-Pandemie in Zahlen: Monitoring, Impfen, Tests

14 NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

16 Kommentar: Auf der Kippe

PRAXIS & KV

- 17 Rheumavereinbarung: Gute Bilanz
- 18 "Schlummernde" Ressourcen: Projekt LandärztInnen Nord 2.0. reagiert auf den steigenden Ärztebedarf
- 20 So finden Patienten Ihre Praxis bei Google
- 22 Formulare richtig ausfüllen: Muster 56 Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/ Funktionstraining
- 25 Serie: IT-Sicherheit in der ärztlichen Versorgung
- 28 TSS, Blitzumfrage und COPSY-Studie: Corona-Maßnahmen gehen auf die Seele

30 BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

DIE MENSCHEN IM LAND

33 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

SERVICE

- 34 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 35 Sie fragen wir antworten
- 36 Ansprechpartner
- 39 Kreisstellen der KVSH

HEFT 3 | 2021

Aus dem Inhalt

Seit einem Jahr hält die Corona-Pandemie die Welt in Atem und stellt die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung vor große Herausforderungen. Der Vorstand der KVSH zieht im Titelthema eine Bilanz. Außerdem wird der Blick auf die aktuelle Situation in Schleswig-Holsteins Impf- und Testzentren und auf das mobile Ausbruchsmanagements gerichtet.

04



Das Institut für Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck startete 2020 ein vom Land unterstütztes Projekt, in dem nichtberufstätige sowie ausländische Ärzte auf den Alltag in einer Landarztpraxis vorbereitet werden.

18



28



Psychotherapeuten, Psychiater und Nervenärzte berichten schon längere Zeit, dass psychische Erkrankungen in der Corona-Pandemie zugenommen haben. Umfragen und Studien bestätigen diesen Eindruck und es gibt Hinweise darauf, dass das über das Ende der Pandemie hinaus so bleiben wird.



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



EDITORIAL

DR. RALPH ENNENBACH, STELLVERTRETENDER VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH

Liebe Leserinnen und Leser,

warum machen wir es so und nicht anders?

Dazu habe ich mal gelernt, dass man gut daran tut, die Gründe für seine Entscheidungen zu nennen. Und was unter anderem bei Erziehungsfragen richtig ist, gilt für die hohe Schule der Politik doch auch, oder?

In der Realität sieht es in meinen Augen etwas anders aus. Und die fängt mit den Aussagen an, schließlich sei man so beraten worden, während die Berater – richtigerweise – feststellen, dass sie ja nur die Berater seien. An dieser Stelle haben wir dann den eigentlichen Entscheider schon aus den Augen verloren und Gründe kommen gar nicht vor. Nun kann man ja aber wohl kaum behaupten, es gäbe für Corona-Herangehensweisen immer nur eine Antwort. Es gibt mehrere Optionen und daher gibt es auch diversen Rat. Aber wo es diversen Rat gibt, gibt es auch eine Abwägung, warum man den einen annimmt und den anderen ablehnt. Und genau diese Erklärungen und Einordnungen werden von dem präsentiert, der die Entscheidung trifft. Und in einer parlamentarischen Demokratie beginnt dies vor dem Parlament. So soll es doch sein, oder?

Sie ahnen, worauf ich hinaus will. Wenn einige Elemente der obigen Ableitung kaum vorkommen, gibt es entweder

- niemanden, der Entscheidungen hinreichend vernünftig begründen vermag,
- ein Gefühl, Volk und Parlament seien, um Abwägungen zu verstehen,
- oder aber nur die Auswahl an Ratgebern aus einer Richtung.

Träfe Letzteres zu, hat man die Notwendigkeit der Abwägung schon bei der Auswahl der Berater eliminiert, womit wir beim KUBA-Syndrom wären.

Nähern wir uns der aufgeworfenen Frage einmal am Beispiel der Hochpriorisierung der Lehrerimpfung. Die STIKO sagt dazu, dafür gäbe es keinen sachlichen Grund und stellt in Aussicht, seine Empfehlungen zur Impfreihenfolge nicht zu ändern. Blöd, dass nicht diese, sondern die Impfverordnung maßgebend ist. Und ganz blöd, dass damit die ganze vorgeblich so wissenschaftlich fundierte Angelegenheit vollauf politisiert ist. Ergo ist es ein Beispiel dafür, dass rein politische Gründe maßgeblich sind, die nun wirklich schlecht erklärt werden können.

Wahrscheinlich gibt es eine Mischung aus diversen Ursachen. Jedenfalls macht mich meine Wahrnehmung des Regierungsw(m)erkelns traurig und sorgenvoll.

Demgegenüber erlebe ich in unserem Bundesland durchaus ausgewogenere Akzente; Erklärungen sowie rationale Einordnungen werden zumindest versucht. Immerhin ein kleiner Trost, genau wie der Umstand, dass nun alle Praxen ein Impfangebot erhalten können. Und dies, bevor die angesprochene Umpriorisierung anfängt zu greifen.

Es grüßt Sie herzlich

Ralph Ennenbach

INTERVIEW - BESTANDSAUFNAHME UND AUSBLICK

Corona – wo stehen wir?

Nordlicht: Seit rund einem Jahr hält die Corona-Pandemie die Welt in Atem. Nicht nur für jeden einzelnen, sondern auch für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung eine große Herausforderung. Wann ist Ihnen klar geworden, dass das Coronavirus nicht nur eine regionale Erscheinung im Tausende von Kilometern entfernten China bleiben wird, sondern ein nie da gewesener Belastungstest für unser Gesundheitswesen?

"Als KV war uns klar, dass nur eine starke ambulante Versorgung einen Klinikkollaps verhindern kann."

Dr. Monika Schliffke: Es war sicher der Zeitpunkt, als das Virus sich in Italien mit einer von hiesigen Infektionen so nie gekannten Schnelligkeit ausbreitete und das italienische Gesundheitssystem in den Kollaps brachte. Dazu die große Anzahl Toter. Den öffentlichen Aufruf der Klinikärzte aus Bergamo an alle Ärzte in Europa wird so schnell niemand vergessen. Kurz danach kamen Straßburg, Heinsberg und Ischgl und wir wussten alle, dass es enormer Anstrengungen bedürfe, unser Gesundheitssystem nicht vor die Wand zu fahren. Als KV war uns klar, dass nur eine starke ambulante Versorgung einen Klinikkollaps verhindern kann. Fehlt eine solche, wie es Italien zeigte, müssen die Menschen, ganz unabhängig von der Schwere, einer Erkrankung sich zwangsläufig Hilfe in

den Kliniken suchen, die dann natürlich schnell überfordert sind.

Dr. Ralph Ennenbach: Nach dem ersten Run auf die 116117 Ende Februar wusste ich: Niemand ist vorbereitet; unsere kleine Korvette 116117 war der Notbehelf, weil Deutschland kein passendes Großkampfschiff besaß. Und dann die fehlende Schutzausrüstung ... (ohne weitere Worte).

Nordlicht: Auch die KVSH stand vor einem Jahr innerhalb weniger Tage vor gänzlich neuen Aufgaben, wurde zum Einkäufer von Schutzmasken in großem Stil, einschließlich der Anmietung einer Lagerhalle, ebenso wie zum Betreiber von Corona-Testzentren und mobilen Testbussen. Wie bewerten Sie rückblickend die Rolle der KVSH in den ersten Pandemiemonaten im vergangenen Jahr?

Ennenbach: Wenn man berücksichtigt, dass wir für die meisten der anzupackenden Aufgaben kein Muster zur Hand hatten und mangels Alternative oft genug spontan handeln mussten – obwohl es nach dem Papier nicht unsere originäre Aufgabe gewesen wäre – , dann glaube ich, haben wir einen hervorragenden Job gemacht. Darüber, dass die KV im Pandemieplan des Landes gar nicht vorkam, wird man sicher noch reden müssen: Unsere Realität und dieser "Plan", das sind schon zwei Welten. An dieser Stelle möchte ich mich ausdrücklich auch bei den Mitarbeitern bedanken, die sich mit Aufopferung bis in die Freizeit hinein betätigt und großem Stress ausgesetzt haben. Das geht über die Grenze des Normalen weit hinaus. Natürlich lief nicht alles opti-



mal, wenn sich Rahmenbedingungen während des Tuns ändern. Weh tat sicher häufiger, dass man schlecht gleichzeitig Lösungen organisieren muss und zeitgleich schon informieren sollte. Dass das Erstere Vorrang hat – man will ja über Lösungen und nicht über Probleme informieren – ist manchmal nicht gut vermittelbar.

Nordlicht: Die Pandemie hat Ärzte und Psychotherapeuten ganz direkt betroffen: Praxen mussten "pandemiefest" umgebaut werden, die Sorge um eine eigene oder eine Infektion im Praxisteam, Schutzausrüstung war zunächst Mangelware, zudem sorgten ausbleibende Patienten für wirtschaftliche Unsicherheiten, es kamen neue Aufgaben wie das ambulante Monitoring von Covid-19-Patienten dazu. Trotzdem halten die Praxen ihre Türen für die Patienten offen. Ist diese Leistung der Niedergelassenen von der Politik und der Gesellschaft ausreichend gewürdigt worden? Und was bedeuten die vergangenen Monate für den künftigen Stellenwert der ambulanten Versorgung in unserem Gesundheitssystem?

Schliffke: Ein pandemiefester Umbau der Praxen ist fast eine Ironie der Geschichte. In früheren Zeiten war eine Anmeldung ein separater Raum in einer Praxis, manche hatten auch schon Glasabtrennungen mit Schiebetüren wie an einem Post- oder Bankschalter. Dann kam die Öffnung, man wollte Servicebereitschaft und Großzügigkeit zeigen, Kommunikation fördern. Nun die Rolle rückwärts aus Infektionsschutzgründen. Nicht nur die Umbauten, auch die Trennung der Infektpatienten waren für die Praxen ein

"Man betont Dankbarkeit, aber reale politische Unterstützung, wie ein die ganze Pandemie fortdauernder umfassender Rettungsschirm und ein nicht nur passagerer Bürokratieabbau, wären wohl die besseren Zeichen."

Kraftakt. Letztlich gelang das Aufrechterhalten der Versorgung nur, weil alle den Schock und die nackte Angst überwinden konnten, sich und sein Personal mangels Persönliche Schutzausrüstung nicht ausreichend schützen zu können.

Es kann gar nicht hoch genug bewertet werden, was für eine strukturelle und psychologische Teamleistung diese Zeit bedeutet hat und noch bedeutet. Der Politik ist das sicher so nicht klar. Sie sieht, dass die Praxen es geschafft haben, die Kliniken nicht zu überfordern. Ja, man betont Dankbarkeit, aber reale politische Unterstützung, wie ein die ganze Pandemie fortdauernder umfassender Rettungsschirm und ein nicht nur passagerer Bürokratieabbau, wären wohl die besseren Zeichen. Welchen Stellenwert politisch die ambulante Versorgung langfristig nach der Pandemie haben wird, wird sich daran zeigen, ob wir in der Lage sind, die Notwendigkeit einer jetzt stark gelebten Verzahnung haus-, fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung anhaltend sichtbar zu machen. Aber auch die Klinikstandortdiskussion und der Umgang der Niedergelassenen damit wird eine Rolle spielen.

Ennenbach: Das kann ich nur unterstreichen. Zwar nehme ich unserem Bundesland die Anerkennung ab, aber auf Bundesebene sehe ich keinen Respekt für die Leistung der Niedergelassenen. Das ist aber wohl nur ein Teil der Berliner Perspektivverschiebung auf die Realität: Das Berliner Raumschiff fliegt in Galaxien, die kaum ein niedergelassener Arzt aus Schleswig-Holstein je zuvor gesehen hat.

Nordlicht: Testzentren, Infektsprechstunden, Impfzentren, digital vernetztes ambulantes Monitoring, Videosprechstunden, Livestreams der KVSH zur Mitgliederinformation. Einige Maßnahmen sind Krisenreaktionen, andere eröffnen neue Möglichkeiten. Welche Neuerungen werden aus Ihrer Sicht die Pandemie überdauern?

Ennenbach: Die Impulse zur Digitalisierung von Prozessen zwischen den Sektoren werden wie ein Katalysator wirken. Jedenfalls dort, wo der Föderalismus keine irrationalen Grenzen setzt. Das Gesundheitssystem kennt in den Anforderungen an die Versorgung keine Grenzen zwischen Hamburg und uns. Die Datenkommunikation im öffentlichen Raum schon. Im Übrigen wird der Trend zu Videobesprechungen anhalten, dies gilt für medizinische Belange ebenso wie für manche unternehmerische oder politische Runde.

Nordlicht: Schleswig-Holstein ist mit digitalen Meldewegen zwischen Ärzten und Gesundheitsämtern beim ambulanten Monitoring unverändert vielen Bundesländern einen Schritt voraus. Aus dem bisherigen Nebeneinander von Niedergelassenen und öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) ist vielerorts in der Pandemiebewältigung ein Miteinander geworden. Welche Chancen bietet diese neue Qualität der Zusammenarbeit?

Schliffke: Die Pandemie hat nicht nur den desolaten totgesparten Zustand des Öffentlichen Gesundheitswesens offenbart, sie hat auch gezeigt, dass hier eine Sektorengrenze ist, die noch härter ist als die zu den Kliniken. Da existieren zwei Welten auf unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen und vor allem existieren sie auf Seiten des ÖGD in regionaler Fürstentumsart. Solche Dinge sind historisch bedingt und lassen sich nur sukzessive auflösen, wenn alltagspolitische Notwendigkeiten vorliegen und es auch einen Willen und Vorschläge gibt, diesen Zustand zu verändern. Es war im Nachhinein sehr richtig, dass die KVSH von Beginn an auf ein Monitoring in digitaler Form bestanden und auf diese Weise den ÖGD zumindest auf einem Gebiet in die Neuzeit gezwungen hat. Wir wissen jetzt, dass es geht, dass man Bereiche definieren kann, zu denen es gemeinsame Interessen gibt und wir sollten die Chance nutzen, den Neustart einer Zusammenarbeit auch für andere Bereiche auf eine gemeinsame digitale Basis zu stellen. Noch sieht es so aus, als müsse an jeder Fürstentumsgrenze Zoll bezahlt werden.

Nordlicht: Seit Ende vergangenen Jahres hat die KVSH eine weitere große Aufgabe übernommen, die ärztliche Leitung der Impfzentren sowie die Gewinnung von Ärzten für die Impfungen. Wie ist Ihre erste Einschätzung rund zwei Monate nach Impfstart?

"Die Arbeit der ärztlichen Koordinatoren, die Motivation der Teams und die Zusammenarbeit in den Impfzentren sind eine tolle Leistung."

Ennenbach: Gemischt. Wenn ich mal die Dinge vergesse, wo wir als KVSH verantwortlich gemacht werden ohne zuständig zu sein, ist das Fazit allerdings deutlich positiv. Die Arbeit der ärztlichen Koordinatoren, die Motivation der Teams und die Zusammenarbeit in den Impfzentren sind eine tolle Leistung. Die Bereitschaft der Ärzte zur Beteiligung am Impfen: Super. Und die mobilen Einheiten sind so erfolgreich, dass wir vor Erscheinen dieses Heftes mehr als 100.000 Impfungen in den Heimen durchgeführt haben. Es macht stolz, daran als Organisation einen großen Anteil zu haben.

Nordlicht: Diskutiert wird die Frage, wann Corona-Impfungen in den Hausarztpraxen beginnen können. Befürchtet wird inzwischen ein Impfstau. In Mecklenburg-Vorpommern sind erste Pilotprojekte am Start. Gibt es einen Zeithorizont, wann Impfungen in schleswig-holsteinischen Praxen möglich sein könnten?

TITELTHEMA

CORONA - WO STEHEN WIR?

Schliffke: Der Impfbeginn in Praxen wird von einer ausreichend vorhandenen Impfstoffmenge abhängen und von dem Zeitpunkt des Endes jeder Priorisierung. Es ist keinem Arzt zumutbar, innerhalb seiner Patienten nach "du darfst – du darfst nicht" zu differenzieren. Jedes Vertrauen wäre untergraben. Mecklenburg sollte dazu jetzt kein Vergleichsland sein. Die Praxen im Pilotprojekt sind ausgelagerte Impfzentren mit einem direkten Auftrag dieses großen Flächenlandes. Zum Impfstau: Jeder ahnt, dass es mit jetzigem Tempo Weihnachten 2022 wird, bis eine Herdenimmunität erreicht ist. Wir wollen aber alle schon mindestens zum 1. Advent dieses Jahres Glühwein auf dem Weihnachtsmarkt trinken und mit den Kindern zum Märchen ins Theater oder Kino gehen. Das können nur die Praxen schaffen.

Nordlicht: Das Impfen in den Praxen setzt voraus, dass die wirtschaftliche Basis durch die Pandemie nicht beschädigt und der Bestand von Praxen nicht gefährdet wird. Aktuell tut sich die Politik schwer damit, den umfassenden Schutzschirm aus dem vergangenen Jahr fortzuschreiben. Wie sehen Sie die wirtschaftliche Lage der Praxen im Angesicht der Pandemie und einer politischen Zurückhaltung bei der Schutzschirmverlängerung?

