

Nordlicht



Mai 2021 | 24. Jahrgang

A K T U E L L



Impfstart in den Praxen
Es geht voran

SERVICESEITEN
AB SEITE 30

TITELTHEMA

- 4 Impfstart in den Praxen: Es geht voran
- 5 „Weniger Bürokratie, mehr Impfen“: Dr. Michael Emken, Allgemeinmediziner in Bad Segeberg
- 6 „Wir wünschen uns vor allem mehr Impfstoff“: Interview mit Dr. Silke Meinert, Allgemeinmedizinerin in Gudow
- 7 Arbeiten am Limit: Bericht von Dr. Ilka Petersen-Vollmar, Allgemeinmedizinerin in Bad Segeberg
- 9 Relevanz des Impfens in den Praxen: Hochrechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung
- 11 Kodieren einer COVID-19-Erkrankung

13 NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

- 16 Kommentar: Resignation

PRAXIS & KV

- 17 Schutzschirm: Wo stehen wir?
- 18 Digitalisierungsprojekt QuaMaDi gewinnt 1. Preis
- 20 Elektronischen Heilberufeausweis jetzt bestellen
- 21 Telematikinfrastruktur: Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- 24 Wissenswertes zur Durchführung von Psychotherapie von A bis Z

BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

- 26 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

DIE MENSCHEN IM LAND

- 27 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein
- 28 Corona-Pandemie in Dänemark: Interview mit Dr. Matthias Gerber, Dermatologe auf Bornholm

SERVICE

- 30 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 31 Sie fragen – wir antworten
- 32 Ansprechpartner
- 34 Kreisstellen der KVSH

Aus dem Inhalt

In den Praxen der niedergelassenen Ärzte begann nach Ostern das Impfen gegen COVID-19. Das **Nordlicht**-Titelthema zeichnet nach, wie die Praxen die Aufgabe in den ersten Wochen gemeistert haben. Außerdem zeigt eine Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, wie wichtig der Impfbeitrag der Niedergelassenen zur Bewältigung der Corona-Pandemie ist.



04

Mit dem 4. Quartal 2020 wurde das erste Pandemiejahr honorar-technisch abgeschlossen. Die KVSH hat rund 28 Millionen Euro über die Schutzschirmregelungen an Praxen ausbezahlt.



17

20

Der elektronische Heilberufeausweis der Generation 2.0 ist für viele Anwendungen der Telematikinfrastruktur Pflicht. Dafür ist ein besonderes Antragsverfahren über die Landesärzte- oder -psychotherapeutenkammern notwendig.

eHBA

ePA

eAU

i

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,

Impfstart in den Praxen

... und sehr viele sind dabei. Obwohl die eine oder andere Praxis die Osterzeit als Gelegenheit für eine Auszeit genutzt hat – auch wenn es umständehalber oft im eigenen Sprengel blieb – beteiligen sich schon über 1.350 Praxen an den Corona-Impfungen. Das ist ein toller Beginn.

Bei einem komplexen Prozess, wie es das Impfen in der gesamten Breite der Distribution bis hin zu Priorisierung, Aufklärung und Handling nun einmal ist, hat es dabei sehr wohl ein Startrucken gegeben. Dazu zählte sicher auch die Aussage mancher Apotheke, dass Fachärzte nicht beteiligt sein dürften (falsch). Die Belieferung hat gleichwohl im großen Ganzen geklappt, sieht man von der Menge und deren Planbarkeit ab. Jetzt zeichnet sich für Anfang Mai fast eine Verdreifachung der Mengen auf rund 100.000 Dosen wöchentlich ab. Das bringt und fordert Power gleichermaßen.

Dazu gehört aber auch der Umstand, dass knapp die Hälfte auf den Impfstoff von AstraZeneca entfällt, der offenbar ein tragisches Opfer schlechten Medizinmarketings ist. Die allgemeine Berichterstattung betont aktuell stark die Frage relativer Wahrscheinlichkeiten im Verhältnis von Schaden und Nutzen. Auf der rein rationalen Seite gewinnt der Impfstoff gegenüber einer Nichtimpfung offensichtlich deutlich. Ob das reicht, das Interesse an dem Impfstoff wieder zu erwecken und den Beratungsaufwand in den Praxen nachdrücklich zu senken, bleibt abzuwarten. Möglicherweise fällt wegen dieser Problematik auch die Priorisierung zumindest für diesen Impfstoff weg und viele Menschen bekämen eine schnellere Chance.

Es bleibt spannend. Übrigens steht schon fest, dass der deutsche Sonderweg einer Erstimpfung mit AstraZeneca und einer Zweitimpfung mit mRNA-Impfstoff die USA nicht davon abbringt, derlei Geimpfte als Nichtgeimpfte zu betrachten. Ich persönlich glaube, dass sich die STIKO mit ihrer Empfehlung für 60+ für einen sehr schweren Gang entschieden hat und Canossa nicht weit ist.

Spannend ist aber auch der Blick auf die Folgejahre, weil schon jetzt praktisch feststeht, dass es mit Einmalimpfungen gegen Corona wohl nicht getan sein wird und eine regelmäßige Auffrischung angezeigt ist. In der Draufschau darf man sich hier wohl freuen, dass es um die Impfgegner und deren Polemik gegen Impfen an sich leiser geworden ist. Wer in Zukunft reisen will, wird sich also impfen lassen und das kann auch wirksames Mittel gegen Impfunlust in ganz anderer Hinsicht sein. Da interessiert schon heute die Entwicklung bei den Grippeimpfungen in 2022

Es grüßt Sie herzlich

Ihr

Ralph Ennenbach

Impfstart in den Praxen

In den Praxen der niedergelassenen Ärzte begann nach Ostern das Impfen gegen COVID-19. Allein für die Woche nach den Ostertagen bestellten deutschlandweit rund 35.000 Arztpraxen 1,46 Millionen Impfstoffdosen. Zwar konnten davon nur rund 940.000 Dosen ausgeliefert werden trotzdem ist damit ein großer Schritt in Richtung Pandemiebewältigung getan, auch wenn er eine große Belastung für Ärzte und Medizinischen Fachangestellten bedeutet. Der Schwerpunkt lag zunächst auf immobilen und pflegebedürftigen Patienten, die von ihren Hausärzten geimpft wurden.



„Weniger Bürokratie, mehr Impfen“

Schnell zu reagieren und zu entscheiden, das ist für Dr. Michael Emken, Facharzt für Allgemeinmedizin in Bad Segeberg, Alltag. Und es war auch jetzt wieder gefragt. Innerhalb kürzester Zeit musste er die Organisation in seiner Praxis auf die Corona-Impfung vorbereiten und umstellen. Alles neben der noch sicherzustellenden Regelversorgung.