Ennenbach: Das ist natürlich von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedlich. Gruppen mit großen Anteilen bei den Leistungen, die wegen Ihrer besonderen Bedeutung "extrabudgetär" vergütet werden, werden Einbußen von mehr als 25 Prozent des Umsatzes haben. Bei Operateuren geht es an die 80 Prozent. Warum man die Ärzteschaft einerseits lobt, braucht, benutzt und gleichzeitig im Regen stehen lassen will? Mir fallen nur irrationale Antworten ein. Alleine die denkbare politische Spekulation, die Praxen würden es schon irgendwie schaffen, ist ein Skandal. Mit dem gleichen Argument kann man einen Großteil der Hilfszahlungen aus Coronapaketen an Betriebe aller Art negieren. Ich denke, die Abneigung eines Teils des Regierungsapparats gegen freiberufliche Strukturen bricht da durch.

"Alleine die denkbare politische Spekulation, die Praxen würden es schon irgendwie schaffen, ist ein Skandal."

Nordlicht: Noch sind wir mitten in der Pandemie, aber durch die Impfungen gibt es die Hoffnung auf eine Normalisierung der Lage. Gibt es jetzt schon Lehren, die aus den zurückliegenden Monaten gezogen werden sollten, sowohl für künftige Pandemien als auch für die Regelversorgung?

Schliffke: Wir sind eigentlich alle noch zu sehr im Organisationsmodus, als dass schon die Zeit für ein Resümee wäre. Das gilt für die Politik wie für alle Akteure im Gesundheitswesen. Es gibt eine Reihe sehr gewichtiger Punkte, die schon in einer Vormerkliste sind und die in die Diskussion gehen müssen, und sicher werden wir alle noch überschwemmt werden von selbsternannten Experten, die es immer schon besser wussten und jeden Fehler monieren werden. Zwei Dinge wissen wir bereits: Die Rolle einer KV und ihrer Praxen wird im nächsten Pandemieplan sicher eine andere sein und das "Wunder" der Wissenschaft, sichere und hochwirksame Impfstoffe in kurzer Zeit auf den Markt gebracht zu haben, ist der Rettungsanker. Nicht nur für uns, für alle auf der Welt.

DIE FRAGEN STELLTE DELF KRÖGER, KVSH

"Es wird einen Schub geben"

Nach einem verhaltenen Start wegen geringer Mengen an Impfstoff soll in den kommenden Wochen die Kampagne in den stationären Impfzentren schrittweise ausgeweitet werden – entsprechend der zunehmenden Lieferungen, die erwartet werden. Dennis Kramkowski, ärztlicher Leiter und KVSH-Impfkoordinator im Kieler Impfzentrum, schildert den Start, die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und gibt im Interview mit Nordlicht-Redakteur Nikolaus Schmidt einen Ausblick auf die kommenden Wochen und Monate.

Nordlicht: Sie waren vom ersten Tag an bei der Vorbereitung der Impfzentren dabei. Wie waren Ihre Eindrücke hinsichtlich des Ablaufs der Organisation und der Hürden, die genommen werden mussten?

Dennis Kramkowski: Die ersten Planungen begannen bereits Mitte November. Von dem Zeitpunkt an waren wir ständig hin und her gerissen von den ständigen Terminverschiebungen und Meldungen, wann der Impfstoff zugelassen wird und wann er in welchen Mengen kommt. Erst hieß es, es geht Mitte Dezember los, dann Mitte Januar, dann sind wir letztlich am 27. Dezember mit den mobilen Impfteams gestartet. Da war doch viel Aktionismus mit im Spiel. Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren und dem Kreis hat sehr gut funktioniert. Es war eine sehr intensive

Nordlicht: Gerade Kiel ist mit insgesamt sieben Impflinien ein sehr großes Impfzentrum. Wie war der Andrang in den ersten Wochen und wie haben Sie die Menschen in Ihrem Impfzentrum erlebt?

Kramkowski: In den ersten Wochen war klar, dass wir nur mit angezogener Handbremse fahren können. Grundsätzlich war die Stimmung aber positiv, da wir der Ansicht waren, dass der Impfstoff bald in größeren Mengen kommen würde und wir dann auch nach drei oder vier Wochen hochfahren können. Der Einbruch kam mit der Meldung, dass BioNnTech in seinem Werk umstrukturieren müsse und den Impfstoff nicht in der avisier-

ten Menge wird liefern können. Wir haben dann über Wochen nur noch Zweitimpfungen zum Teil in einer Impflinie gemacht. Das war ernüchternd. Wir haben da quasi auf Arbeit gewartet. Seitdem wir seit etwa Mitte Februar wieder mehr impfen können, bessert sich natürlich auch für uns die Stimmung und geht

> in Richtung Aufbruch. Denn jetzt können wir am Vor- und Nachmittag impfen und sehen den nächsten Wochen mit großem Optimismus entgegen.

Nordlicht: Wie sieht es denn genau aus?

Kramkowski: Wir rechnen mit deutlich mehr Impfstoff und gehen davon aus, dass wir in wenigen Tagen fünf bis sechs Impflinien und ab Ende März bis Anfang April dann sogar alle sieben Impflinien öffnen können. Vorher war das Gefühl im Team zeitweise von einem gewissen Frust, einer Enttäuschung geprägt. Denn, wenn sogar Impflinge, die zu uns kommen als erste Reaktion sagen "Mensch, wo sind die denn alle", löst das schon ein wenig Trübsinn aus. Meine Reak-

tion und Standardantwort war dann, wir würden hier gerne alle rotieren vor lauter Stress, aber es hier leiden nun zurzeit gespenstisch ruhig.

Nordlicht: Welche Reaktionen haben die Besucher gezeigt. Gab es spontane Rückmeldungen?

Kramkowski: Ja, die gab es sehr viel. Und zwar durchweg positiv. Die Leute haben uns ihre selbstgeschriebenen Gedichte überreicht, uns mit Schokolade eingedeckt. In ihren Gesichtern stand die pure Freude und Dankbarkeit darüber, dass es losgeht und wir hier impfen. Das motiviert natürlich auch und gibt



TITELTHEMA

einem selbst noch einmal einen Schub, sodass es richtiggehend Spaß macht, hier dabei zu sein als jemand, der die Hoffnung der Menschen nun gewissermaßen mit Leben füllt. Das tut natürlich gerade gut nach einem Jahr mit sehr viel Anspannung und Stress und auch Unklarheit. Es kehrt die Zuversicht zurück. Und das ist gut so. Und die spürt man zusammen mit der großen Dankbarkeit auch bei den Impflingen. Diesen Schub nehmen alle gerne mit.

Nordlicht: Gab es bei der Organisation oder dem Start irgendwelche gravierenden Kinderkrankheiten?

Kramkowski: Eines lässt sich ganz klar festhalten: Die Organisation und Zusammenarbeit liefen vom ersten Tag an reibungslos. Die Teams, das muss man in dem Zusammenhang wissen, haben sich ja erst für die Aktion zusammengefunden. Zwar habe ich schon im letzten Jahr viel mit der Feuerwehr zusammengearbeitet, aber an der Impfkampagne sind noch einmal deutlich mehr Organisationen beteiligt: die Bundeswehr, die Johanniter und das Deutsche Rote Kreuz (DRK) unterstützen hier. Wir sind schlicht begeistert, mit welchem Engagement beispielsweise die Kameraden von der Marine in Kiel ihre Kompetenz, ihre Ideen einbringen, mit welchem Tatendrang sie dabei sind und auch Veränderungen und Verbesserungen vorschlagen. Das gilt auch für das DRK und die Johanniter-Unfallhilfe, die ihre fachliche Expertise einbringen, Dinge auch hinterfragen und so wesentlich zum Erfolg beitragen. Insgesamt ist hier ein hervorragendes Team und ein entsprechender gemeinsamer Geist entstanden.

Nordlicht: Haben Sie Vorbehalte gegen den Impfstoff erlebt?

Kramkowski: Nein, gar nicht. Die Menschen sind sehr gut aufgeklärt hier angekommen. Es waren die ganz üblichen Ängste vor Spritzen oder dem eigentlichen Impfen. Sonst mussten wir aber eigentlich gar nichts weiter erklären, was zum Beispiel mRNA-Impfstoff ist oder Ähnliches. Hier hat offenbar die öffentliche Aufklärung und auch die Aufklärung der Bundesregierung sehr nachhaltig gewirkt. Dadurch fühlten sich die Leute gut aufgeklärt ebenso wie durch ihre Hausärzte. Sie kommen hierher und wollen eigentlich nur noch geimpft werden.

Nordlicht: Wie viele Menschen könnten bei Ihnen pro Tag geimpft werden? Sind Sie für einen großen Andrang gut gewappnet?

Kramkowski: Wir sind personell mit rund 300 Ärzten, die sich für Kiel gemeldet haben, sehr gut aufgestellt. Mich persönlich freut dieses Engagement sehr, dass jemand neben seinem Praxisalltag oder auch aus dem Ruhestand heraus bereit ist, hier an Wochenenden an der Kampagne mitzuwirken. Wir können im Maximum schätzungsweise 1.200 bis 1.400 Personen am Tag impfen und würden damit bei der jetzigen 7-Tage-Woche fast 9.000 Impfungen in der Woche schaffen. Wir werden die Mitarbeiter daher dringend benötigen, wenn der sprunghafte Anstieg in Kürze erfolgen sollte. Dann werden wir 14 Ärzte am Tag benötigen, die hier sicherlich bis mindestens in den Sommer hinein ihren Dienst tun.

Nordlicht: Wie sieht Ihr Ausblick – persönlich und aus medizinischer Sicht – für die kommenden Monate bis in den Sommer hinein aus?

Kramkowski: Ich sehe den nächsten Monaten sehr positiv entgegen. Wenn wir den Impfstoff bekommen und richtig loslegen können, wird es noch mal einen zusätzlichen Schub geben und die berechtigte Hoffnung auf Besserung neue Nahrung bekommen – zumal, wenn dann auch Impfstoff für die Hausarztpraxen da ist, sodass wir dann groß und umfangreich impfen können. Persönlich wünsche ich mir nichts sehnlicher, als dass Kinder aus dieser Pandemiekrise wieder in einen für sie normalen Alltag wechseln können. Das ist mein größter Wunsch.

DAS INTERVIEW FÜHRTE NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

CORONA-TESTS

Wesentliche Säule der Eindämmungsstrategie

Die Etablierung von stationären Testzentren, verteilt über das ganze Land, war im März 2020 eine der ersten Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie. Nach dem Abebben der ersten Welle zu Beginn des letzten Sommers wurden diese Zentren aufgrund des deutlichen Rückgangs symptomatischer Personen eingestellt und durch mobile Teams ersetzt – vor allem um Rückkehrer aus Urlaubsgebieten zu testen. Mit dem Abschluss des Sommers und der Reisesaison begannen die Planungen für winterfeste Teststationen an festgelegten Orten im Land, die seitdem einen wesentlichen Pfeiler in der Eindämmungsstrategie der Corona-Pandemie bilden.



Die Vorstandssprecherin des DRK-Landesverbandes Anette Langner, die DRK-Mitarbeiterinnen des Testzentrums Sandra Andresen, Mona Schäfer, Tina Gärtner sowie der Geschäftsführer des DRK Kreisverbandes Stadt Flensburg Jürgen Rix

Heute lässt der Schneepflug die Einfahrt zum Testzentrum in Flensburg aus. "In den letzten Tagen hat er das immer noch mal mitgemacht", sagt DRK-Mitarbeiterin Sandra Andresen. Eine Stunde vor dem täglichen Beginn an diesem Februartag um 13.00 Uhr stehen noch keine Autos auf der Zufahrt. "Doch etwa ab 12.30 Uhr kommen die ersten", weiß Andresen. In den vergangenen Wochen, vor allem nach Weihnachten, hat es einen regelrechten Ansturm auf das Testzentrum auf dem Campus der Flensburger Universität gegeben.

Nach einem zunächst zögerlichen Start am 2. November vergangenen Jahres nahm der Zulauf kontinuierlich zu und hatte seine Hochphase im neuen Jahr. Inzwischen (Ende Februar) gehen die Testzahlen bundes- und entsprechend auch landesweit wieder zurück. In der fünften Kalenderwoche hat der Bundesverband der Akkreditierten Labore in der Medizin e. V., kurz ALM, für Schleswig-Holstein knapp 30.000 Testungen und für das Bundesgebiet etwa 946.000 Testungen registriert. In der Spitze waren es Anfang November im Bundesgebiet knapp 1,5 Millionen Tests und

TITELTHEMA



im nördlichsten Bundesland fast 50.000 Menschen, die in einer Woche auf Corona getestet worden sind. 170 Labore melden mittlerweile ihre Zahlen an ALM.

Das System der Testungen hat sich inzwischen über verschiedene Phasen eingeschwungen und entwickelt sich kontinuierlich weiter. Wurden nach der ersten Phase des Ausbruchs der Pandemie im Sommer vor allem Reiserückkehrer getestet, ging man im Herbst nach einer hohen Auslastung der Labore dazu über, vor allem symptomatische und solche Personen, die enge Kontakte zu positiv getesteten hatten, in den engeren Fokus zu nehmen, indem man diesen per Zuweisung durch den Hausarzt oder das Gesundheitsamt einen kostenlosen Test in den KVSH-Testzentren ermöglicht. "Inzwischen kommen regelmäßig Pflegekräfte aus den Heimen zu uns, um sich bei uns testen zu lassen. Das Testen für Arbeitskräfte in Pflegeheimen spielt eine immer größere Rolle", erklärt die Vorstandssprecherin des DRK-Landesverbandes Anette Langner. Denn seit Mitte Januar sind auch sogenannte Schnell- oder Antigentests an den Stationen möglich. Seit dem 1. Februar verpflichtet die aktuelle nationale Corona-Testverordnung Mitarbeiter in Pflegeinrichtungen dazu, sich zweimal wöchentlich testen zu lassen, sofern in der Einrichtung keine Corona-Fälle bekannt sind. Ebenso verpflichtend ist die Vorlage eines negativen Antigen-Schnelltests für Besucher einer Einrichtung.

Das war der bislang letzte Schritt in der Verfeinerung bzw. Anpassung der nationalen Teststrategie. Weitere werden sicher folgen. Denn eine Schwäche hat dieses Vorgehen noch: Fällt der Schnelltest positiv aus, muss sich ein PCR-Test anschließen, um das Ergebnis zu verifizieren. Der kann allerdings nicht gleich vor Ort im Testzentrum gemacht werden, da dafür noch die entsprechende Regelung fehlt. Die positiv getestete Person muss sich erst einmal in häusliche Quarantäne begeben, sich beim Gesundheitsamt melden und auf die Zuweisung in ein Testzentrum warten. Die Bestrebungen gehen derzeit dahin, diesen Umweg künftig auszuschließen.

Wie sinnvoll das Testen der Besucher und Mitarbeiter ist, zeigt die konkrete Erfahrung: Vor einiger Zeit mussten 100 Mitarbeiter aus einer Einrichtung getestet werden. 27 von ihnen hatten ein positives

Ergebnis im Schnelltest. "Selbst wenn man eine gewisse Fehlerquote unterstellt, ist das ein hoher Wert", schildert Vorstandssprecherin Anette Langner.

Neben jenen, die sich aus beruflichen Gründen testen lassen müssen, kämen gelegentlich auch Urlauber oder Personen, "die einfach mal wissen möchten, ob sie möglicherweise infiziert sind", sagt Langner. Durch die Lage an der dänischen Grenze gehört Flensburg neben Schwentinental bei Kiel zu den Zentren im Land, in denen Selbstzahler den Antigen-Schnelltest machen können. "Unser Team hat sich sehr gut eingespielt und die Zusammenarbeit ist sehr gut", sagt Jürgen Rix, Geschäftsführer des DRK-Kreisverbandes Stadt Flensburg. Das bestätigen auch die Mitarbeiterinnen Sandra Andresen, Tina Gärtner und Mona Schäfer. Für sie ist die Arbeit trotz der erschwerten Bedingungen, da sie zu einem Großteil im Freien stattfindet, zu einer festen Größe in ihrem Alltag geworden. "Einige Anpassungen mussten wir vornehmen. Denn anfangs hatten wir kein Dach zwischen den Containern, das wurde dann aber kurzfristig geändert", erzählt Mona Schäfer. Und auch der Ablauf ist mittlerweile zu einer Routine geworden. Und auch der Ablauf ist mittlerweile zu einer Routine geworden: Bis zu 120 Tests seien in einer Fünf-Stunden-Schicht möglich.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

UNTERWEGS MIT DEM MOBILEN AUSBRUCHSMANAGEMENT

"Dann sprudelt es aus den Menschen heraus"

Christian Stephan ist Arzt auf einem Bus für das Ausbruchsmanagement. Seit März letzten Jahres fährt er regelmäßig in Einrichtungen, wie Betriebe, Pflegeheime oder Schulen, um dort Betroffene auf Corona zu testen. Seit einigen Monaten sind es vor allem Heime, in die er und sein Team fahren. Zehn Stunden dauert eine Schicht, von morgens um 9 Uhr bis abends um 19 Uhr, einschließlich der Fahrzeit.





Christian Stephan beim Testen des Personals in Heimen: Der Abstrich erfolgt in voller Schutzkleidung

Der Dienst als Arzt im mobilen Team für Coronatests beginnt für Christian Stephan um 9 Uhr. Dann trifft er sich mit seinen Team-kollegen am Fahrzeug, um in die Einrichtung zu fahren, die heute auf dem Plan für eine Testung steht. Drei Busse decken das Land ab, um flexibel an die Orte im Land zu fahren: Einer ist für den Einsatz im nördlichen Schleswig-Holstein und Kiel vorgesehen, ein weiterer für den Lübecker Raum und den Südosten sowie ein dritter für den westlichen und südwestlichen Teil des Bundeslandes.

Besteht in einer Einrichtung der Verdacht auf eine Coronainfektion, ist also jemand positiv getestet worden, so wird dies entsprechend des Infektionsschutzgesetzes dem Gesundheitsamt gemeldet. Dieses tritt dann an die Leitstelle der KVSH heran, die wiederum den Einsatz plant und die Fahrt organisiert. "Etwa ein bis drei Tage im Voraus ist dies planbar. Natürlich in Abhängigkeit

von dem individuellen Fall und der Dringlichkeit", sagt Stephan. Die Planung erfolgt über ein eigens entwickeltes Online-Tool. Die eigentliche Arbeit vor Ort ist dann natürlich sehr "analog". Sobald der Arzt und sein Helfer in der Einrichtung eintreffen, wird der Ablauf der Testung genaustens besprochen. "Oft sind es Einrichtungen mit schwerkranken und pflegebedürftigen Menschen, die an Demenz leiden oder geistige Behinderungen haben. Da müssen wir sehr einfühlsam und natürlich in enger Absprache mit dem Pfleger oder der Pflegerin vorgehen", schildert Stephan seinen Alltag. "Wir dringen schließlich in die Privatsphäre der Menschen ein – da ist ein Vertrauensverhältnis sehr wichtig. Da wir zudem durch die Schutzausrüstung nicht zu erkennen sind, ist es umso wichtiger, dass die Testperson eine Vertrauensperson um sich hat."

TITELTHEMA



Die Helferin dokumentiert die Tests direkt vor Ort am Computer.

Doch bevor es losgeht, sind nach dem Vorgespräch mit der Kontaktperson des Heimes organisatorische Vorbereitungen zu treffen. Das Team bezieht in der Regel einen größeren Raum innerhalb der Einrichtung, damit die erforderlichen Hygienemaßnahmen und Abstandsregeln eingehalten werden können. Abstrichtupfer, Vakuetten, Laptop und Drucker werden platziert sowie die Unterlagen für die Dokumentation bereitgelegt, bevor dann die Tests beginnen und die Personen in kleinen abstandsgerechten Gruppen im Raum Platz nehmen. Gearbeitet wird in voller Schutzausrüstung: mit FFP2-Masken, Schutzbrille oder Visier, Handschuhen und Kittel. In den Vakuetten wird der Tupfer mit dem Abstrich ausgewaschen. Eine Arbeit, die das Team dem Labor abnimmt, damit die Ergebnisse schneller vorliegen. "Etwa fünf Personen können wir in einer Viertelstunde abstreichen. Wenn es gut läuft und die Vorbereitungen aut gewesen sind, schaffen wir so auch schon einmal 200 Tests am Tag", weiß Stephan.

Sofern die Bewohner in ihren Zimmern aufgesucht werden müssen, ist es aufwendiger. Denn dann muss das Equipment wie Drucker, Laptop und Material möglichst günstig auf dem Flur platziert werden. Für das Team besteht immer ein großer Zeitdruck: "Wir bemühen uns natürlich sehr, effizient zu sein", sagt Stephan,

"damit wir möglichst viel schaffen." Denn jede Person – wenngleich viele das Verfahren inzwischen kennen – muss ausführlich aufgeklärt werden, was während des Tests und später dann mit dem Abstrich passiert. Information schafft Vertrauen, und das ist eben wichtig.

Ganz zum Schluss kommen die Personen an die Reihe, die bereits im Schnelltest positiv getestet worden sind. "Das erhöht natürlich die Sicherheit", so Stephan.

In den vergangenen Monaten haben vor allem die Testungen in den Alten- und Pflegeheimen enorm zugenommen. Viele Bewohner hat das verunsichert, ist die Beobachtung des Arztes. Aber sie nehmen es auch mit einer gewissen norddeutschen Gelassenheit hin – "was muss, das muss", heißt es dann. Die Unsicherheit rührt auch daher, dass viele sich fragen, wie es nach der Testung weitergeht. Die Aussicht auf eine Quarantäne belastet die Menschen, denn

das Gefühl des Eingeschlossenseins, nicht die Wahl zu haben, Zimmer oder Haus verlassen zu können, belastet. "Dann sprudelt es oft aus den Menschen heraus, das Eis ist gebrochen", erzählt Christian Stephan. In dem Moment spürt er den Sinn und die Erfüllung seiner Arbeit besonders: "Man lernt sehr viele unterschiedliche Charaktere kennen, das ist bereichernd." Ein wenig Wehmut kommt dann auf, wenn man in dem Moment sagen muss: "Ich muss leider gleich weiter – es warten noch weitere." Dann spüre man die Einsamkeit der Umgebung sehr deutlich und welchen Trost die Hoffnung spenden kann, wenn man die Frage, wann die Impfung kommt, mit einem schlichten "bald" beantwortet.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

ZAHLEN ZUR PANDEMIE

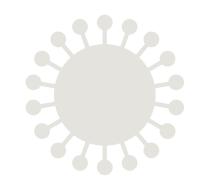
Monitoring, Impfen, Tests

Zahl der Patienten im ambulanten Covid-19-Monitoring

31.914

Gesamtzahl seit Pandemiebeginn

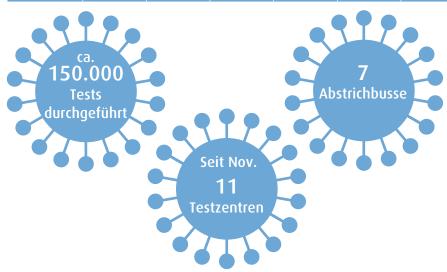
Höchstzahl der gleichzeitig betreuten Patienten



Tests/Testzentren

Anzahl Ärzte/Anzahl Diagnostische Zentren (DZ)

Anzani Arzie/Anzani Diagnostische Zentren (DZ)									i lestzentien
	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November
Anzahl Ärzte	103	176	163	121	120	71	40	45	8
Anzahl DZ	9	12	12	12	11	7	6	5	2



Diagnostische Zentren	geöffnet bis
Elmshorn	Ende Oktober
Flensburg	Ende Juli
Geesthacht	Ende September
Heide	Ende Juni, danach nur Reiserückkehrer
Itzehoe	Ende Juli
Kiel	Ende Oktober
Lübeck	Anfang November
Mölln	Ende Juli
Neumünster	Ende August
Niebüll	Ende Juli
Rendsburg	Ende Juli
Schleswig	Anfang November

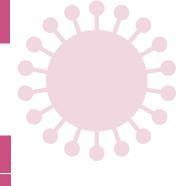
Impfungen

Zahl der Ärzte, die sich als Impfärzte gemeldet haben

95.691 538

Zahl der Impfungen durch KVSH-Ärzte seit Beginn (mobil)

Zahl der angefahrenen Heime



GESUNDHEITS-APPS

Tipps und Hinweise für Ärzte



Berlin – Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat eine neue Publikation "Gesundheits-Apps im klinischen Alltag" veröffentlicht. Diese gibt Ärzten einen Überblick über Nutzen und Risiken der digitalen Möglichkeiten und erklärt, woran gute und schlechte Gesundheits-Apps zu erkennen sind. Zudem enthält die Publikation Hinweise auf weitere Informationsangebote und verlässliche Anlaufstellen. Anhand von Fallbeispielen erfahren Ärzte unter anderem, was sie beachten sollten, wenn ein Patient ihre Meinung zu einer App hören möchte oder ihnen ohne Ankündigung digitale Daten übermittelt. Die Publikation beinhaltet auch ein Informationsblatt für Patienten. Dieses soll das Bewusstsein für Risiken schärfen und gibt Tipps, wie bei der Anwendung von Gesundheits-Apps Gefahren verringert und Datenmissbrauch vermieden werden kann.

Mehr Informationen und Download unter www.aezq.de/gesundheitsapps/ueberblick

PATIENTENINFORMATIONEN

Antibiotika im Fokus

Berlin – Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat zwei neue Kurzinformationen zum Thema Antibiotika veröffentlicht, die Informationen zur Wirkungsweise von Antibiotika sowie zu Resistenzen umfassen. Das Informationsblatt "Antibiotika – was Sie wissen sollten" stellt wichtige Fakten zum Nutzen der Medikamente zusammen und klärt auf, wann Antibiotika wirksam sind und wann nicht. Außerdem gibt es Erläuterungen zu Nebenwirkungen und Hinweise zur richtigen Anwendung. Die Kurzinformation "Antibiotika – wenn sie nicht mehr wirken" befasst sich mit der Entstehung von Resistenzen und informiert darüber, was jeder Einzelne dazu beitragen kann, diese zu verhindern.

Download der Informationen unter www.Patienten-information.de/themen

CORONA

Boom bei Videosprechstunden



Berlin – Die Zahl der Videosprechstunden ist stark gestiegen. Fast 1,2 Millionen Mal konsultierten Patienten im zweiten Quartal 2020 einen Arzt oder Psychotherapeuten per Video – so oft wie noch nie. Das zeigt eine aktuelle Analyse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Hauptbeschleuniger ist demnach die Corona-Pandemie. Seit ihrem Beginn vor gut einem Jahr sind die Zahlen in die Höhe geschnellt: Hatte es 2019 bundesweit knapp 3.000 Videosprechstunden gegeben, waren es im ersten Halbjahr 2020 fast 1,4 Millionen. Dabei wurden im ersten Quartal rund 203.000 Videosprechstunden gezählt, im zweiten Quartal schon knapp 1,2 Millionen. Weiter gestiegen ist nach den Daten der KBV auch die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten, die Videosprechstunden durchführen: Im zweiten Quartal 2020 waren es rund 31.000 und damit nahezu doppelt so viele wie im Vorquartal, wo bereits ein enormer Anstieg registriert worden war. Zum Vergleich: Im vierten Quartal 2019 waren es bundesweit lediglich 168.

PRAXISINFORMATIONEN

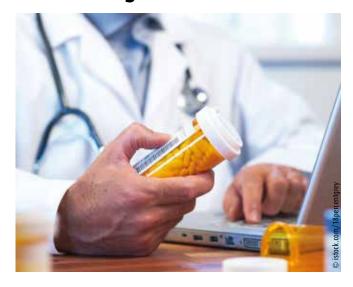
RKI bietet Faktenblätter zum Impfen

Berlin – Das Robert Koch-Institut (RKI) hat neue Faktenblätter zum Thema "Impfen" veröffentlicht, um Praxen Informationen zur Patientenaufklärung an die Hand zu geben. Die Sammlung umfasst, neben Impf-Informationen zu HPV, Herpes-Zoster, Masern, Influenza und zu "Impfungen in der Schwangerschaft" auch eine Übersicht zur neuen Impfung gegen COVID-19 sowie Informationen zu Aufklärungsgesprächen. Die Faktenblätter können auch als Handout für Patienten und Mitarbeiter eingesetzt werden und enthalten zudem Infografiken zur unterstützenden Erklärung der Impfungen.

Download der Faktenblätter unter www.rki.de/DE/ Content/Infekt/Impfen/Materialien/Faktenblaetter/ Faktenblaetter_Tab.html

ANTIBIOTIKAVERORDNUNGEN BEI KINDERN

Corona sorgt für Tiefstand



Berlin - Die niedergelassenen Ärzte haben Kindern weiterhin wenige Antibiotika verordnet. Das zeigt eine Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), die die Arzneiverordnungsdaten der Jahre 2018 bis 2020 als Grundlage hatte. "Die historisch niedrige Zahl der Antibiotikaverordnungen zeigt zweierlei: Zum einen, dass die Kontaktbeschränkungen in der COVID-19-Pandemie auch andere Infektionen, insbesondere der oberen Atemwege, deutlich verringern", analysierte der Vorstandsvorsitzende des Zi, Dr. Dominik Graf von Stillfried. Zum anderen zeigten die Daten, dass Vertragsärzte einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen leisten, weil sie immer defensiver verordnen. Laut der Zi-Analyse hatten die Ärzte bereits im Januar und Februar 2020 weniger Antibiotika als Anfang 2019 verordnet (92 Prozent gegenüber dem Stand von 2019). Im März sanken die Verordnungszahlen auf 82 Prozent gegenüber 2019, um dann im Juni mit nur noch 19 Prozent der Verordnungen von 2019 einen Tiefstand zu erreichen.

SEPSIS

Aufklärungskampagne gestartet

Berlin – Mit der Initiative "Deutschland erkennt Sepsis" will das Aktionsbündnis Patientensicherheit die Bevölkerung über die Gefahren einer Sepsis aufklären. Kernstück der Aufklärungskampagne ist die Website **www.deutschland-erkennt-sepsis.de**, die alle Informationen bündelt. Ein Grund dafür, dass eine Sepsis oft nicht rechtzeitig erkannt wird, sind die unspezifischen Symptome. Die typischen Warnzeichen sollen nun in der Bevölkerung und bei medizinischem Personal bekannter gemacht werden. Eine entsprechende S3-Leitlinie fasst zudem den aktuellen medizinischen Wissensstand zusammen. Außerdem gibt es praktische Hilfen für den Arbeitsalltag, wie Kitteltaschenkarten, Poster und Handlungsempfehlungen.

DARMKREBSMONAT

Darmkrebsvorsorge in der Pandemie nicht vernachlässigen

Berlin – Mit Blick auf den Darmkrebsmonat März hat der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Stephan Hofmeister dazu aufgerufen, Patienten verstärkt auf das Früherkennungsangebot hinzuweisen. Aufgrund



der Pandemie hätten im vorigen Jahr zu viele Menschen Vorsorgetermine nicht wahrgenommen. Deshalb sei der Aufruf zur Darmkrebsvorsorge in diesem Jahr besonders wichtig.

Viele Menschen scheuten sich aus Angst vor einer Ansteckung an COVID-19, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen und riskierten so andere schwerwiegende Erkrankungen. Gerade die Koloskopie sei eine Untersuchung mit der nachgewiesenermaßen Darmkrebs nicht nur früh erkannt, sondern auch verhindert werden kann, so Hofmeister.

Mit Beginn der Pandemie haben dem Trendbericht des Zentralinstituts der kassenärztlichen Versorgung zufolge deutlich weniger Menschen die Früherkennungskoloskopie genutzt. Lagen die Behandlungszahlen bis zum 17. März des Vorjahres noch bis zu 45 Prozent über denen des Vergleichszeitraums 2019, wurden zwischen Mitte März und Ende Mai Rückgänge um bis zu 43 Prozent registriert. Danach kam es bis Ende Juli wieder zu einem leichten Zuwachs von 14 Prozent.

CHECK-UP

Screening auf Hepatitis für Versicherte ab 35 Jahren

Berlin – Versicherte ab dem vollendeten 35. Lebensjahr können künftig ein einmaliges Screening auf eine Hepatitis B- und Hepatitis C-Virusinfektion erhalten. Damit sollen unentdeckte Infektionen erkannt und frühzeitig behandelt werden, um gravierende Spätfolgen zu verhindern. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist jetzt in Kraft getreten. Darauf weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung hin. Der Bewertungsausschuss habe nun sechs Monate Zeit, die Leistung in den EBM aufzunehmen, sodass der Anspruch auf die Leistung spätestens im Herbst bestehe. Das Screening auf Hepatitis B und C soll im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene ab 35 Jahren erfolgen. Liegt der letzte Check-up keine drei Jahre zurück, kann das Screening übergangsweise auch separat erfolgen. Damit soll allen Versicherten dann zeitnah das neue Angebot zur Verfügung stehen. Ansonsten können Versicherte das einmalige Hepatitis-Screening beim nächsten regulären Check-up in Anspruch nehmen.

Auf der Kippe

Deutschlands Corona-Politik steht auf der Kippe. Der Hick-Hack zwischen Bund und Ländern über inzidenzabhängige Lockerungen, die widersprüchlichen Ankündigungen zu den Corona-Tests, das wachsende Durcheinander über die Wirkung der Vakzine und deren Folgen für die Impfpläne und nicht zuletzt das fortgesetzte Desaster um die Wirtschaftshilfen, macht den Eindruck, dass der Politik die Bekämpfung der Corona-Pandemie schrittweise entgleitet. Die Bürger, genervt von immer neuen Durchhalte-Appellen, die in keinem Bereich ersichtliche Fortschritte bringen, entziehen der Politik scheibchenweise das Vertrauen und bauen auf ihre eigenen Strategien: Ausflüge, bis die Promenaden überlaufen, allerorts Freizeit in Gruppen und was sich hinter verschlossenen Haustüren, vornehmlich abends abspielt, will auch die Polizei besser nicht wissen. Was als gutes Management der Krise vor zwölf Monaten angefangen und der Politik zu einem Vertrauensschub verholfen hat, unter dessen Mantel auch einschneidende Maßnahmen akzeptiert wurden, ist derzeit nur noch ein löchriges Kittelchen, mit dem es schwerfällt, das Pannenszenario zu bemänteln.