„Wir kennen das als Niedergelassene ja inzwischen nach einem Jahr Corona-Pandemie“, sagt Emken. Ob PCR-Test-Abstriche, ambulantes COVID-Monitoring, Schnelltests oder Priorisierungs-Atteste: „Die niedergelassenen Praxen haben in den vergangenen zwölf Monaten zahlreiche neue Aufgaben übernommen und Maßnahmen schnell und unkompliziert umgesetzt“, schildert der Mediziner seine Erfahrung. Möglich wurde das auch durch individuelles und zielgerichtetes Handeln, bei dem man sich nicht durch Formalitäten aufhalten lässt. „Bei uns steht immer die praktische Arbeit und die Umsetzung im Vordergrund“, beschreibt der Hausarzt seinen Alltag.

Nun kommt, was Dr. Emken ausdrücklich begrüßt, das Impfen hinzu. Das hieß im ersten Schritt vor allem, Fragen zu klären: Wie bereitet man den Impfstoff auf? Wo schaffe ich Platz für die sich an die Impfung anschließende Beobachtungsphase? Wann können Patienten zur Impfung einbestellt werden und wer ist zuerst dran? Welche administrativ-bürokratischen Anforderungen müssen erfüllt sein? Diese Herausforderungen haben Emken und sein Team gerne angenommen, denn, dass nun das Impfen in den Praxen startet, ist ein wichtiger und dringend notwendiger Schritt in der gesellschaftlichen Bewältigung der Corona-Pandemie. Und so hat sich das gesamte Team in der Aufbereitung des Impfstoffs geübt, wieder und wieder YouTube-Videos geschaut, die

neuen Abläufe besprochen, Platz geschaffen, sich vorbereitet und nebenbei Quartalsabrechnung fertiggestellt. Ganz spontan wurde dann der Dienstagnachmittag, also der erste Impftag nach Ostern, von allen anderen Terminen freigehalten, um starten zu können.

„Wir hätten wesentlich mehr Impfstoff verimpfen können, aber leider ist uns die bestellte Menge nicht zugeteilt worden“, so das Resümee des Mediziners nach den ersten Tagen. Auf eine Aufstockung der Menge ist seine Praxis vorbereitet, denn im Regelfall können drei Ärzte das Impfen übernehmen. Zurückgeblieben ist in den ersten Tagen nichts, alle 24 Dosen, die für die ersten Tage geliefert werden waren, konnten auch verimpft werden. Und auch auf der Warteliste stehen mit 197 Personen genügend Impfwillige, die den entsprechenden Priorisierungsgruppen angehören.

Der Impfstart in den Praxen sei daher durchaus gelungen und gleichwohl sieht der Mediziner noch deutlichen Verbesserungsbedarf, den er vor allem in der überbordenden Bürokratie und der nach wie vor geltenden Priorisierung sieht. „Die Bürokratie muss dringend auf ein absolutes Minimum reduziert und die Priorisierung aufgehoben werden“, so Emken. „Wir kennen unsere Patienten und die Patienten kennen uns – mehrseitige Formulare, die jedes kleine Detail abfragen, halten den Prozess auf, machen ihn kompliziert und bringen keinen wesentlichen Mehrwert.“ Wichtig sei jetzt, den Impfstoff zu den Menschen zu bringen und alles, was dies verzögern kann, wegzulassen.

Daher sei er auch für eine Aufhebung der Priorisierung. „Sie bedeutet einen enormen bürokratischen Aufwand. Einen Großteil meiner Zeit verwende ich darauf, Atteste auszustellen. Zeit, in der ich impfen könnte – was ich für sehr viel sinnvoller halte“, konstatiert der Arzt. Benötige er für die Bearbeitung eines Attestes rund zehn Minuten und mehr, so könnte er in der gleichen Zeit mindestens drei Personen impfen. „Wir sollten unser Ziel klar im Auge haben, statt uns an Details festzuhalten. Und das Ziel muss sein, möglichst viele Menschen zu impfen.“

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

„Wir wünschen uns vor allem mehr Impfstoff“

Impfstart nach Ostern: Dr. Silke Meinert, die gemeinsam mit ihrem Mann Dr. Martin Meinert eine Hausarztpraxis in Gudow (Kreis Herzogtum Lauenburg) führt, schildert ihre ersten Eindrücke.

Nordlicht: *Wie liefen die ersten Impfungen?*

Dr. Silke Meinert: Die ersten 18 Impfdosen pro Arzt haben mein Mann und ich in unserer Landarztpraxis bei Hausbesuchen an ältere, immobile und chronisch kranke Patientinnen und Patienten verimpft. Dabei schlug uns große Freude und Dankbarkeit entgegen, dass nun neben den Impfzentren auch wir Haus-ärzte mit in die Impfungen einsteigen. Die Lieferung durch die Apotheke verlief problemlos und durch die KVSH-Newsletter wurden wir umfassend zu den Impfstoffen und den Abrechnungsmodalitäten informiert.

Nordlicht: *Inwiefern ist das Impfen in der Praxis eine logistische Herausforderung?*

Meinert: Durch meine Arbeit in den Impfzentren Alt-Mölln und Geesthacht ist mir die aufwendige Dokumentation mit fünf Seiten Aufklärung und Einwilligung vertraut. Zusätzlich müssen die Patienten aber aufgrund des Impfstoffmangels nach Priorisierungsgruppen geimpft werden, was zu mehr Aufwand und auch manchmal zu Unmut anderer führt.

Nordlicht: *Ein Problem war sicher die Menge des zur Verfügung stehenden Impfstoffs. Was stand Ihnen zur Verfügung und wie haben Sie priorisiert?*

Meinert: In der ersten Woche haben wir 18 Dosen pro Arzt erhalten, sodass wir bisher die stark gefährdeten Patienten, wie z. B. Krebskranke und Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen impfen konnten.

Nordlicht: *Wie funktioniert das Handling des Impfstoffes?*

Meinert: Der Biontech-Impfstoff ist aufgetaut fünf Tage in einem normalen Kühlschrank haltbar, sodass man ihn auch bei größeren Mengen über die Woche verteilt impfen kann. Das Aufziehen des Comirnaty-Impfstoffes erscheint vielen erst sehr kompliziert, da dieser Impfstoff rekonstituiert werden muss, was in einem sechsminütigen Video auf der KVSH-Website erklärt wird. Aber es ist auch kein „Hexenwerk“, sodass wir ohne Probleme starten konnten.



Nordlicht: *Wie haben Ihre Patienten auf das Impfangebot reagiert?*

Meinert: Die Patientinnen und Patienten sind durchweg dankbar und glücklich, dass sie jetzt geimpft werden.