Und wie so oft stolpert die Politik über ihre eigene Ankündigungsrhetorik. Aktuell ist es wieder der Bundesgesundheitsminister, dessen termingenaue Ankündigung flächendeckender Tests, wie zuvor schon der Fehlstart der Impfkampagne, von der Wirklichkeit überholt wird. Noch vollmundiger war bereits der Bundesfinanzminister unterwegs, der die Hilfen des Bundes hinsichtlich ihrer Wirkung mit einer "Bazooka" verglich, mit der man der Wirtschaft zu Hilfe eilen wollte. Dass die Wirkung dieser Waffe bis heute eher einem Luftgewehr entspricht, das noch dazu Ladehemmungen hat, bekommt vornehmlich der Bundeswirtschaftsminister zu spüren, dessen Management der Hilfsprogramme einstimmig von allen Verbänden als katastrophal empfunden wird. Die Prüfung von Anträgen ist alles andere als "unbürokratisch" und zieht sich über Monate hin. Das Wort "Über"-prüfung bekommt hier eine völlig neue Bedeutung. Und sie ist ein Musterbeispiel, wie in vielen Bereichen mit staatlicher Dominanz Regelungsdichte und Absicherungssystematik alles verlangsamt und verkompliziert, bis niemand mehr Hilfe braucht.

Das steht im Einzelhandel, in der Gastronomie und der Hotellerie sowie der Veranstaltungs-, Kunst- und Kulturbranche unmittelbar bevor. Selbst wenn jetzt Hilfen kommen sollten, aber weiterhin jeder Umsatz ausbleibt, gehen bei großen und kleinen Geschäften die Lichter aus. Die kurze Öffnung von Schulen und Kindergärten bis zu den Osterferien und eine fehlende klare Perspektive lasten weiter auf Kindern und Familien, genauso wie auf Lehrern und Erziehern. Und als wäre das noch nicht genug, stagniert die Zahl der registrierten Infektionen mit Corona, jetzt auch wegen der verschiedenen Mutationen. Die Teststrategie kommt nicht in Gang, die Nachverfolgung des Infektionsgeschehens hinkt weiter der Entwicklung hinterher und die Impfpläne mit der filigranen Priorisierung von Berechtigten und Noch-Nicht-Berechtigten stehen in Kürze Kopf, wenn aus dem Mangel an Impfstoff plötzlich ein Überfluss wird. Wer

in dieser Lage glaubt, dass mit einem "weiter so" von Lockdown zu Lockdown die Krise zu bewältigen sei, wird nicht den Weg aus der Sackgasse finden.

Schon länger weisen krisenerfahrene Mediziner, wie unlängst eine Reihe von Amtsärzten aus Berlin, darauf hin, dass die allein inzidenzbasierte Strategie in der Pandemiebekämpfung keinen Ausweg aus den Wellenbewegungen von Infektionsgeschehen und Lockdown-Maßnahmen bietet – zumal die Inzidenzen nicht das tatsächliche Infektionsgeschehen abbilden. Einerseits seien Testkapazitäten und Testbereitschaft sehr unterschiedlich, andererseits gebe es immer mehr Infizierte ohne oder mit leichten Krankheitssymptomen, die das Gesundheitssystem nicht belasten. Ihr Rat: Mehr testen, schneller nachverfolgen, lokal reagieren – abgestimmt auf Symptome, Altersstruktur, Zahl der Testungen und die Auslastung von Intensivbetten.

"Mit Appellen allein ist da nichts mehr zu gewinnen, ab jetzt zählen nur noch Ergebnisse."

Vor allem aber sollte man im nächsten Schritt der Impfkampagne diejenigen zum Zuge kommen lassen, die sich mit Impfkampagnen auskennen: Die Hausärzte vor Ort. Sie kennen ihre Patienten, sie können die Prioritäten anhand der Krankheitsbilder einschätzen, sie wissen, wie man impft und sie haben das nötige Händchen, um auch Skeptiker von der Impfnotwendigkeit zu überzeugen. Mit ihrer bewährten Hilfe wäre die Bevölkerung am schnellsten zu schützen – und niemand möge sich bitte damit herausreden, dass Tiefkühlschränke fehlen oder was sich sonst noch alles an Risiken entdecken ließe. Andere Länder impfen "ihre Leute" am Strand, in Einkaufszentren, in Turnhallen, ungenutzten Schulen oder leerstehenden Fabriken. Vielleicht sollten wir uns auch in diesem Punkt darauf besinnen, was gegenwärtig zählt: Die eigene Gesundheit und die sichere Aussicht darauf, unser Land, so wie wir es kennen, zu erhalten. Die Politik sitzt bei der Bekämpfung dieser Pandemie – wie man neudeutsch formuliert – "in the driver seat". Ihre Aufgabe ist es, das Land zu steuern. Sie wird im Graben landen, wenn es ihr nicht gelingt, für ihren Kurs weiterhin breite Akzeptanz in allen Schichten der Bevölkerung zu finden. Mit Appellen allein ist da nichts mehr zu gewinnen, ab jetzt zählen nur noch Ergebnisse.

Das kann man als unzulässige Verkürzung der Kausalitäten kritisieren oder abtun. Aber der Geduldsfaden der Menschen ist zum Zerreißen gespannt. Wer das nicht sehen will, steht selbst auf der Kippe – spätestens bei den Wahlen in diesem Jahr.

PETER WEIHER, JOURNALIST

VERSORGUNG IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Rheumavereinbarung

Seit dem zweiten Halbjahr 2018 gilt in Schleswig-Holstein die Rheumavereinbarung und damit der Überleitungsbogen für die Überweisung von Patienten vom Hausarzt zum Rheumatologen. Auch für 2021 ist es der KVSH gelungen, die Fortsetzung der Vereinbarung mit den Krankenkassen zu verhandeln. Ein Grund dafür waren die guten Evaluationsergebnisse.



Befunde (vor allem Speziallabor) durch den Hausarzt, wodurch die rheumatologische Praxis den Patienten gut einschätzen und in dringenden Fällen entsprechend schnell handeln kann.

Die Auswertung der Abrechnungsdaten zeigte aber, dass der Überleitungsbogen noch nicht bei jedem potenziellen Patienten angewendet wurde. Somit bestehen weiterhin Entwicklungsmöglichkeiten.

Eine Hausarztpraxis hat im Schnitt nur etwa zwei bis drei Patienten mit Verdacht auf Rheuma pro Quartal. In diesen Fällen kann der Bogen auch gut als Checkliste genutzt werden, um das jeweilige Beschwerdebild abzuklären und notwendige Laborwerte für die schnelle Einschätzung durch den Rheumatologen zu erfassen.

Schaut man in die einschlägigen Fachzeitschriften, zeichnet sich deutschlandweit ein angespanntes Bild bei der rheumatologischen Versorgung ab. Nach Berechnungen der Fachverbände bräuchte es annähernd doppelt so viele Rheumatologen wie zurzeit vorhanden, dazu kommen die Altersstruktur und Sorgen um den Nachwuchs. In der Folge ergeben sich lange Wartezeiten und Fahrtwege für die Patienten, volle Wartezimmer und immer wieder Nachrichten über zeitweise Aufnahmestopps in einzelnen Praxen.

In dieser Situation ist die sinnvolle Patientensteuerung ("richtiger Patient im richtigen Wartezimmer") ein wesentlicher Faktor, zu dem die Rheumavereinbarung einen Beitrag leisten kann.

Der bereits für das Jahr 2019 festgestellte positive Effekt der Rheumavereinbarung auf die Patientensteuerung setzte sich in 2020 fort. Aus den Abrechnungsdaten geht hervor, dass bei den mit Überleitungsbogen an den Rheumatologen überwiesenen Patienten mehr rheumatologische Diagnosen bestätigt wurden.

Inzwischen haben rund 70 Prozent aller Hausarztpraxen in Schleswig-Holstein den Bogen eingesetzt. Bei den betreffenden Patienten konnten wir eine durchschnittliche Wartezeit von 44 Tagen auf einen Termin beim Rheumatologen feststellen, wobei der deutlich größere Anteil sogar innerhalb von 21 Tagen lag. Wir führen dies zurück auf die zunehmende Verwendung des Überleitungsbogens und die umfassende Bereitstellung der

Wichtig: Die Erhebung der Speziallabor-Werte sind Abrechnungsvoraussetzung für die GOP 90480A und im Rahmen der Rheumavereinbarung vom Wirtschaftlichkeitsbonus befreit.

Rheumavereinbarung goes digital

Um die Nutzung des Überleitungsbogens weiter zu vereinfachen, erhält dieser aktuell ein Update und kann dann vollständig digital ausgefüllt und übermittelt werden. Außerdem kommt auch die Fortbildung zur Rheumavereinbarung in Kürze als Webinar auf unsere Website. Über die Veröffentlichung werden wir Sie dann per Newsletter informieren.

Zum Zeitpunkt der Evaluation lagen die Abrechnungsdaten aus den ersten zwei Quartalen des Jahres 2020 vor. Auswirkungen durch die Corona-Pandemie auf die rheumatologische Versorgung konnten wir in den Daten nicht erkennen. Als KVSH sind wir mit diesen ersten Ergebnissen zufrieden, sehen aber auch weiterhin Potenzial bei der Nutzung des Überleitungsbogens und somit einer zielgerichteten Patientensteuerung.

Weitere Infos und Unterlagen:

https://www.kvsh.de/praxis/vertraege/rheumavereinbarung

PAUL BRANDENBURG, KVSH



LANDÄRZTINNEN NORD 2.0.

Ein innovativer Ansatz für den steigenden Ärztebedarf

VON RUBEN MICHAEL ZWIERLEIN, B. SC., INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN DER UNIVERSITÄT ZU LÜBECK, ARZT IN WEITERBILDUNG, INDUSTRIAL ENGINEERING UND BUSINESS MANAGEMENT, LÜBECK



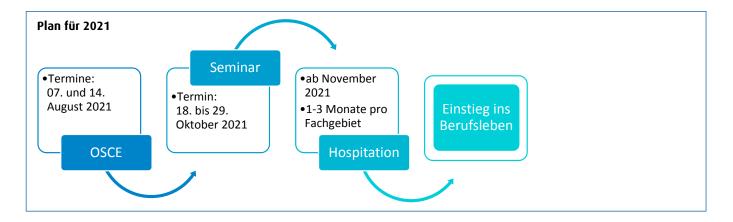
Es gibt eine Vielzahl mittel- und langfristiger Ansätze, um dem steigenden Bedarf an Ärzten*innen zu begegnen. Kurzfristigere Ansätze waren allerdings bisher selten. Initiiert vom Institut für Allgemeinmedizin (IfA) an der Universität zu Lübeck und gefördert durch den Versorgungssicherungsfonds des Landes Schleswig-Holstein, startete 2020 deshalb ein neues Projekt in enger Kooperation mit dem Landesamt für soziale Dienste und der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Das Projekt fokussiert sich auf "schlummernde" Ressourcen, d. h. auf Ärzte*innen, die innerhalb von Monaten für die Versorgung zur Verfügung stehen könnten: aktuell nicht-ärztlich tätige Ärzte*innen im erwerbsfähigen Alter (Wiedereinsteiger*innen) und Ärzte*innen aus Drittstaaten (ÄaD)

Das Projekt zielt auf eine effiziente Qualifizierung dieser Ärzte*innen für den Versorgungsalltag durch ein individuelles Fortbildungsprogramm ab. Zugelassen werden Wiedereinsteiger*innen mit einer Approbation in Deutschland und ÄaD, die sich in einem Anerkennungsverfahren befinden und den Nachweis der Kenntnis der deutschen Sprache (mindestens Stufe B2) sowie den Fachsprachentest C1 nachweisen können.

In einem zweiwöchigen, individualisierten Seminar und in Hospitationen in den Gebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Chirurgie werden bei denTeilnehmern*innen eventuelle vorhandene Lücken geschlossen.

Im August vergangenen Jahres startete das Qualifizierungsprogramm mit den ersten 27 Teilnehmern*innen. Diese bestanden aus 10 Frauen und 17 Männern aus sieben verschiedenen Ländern, welche sich zuerst dem OSCE stellten. Die Teilnehmer*innen setzten sich zusammen aus 23 ÄaD und vier Wiedereinsteigerinnen. Die Teilnehmer*innen strebten 15 verschiedene Gebiete an, von A wie Augenheilkunde bis V wie Visceralchirurgie. Im OSCE absolvierten die Teilnehmer*innen 15 verschiedene Fälle, die paritätisch vertreten aus der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Chirurgie kamen. Die Fälle orientieren sich an den häufigsten Beratungsanlässen und sind mit jeweils einem/einer Simulationspatienten*in ("Schauspieler*in") und einem/einer ärztlichen Prüfer*in besetzt. Die Teilnehmer*innen sollen in einem Setting, das dem Praxis- und Klinik-Alltag möglichst realistisch nachempfunden ist, die Anamnese erheben, körperlich untersuchen sowie zielführende Diagnostik veranlassen.

Im Anschluss erhält der/die Teilnehmer*inan jeder Station ein Feedbackvom/von der Simulationspatienten*in sowie vom/von der anwesenden ärztlichen Prüfer*in. Neben fachlichen Aspekten werden auch kommunikative Fertigkeiten bewertet. Der OSCE wurde von den Teilnehmenden nach Schulnoten durchschnittlich mit 1,5 benotet.



Das individuelle Seminar vermittelt medizinische Expertise aus den Bereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie und Notfallmedizin. Weitere Themen sind der ländliche Raum, das Gesundheitssystem, die Aufgaben des Gesundheitsamts, Umgang mit Ängsten vor einem Wiedereinstieg, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die Arbeit mit Leitlinien und Polypharmazie. Die Seminare wurden nach Schulnoten von den Teilnehmern mit durchschnittlich 1,6 benotet.

Aus den Ergebnissen der OSCE und denen der anschließenden Bearbeitung der Fragen des ehemaligen Staatsexamens aus dem Frühjahr 2020 werden mit den Schwerpunkten Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Chirurgie individuelle Hospitationsplätze von individueller Dauer vereinbart.

Abgerundet wird das Angebot durch einen begleiteten Ausflug in die schöne Landschaft Schleswig-Holsteins, bei dem auch unterschiedliche Praxismodelle erlebt werden können. Die Fahrt am 15. September 2020 führte ins Lauenburgische.

"Wir fördern das Projekt LandärztInnen Nord 2.0 aus dem Versorgungssicherungsfonds, weil es das Potenzial hat, die Versorgung – besonders mit Hausärztinnen und Hausärzten – im ländlichen Raum relativ kurzfristig zu verbessern. Wo die Ausbildung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern erst mittelfristig den Bedarf decken kann, können aktuell nicht tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten innerhalb weniger Monate in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sein. Ich freue mich deshalb, dass das Angebot so gut angenommen wird. Dass bereits sechs Ärztinnen bzw. Ärzte wieder in ihrem Beruf tätig sind, ist ein toller Erfolg."

GESUNDHEITSMINISTER DR. HEINER GARG

Wissenszuwachs der Teilnehmer durch das Seminar

Meinen Wissenszuwachs schätze ich wie folgt ein		Anzahl pro Sehr groß = 1 bis Kein = 5					
menien wissenszawachs schatze ich wie loigt ein	1	2	3	4	5	Durchschnitt	
Allgemeinmedizin	8	11	4	0	0	1,8	
Innere Medizin	5	14	4	0	0	2,0	
Chirurgie	4	14	5	0	0	2,0	
körperliche Untersuchung	8	13	2	0	0	1,7	
Kommunikationsfähigkeiten	9	11	3	0	0	1,7	

Zusammenfassend lassen sich bereits für die erste Kohorte des bis Ende 2022 laufenden Projekts deutliche Effekte feststellen. Die subjektiv angegebene Angst der Teilnehmer*innen vor der ärztlichen Tätigkeit ist gesunken, und die Teilnehmer*innen konnten Ihre Ergebnisse zum Ende der Seminare in einer Abschlussprüfung, die Elemente des initialen OSCE beinhalteten um – je nach Gebiet – bis zu 30 Prozent verbessern.

Zwölf Teilnehmer haben die individuell unterschiedlich langen Hospitationen seit Herbst 2020 durchlaufen bzw. sind noch dabei. Von den ersten fünf, die die Kenntnisprüfung hatten, haben vier bestanden. Vier weitere ÄaD aus dem Projekt stehen aktuell vor einem Termin für die Kenntnisprüfung. Es befinden sich eine Wiedereinsteigerin und fünf ÄaD in einem Arbeitsverhältnis.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auf der Internetseite des Instituts für Allgemeinmedizin unter: https://www.uksh.de/allgemeinmedizin-luebeck/Land%C3%A4rztInnen+Nord+2_0-p-554.html

SUCHMASCHINEN-CHECK-UP

So finden Patienten Ihre Praxis bei Google

VON FRIEDERIKE WIEGAND, GESCHÄFTSFÜHRERIN, WEISSKONZEPT OG, DIE AGENTUR FÜR DEN GESUNDHEITSMARKT

Als Anbieter medizinischer Dienstleistungen sind Praxisinhaber heute nicht mehr "nur" Ärzte, sondern auch Unternehmer. Sie stehen regional und teilweise sogar überregional im Wettbewerb zu Kollegen, die ein ähnliches Leistungsportfolio anbieten. Zudem verlassen sich Patienten nicht mehr nur auf die Arztempfehlung ihrer Mitmenschen oder das Praxisschild an der Hauswand, sondern überprüfen den Tipp bei Google & Co und schauen sich dort den Arzt und die Praxis genau an. Auch ohne Empfehlung ist die Online-Suche das Mittel der Wahl.