Nordlicht: *Was sollten Ärzte bedenken, wenn sie mit dem Impfen beginnen wollen?*

Meinert: Man sollte sich vorher die Logistik, also Aufklärung, Dokumentation im eKVSH-Portal und in der Patientenakte, Aufziehtechnik, Bestellsystem für die 2. Impfdosen etc. überlegen, um die Impfung in den Praxisalltag zu integrieren. Für die Vorbereitung der einzelnen Impfstoffdosen ist eine ruhige Arbeitsumgebung hilfreich.

Nordlicht: *Was wünschen Sie sich für die nahe Zukunft?*

Meinert: Für die nähere Zukunft wünsche ich mir, dass uns mehr Impfstoff zur Verfügung steht und wir dadurch bald wieder ein Leben ohne tägliche Coronafallzahlen, sondern mit Konzerten, Hobbys und Familienfeiern leben können.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH

Arbeiten am Limit

Als wir hörten, dass wir wirklich in der Woche nach Ostern COVID-19-Impfstoff erhalten sollten, reagierten wir zunächst sehr verhalten, weil wir dachten, dass es bestimmt wieder kurzfristig verschoben wird. Wir haben deshalb erst einmal keine Termine abgesprochen. Vorsorglich haben wir aber seit der letzten Märzwoche eine Liste mit unseren Patienten der Priorisierungsgruppe 1 und 2 mit chronischen Erkrankungen erstellt.



durchführen und die Nachbeobachtung war in der Praxis in der Sprechstundenfreien Zeit sehr gut möglich. Für den vorgeplanten Freitagnachmittag hatten wir dann keinen Impfstoff mehr.

Mehrarbeit bis an die Belastungsgrenze

Die Impfungen in der Praxis sind logistisch nur in der Sprechstundenfreien Zeit möglich. Wir haben eine Pandemie, was bedeutet, dass sich nur eine bestimmte Anzahl von Patienten mit Abstand in den Wartezonen in der Praxis aufhalten dürfen. Da wir jeden Tag von 7.30 Uhr bis 13.00 Uhr und Montag, Dienstag und Donnerstag von 15.00 bis 19.00 Uhr Sprechstunde haben und nur Mittwoch- und Freitagnachmittag keine, können wir auch nur dann impfen. Den sowieso schon überbeanspruchten MFA Überstunden anzuordnen und ihre Mittagspause zu opfern, wollen wir nicht. Wir alle müssen in dieser sehr herausfordernden

Der Impfstoff kommt

Am Dienstagmittag nach Ostern kam dann tatsächlich ein Bote mit unserem Impfstoff, zwar nur mit der Hälfte von dem, was wir bestellt hatten, aber immerhin ... Schnell hatten wir alle Impftermine vergeben. Ich hatte meine Hausbesuchsplanung umgestellt, sodass ich am Dienstagnachmittag die ersten sechs und am Donnerstagvormittag die zweiten sechs Patienten impfen konnte. Logistisch war es schon eine Herausforderung: Der Impfstoff Comirnaty von Biontech/Pfizer musste frisch angesetzt und sorgfältig aufgezogen werden, dann gekühlt und dunkel zu den Patienten mitgenommen werden, ohne ihn zu erschüttern, vor Ort dann die Aufklärung und Einwilligung unterschreiben lassen, impfen, nachbeobachten und währenddessen im Laptop dokumentieren und abrechnen (Ziffer mit Chargennummer).

Einfacher ging es am Mittwochnachmittag in der Praxis, wo die Patienten dann zu uns kamen und sehr dankbar waren. Natürlich hat die Aufklärung auch viel Zeit in Anspruch genommen, die Medizinische Fachangestellte (MFA) konnte dann die Impfung

Zeit achtsam mit unseren Ressourcen umgehen. Die Impfungen sind zusätzliche Arbeit, auch wenn sie mir schon Freude bereiten. Aber im Corona-Alltag mit Infektsprechstunden, Abstrichen, Monitoring, Impftesten, Impfberatungen und den Sachen, die wir vor Corona auch irgendwie gemacht haben (und damit schon sehr eingespannt waren) fühle ich mich an der Grenze meiner Belastbarkeit.

Die Sprechstunde jetzt komplett auf reine Impfsprechstunden umzustellen, finde ich auch nicht sinnvoll, denn es gibt genügend andere Erkrankungen, die man nicht einfach verschieben kann. Es gibt tatsächlich Patienten, die zu uns kommen und sagen: „Mein Hausarzt macht nur noch Infektsprechstunden, mit meinen geschwollenen Fingergelenken soll ich nach der Corona-Pandemie wiederkommen ...!“ und wir diagnostizieren eine rheumatoide Arthritis ... das finde ich verantwortungslos. Ich will weiterhin Hausärztin und nicht Impfärztin sein.

Reaktion der Patienten

Die Patienten freuen sich sehr, dass jetzt ihre Hausärztin impft. Das Vertrauen der alten Menschen in fremde Ärzte ist sehr verhalten. Bei meinen Hausbesuchspatienten habe ich einige über 80- bis 90-jährige, die zwar einen Code fürs Impfzentrum bekommen haben, aber gleich gesagt haben, sie wollen sich nur von mir impfen lassen. Trotzdem sollten aus meiner Sicht die Impfzentren bestehen bleiben, denn wir können nicht alle unsere Patienten impfen und wer fit ist, kann ins Impfzentrum gehen.



„Bevor man mit dem Impfen beginnt, sollte man wie immer einen Plan haben.“

Umgang mit dem Impfstoff

Das Handling mit dem Impfstoff erfordert schon etwas Fingerspitzengefühl, denn das Einbringen von 1,8ml NaCl und das Absaugen der überschüssigen Luft sollte in einem Arbeitsgang abwechselnd erfolgen, damit sich der Druck in dem Fläschchen nicht so stark erhöht. Also 0,5ml hineinspritzen und 0,5ml

Luft absaugen usw. bis die ganze Menge NaCl im Fläschchen ist. Es empfiehlt sich auch, die gleiche grüne Kanüle dann im Fläschchen zu belassen, um nacheinander alle sechs Spritzen aufzuziehen.

Bevor man mit dem Impfen beginnt, sollte man wie immer einen Plan haben:

- Priorisierung nach Alter, das macht jedes Software-System, dann eventuell noch nach Diagnosen suchen, aber als Hausarzt kennt man seine Patienten, die unbedingt geimpft werden sollten
- 10 bis 15 Minuten als Impftermin einplanen, zuzüglich der 15 Minuten Nachbeobachtung
- Aufklärungsbögen vorher versenden oder abholen lassen oder selbst aus dem Internet ausdrucken lassen
- Einwilligungserklärung nach dem Gespräch unterschreiben lassen
- 2. Impftermin gleich mitgeben

Durch die KVSH sind wir sehr gut vorbereitet gewesen: Die Zubereitungsanleitung, das Handling mit dem Impfstoff und die Abrechnungsziffern sind schon in der Woche vorher zugefaxt worden. Was uns allerdings fehlte, sind die Aufkleber für die Impfausweise, aber die haben wir jetzt bestellt und werden die fehlenden bei der 2. Impfung nachkleben. Was ich mir für die Zukunft wünsche, ist wieder mehr Freizeit mit kulturellen Erlebnissen, Konzerte, Ballett, Theater, Kino, Treffen mit Freunden, Shoppen gehen, geliebte Menschen umarmen und ein Leben ohne Maske. Aber wann das sein wird, steht wohl in den Sternen. Auf jeden Fall bin ich zuversichtlich, dass wir mit dem Einbeziehen der Hausärzte einen wesentlichen Fortschritt zur Pandemiebekämpfung erreichen.

DR. ILKA PETERSEN-VOLLMAR, FACHÄRZTIN
FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, BAD SEGERBERG

IMPFFEN IN DEN PRAXEN

Hochrechnungen zur Relevanz des Impfens in den Praxen

VON DR. DOMINIK VON STILLFRIED, VORSTANDSVORSITZENDER DES ZI

Der 6. April 2021 markierte den formalen COVID-19-Impfstart in den Arztpraxen. Schon am 7. April twitterte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eine Rekordzahl von rund 656.000 Impfungen an einem Tag. Davon entfielen 306.000 auf die Praxen.

Nach Wochen einer schleppenden Impfkampagne wurde also endlich der viel beschworene „Impfturbo“ gezündet. Allerdings zunächst mit angezogener Handbremse, denn der Impfstoff für die Praxen ist noch rationiert – zunächst auf rund eine Millionen Dosen pro Woche. Erst ab Mai, so die offiziellen Zahlen des Bundesgesundheitsministers, erlauben die Lieferzusagen der Hersteller dann wöchentlich laufend steigende Bestellmengen für die Praxen. Diese sollen ab KW 17 bereits vier Millionen erreichen können.

Rückblende: Berlin, Anfang Februar 2021. In einer Videokonferenz der Ministerpräsidenten mit dem Kanzleramt verlangt die Kanzlerin nach einer Modellierung. Sie hat der deutschen Bevölkerung ein Versprechen gegeben und will eine klare Perspektive, wann die Hochrisikogruppen geimpft sein können – und wann die gesamte Bevölkerung in Deutschland. Wann kommt wie viel Impfstoff? Was leisten die Impfzentren? Ein Datenmodell soll her, an dem jeder verfolgen kann, wie es um die Impfkampagne steht und was getan werden muss, um sie zu beschleunigen. Bundesminister Jens Spahn fühlt bei der KBV vor. Ob das Zi eine Modellierung auf die Beine stellen kann? Das Zi sagt zu und erhält notwendige Daten aus dem BMG.

Am 24. Februar 2021 stellen KBV und Zi dann die Modellierung öffentlich vor. Ein Vorläufer war bereits auf Wunsch des Kanzleramtes in der Konferenz der Staatskanzleien diskutiert worden. Die Kernbotschaft der Modellierung: Bis Anfang/Mitte August 2021 kann die erwachsene Bevölkerung (ab 18 Jahren) in Deutschland vollständig geimpft sein. Voraussetzung: Nicht nur die Impfzentren impfen, sondern auch die Vertragsarztpraxen werden möglichst frühzeitig einbezogen. Es ist im Grunde eine einfache Rechnung: Wenn 50.000 der bundesweit rund 75.000 Arztpraxen täglich jeweils 20 Impfstoff-dosen verabreichen, könnte die Impfleistung der Zentren durch die Praxen wöchentlich um rund fünf Millionen Impfungen zusätzlich verstärkt werden. In den 433 Impfzentren

wurden laut Meldedaten des Robert Koch-Instituts (RKI) anfänglich um die 140.000, später auch bis zu 350.000 Impfungen pro Tag vorgenommen. Die Bestleistung der Zentren könnte durch die



Vertragsarztpraxen also mehr als verdreifacht werden. Die Modellierung des Zi zeigte auch, dass spätestens ab Ostern 2021 genug Impfstoff vorhanden wäre, um die Praxen systematisch einzubeziehen. Hier waren am 24. Februar aber noch jede Menge Voraussetzungen zu schaffen: Der Distributionsweg und die Bestellung durch Praxen mussten geregelt, eine vereinfachte Impfdokumentation definiert werden, damit diese aus der Praxissoftware heraus zu bedienen ist. Last but not least, musste die Vergütung festgelegt werden. All dies musste in die Impfverordnung aufgenommen werden; zudem mussten Bund und Länder sich verständigen, welche Impfstoffmengen die Impfzentren erhalten. Hier definierte die Gesundheitsministerkonferenz am 19. März einen Zielwert von 2,25 Millionen Impfdosen wöchentlich

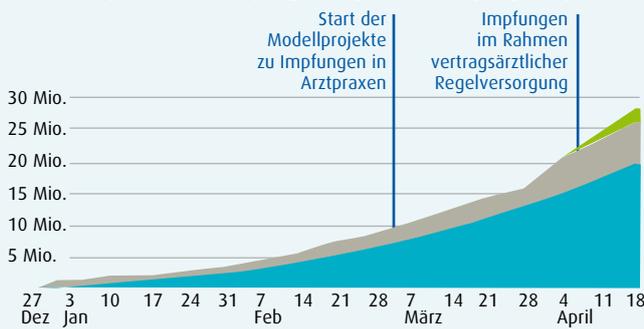
für die Zentren. Die Praxen würden erhalten, was an Impfstoff darüber hinaus verfügbar wäre.

Was anfänglich vielen Multiplikatoren in Politik und Medien nicht bewusst war: Tatsächlich impfen regulär rund 55.100 Praxen mit 87.000 Ärztinnen und Ärzten regelmäßig. Dies sind naturgemäß überwiegend Hausarztpraxen, aber auch Facharztpraxen zählen dazu. Berücksichtigt man alle Praxen, die mindestens eine Impfung pro Jahr durchführen, kommt man auf 47.700 Praxen, die potenziell Teil der Impfkampagne sein können. Wenn ab Mai die Impfstofflieferungen wöchentlich größer werden, kann es schon sinnvoll sein, in einer gemeinsamen Kraftanstrengung gegen Ende Mai und Juni möglichst breit zu impfen, damit auch wirklich der gesamte verfügbare Impfstoff zur Pandemiebekämpfung genutzt wird.

Entwicklung der Impfkampagne

Kumulierte Anzahl verimpfter und unverimpfter Dosen in Mio.