Hierbei ergibt sich folgende Herausforderung: Das Internet macht alles vergleichbar, sodass Ärzte einer noch größeren Konkurrenz als ohnehin schon ausgesetzt sind. Patienten sind permanent online und bestens informiert. Sie entscheiden sich für den Arzt, der ihre Bedürfnisse subjektiv am besten erfüllt – und zwar auf der Basis der online gefundenen Informationen.

Aus diesem Grund finden Sie im Folgenden eine Checkliste für Ihre aktuelle Website. Beantworten Sie eine Frage mit "Ja", können Sie zur nächsten übergehen. Beantworten Sie eine Frage mit "Nein", lesen Sie in einem kurzen Abschnitt, wieso dieser Punkt so wichtig ist und warum Google ihn besonders honoriert.

Ist Ihre Website inhaltlich, optisch und technisch auf dem neuesten Stand?

Die Inhalte, das Design und die Technik sind die grundlegenden Bausteine für eine erfolgreiche Praxiswebsite. Bei den Inhalten kommt es in erster Linie darauf an, dass sie aktuell, gut gegliedert und strukturiert sind. Eine klare Struktur der Website bedeutet nicht nur eine klare Struktur für den Nutzer, sondern auch für Google. Websitesbesucher müssen mit möglichst wenigen Klicks

das finden, wonach sie suchen und Antworten auf ihre Fragen, Wünsche und Bedürfnisse auf Ihrer Website erhalten. Dabei sollten Sie nur patientengerechte medizinische Hintergrundinformationen auf Ihrer Website haben. Relevanter Content ist für Ihr Suchmaschinenranking von essenzieller Bedeutung. Google findet Sie nur gut, wenn auch Ihre Websitesbesucher Sie gut finden. Lassen Sie dabei das Design nicht außer Acht, denn der erste Eindruck ist entscheidend. Nutzen Sie es als optisches Aushängeschild und Spiegel Ihrer Praxis. Schriftarten, Farben, Bilder und die gesamte Gestaltung sollten hochwertig und ästhetisch wirken. Sie möchten Ihre Praxis mit Ihrer Website ja auch vermarkten. Dazu ist es notwendig, ein stimmiges Markenbild in allen denkbaren Bereichen zu schaffen. Neben Inhalten und Design ist die technisch einwandfreie Umsetzung von großer Bedeutung. Nicht nur Google honoriert gut gepflegte und aktuelle Websites, auch Ihre Patienten freuen sich über eine optimale Darstellung auf Smartphone, Laptop & Co, aber dazu gleich mehr.

Wird Ihre Website auf mobilen Endgeräten richtig dargestellt, also passen sich die Schriften und Bilder entsprechend der Bildschirmgröße dynamisch an?

Das sogenannte Responsive Webdesign ist heute Standard in der Webentwicklung. Eine Website muss auf allen Geräten mit unterschiedlichen Bildschirmauflösungen gut und einfach bedienbar sein und ein optimales Nutzererlebnis bieten. Sie können sich sicher denken, dass heutzutage mehr als die Hälfte der Google-Suchanfragen von mobilen Endgeräten aus erfolgen und somit auch viele Patienten sich Ihre Website auf dem Smartphone anschauen. Ist Ihre Praxishomepage mobil nicht gut lesbar, springen Websitesbesucher schnell wieder ab. Denn wer digital nicht mit der Zeit geht, ist vielleicht auch sonst nicht darauf bedacht, sich weiterzuentwickeln. Potenzielle Patienten, aber auch potenzielle Mitarbeiter, nehmen Sie als attraktiver wahr, wenn Sie digital up to date sind. Ob Google Ihre Website als responsiv einschätzt, können Sie hier testen: https://search.google.com/test/mobile-friendly

Ist Ihre Website suchmaschinenoptimiert?

Suchmaschinenoptimierung (SEO) ist ein sehr umfangreiches Thema und betrifft neben den oben genannten relevanten Inhalten auch die Seitenqualität, die Seitenstruktur, die URL-Struktur, die Hierarchie der Überschriften, die Beschriftung von Bildern, die internen und externen Links, den Server sowie die Metaangaben, um nur einige wichtige Faktoren zu nennen. Testen Sie Ihre Website doch einfach mal kostenlos unter www.seobility.net/ de/seocheck. Dort erhalten Sie einen SEO-Score. Auch wenn Sie das Ergebnis nicht 1:1 mit Ihrer tatsächlichen Platzierung ins Verhältnis setzen können, so gibt es Ihnen einen Anhaltspunkt, wo Sie mit Ihrer Seite stehen. Sollte Sie das Ergebnis nicht zufriedenstellen, empfehlen wir Ihnen einen Spezialisten zurate zu ziehen. Denn nur mit der richtigen inhaltlichen und technischen SEO kann Ihre Praxiswebsite von Ihren Wunschpatienten gefunden werden.

Benötigt Ihre Homepage weniger als 3 Sekunden zum Laden - mobil und am Desktop?

Niemand wartet gerne, schon gar nicht auf eine sich langsam aufbauende Website. Testen Sie mittels Google PageSpeed Insights (developers.google.com/speed/pagespeed/insights), schnell sich Ihre Praxishomepage aufbaut. Ist Ihre Ladezeit im grünen Bereich, sowohl mobil als auch am Desktop? Falls nicht, finden Sie auf der Seite Empfehlungen, um die Ladezeit zu verkürzen. Da es sich hier um einige sehr technische Dinge handelt, fragen Sie – sofern Sie nicht damit vertraut sind – einen Experten um Rat.

Hat Ihre Website ein SSL-Zertifikat?

Dies ist seit einiger Zeit unumgänglich und ein wichtiger Rankingfaktor für Google. Die Einbindung eines SSL-Zertifikats ist nicht nur wichtig zur Erreichung des aktuellen Sicherheitsstandards, sondern auch um Ihre Website für Nutzer erreichbar zu machen. Die meisten Internetbrowser warnen vor der Öffnung von Websites ohne SSL-Zertifikat, also ohne das Kürzel "https" in der Adressleiste. Sie kennen vielleicht das Schloss neben der Internetadresse, das anzeigt, dass die Website Ihre Daten sicher überträgt. Nicht verschlüsselte Websites straft Google ab. Davon abgesehen sind Websitesbetreiber seit der Einführung der DSGVO verpflichtet, ein solches Zertifikat einzubinden. An dieser Stelle möchten wir Ihnen auch dringend zu einem DSGVO-konformen Cookie-Hinweis raten, sollte dieser noch nicht auf Ihrer Homepage implementiert sein. Ein EuGH-Urteil hat kürzlich klargestellt, dass Cookies nur mit aktiver Bewilligung gesetzt werden dürfen und das "Stillschweigen, bereits angekreuzte Kästchen oder Untätigkeit" keine Einwilligung darstellen. Ein Hinweis, dass die Website Cookies verwendet, reicht also nicht aus! Eine nicht rechtskonforme Cookie-Nutzung kann mitunter sehr teuer werden.

Hat Google Sie indexiert, bzw. ist Ihre Website auf Google zu finden?

Das lässt sich ganz einfach testen. Googlen Sie folgenden Ausdruck "site:domain.de", wobei Sie domain.de durch Ihre Homepage-Adresse ersetzen. Dadurch sehen Sie, ob Google Ihre Website indexiert hat und Sie überhaupt bei Google gefunden werden können. Der Google-Index ist ein gigantisches Verzeichnis an indexierten Websites, das bei Google-Suchanfragen durchsucht wird. Finden Sie Ihre Website nicht, ist sie noch nicht indexiert. In dem Falle bitten Sie Ihre Agentur oder Ihren Webdesigner, Ihre Website in der Google Search Console einzutragen, Ihre Website abrufen zu lassen und an den Google-Index zu senden.

Verlinken andere Websites auf Ihre Homepage?

Für Google sind besonders die Seiten von hoher Relevanz, die via Links auch von anderen guten und relevanten Websiteserreichbar sind. D. h. Google schätzt Ihre Website als besonders wichtig ein, wenn sie sogar so wichtig ist, dass ein anderer Websitesbetreiber auf Sie verweist. Das könnten z. B. Zuweiser-Kollegen sein.

Haben Sie "sprechende" Links?

Bei sprechenden URLs *Friederike Wiegand* aeht es um Links, die



keine kryptischen Zeichen enthalten. Denn diese Links enthalten wichtige Suchbegriffe. Die URLs sind gut lesbar und thematisieren den Seiteninhalt. Die Adresse bzw. der Pfad sprechen für sich. Sie können die URLs ändern, doch Vorsicht! Wer die alte Adresse nutzt, gelangt dann auf eine Fehler-Seite, die 404 Page. Daher sollten Sie eine Umleitung auf die neue Seite einrichten, was nicht nur den Nutzer, sondern natürlich auch Google freut.

Sind die Websites Ihrer Wettbewerber besser?

Sie kennen Ihre Kollegen im Umkreis natürlich. Haben Sie sich schon einmal deren Website angeschaut? Machen Sie das von Zeit zu Zeit. Sie werden sehen, der ein oder andere folgt dem digitalen Trend und investiert in seinen Außenauftritt, gerade jetzt zu Corona-Zeiten. Da gibt es dann auf einmal eine neue Website, die Möglichkeit zur Online-Terminbuchung, die Einladung zur Videosprechstunde oder gleich alles auf einmal. Diese Faktoren erhöhen die Attraktivität der Praxis für Patienten und potenzielle Mitarbeiter und steigern gleichzeitig ihren Wert. Denken Sie dabei an jüngere Patienten, die Sie online erreichen können – denn ein jüngerer Patientenstamm macht Ihre Praxis wiederum attraktiver für Nachfolger.

Nutzen Sie das Potenzial Ihrer Praxiswebsite und lassen Sie sich online von Ihren Wunschpatienten finden.

Fast jede Praxis hat heute eine Webpräsenz. Aber viele sind noch veraltet und schöpfen nicht das volle Potenzial aus. Machen Sie nicht diesen Fehler und nutzen Sie Ihre Website als zusätzlichen Kanal, der sogar 24/7 für Sie arbeitet. Eine moderne Praxis-Website mit aktuellen und relevanten Informationen schafft eine gute Grundlage für eine vertrauensvolle Patientenbeziehung. Bilden Sie Differenzierungsmerkmale aus und stellen Sie eigene Besonderheiten in den Fokus, um so die Patienten anzusprechen, die Sie mit Ihrem Behandlungsspektrum erreichen möchten. Helfen Sie Websitesbesuchern bei der Entscheidungsfindung nach einer passenden Praxis und gewinnen Sie so Ihre Wunschpatienten.

SFRIF

Formulare richtig ausfüllen

Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Vordruck

Rehabilitationssport und Funktionstraining können **nicht gleichzeitig** auf einem Vordruck verordnet werden. Der Vordruck wird in der Regel bei Krankenkassen bzw. Sportvereinen/Selbsthilfegruppen oder dem Vertragsarzt vorgehalten. Auf Antrag des Versicherten soll der Vertragsarzt zur Notwendigkeit von Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining Stellung nehmen.

Genehmigung

Vor Beginn des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings ist die Genehmigung der Krankenkasse durch den Versicherten einzuholen. Die Krankenkasse sendet den genehmigten Antrag an den Versicherten zurück.

Hinweise für Vertragsarzt und Patienten

Rehabilitationssport

Rehabilitationssport dient der Krankheitsbewältigung, der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Erleichterung der sozialen Integration. Diese ergänzende Leistung zur Rehabilitation ergänzt damit auf sinnvolle Weise die ärztliche Behandlung am Wohnort. Sie ersetzt jedoch nicht die gegebenenfalls erforderliche Heilmittelversorgung, z. B. Bewegungsübungen, Krankengymnastik. Die Krankenkassen finanzieren Rehabilitationssport in anerkannten qualifizierten Gruppen und Vereinen, mit denen in der Regel entsprechende vertragliche Vereinbarungen über die Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports bestehen. Die Übungsgruppen stehen unter fachkundiger Leitung von Übungsleitern. Der Rehabilitationssport soll unter anderem dazu dienen, dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln mit dem Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen.

Funktionstraining

Funktionstraining dient der Krankheitsbewältigung, der Stärkungder Eigenverantwortlichkeit und der Erleichterung der sozialen Integration. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Diese ergänzende Leistung zur Rehabilitation ergänzt damit auf sinnvolle Weise die ärztliche Behandlung am Wohnort. Sie ersetzt jedoch nicht die gegebenenfalls erforderliche Heilmittelversorgung, z. B. Bewegungs-übungen, Krankengymnastik.

Die Krankenkassen finanzieren Funktionstraining in anerkannten qualifizierten Gruppen, mit denen in der Regel entsprechende vertragliche Vereinbarungen über die Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings bestehen. Die Übungsgruppen stehen unter fachkundiger Leitung von Physiotherapeuten, Krankengymnasten und/oder Ergotherapeuten mit speziellen Erfahrungen und spezieller Fortbildung für den Bereich der rheumatischen Erkrankungen/Osteoporose einschließlich Wassergymnastik und Atemgymnastik und mit Kenntnissen und Erfahrungen in der psychischen und pädagogischen Führung. Diese müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den einzelnen Patienten einzu-

1704	für Rehabilitat	and the same of th
Action Market	für Reneoilitat	ocumport
Vertical Section	für Funktinnst	raining
	Laboratoria de la Constancia de la Const	-
No. 10 Marie State	trainmenting all than Fal de	ritte og Selistole og Stoliggerg gen
		- Laboratoria
Arzticle Verordnung für Rehabili	dispression Transport	arroy
Scholars in Confession of Done	Day to be suffered	on their monary in Arriva and h
of the Personal Assessment of the Personal Printers and Personal P		
Contribute Schalliffermonted		Digital or Factor of Street
	Santabase	To be prompt to
Service Contra		The second
Observed for Citations the Sphinkers what	ra between our vocas:	
Automorphy instanton incoming the beautomorphy of the common to the comm	- adjusted	Relationment of Committee St.
N. Chargostonia II de Margar Philip		17 Mary Martiners
		CE Brook States of the ball
THE Company of the Street, Party	marrie nor he	
Mathematican	Matter Patience	School Section Story
Simple), or her other 15 Maraner on Arbajounkay process	Management	Hammanum Calabora
Christiana skatolova Cargemarena (COV)	Manager Dresser	
Compensate Contra-		
April 100	Managarapa Tananantan	Marine State
terminate.	Service .	_ interest
-	Miles Billion S	Printings, Name
Secretarian .	Policipation	Harmin Advisor
Maran-Control	Committees	Street, Square, Square,
	Andrews Labours, Observation Parameters Streaments Uniquesia	
Water Continue		
28 Objection halos Military as Distance behaviors the saids Services in	the Depotation and Market	
Durgos tyles to Assessing a		
		r de langmatur Durchtberg des
	who can not expect at	P
Angel Landy College, many last happiness of Surveyor of the College of the		
James grante in Egyptometric ling och 180 (Ausgestieter in 16 Minister Phili Servelhein Herritagen Se Metablie		DE Money Partners

By Charge-remove in 19 Manufacture of contents in 19 Manufacture of the Charge-remove in 19 Manufacture of the 1
I ve German
Total transfer
Not the section as an expected the letter CESS become profession. Andreag and Kostanizane profession and the section of the s
Note the product of

schätzen. Das Funktionstraining soll unter anderem dazu dienen, dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln mit dem Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen.

Die nachfolgenden Ausführungen basieren weitgehend auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geschlossenen Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 ist im Internet auf der Website der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zu finden: http://www.bar-frankfurt.de), die trägerübergreifend die einheitlichen Grundsätze, unter anderem für die Durchführung des Rehabilitationssports bzw. Funktionstrainings festlegt.

Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings

Rehabilitationssport

Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen (zu diesen Personenkreisen gehören im Sinne der Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist) in Betracht, um sie möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat das Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen.

Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen geführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppendynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Auch Maßnahmen, die einem krankheits-/behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z. B. Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmer abzustellen.

Rehabilitationssport kann auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen umfassen, deren Selbstbewusst sein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

Die Krankenkassen finanzieren Rehabilitationssport solange, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltung auf die fachliche Leistung des Übungsleiters angewiesen ist, um die Ziele zu erreichen.

Die Krankenkassen haben sich in der Rahmenvereinbarung auf folgende Richtwerte bei der Leistungsdauer verständigt, von denen auf der Grundlage individueller Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls auch abgewichen werden kann:

- 50 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 18 Monaten (Richtwerte)
- 120 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraumes von 36 Monaten (Richtwerte) bei:
 - → Asthma bronchiale
 - → Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben
 - → Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
 - → Dialysepflichtiges Nierenversagen (terminale Niereninsuffizienz)
 - → Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein)
 - → Epilepsie, therapieresistent
 - → Glasknochen (Osteogenesis imperfecta)
 - → Infantile Zerebralparese
 - → Marfan-Syndrom
 - → Morbus Bechterew (Spondylitisankylosans)
 - → MorbusParkinson
 - → Mukoviszidose (zystischeFibrose)
 - → Multiple Sklerose
 - → Muskeldystrophie
 - → Organische Hirnschädigungen durch:
 - Infektion (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS)
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Tumore
 - vaskulären Insult (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)
 - → Polyneuropathie
 - → Querschnittlähmung
 - → schwere Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
- 3. Bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen finanzieren die Krankenkassen 28 Übungseinheiten (Richtwert).
- 4. Bei chronischen Herzkrankheiten finanzieren die Krankenkassen 90 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten (Richtwerte), bei herzkranken Kindern und Jugendlichen 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten (Richtwerte).