■ Unverimpfte Dosen ■ Impfungen Arztpraxen ■ Impfungen Impfzentren

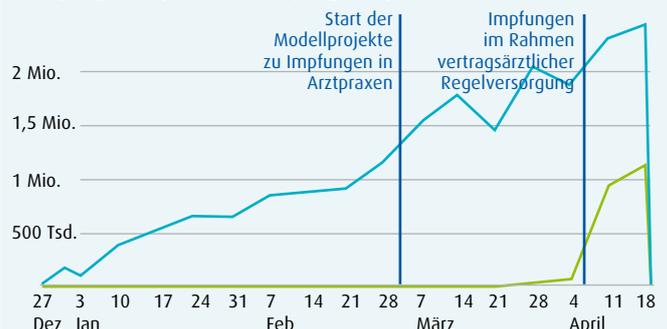


© Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Zi Data Science Lab, Quelle: RKI und KBV

Wöchentliche Impfungen

Anzahl verimpfter Dosen in Mio. pro Kalenderwoche

■ Impfungen Arztpraxis ■ Impfungen Impfzentren



© Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Zi Data Science Lab, Quelle: RKI und KBV

Anhand der Modellierung konnte gezeigt werden, welche Effekte das Zurücklegen der Zweitdosis bzw. die Verlängerung des Impfintervals auf den Impffortschritt haben würde. Da mittlerweile auch bekannt war, dass allein die Erstdosis bereits einen wirksamen Schutz vor schweren Verläufen bietet, wurden die Empfehlungen des BMG so angepasst, dass möglichst schnell ein großer Teil der Bevölkerung einen solchen Erstschutz erhalten könnte. Das ist bis heute für die Personen mit erhöhten Risiken von elementarer Bedeutung – die im Übrigen mit steigenden Inzidenzzahlen ebenfalls steigt. Zudem konnte anhand der Modellierung durchgespielt werden, welche Effekte durch einen Ausfall von Impfungen mit dem Wirkstoff von AstraZeneca zu erwarten gewesen wären.

An der entscheidenden Aussage der Modellierung hat sich nichts geändert. Wer maximale Geschwindigkeit zur Verimpfung der zugesagten Liefermengen erreichen will, kommt ohne Arztpraxen nicht aus. Im Februar sahen die Länder die Tageskapazität der Impfzentren bei rund 340.000 Dosen und schätzten, dass diese im März auf über 550.000 gesteigert werden könnte. Obwohl nur an wenigen Orten tatsächlich mehr als 90 Prozent des ausgelieferten Impfstoffs verimpft wurde, blieben die Zentren in der Regel aber weit unterhalb dieser geschätzten Kapazitätswerte.

Das Zi beobachtete, dass die Länder in der ersten Aprilwoche ein „Polster“ von insgesamt einer guten Wochenration an nicht verimpften Dosen vor sich herschieben. Würden diese Polster abgebaut und die Belieferung der Zentren bis dahin gemindert, stünden den Praxen insgesamt wöchentlich rund 2,6 Millionen Dosen zur Verimpfung zur Verfügung. Die Impfdokumentation der KBV zeigt, dass die impfenden Praxen im Schnitt zwischen 60 und 120 Impfungen täglich umsetzen können.

Aktuell haben bundesweit bereits rund 55.000 Praxen Impfstoff bestellt. In unserer Projektion des weiteren Impffortschritts rechnen wir trotzdem mit etwas konservativeren Werten zur Kapazität der Praxen. Wir gehen unter den aktuellen Bedingungen davon aus, dass regelhaft 30 Impfungen an drei Wochentagen in 50.000 Praxen möglich sind. Unter diesen Annahmen stellt sich der weitere Impffortschritt wie folgt dar: Alle Erwachsenen könnten Stand heute (19. April 2021) eine erste Impfdosis bis Ende Juli erhalten, bis Ende August könnten Sie vollständig geimpft sein. Epidemiologische Daten zur Durchimpfungsquote der einzelnen Risikogruppen liegen uns nicht vor. Auf Basis der Anzahl der durchgeführten Impfungen könnte die Risikogruppe 1 nach STIKO (13 Prozent der Bevölkerung ab 18 Jahren) bis Anfang Mai vollständig durchgeimpft sein, die Risikogruppen 2-4 (weitere 29 Prozent

der Bevölkerung ab 18 Jahren) könnte bis Ende Juni vollständig geimpft sein.

Diese Ziele können aber nur erreicht werden, wenn auch weiterhin Impfstoffe in die Praxen gelangen. Ohne die Praxen und nur mit der aktuellen Kapazität der Impfzentren wären diese Meilensteine nicht zu schaffen. Bis Ende Juni wären dann nur die Risikogruppen 1 bis 3 zu impfen, zudem würden schätzungsweise 40 Millionen Impfdosen ungenutzt im Lager der Impfzentren liegen. Eine Durchimpfung der Bevölkerung wäre dann frühestens zum Weihnachtsfest möglich.