Weitere Verordnungen für Rehabilitationssport in Herzgruppensind möglich bei maximaler Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht (Nachweis nicht älter als sechs Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen Ichämiekriterien.

Der Leistungsumfang beträgt jeweils 45 Übungseinheiten innerhalb von 12 Monaten (Richtwerte). Bei anderen Indikationen ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind.

Nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung kann Rehabilitationssport in Herzgruppen erneut in Betracht kommen.

Eine längere Leistungsdauer ist beim Rehabilitationssport (abgesehen von Ziffer 4) nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. Das ist insbesondere der Fall, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist. Dies gilt auch beim Rehabilitationssport in Herzgruppen.

Als Rehabilitationssportarten kommen primär Gymnastik (auch Wassergymnastik), Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Betracht, außerdem Sportkegeln für blinde Menschen, Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl. Ausgeschlossen sind Maßnahmen, die Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (z. B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer), umfassen. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Fahrradergometern in Herzgruppen dar.

Spezielle Rehabilitationssportgruppen gibt es z. B. für Koronarpatienten (Herzgruppen, eine ständige ärztliche Aufsicht ist in diesen Gruppen gewährleistet), Krebskranke usw.

Sind Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich, ist dies neben der Angabe der empfohlenen Rehabilitationssportart zusätzlich anzukreuzen.

Über die bestehenden örtlichen Angebote geben die Krankenkassen sowie die Trägerverbände des Rehabilitationssports Auskunft.

Funktionstraining

Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen (zu diesen Personenkreisen gehören im Sinne der Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist) in Betracht, um sie möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining ist im Wesentlichen organorientiert. Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und ihn in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen.

Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe (bis max. 15 Teilnehmern) im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppendynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Neben den bewegungstherapeutischen Übungen können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein.

Die Krankenkassen finanzieren Funktionstraining solange, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltung auf die fachliche Leistung des Therapeuten angewiesen ist, um die Ziele zu erreichen.

Die Krankenkassen haben sich in der Rahmenvereinbarung auf folgende Richtwerte bei der Leistungsdauer verständigt, von denen auf der Grundlage individueller Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls auch abgewichen werden kann:

- 1. 12 Monate (Richtwert)
- 2. 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität:
 - → Fibromyalgie-Syndrome
 - → Kollagenosen
 - → Morbus Bechterew
 - → Osteoporose
 - → Psoriasis-Arthritis
 - → Rheumatoide Arthritis
 - → Schwere Polyarthrosen

Eine längere Leistungsdauer ist beim Funktionstraining nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. Das ist insbesondere der Fall, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

Funktionstrainingsarten sind insbesondere

- → Trockengymnastik
- → Wassergymnastik

Über die bestehenden örtlichen Angebote geben die Krankenkassen sowie die Selbsthilfeorganisationen, z.B. Rheuma-Liga, Auskunft.

VORDRUCKE FÜR DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG, STAND: JULI 2020, KBV SFRIF

IT-Sicherheit in der ärztlichen Versorgung

Teil 6 der Serie und diesmal wird es amtlich.



Am 16. Dezember 2020 hat die KBV-Vertreterversammlung mit 55,98 Ja-Stimmen die "IT-Sicherheitsrichtlinie gemäß Paragraf 75b Absatz 1 SGB V" beschlossen. In dieser Richtlinie sind unterschiedlich anspruchsvolle Sicherheitsanforderungen aufgeführt, von denen manche bis zum 1. April dieses Jahres und manche bis zum 1. Januar 2022 umzusetzen sind.

MÜSSEN ODER WOLLEN ODER BEIDES

Das Regelwerk der KBV – mögen manche es auch als dünn und unkonkret empfinden, andere als überzogen und bürokratisch – beinhaltet technische und organisatorische Maßnahmen für ein standardisiertes IT-Sicherheitsniveau in den Praxen. Dieses wird auch im Artikel 32 in der Datenschutzgrundverordnung bei der Verarbeitung von Personendaten gefordert und ist daher bei Ihnen in der Praxis bestimmt schon lange umgesetzt.

Die Anforderungen beschreiben die unterste Schwelle der Sicherheit. Selbst wenn Sie alle Anforderungen umsetzen, bedeutet das leider nicht, dass Sie auch 100 Prozent sicher sind. Sehen Sie die Richtlinie als Hilfsmittel in Ihrem Sicherheitsprozess.

Gleich vorweg: Eine Prüfung der Umsetzung oder gar eine IT-Sicherheits-Zertifizierung der Praxen ist nicht vorgesehen – Sie sollten trotzdem weiterlesen.

- In der Richtlinie sind Anforderungen definiert, aber müssen Sie die auch erfüllen? Jein!
- Die Anforderungen, die Sie betreffen, sollten Sie auf jeden Fall auch umsetzen.
- Sie können Probleme mit Anforderungen manchmal aber auch übertragen, z. B. auf einen Dienstleister, der bei Ihnen für die nötige und vorgeschriebene Sicherheit sorgt, indem er eine Firewall einrichtet.

Sie können – in Ausnahmefällen – eine Anforderung aber auch bewusst nicht umsetzen und das damit verbundene Risiko akzeptieren. Wenn die Praxis dadurch nicht arbeiten kann, ist es ohnehin Ihr Problem. Wenn aber Patientendaten abfließen, kann das zu Konsequenzen führen. Der juristische Terminus "grob fahrlässig" schwebt über solchen Entscheidungen.

Was Sie auf keinen Fall machen sollten, ist, die Anforderungen zu ignorieren, denn das wäre verantwortungslos. Am Ende des Tages – oder vor Gericht – sind Sie es, der für die Sicherheit verantwortlich ist und sich rechtfertigen muss.

ES KOMMT AUF DIE GRÖSSE AN - ODER DIE TECHNIK

Die Anforderungen unterscheiden sich nach Anzahl der Beschäftigten und technischer Ausstattung in der Praxis.

Eine **Praxis** ist eine vertragsärztliche Praxis mit bis zu fünf ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen.

Eine **mittlere Praxis** ist eine vertragsärztliche Praxis mit 6 bis 20 ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen. Sie muss auch die Anforderungen der Praxis erfüllen, plus ein paar zusätzliche.

Eine **Großpraxis** ist eine Praxis mit über 20 ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen oder eine Praxis mit weniger Personen, wenn sie überdurchschnittlich viel Datenverarbeitung und -übertragung hat (z. B. Groß-MVZ, Labore). Sie muss auch die Anforderungen der mittleren Praxis erfüllen, plus ein paar zusätzliche.

Außerdem gibt es noch Praxen mit medizinischen Großgeräten, wie Computer-, Magnetresonanz-, Positronenemissionstomograf oder Linearbeschleuniger, die zusätzlich zu den jeweiligen Praxisanforderungen noch ein paar Geräteanforderungen zu erfüllen haben.

Was die Richtlinie nicht macht, ist klar zu benennen, wie gezählt wird. Es obliegt der Praxis, sich selbst einzuordnen. Bitte bedenken Sie mit zwei Ärzten, vier MFA und einem Auszubildenden sind sie bereits sieben mit der Datenverarbeitung betraute Personen.

PRAXIS & KV

SERIE

ANFORDERUNGEN FÜR ALLE PRAXEN

Wir haben für Sie die ersten 24 Anforderungen der Anlage 1 (für alle Praxen) aus der Richtline beschrieben. Den genauen Zeitpunkt der Umsetzungspflicht finden Sie in der Richtlinie – wir empfehlen jedoch eine möglichst rasche Umsetzung, damit Sie möglichst früh geschützt sind.

Ebenso empfehlen wir, nicht nur das unbedingt Nötigste zu machen. Wenn Sie die vorherigen fünf Beiträge dieser Serie gelesen haben, werden Ihnen viele Dinge bekannt vorkommen.

BEREICH: MOBILE ANWENDUNGEN (APPS)

Was ist gemeint? Normalerweise sind Apps die Programme, die auf Smartphones und Tablets laufen. Aber auch auf PC mit Windows 10 lassen sich Apps installieren. Generell wird die Abgrenzung zwischen Smartphone, Tablet, mobile Device und Notebook immer schwieriger – und unwichtiger.

Wenn Sie also Apps auf Geräten installieren, die bei der Behand-

lung von Patienten "mitspielen", dann sind diese Anforderungen für Sie wichtig. Nur Apps aus den offiziellen Stores runterladen. Wenn Apps nicht mehr benötigt werden, diese restlos löschen. Apps immer zeitnah aktualisieren, um Schwachstellen zu beseitigen. Das geht auch automatisch. Lokale Daten nur verschlüsselt auf dem Gerät abspeichern. Das wird bei modernen Smartphones automatisch durchgeführt. Hierzu bei Android einen PIN oder Passwort einrichten, bei Apple-IOS "Code-Sperre" aktivieren. Bei älteren Geräten werden die Daten nicht automatisch verschlüsselt gespeichert. In diesem Fall müssten Sie sich selbst darum kümmern Keine vertraulichen Daten über unsichere/ungeeignete Apps versenden. Sie sollten auf keinen Fall Diagnose über WhatsApp verschicken.

BEREICH: OFFICE-PRODUKTE

Was ist gemeint? Wenn Sie Word® oder Excel® von Microsoft benutzen, müssen Sie auf den Datenschutz achtgeben.

Personendaten nicht direkt in der Microsoft-Cloud

(Office 365, OneDrive) speichere. Die icloud und Co sind

(Office 365, OneDrive) speichern. Die iCloud und Co sind auch nicht besser. Für verschlüsselte Backup ist dies aber möglich.

Bei der Weitergabe von Word-Dateien darauf achten, dass keine Kommentare oder ausgeblendeter Text enthalten sind. Die Weitergabe als PDF ist oft die bessere Lösung.

BEREICH: INTERNET-ANWENDUNGEN

Was ist gemeint? Websites im Internet, die Sie mit einem Browser (Chrome, Edge, Firefox, Safari etc.) bedienen und Websites, die Sie selbst auf Ihren Servern anbieten (eher eine Seltenheit).

Benutzen Sie beim Umgang mit Personendaten nur Webstes, bei denen Sie sich authentifizieren (z. B. Benutzername & Kennwort) müssen, bei denen Sie das Kennwort ändern können und beim ersten Mal müssen und bei denen Sie nach ca. 10 Minuten Inaktivität automatisch abgemeldet werden. Verwenden Sie ausreichend lange Kennworte (mind. 8 Zeichen, mit großen und kleinen Buchstaben, mit Ziffern und Sonderzeichen).

Stellen Sie Ihren Browser so ein, dass keine vertraulichen Daten im Browser gespeichert werden. Kennworte, Verläufe, Downloads, Cache – alles das sollte der Browser nach Beendigung wieder vergessen. Die Browser-Hersteller geben hierzu oft Anleitungen. Die Tastenkombination "Strg + "Umschalt" + "Entf" löscht die Browserdaten. Wenn Sie selbst einen Website betreiben (wird im Praxisumfeld wohl sehr selten vorkommen) sollte dieser mit einer Web-Application-Firewall (WAF) geschützt sein. Benutzen Sie Websites nur mit verschlüsseltem Protokoll https:// (achte auf das 's') und nicht mit den unverschlüsselte Protokoll http:// (ohne das 's'). Bei den Browsern wird dann ein Schloss in der Adresszeile angezeigt.
Firefox https://www.kvsh.de
Chrome C
Edge https://www.kvsh.de
Es sollten keine Programme bei Ihnen laufen, die sich auto- matisch auf Webseiten anmelden und dort personenbezo-
gene Daten abholen oder abliefern.
Ebenso sollte ihr Web-Server, falls Sie selbst einen Server betreiben, vor automatisiertem Anmelden geschützt sein. (Schlagwort CAPTCHA).

BEREICH: ENDGERÄTE

Was ist gemeint? Elektrische und vernetzte Geräte, mit denen Sie Daten verarbeiten, also PC, Notebooks, Tablets, Smartphones.

Mikrofon und Kamera sollten grundsätzlich deaktiviert sein und nur bei Bedarf temporär direkt am Gerät aktiviert und danach wieder deaktiviert werden.

Nach der Nutzung das Gerät sperren (bei Windows mit Windowstaste+"L"), beim Gerät abmelden oder das Gerät ausschalten.

Wichtige Daten auf Endgeräten regelmäßig sichern (Backup).

Auf jedem Endgerät sollte ein Schutz gegen Schadsoftware (Antivirus-Software) installiert, aktiviert und aktualisiert sein. Betriebssysteme bringen auch eigene Software mit (z. B. Windows Bitdefender).

Bei Geräten mit einem Windows-Betriebssystem sollte die Synchronisation von Nutzerdaten mit der Microsoft-Cloud vollständig deaktiviert sein.

Nutzer sollten sich mit einem persönlichen Konto am Gerät anmelden. Schränken Sie die Zugriffsrechte auf Daten und Verzeichnisse ein (Schlagwort Need-to-know). Verwalten Sie, wenn möglich, Personen und Rechte in Gruppen.

Speichern Sie nur so wenig schützenswerte Informationen, wie unbedingt notwendig (Schlagwort Datensparsamkeit).

		RTPH		

Was ist gemeint? Hier konkret alles, was Tablet oder Smartphone ist

- Alle Endgeräte und Smartphones im Besonderen sollten Anti-Virus-Technologie verwenden. Dies gibt es auch schon für Browser, damit gefährdende Websites gar nicht erst aufgerufen werden können.
- SIM-Karten in Geräten sind durch eine PIN zu schützen. Und Sie sollten sich durch eine sichere Verwahrung des Rücksetzwerts (PUK, Master-PIN) vor Vergessen schützen.
- Betreiben Sie mobile Endgeräte mit einer sicheren Grundkonfiguration. Was ist das? Aktivieren Sie die Sicherheitsmechanismen Ihres Geräts (Sperrbildschirm, langes Kennwort, etc.) und deaktivieren/deinstallieren Sie alle unnötigen Funktionen und Schnittstellen.

	Alle Geräte sollten je nach Möglichkeit mit einem kom-
	plexen (= guten Zugriffsschutz), wie Kennwort, PIN,
	Fingerabdruck etc. ausgestattet sein. Dies gilt besonders
	für Smartphones, weil sie sich so gut verlieren lassen. Die
	automatische Bildschirmsperre unbedingt aktivieren.
	Wie bereits zu den Apps geschrieben, sind das Betriebssy-
	stem und die verwendeten Programme immer zeitnah zu
	aktualisieren – das gilt natürlich auch für mobile Geräte.
	Der Zugriff von Apps und Betriebssystem auf Daten und
	Schnittstellen (z. B. Bluetooth) restriktiv einschränken.
	Schnittstellen und Komponenten nur bei der Nutzung akti-
	vieren (GPS. Bluetooth, Spracheingabe, WLAN).

Hilfreiche Links der KBV

https://hub.kbv.de/display/itsrl https://hub.kbv.de/pages/viewpage.action?pageId =63537333

UDO KARLINS, KVSH

AUSBLICK

Fahrplan TI-Anwendungen

Datum	Anwendungen
seit 2018	Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)
seit Mitte 2020	Notfalldatenmanagement (NFDM)
seit Mitte 2020	elektronischer Medikationsplan (eMP)
seit Herbst 2020, spätestens ab April 2021	elektronischer Arztbrief über TI
01.07.2021	elektronische Patientenakte (ePA) muss von Praxen befüllt werden können
	elektronische Rezepte als freiwillige Anwendung
01.10.2021	elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) wird Pflicht
01.01.2022	elektronische Rezepte werden Pflicht

TIMO RICKERS, KVSH

Nordlicht Aktuell 27

TSS, BLITZUMFRAGE UND COPSY-STUDIE

Corona-Maßnahmen gehen auf den Geist die Seele

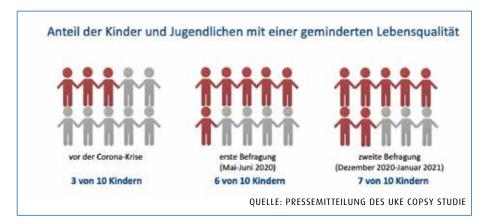
Psychotherapeuten, Psychiater und Nervenärzte äußern schon längere Zeit ihren Eindruck, dass die Corona-Pandemie zu einer Zunahme von psychischen Störungen führt. In erster Linie meinen sie dies an einer stetigen Zunahme von Anfragen in den Praxen und Ambulanzen zu bemerken. Umfragen und Studien bestätigen jetzt diesen Eindruck. Und auch die Anzahl der Terminanfragen bei der Terminservicestelle liegt unverändert hoch. Es gibt Hinweise darauf, dass dieser Zustand auch noch über das Ende der Pandemie hinaus anhalten wird.



Terminservicestelle – deutliche Zunahme

Lag die Zahl der Terminanfragen für eine psychotherapeutische Behandlung während des letzten Lockdowns in Schleswig-Holstein noch bei durchschnittlich 315 pro Monat, gehen zurzeit gut 900 Anfragen monatlich bei der Terminservicestelle (TSS) für diesen Bereich ein. Die Werte übersteigen Zahlen aus dem Sommer 2020. Während dieser Zeit galten weitreichende Lockerungen und der Gang zum Arzt und Psychotherapeuten war weit-

aus angenehmer als momentan, wo umfangreiche Regelungen zu beachten sind. Für viele Psychotherapeuten ist es ein Spagat zwischen dem eigenen und dem Infektionsschutz seiner Patienten einerseits und der steigenden Nachfrage nach Psychotherapie andererseits. Ein Patient nach dem anderen kommt und geht. Lüften, Handschuhe anziehen, Flächen, Türgriffe und Sitzmöbel desinfizieren, Maske tragen und wechseln – die Pausen zwischen den Patienten waren auch schon einmal angenehmer.