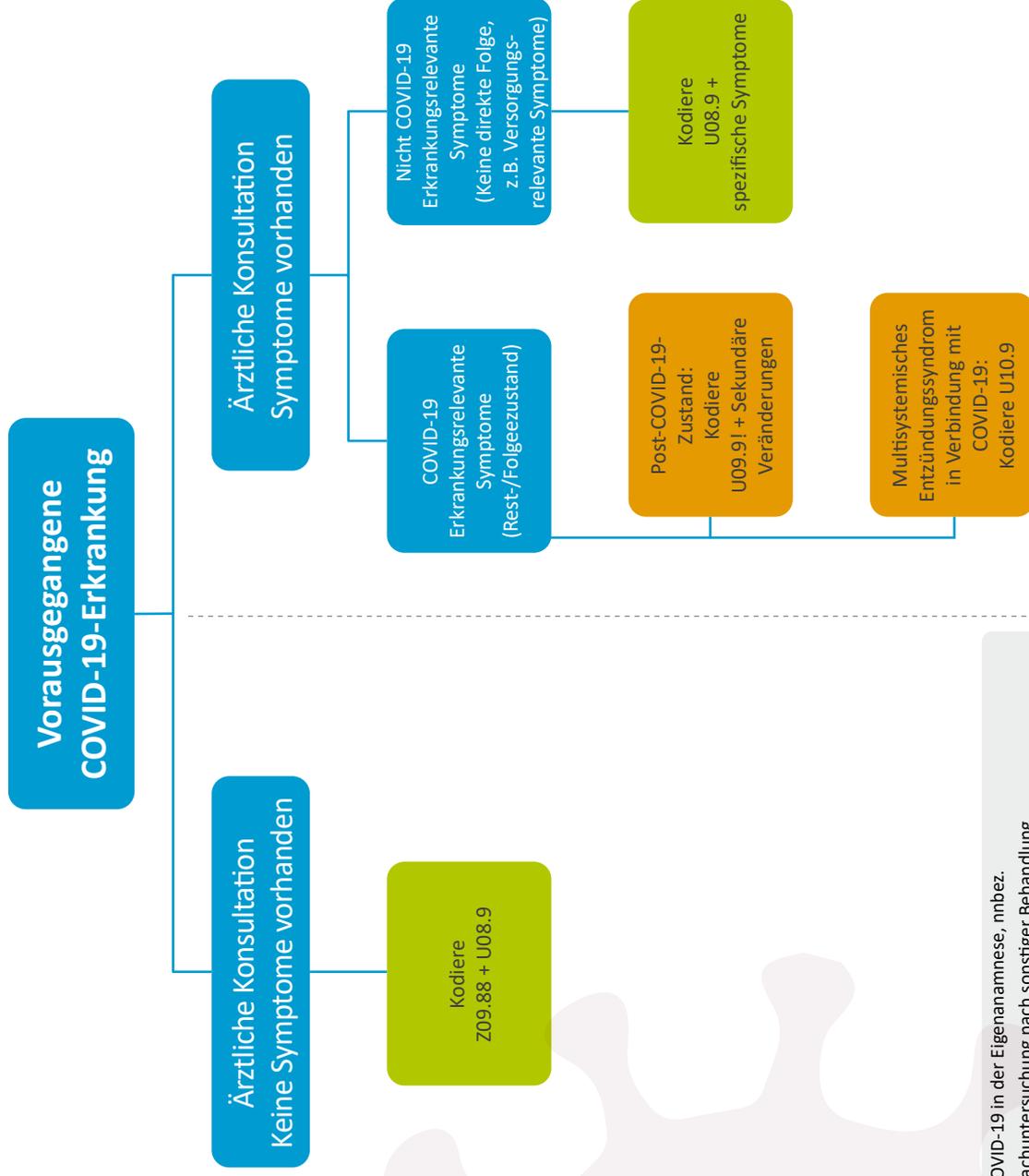
Wie wichtig die Praxen für die Impfkampagne sind, zeigt ein Blick in die Liefererwartungen. Aktuell gehen wir davon aus, dass die Praxen ab Mai jede Woche etwa 600.000 Impfdosen mehr als in der Vorwoche erreichen werden. Ihren erwarteten Höhepunkt erreichen die Lieferungen Anfang Juli. Dann werden mehr als neun Millionen gelieferte Dosen in einer Woche erwartet. Auf diesem Niveau werden die Lieferungen dann bis Ende September verbleiben. Die Impfzentren schaffen in ihrer aktuellen Ausgestaltung etwa 2,25 Millionen Dosen pro Woche. Die Praxen müssen darum ab Juli die übrigen 6,75 Millionen Dosen verimpfen. Dies bedeutet mit Blick auf die 55.100 regelmäßig impfenden Praxen, dass sie jede Woche 120 Impfungen durchführen müssen. Dies wird auch die Praxen an den Rand ihrer Impfkapazitäten bringen. Aktuell nehmen die meisten Praxen bereits an der Impfkampagne teil und erhalten durchschnittlich 20 bis 30 Impfdosen, in naher Zukunft wird sich diese Menge vervierfachen. Darauf sollten sich die Praxen schon heute einstellen. Es wäre wünschenswert, wenn für die Praxen hierüber seitens des Bundes bald Klarheit hergestellt werden könnte, sodass in den Praxen verlässlich geplant werden kann.

Weiterhin gilt, was der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Andreas Gassen, bei der Vorstellung des Modellierungstools sagt: „Jede zusätzliche Impfung reduziert die Gefahr einer Ansteckung sowie das Risiko schwerer Krankheitsverläufe. Je größer der Anteil der Geimpften in der Bevölkerung, umso weniger müssen wir uns mit den Konsequenzen des Lockdowns auseinandersetzen. Es kommt jetzt auf jeden Tag und jede Woche an.“

Das Online-Tool des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) kann hier eingesehen werden:
<https://www.zidatasciencelab.de/cov19vaccsim/>
 der täglich aktualisierte Corona-Impfindex hier:
<https://www.zidatasciencelab.de/covidimpfindex/>

4 Zustand nach vorausgegangener Erkrankung

1 Kodieren einer COVID-19-Erkrankung



U08.9 COVID-19 in der Eigenanamnese, nnbez.

Z09.88 Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände

U09.9I Post-COVID-19-Zustand, nnbez.

U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nnbez.

inkl. „Kawasaki-like“-Syndrom, Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C), Paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS)