Umfrage bestätigt Eindruck – Corona ist in den Praxen angekommen

Corona kommt in den Praxen an, so lautet der Titel der Auswertung einer Blitzumfrage der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV). In die Auswertung flossen Angaben von knapp 4.700 Psychotherapeuten ein. In der Befragung, die sich sowohl an Vertragspsychotherapeuten wie auch Inhaber von Privatpraxen richtete, waren die Teilnehmer gezielt aufgefordert worden, ihren Praxisbetrieb und Patientendurchlauf von Januar 2021 dem Januar des Vorjahres gegenüberzustellen. Alle zusammen verzeichnen 40 Prozent mehr Patientenanfragen gegenüber dem Vorjahr. In Großstädten ist der Anstieg der Anfragen etwas stärker (46 Prozent), in kleineren Städten und Gemeinden etwas geringer (38,5 Prozent). "Die Praxen unserer Mitglieder werden förmlich überrannt", konstatiert Gebhard Hentschel, Bundesvorsitzender der DPtV. Begeistert darüber sind die wenigsten, man könne der erhöhten Nachfrage leider nicht angemessen begegnen. Für die meisten Praxen sind wöchentlich zehn Neuaufnahmen für eine psychotherapeutische Abklärung und Behandlung einfach nicht möglich, so Hentschel.

Studie Corona und Psyche – unserer Zukunft geht es schlecht

In der COPSY-Studie (Corona und Psyche) untersuchen Wissenschaftler des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) die Auswirkungen und Folgen der Corona-Pandemie auf die seelische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Jüngst veröffentlichte Ergebnisse der zweiten Befragungsrunde dieser Längsschnittstudie zeigen auf, dass sich die Lebensqualität und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Verlauf der Corona-Pandemie weiter verschlechtert. Fast jedes dritte Kind leidet ein knappes Jahr nach Beginn der Pandemie unter psychischen Auffälligkeiten. Ängste und Sorgen haben bei den Kindern im Vergleich zur ersten Befragung noch einmal deutlich zugenommen. Sie zeigen zudem häufiger depressive Symptome sowie psychosomatische Beschwerden, wie zum Beispiel Niedergeschlagenheit oder Kopfund Bauchschmerzen, erläutert Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer, Leiterin der COPSY-Studie und Forschungsdirektorin der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik des UKE. Verstärkt sind vor allem Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund betroffen.

Da kommt noch was – auch nach der Pandemie

Es ist weniger das Coronavirus an sich, welches die Menschen psychisch belastet, als das, was die Politik daraus macht. Und so gibt es unter Ärzten und Psychotherapeuten Mutmaßungen darüber, dass das, was die Studien und Umfragen jetzt schon aufzeigen, noch nicht alles ist. Da kommt noch mehr. Die von Bundes- und Landeregierungen gemachten Corona-Pandemie-Regelungen führen aktuell und werden auch noch zukünftig zu enormen sozialen, beruflichen und gesundheit-

lichen Schädigungen bei vielen Menschen führen. Einige werden ihre berufliche Existenz verlieren. Fehlende soziale Bindungen und Strukturen vor und nach der Pandemie tragen ihren Teil bei. Versäumte Regel- und Vorsorgeuntersuchungen werden zu einer Zunahme von (auch) lebensbedrohlichen Erkrankungen und frühem Versterben führen. Lebensqualität und Lebensdauer werden spürbare Rückgänge erfahren. Auf vieles haben Ärzte und Psychotherapeuten von Beginn an hingewiesen.

Kinder besonders beeinträchtigt – Experten fordern Maßnahmen

Ohne enorme und besondere Fürsorgemaßnahmen seitens des Staates und der Gesellschaft wird nicht jeder körperlich und seelisch gesund durch diese Pandemie kommen. Und vor allem in der Altersgruppe der Kindergarten- und Schulkinder werden sich die durch die Pandemie-Maßnahmen verursachten sozialen, schulischen und seelischen Schäden in ihrem ganzen Ausmaß erst im Nachgang zeigen, davon sind Experten überzeugt, "Nicht nur für die jetzige Zeit, sondern auch für die Zeit nach dem Lockdown müssen unterstützende Angebote vorbereitet und beschlossen werden", fordert Ariadne Sartorius, Bundesvorstandsmitglied des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp). Ein Jahr Pandemie ist für einen Fünfjährigen ein Fünftel seines Lebens. Und für manche von ihnen ist es ein Jahr unter Ängsten und Sorgen sowie ein Jahr ohne wichtige soziale Bindungen und Erfahrungen. Dabei brauchen besonders Kinder Achtung und Anerkennung, entwicklungsgerechte Erfahrungen, stabile und unterstützende Gemeinschaften, auch außerhalb des Elternhauses, und das Vertrauen auf eine sichere Zukunft, die sie nicht überfordert, so Sartorius. Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind sich dessen bewusst. Ist es der Staat auch?

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

BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung	30
Hautkrebsscreening-Vertrag mit der TK angepasst	30
Oualitätsmanagement	31

Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen durch die KVSH

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

Formlose Bewerbung

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

Veröffentlichungen aus der Zulassungsabteilung

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

Veröffentlichungen auf www.kvsh.de

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

Folgender Arzt wurden im Rahmen des Sonderbedarfes zugelassen. Dieser Beschluss ist noch nicht bestandskräftig, sodass hiergegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.

Name	Fachgruppe/Schwerpunkt	Niederlassungsort	Niederlassungsdatum	Übernahme
Dr. med. Karl Ludwig Maximilian Mauss	Plastische und Ästhetische Chirurgie	25980 Westerland/Sylt, DrNicolas-Straße 3	01.04.2021	Prof. Dr. med. Peter Brenner

Hautkrebsscreening-Vertrag mit der TK angepasst

Zum 1. Januar 2021 wurde mit der TK eine 4. Änderungsvereinbarung zum Hautkrebsscreening für Versicherte unter 35 Jahren abgeschlossen. Die Vergütung wurde angehoben und entwickelt sich nun analog zur EBM-Position 01745. Somit wird die 99473C in 2021 mit 28,14 Euro extrabudgetär vergütet. Außerdem wurde die Teilnahme- und Einverständniserklärung des Versicherten aktualisiert.

Die Unterlagen stehen Ihnen auf unserer Website zum Download zur Verfügung.

3 | 2021

BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

Qualitätsmanagement

Aktuelle Richtlinie betont die Themen Gewaltprävention und Akutschmerzbehandlung – Stichprobenprocedere wird angepasst

Im vergangenen Jahr wurde die QM- Richtlinie vom G-BA wiederholt überarbeitet und um aktuelle Themen erweitert. Ein neuer Anwendungsbereich wurde ergänzt, der Anwendungsbereich Schmerzmanagement für die postoperative Akutschmerzbehandlung präzisiert. Außerdem wird das Stichprobenprocedere für 2021 angepasst.

Neuer Anwendungsbereich "Prävention von – und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt"

Insbesondere für schutzbedürftige Menschen sollen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung eine sichere vertrauensvolle Umgebung bedeuten: Krankenhäuser und Arztpraxen sind erste Ansprechpartner für betroffene Patient*innen. Der Anwendungsbereich zielt deshalb darauf, alle Beteiligten zu sensibilisieren, Missbrauch und Gewalt vorzubeugen, zu erkennen, angemessen darauf zu reagieren und innerhalb der eigenen Einrichtung zu verhindern. Das bedeutet, entsprechend der jeweiligen Praxisstruktur und des Leistungsspektrums, Vorgehensweisen im Praxisteam festzulegen, beispielsweise den Umgang mit Verdachtsfällen, Interventionsmaßnahmen, Schulungen des Praxisteams oder das Vorhalten von Informationsmaterial und entsprechenden Kontaktdaten für Betroffene.

Umsetzungsvorschläge, Informationen, Musterdokumente, unter:

https://www.kbv.de/html/interventionen bei gewalt.php

Verpflichtung zum postoperativen Schmerzmanagement für stationär und ambulant operierende Einrichtungen

Schmerzen vorbeugen, beseitigen, Patient*innen effizient und gezielt behandeln – so lautet die Begründung des G-BA. Wesentlicher Bestandteil eines Akutschmerzmanagementkonzeptes sind schriftliche, auf die jeweilige Indikation zugeschnittene interne Regelungen. Insbesondere geht es darum, personelle und organisatorischen Ressourcen für die Versorgung und Therapie von Akutschmerzpatient*innen bereitzustellen und Verantwortlichkeiten bei der Erfassung und Therapie der Akutschmerzen festzulegen. Ein umfassendes Akutschmerzmanagement beinhaltet neben Maßnahmen zur schmerztherapeutischen Weiterbildung des Personals vor allem auch die standardisierte Erfassung von Schmerzen aus Patientensicht und die Einbeziehung der Patient*innen in die Therapieentscheidungen. Angepasst an die Größe der Einrichtung und die Komplexität der Eingriffe können hier unterschiedliche Ansätze in Betracht gezogen werden.

Weitere Informationen des G-BA unter: https://www.g-ba.de/beschluesse/4461/

Anforderungen der aktuellen QM-Richtlinie: Methoden und Instrumente (§4)

Methoden und Instrumente

- Messen und Bewerten von Qualitätszielen
- Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung
- Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Prozess- und Ablaufbeschreibungen
- Schnittstellenmanagement
- Checklisten
- Sicherheits-Checklisten für operative Eingriffe
- Teambesprechungen
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Patienteninformation und -aufklärung
- Risikomanagement
- Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme
- Notfallmanagement
- Hygienemanagement
- Arzneimitteltherapiesicherheit
- Schmerzmanagement
- Akutschmerzmanagement in operierenden Einrichtungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen und Sturzfolgen
- Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt



Nordlicht AKTUELL 31

BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

Stichprobenprocedere

Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen entsprechend der Richtlinie regelmäßig Stichproben zum Einführungsstand von Qualitätsmanagement unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens durch. Zuletzt Ende des Jahres 2019 – das erste Mal webbasiert. In der neuen Fassung der Richtlinie aus Dezember 2020 wurde auch das Stichprobenprocedere vom Gemeinsamen Bundesausschuss angepasst. Zukünftig wird ein anderer Fragebogen genutzt, der bisherige Ergebnisse berücksichtigt und auf Empfehlungen des Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) basiert. Der neue Fragebogen für die vertragsärztliche Versorgung ist in der aktuellen Richtlinie als Anlage 1 veröffentlicht.

Die nächste Überprüfung wird Ende 2021 stattfinden. Das darauffolgende Intervall wird auf Grundlage der Richtlinie noch bundeseinheitlich für alle KVen festgelegt.

Richtlinie abrufbar unter: https://www.q-ba.de/richtlinien/87/

Qualitätsmanagement hat bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten bundesweit eine hohe Priorität. Die letzte Stichprobenerhebung zeigte, dass bundesweit rund 90 Prozent der Praxen Methoden und Instrumente beispielsweise zum Notfall- und Hygienemanagement oder zur Arzneimitteltherapiesicherheit konseguent anwenden.

Mehr Informationen unter:

- KBV-Themenseite Qualitätsmanagement
- www.kbv.de/praxischeck

Mit dem Online-Test lässt sich mit wenigen Klicks herausfinden, wo Praxen in puncto Qualitätsmanagement stehen. Nach dem Check erhält jeder Teilnehmer einen ausführlichen Ergebnisbericht. Darin sind auch praktische Tipps und Empfehlungen enthalten, wie Fehler vermieden und Abläufe im Praxisalltag noch verbessert werden können. Die Teilnahme ist anonym und kostenlos. "Mein PraxisCheck" gibt es auch zu den Themen Hygiene, Informationssicherheit und Impfen.

7

Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

Jedes Jahr lassen sich rund 120 Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein nieder. Ob Hausarzt oder Facharzt, ob in der eigenen Praxis, in einer Kooperation oder angestellt, ob in der Stadt oder auf dem Land: Sie alle nutzen die vielfältigen Möglichkeiten, um als niedergelassener Arzt zu arbeiten. Wer sind diese Ärzte und Psychotherapeuten? Welche Motivation bringen sie mit? Welches Berufsverständnis haben sie?



NAME: Dr. Elmar Battenberg

GEBURTSDATUM: 5. Juni 1977
GEBURTSORT: Herne
FAMILIE UND FREUNDE: ledig

FACHRICHTUNG: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/

Facharzt Allgemeinmedizin

SITZ DER PRAXIS: Lübeck

NIEDERLASSUNGSFORM: Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft

Neu niedergelassen seit dem 1. Juli 2020

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Um meinem Selbst etwas Gutes zu tun, um mehr Gestaltungsfreiheit zu haben sowie mich selbst beruflich wirklich verwirklichen zu können – und dabei die Balance zwischen Arbeit und Berufsleben zu halten.

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Der kurze Arbeitsweg am Wasser entlang mit meinem Fahrrad, die Begegnungen mit den Patienten, ihre Geschichten, welche mich berühren – sowie der Morgenkaffee im Strandkorb auf dem Balkon der Praxis.

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

Ich wünsche Euch vor allen Dingen etwas Mut und die Gewissheit, dass es gut werden wird, wenn Ihr wirklich das macht, was Euch entspricht und worauf Ihr Lust habt.

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

Ich würde mich gerne mit einer berühmten Figur treffen, nämlich mit Captain Jean-Luc Picard vom Raumschiff Enterprise und mir bei einer Tasse Earl Grey ein paar väterliche Tipps für meine weitere berufliche Entwicklung geben lassen.

5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Strandspaziergänge, Meditation, Sauna, Kneippgüsse – und nicht mehr arbeiten, als für Körper und Seele gut ist.

6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

"Jäger, Hirten, Kritiker" von Richard David Precht sowie die aberwitzigen Alpenkrimis von Andreas Föhr.

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

Lübeck als schönste Stadt Deutschlands liegt nun einmal in Schleswig-Holstein, daher ...! Außerdem ist Skandinavien vor der Tür.

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

Als Kind hatte ich immer den Traum, Busfahrer zu werden. Ich glaube, ich habe mich schon richtig entschieden.

© istock.com/RedlineVector

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



Grippeschutzimpfungen 2021/22

Kaum ist die eine Saison vorbei, steht schon die nächste Grippeschutzimpfsaison vor der Tür. In diesem Jahr ist die Planung der Schutzimpfung gegen Influenza besonders schwierig. Die STIKO empfiehlt für Personen ab 60 Jahren ausschließlich einen Highdose Impfstoff – welcher auch zulasten der Krankenkassen bezogen werden darf. Das Interesse an der Schutzimpfung gegen Influenza wird in diesem Jahr mit großer Wahrscheinlichkeit nicht so hoch sein, wie in der Saison 2020/21.

Darüber hinaus hat die AOK NORDWEST im Rahmen eines Modellvorhabens in Schleswig-Holstein die Möglichkeit geschaffen, dass sich AOK-Versicherte auch in den Apotheken gegen Grippe impfen lassen können. Es liegen uns keine Informationen darüber vor, welche oder wie viele Apotheken am Modellversuch teilnehmen. Nach unserem Kenntnisstand ist es für Apotheker jedoch durchaus lukrativ, Grippeschutzimpfungen anzubieten, da diese mit 12 Euro je Impfung vergütet werden.

Unsere Empfehlung: Bestellen Sie bis zu 100 Prozent der Impfdosen vor, die Sie auch tatsächlich verimpft haben. In diese Summe sind die Highdose Impfstoffe für die Personen ab 60 Jahren mit einzubeziehen. Das Ende der Vorbestellfrist ist bis zum 19. März 2021 verlängert worden.

DAK-Information zu Arzneiwechselwirkung

Die DAK plant ihre Kunden anzuschreiben bzw. anzurufen, um sie über die Wechselwirkung der ihnen verordneten Medikamente mit dem Ziel der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen zu informieren.

Eine eingegrenzte "Hochrisikogruppe" soll von geschulten Mitarbeiten telefonisch kontaktiert werden, eine eingegrenzte Gruppe mit mittlerem Risiko wird nur schriftlich informiert. Nach welchen Kriterien die Gruppen eingeteilt und wie die Mitarbeiter geschult werden, ist uns leider nicht bekannt.

Pneumokokkenimpfstoff

Die Firma MSD stellt Pneumovax® 23 Impfstoff, der für den chinesischen Markt in Deutschland produziert worden ist, für den deutschen Markt zur Verfügung, um der gesteigerten Nachfrage ein wenig Folge zu leisten. Es handelt sich um Durchstechflaschen mit chinesischer Aufschrift ohne Kanüle und nur in Einzeldosen.

THOMAS FROHBERG, KVSH

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

INFO-TEAM

Sie fragen wir antworten

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

INFO-TEAM

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

Muss die elektronische Dokumentation nach der organisierten Krebsfrüherkennungsuntersuchung auch für die GOP 01737 EBM (Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems) erbracht und übermittelt werden?

Die GOP 01737 EBM unterliegt nicht der elektronischen Dokumentationspflicht nach der organisierten Krebsfrüherkennungsrichtlinie und muss dementsprechend nur praxisintern dokumentiert werden.

Wie viele Quartale muss die Chroniker-Pauschale (GOP 03220 und 03221 EBM) mit einem "H" gekennzeichnet werden, wenn ein Patient mit einer chronischen Erkrankung den Hausarzt wechselt?

Die sogenannte "H-Kennzeichnung" muss für vier Quartale eingetragen werden, da nach vier Quartalen eine kontinuierliche Behandlung in der Praxis erfüllt ist.

Wie oft dürfen die Gebührenordnungspositionen 35100/35110 EBM abgerechnet werden?

Die GOP der psychosomatischen Grundversorgung dürfen nur abgerechnet werden, wenn die durch den Arzt persönlich erbrachte differentialdiagnostische Klärung oder Intervention mindestens 15 Minuten in Anspruch genommen hat. Wird diese Mindestdauer nicht erreicht bzw. nur durch die parallele Erbringung anderer Leistungen erzielt, dürfen die GOP 35100/35110 nicht abgerechnet werden. Für den Fall, dass Klärung oder Intervention mehr als 15 Minuten (z. B. 30 Minuten) in Anspruch nehmen, dürfen die GOP dennoch nur einmal angesetzt werden. Während die GOP 35100 grundsätzlich nur einmal pro Tag abrechenbar ist, kann die GOP 35110 bei der fachlich gerechtfertigten Notwendigkeit mehrerer Sitzungen bis zu dreimal täglich abgerechnet werden. Die Sitzungen müssen hierzu zeitlich getrennt stattfinden. Die Angabe der jeweiligen Uhrzeit und die Tagtrennung sind bei der Abrechnung verpflichtend.

Sind die Gebührenordnungspositionen 32880, 32881 und 32882 EBM im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 EBM) berechnungsfähig?

Die Ziffern 32880, 32881 und 32882 EBM können neben der Ziffer 01732 EBM berechnet werden, wenn diese im eigenen Praxislabor erbracht werden. Werden die Materialien in ein Labor geschickt, rechnet das Labor die Gebührenordnungspositionen ab.

Für welchen Zeitraum dürfen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien (AU-Richtlinien) ausgestellt werden?

Nach den neuen AU-Richtlinien dürfen AU nur noch bis zu einem Zeitraum von zwei Wochen, in besonders begründeten Ausnahmefällen bis zu einem Monat ausgestellt werden.

KONTAKT

Ansprechpartner der KVSH

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

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

Vorstand Vorstandsvorsitzende	
Dr. Monika Schliffke	/355
Dr. Ralph Ennenbach	/355
Geschäftsstelle Operative Prozesse Ekkehard Becker	486
Justitiarin	
Alexandra Stebner	230
Selbstverwaltung	
Regine Roscher	218
Abteilungen	
Abrechnung	/ = 2.4
Andrea Werner (Leiterin)	
Thomas Stefaniw (stellv. Leiter)	
Abteilung Recht	322
Alexandra Stebner (Leiterin)	/251
Maria Behrenbeck (stellv. Leiterin)	
Stefanie Kuhlee	
Hauke Hinrichsen	
Tom-Christian Brümmer	
Esther Petersen	
Susanne Hammerich	686
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	
Dr. Hans-Joachim Commentz (BD-Beauftr. d. Vorstands)	579
Alexander Paquet (Leiter)	
Akupunktur	
Kathrin Kramaschke	380
Ambulantes Operieren	
Stephanie Purrucker	459
Arthroskopie	
Stephanie Purrucker	459
Ärztliche Stelle (Röntgen)	
Kerstin Weber	
Uta Markl	
Tanja Rau	
Alice Lahmann	
Ines Deichen	
Heidrun Reiss	
Caroline Boock	
Susann Maas	041
Ärztliche Stelle (Nuklearmedizin/Strahlentherapie) Kerstin Weber	520
Nina Tiede	
Ärztliche Stelle (Mammographie)	JZJ
Kerstin Weber	520
Uta Markl	
Ines Deichen	
Caroline Roock	458

Arztregister	
Anja Scheil/Dorit Scheske	254
Assistenz-Genehmigung	234
Janine Priegnitz	201
	304
Balneophototherapie Nadine Pries	452
	455
Begleiterkrankungen Diabetes mellitus	70 F
Renate Krupp	685
Begleiterkrankungen der Hypertonie	70 F
Renate Krupp	685
Chirotherapie	220
Heike Koschinat	328
Datenschutzbeauftragter	
Tom-Christian Brümmer	4/4
Delegations-Vereinbarung	
Kathrin Kramaschke	380
Dermatohistologie	
Michaela Schmidt	266
Dialyse-Kommission/LDL	
Katharina Specht	423
Diabetes-Kommission	
Aenne Villwock	369
DMP-Team	
Marion Frohberg	
Carolin Kohn	326
Nadine Pries	453
Drogensubstitution	
Astrid Patscha	340
Dünndarm-Kapselendoskopie	
Carolin Kohn	326
EDV in der Arztpraxis	
Timo Rickers	286
Ermächtigungen	
Evelyn Kreker	346
Maximilian Mews	462
Michelle Teegen	291
Coline Greiner	
ESWL	
Monika Nobis	938
Formularausgabe	
Sylvia Warzecha	250
Fortbildung/Veranstaltungen	
Tanja Glaw	332
Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V	
Timo Dröger	637
Anna-Sofie Reinhard	
Früherkennungsuntersuchung Kinder	
Heike Koschinat	328
Gesund schwanger	
Monika Nobis	938
Gesundheitspolitik und Kommunikation	
Delf Kröger (Leiter Gesundheitspolitik)	454
Marco Dethlefsen (Leiter Kommunikation)	
Hautkrebs-Screening	
Christina Bernhardt	470
	_

SERVICE

KONTAKT

University and district of the Control of the Contr	
Hausarztzentrierte Versorgung Heike Koschinat	220
Heil- und Hilfsmittel	320
Tell Gild Illigation	021
Ellen Roy	931
Histopathologie im Rahmen Hautkrebs-Screening	2//
Michaela Schmidt	266
HIV/AIDS	
Doreen Dammeyer	445
HIV-Präexpositionsprophylaxe	
Doreen Dammeyer	445
Hörgeräteversorgung	
Katharina Specht	423
Homöopathie	
Heike Koschinat	328
HVM-Team/Info-Team	320
Stephan Rühle (Leiter)	33/
Info-Team/Hotline	JJ4
Telefon	/002
•	
Fax	505
Internet	475
Jakob Wilder	
Borka Totzauer	356
Interventionelle Radiologie	20-
Leif-Arne Esser	382
Intravitreale Medikamenteneingabe	
Stephanie Purrucker	459
Invasive Kardiologie	
Christine Sancion	533
Kernspintomografie	
Leif-Arne Esser	382
Koloskopie	
Carolin Kohn	326
Koordinierungsstelle Weiterbildung	
Janine Priegnitz	384
Krankengeldzahlungen	
Doris Eppel	220
Laborleistung (32.3)	
Marion Frohberg	444
Langzeit-EKG	
Renate Krupp	685
Laserbehandlung benignes Prostatakarzinom	
Doreen Dammeyer	445
Liposuktion Stadium III	
Doreen Dammeyer	445
Mammographie (Screening)	
Anja Liebetruth	302
Mammographie (kurativ)	
Anja Liebetruth	302
Molekulargenetik	
Marion Frohberg	444
MRSA	
Anna-Sofie Reinhard	527
Neuropsychologische Therapie	
Christine Sancion	533
Niederlassung/Zulassung	
Susanne Bach-Nagel	378
Martina Schütt	
Daniel Jacoby	
Michelle Teegen	
Nordlicht aktuell	270
Borka Totzauer	356
Jakob Wilder	
Nuklearmedizin	.,,
Monika Nobis	938
Onkologie	, 50
Stephanie Purrucker	150
JCDHUHC I UHUKCI	マンブ

Otoakustische Emissionen	
Katharina Specht	. 423
Palliativmedizin	
Doreen Dammeyer	445
Personal und Finanzen	
Lars Schönemann (Leiter)	. 275
Thorsten Heller (Stellverfreter Finanzen)	. 237
Claudia Rode (Stellvertreterin Personal)	
Yvonne Neumann (Entgeltabrechnung)	. 577
Sonja Lücke (Mitgliederbereich)	788
Karin Hiller (Vergaberecht und Zentrale Angelegenheiten)	468
Fax	
PET/PET-CT	. 751
Monika Nobis	038
Phototherapeutische Keratektomie	. 730
	450
Stephanie Purrucker	. 439
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	450
Stephanie Purrucker	. 459
Physikalisch-Medizinische Leistungen	
Heike Koschinat	. 328
Plausibilitätsprüfung	
Johannes Schlichte	
Sabrina Bardowicks	
Ulrike Moszeik	. 336
Rita Maass	467
Polygrafie/Polysomnografie	
Christina Bernhardt	470
Pressesprecher	
Marco Dethlefsen	381
Fax	
Psychotherapie	. 370
Katharina Specht	123
Qualitätssicherung	. 423
	/242
Aenne Villwock (Leiterin)	
Fav	
Fax	. 3/4
Qualitätszirkel	
Qualitätszirkel Dagmar Martensen	
Qualitätszirkel Dagmar MartensenQualitätsmanagement	. 687
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo DrögerAngelika Ströbel	. 687
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger Angelika Ströbel QuaMaDi-Geschäftsstelle	. 687 . 637 . 204
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger Angelika Ströbel QuaMaDi-Geschäftsstelle Sandra Füllenbach (Leiterin)	. 687 . 637 . 204
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger Angelika Ströbel	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger Angelika Ströbel QuaMaDi-Geschäftsstelle Sandra Füllenbach (Leiterin)	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225
Qualitätszirkel Dagmar Martensen	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225
Qualitätszirkel Dagmar Martensen	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 887
Qualitätszirkel Dagmar Martensen	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 887
Qualitätszirkel Dagmar Martensen	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 887
Qualitätszirkel Dagmar Martensen	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 887
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger Angelika Ströbel QuaMaDi-Geschäftsstelle Sandra Füllenbach (Leiterin) Gabriela Haack Susanne Komm QuaMaDi-Hotline Radiologie-Kommission Leif-Arne Esser Christine Sancion Rhythmusimplantat-Kontrolle	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 887
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 887
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 887 . 382 . 470
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 887 . 382 . 470
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453 . 578
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453 . 578
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453 . 578 . 533 . 382
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453 . 578 . 533 . 382
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 887 . 382 . 470 . 453 . 578 . 533 . 382 . 564
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453 . 578 . 533 . 382 . 564 . 380
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453 . 578 . 533 . 382 . 564 . 380
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453 . 578 . 533 . 382 . 564 . 380 . 315 . 611
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453 . 578 . 533 . 382 . 564 . 380 . 315 . 611
Qualitätszirkel Dagmar Martensen Qualitätsmanagement Timo Dröger	. 687 . 637 . 204 . 548 . 442 . 225 . 887 . 382 . 470 . 453 . 578 . 533 . 382 . 564 . 380 . 315 . 611

KUNTVKT

KONTAKI	
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Doreen Dammeyer	445
Soziotherapie	
Doreen Dammeyer	445
Sprechstundenbedarf	
Heidi Dabelstein	353
Strahlentherapie	
Monika Nobis	938
Struktur und Verträge	43.4
Simone Eberhard (Leiterin)	
Fax	
Telematik-Hotline	888
Teilzahlungen Brunhild Böttcher	221
Tonsillotomie	231
	115
Doreen Dammeyer	445
Vakuumbiopsie Stefani Schröder	030
Verordnung (Team Beratung)	730
Thomas Frohberg	304
Stephan Reuß (Beratender Arzt)	
Widersprüche (Abteilung Recht)	,,,,
Gudrun Molitor	439
Zulassung	
Bianca Hartz (Leiterin)	255
Fax	
Daniel Jacoby	
Susanne Bach-Nagel	378
Martina Schütt	
Melanie Lübker	
Jeannina Tonn	596
Zytologie	
Michaela Schmidt	266
Zweitmeinungsverfahren	
Astrid Patscha	340
Stelle nach Paragraph 81a SGB V: Bekämpfung	
von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	
Alexandra Stebner	230
E-Mail: infoParagraph81aSGBV@kvsh.de	230
3.3g.3p.10 .35 35 . @n.311130	
Prüfungsstelle	
Bahnhofstraße 1, 23795 Bad Segeberg	
Tel. 04551 9010 0, Fax 04551 9010 22	
E-Mail: pruefung@kvsh.de	
L wan. practang waysmac	
and otherwise	

Beschwerdeausschuss

Dr. Johann David Wadephul (Vorsitzender)	. 9010 0		
Dr. Hartmut Günther (Stellvertreter)			
Leiter der Dienststelle			
Birgit Hanisch-Jansen (Leiterin)	9010 21		
Dr. Michael Beyer (Stellvertreter)	9010 14		
Verordnungsprüfung			
Elsbeth Kampen	9010 23		
Sprechstundenbedarfs-, Honorarprüfung			
Birgit Wiese	9010 12		

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

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

IMPRESSUM

Nordlicht aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Herausgeber Kassenärztliche Vereinigung

Schleswig-Holstein

Dr. Monika Schliffke (v. i. S. d. P.)

Redaktion Marco Dethlefsen (Leiter);

Jakob Wilder; Borka Totzauer (Layout);

Delf Kröger

Redaktionsbeirat Ekkehard Becker; Dr. Ralph Ennenbach;

Reinhardt Hassenstein; Dr. Monika Schliffke

Druck Grafik + Druck, Kiel iStockphoto Fotos Olaf Schumacher Titelbild

Anschrift der Redaktion

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

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

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

KONTAKT

Kreisstellen der KVSH



Kie

Kreisstelle: Herzog-Friedrich-Str. 49, 24	
Tel	
Fax	
Wolfgang Schulte am Hülse, Facharzt f	
Tel	0431 541771
Fax	
E-Mail	kreisstelle.kiel@kvsh.de
Lübeck Kreisstelle: Parade 5, 23552 Lübeck TelFax	
Dr. Andreas Bobrowski, Facharzt für La	
Tel	
Fax	
E-Mail	kreisstelle.luebeck@kvsh.de
Flensburg Dr. Ralf Wiese, Facharzt für Anästhesio Tel	
Fax	
E-Mail	
L Moll	Kreisstelle.llelisburg@kvsil.de
Neumünster Jörg Schulz-Ehlbeck, Facharzt für Innero Tel	04321 47744
Fax	
E-Mail	kreisstelle.neumuenster@kvsh.de
Kreis Dithmarschen Burkhard Sawade, Praktischer Arzt und Tel	
Fax	
E-Mail b	uero@kreisstelle-dithmarschen.de
Kreis Herzogtum Lauenbur Raimund Leineweber, Facharzt für Allg Tel	jemeinmedizin
Fax	
E-Mail	kreisstelle.lauendurg@kvsn.de
Kreis Nordfriesland Biörn Steffensen, Facharzt für Allgeme	inmedizin

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

Kreis Ostholstein

Dr. Bettina Schultz, Fachär Tel	04521 2950
Fax	04521 3989
E-Mail	kreisstelle.ostholstein@kvsh.de
Kreis Pinneberg	rzt für Orthonädio
Dr. Zouheir Hannah, Facha	
Dr. Zouheir Hannah, Fachar Tel	04106 82525
Dr. Zouheir Hannah, Fachar TelFax	

Kreis Plön

Dr. Joachim Pohl, Facharzt für Allgemeinmedizin		
Tel	04526 1000	
Fax	04526 1849	
E-Mail	kreisstelle.ploen@kvsh.de	

Kreis Rendsburg-Eckernförde Eckard Jung. Praktischer Arzt

Eckard Jung, Praktischer Arzt		
Tel	04351 3300	
Fax	04351 712561	
E-Mail	kreisstelle.rendsburg-eckernfoerde@kvsh.de	

Kreis Schleswig-Flensburg Dr. Carsten Petersen, Facharzt für Innere Medizin

04621 951950
04621 20209
kreisstelle.schleswig@kvsh.de

Kreis Segeberg

ur. IIka Petersen-vollmar, Facharztin tu	ır Aligemeinmedizin
Tel	04551 9955330
Fax	04551-9955331
E-Mail	kreisstelle.segeberg@kvsh.de

Kreis Steinburg

Dr. Axel Kloetzing, Facharzt für Allgemeinmedizin	
Tel	04126 1622
Fax	04126 394304
E-Mail	kreisstelle.steinburg@kvsh.de

Kreis Stormarn

Dr. Hans Irmer, Arzt	
Tel	04102 52610
Fax	04102 52678
E-Mail	kreisstelle.stormarn@kvsh.de

Ärztlicher Bereitschaftsdienst



IN SCHLESWIG-HOLSTEIN

Wir – die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) – organisieren außerhalb der normalen Sprechstundenzeiten auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst, der unter der Rufnummer 116117 zu erreichen ist. Hierfür betreiben wir mehr als 40 Anlaufpraxen an Kliniken im Land, um die ambulante medizinische Versorgung auch dann sicherzustellen, wenn die Arztpraxen in der Regel geschlossen sind: in den Abend- und Nachtstunden, an Wochenenden und an Feiertagen. Parallel dazu wird für medizinisch notwendige Hausbesuche ein Fahrdienst durch unsere Leitstelle in Bad Segeberg koordiniert. Für beide Bereiche – Anlaufpraxen und Fahrdienst – suchen wir engagierte Kolleginnen und Kollegen. Sofern Sie noch keine Facharztanerkennung haben, wird eine mindestens 3-jährige Weiterbildung erwartet.