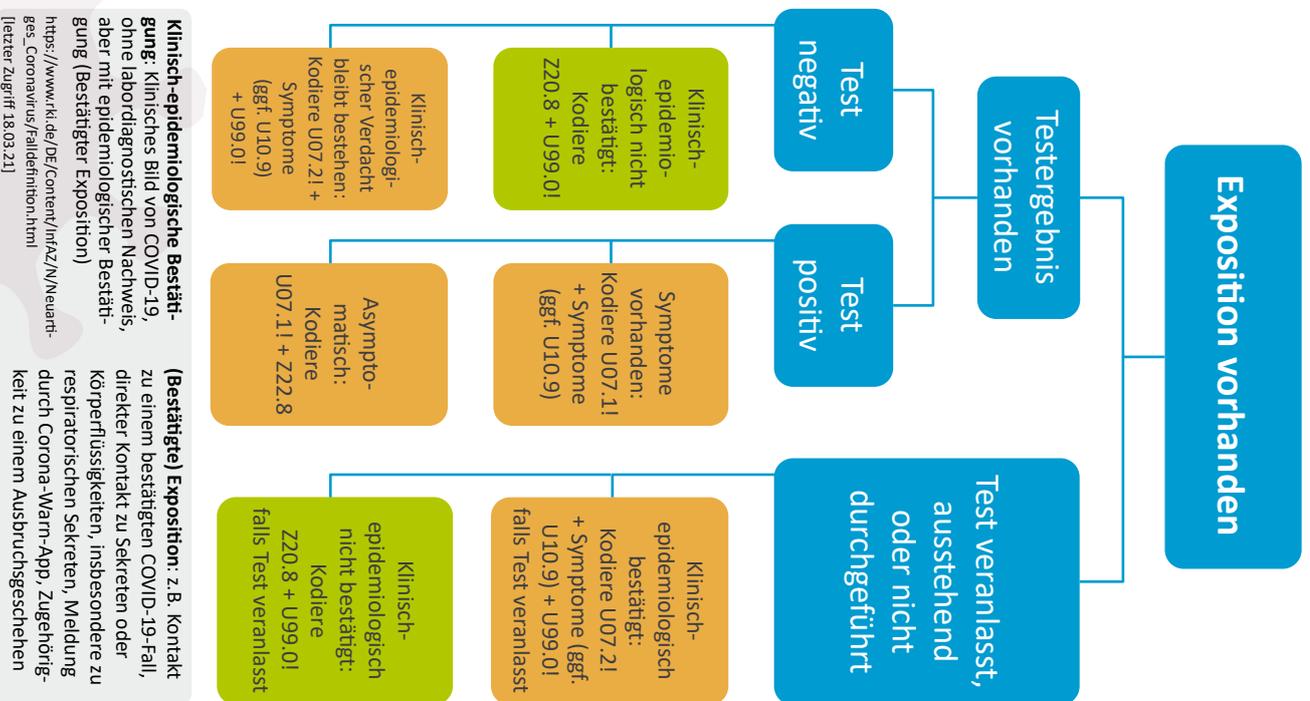
Bitte füllen

Bitte füllen



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

2 Exposition vorhanden

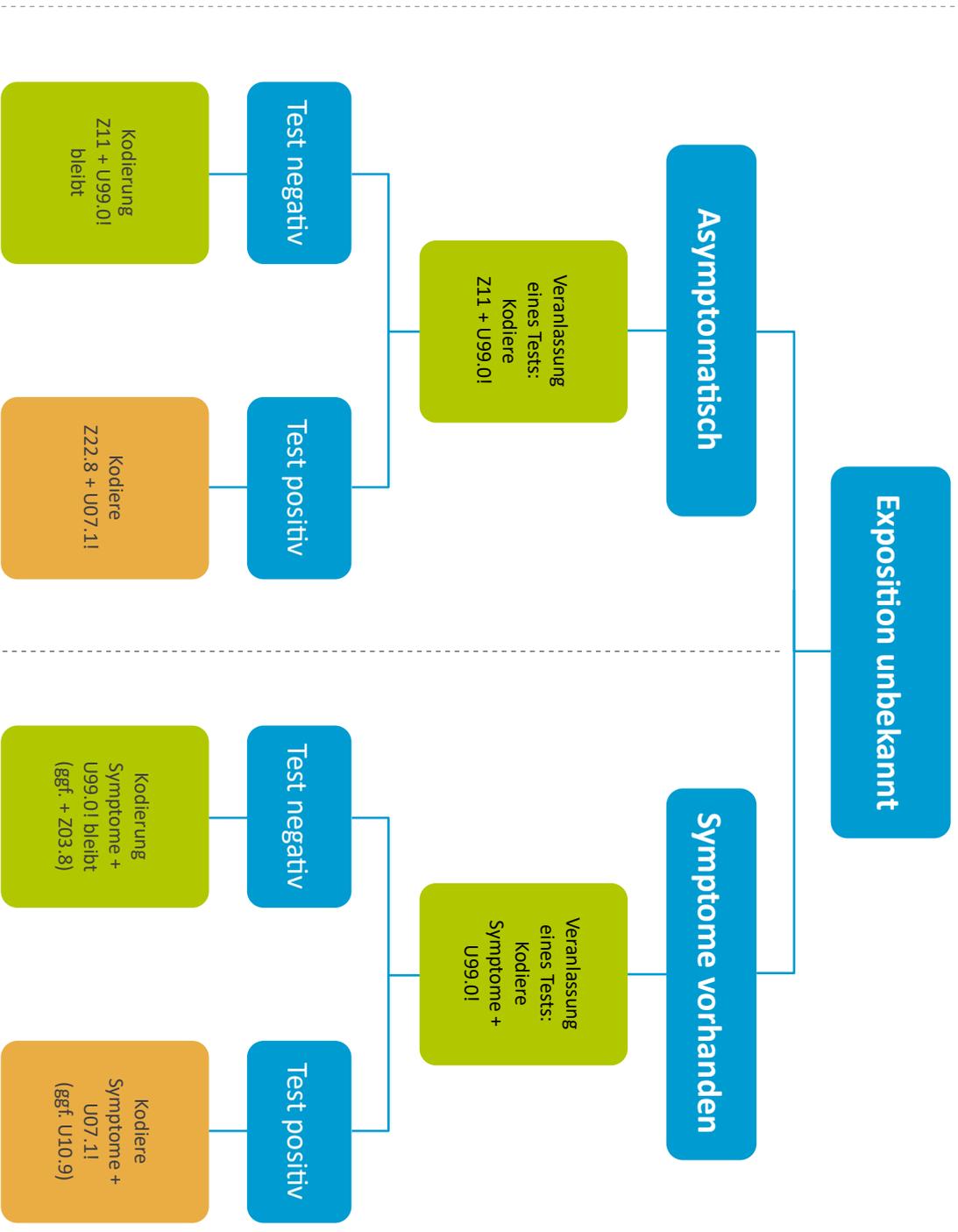


Klinisch-epidemiologische Bestätigung: Klinisches Bild von COVID-19, ohne laborlogischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung (Bestätigter Exposition)

(Bestätigte) Exposition: z. B. Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall, direkter Kontakt zu Sekretren oder Körperflüssigkeiten, insbesondere zu respiratorischen Sekreten, Meldung durch Corona-Warn-App, Zugehörigkeit zu einem Ausbruchsgeschehen

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Falldefinition.html (letzter Zugriff 18.03.21)

3 Exposition unbekannt



U07.11 COVID-19, Virus nachgewiesen

U07.21 COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, mbez. inkl. Zytokinsturm

U99.01 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2

Z11 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten

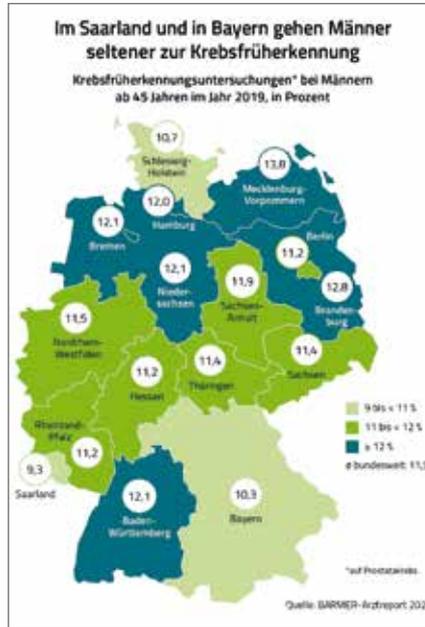
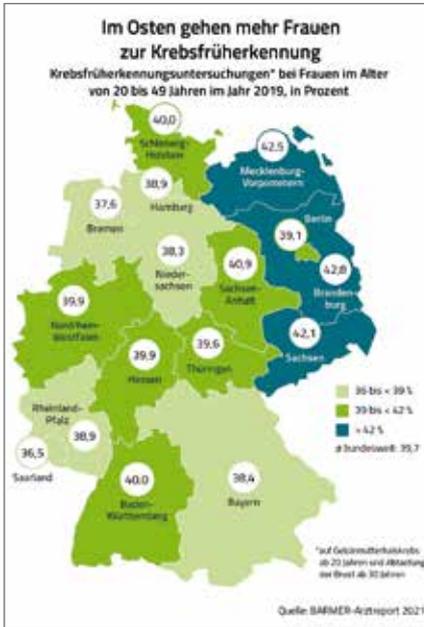
Z20.8 Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten

Z22.8 Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten

Z03.8 Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen

AUSWERTUNG

Männer bleiben Vorsorgemuffel



Berlin – Männer gehen nach wie vor deutlich seltener zur Krebsfrüherkennung als Frauen. Das geht aus einer Auswertung der BARMER hervor. Im Jahr 2019 nahmen demnach beispielsweise bundesweit lediglich 4,73 Millionen Männer (12 Prozent) eine Früherkennungsuntersuchung auf Prostatakrebs wahr. Demgegenüber stehen 16,73 Millionen teilnehmende Frauen (40 Prozent), die sich auf Brust- und Gebärmutterhalskrebs hin testen ließen. Dieser Wert entspricht auch der Teilnahmequote von Frauen in Schleswig-Holstein. Das Saarland (36,5 Prozent) und Niedersachsen (38,3 Prozent) weisen die niedrigsten Untersuchungsraten auf. Spitzenreiter war Brandenburg mit 42,8 Prozent. Bei den Männern gab es die geringsten Raten im Saarland (9,3 Prozent), in Bayern (10,3 Prozent) und in Schleswig-Holstein (10,7 Prozent). Am häufigsten genutzt wurde die Krebsfrüherkennung von Männern dagegen in Mecklenburg-Vorpommern (13,8 Prozent).

DIABETES

Neuer Gesundheitspass erfasst auch COVID-19-Impfung

Berlin – Die Deutsche Diabetes Gesellschaft und die Deutsche Diabetes-Hilfe haben den „Gesundheitspass Diabetes“ aktualisiert. Er gibt Betroffenen und Ärzten einen Überblick über wichtige Daten, wie Glukose- und HbA_{1c}-Angaben, Blutdruck, Augenbefund sowie Nieren- und Fettstoffwechselwerte. Die Gesellschaften haben außerdem Hinweise auf die Gripeschutz- und COVID-19-Impfungen sowie diagnostische Maßnahmen ergänzt. Der neue Pass erscheint zudem erstmals auch in den Sprachen Englisch, Türkisch, Arabisch und Russisch und kann gegen einen Unkostenbeitrag unter Tel. 0711 66 72 14 83 (SVK, Kirchheim-Verlag) oder unter www.kirchheim-shop.de bestellt werden.

FÖRDERPROGRAMM

Corona-gerechte raumluftechnische Anlagen

Berlin – Ab sofort können auch private Einrichtungen für die Corona-gerechte Um- und Aufrüstung von raumluftechnischen Anlagen beim Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle eine Förderung beantragen. Dazu zählen neben privaten Kitas und Schulen, privaten Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, der Kinder- und der Jugendhilfe auch medizinische Einrichtungen, wie z. B. Großpraxen und OP-Zentren. Ziel ist eine Verringerung des Corona-Infektionsrisikos über Aerosole. Raumluftechnische Anlagen, sogenannte RLT-Anlagen, versorgen Räume mit Frisch- und Umluft.

Gefördert werden beispielsweise der Erwerb und Einbau von Filtertechnik mit Virenschutzfunktion, die Umrüstung einer Umluftanlage zu einer Zuluftanlage oder die Ergänzung von Messtechnik zur verbesserten Steuerung der Anlage. 40 Prozent der förderfähigen Ausgaben können bezuschusst werden, maximal jedoch 100.000 Euro pro Anlage.

Der Bund stellt für die Förderung insgesamt 500 Millionen Euro zur Verfügung. Förderanträge können bis zum 31. Dezember 2021 gestellt werden.

Weitere Informationen unter www.bafa.de/DE/Energie/Energieeffizienz/Raumluftechnische_Anlagen/raumluftechnische_anlagen_node.html

KRANKSCHREIBUNGEN

Schleswig-Holstein hat „Rücken“

Kiel – Keine anderen Erkrankungen führten 2020 in Schleswig-Holstein zu so vielen krankheitsbedingten Arbeitsausfällen wie die des Muskel-Skelett-Systems. Die häufigste Form war Rückenschmerz. Dies zeigt eine Auswertung der schleswig-holsteinischen Erwerbstätigen, die bei der BARMER versichert sind. Insgesamt waren demnach im Jahr 2020 die Beschäftigten im Land durchschnittlich 18,1 Tage krankgeschrieben. Für vier dieser Fehltage waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems die Ursache.

IMPFKAMPAGNE

KBV und Zi stellen „Corona-Impfindex“ online



Berlin – Um den Impffortschritt in den Arztpraxen und Impfzentren tagesaktuell vergleichen zu können, haben das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) das neue Online-Tool „Corona-Impfindex“ freigeschaltet:

www.zidatasciencelab.de/covidimpfindex/

INFLUENZA

Corona-Pandemie stoppt Grippewelle

Kiel – Die Grippewelle fällt in diesem Winter und Frühjahr voraussichtlich komplett aus. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Auswertung unter krankgeschriebenen BARMER-versicherten Erwerbstätigen zwischen 15 und 64 Jahren. Demnach war nach den jeweiligen Jahreswechsellern ab 2018 die Zahl der Grippe-Krankschreibungen in Schleswig-Holstein auf bis zu rund 700 Fälle pro Woche angestiegen.

In diesem Jahr hingegen liegt die Zahl der Krankschreibungen bei dieser Erkrankung kontinuierlich bei unter 20 BARMER-Versicherten pro Woche. Die Abstands- und Hygieneregeln zum Schutz vor Corona senken danach ganz offensichtlich auch das Influenzarisiko. Laut der Analyse sei deshalb nicht nur die Zahl der Krankschreibungen wegen Grippe seit Jahresbeginn vergleichsweise gering. Dasselbe gelte für Atemwegserkrankungen insgesamt.

So seien in der neunten Kalenderwoche dieses Jahres in Schleswig-Holstein nur rund 1.000 BARMER-versicherte Erwerbstätige mit Atemwegserkrankungen arbeitsunfähig gewesen. In derselben Kalenderwoche des Jahres 2018 waren es mit 6.875 Betroffenen über sechsmal so viele Personen.

KVSH

Erklärfilm zum neuen Heilmittelbudget



Bad Segeberg – Die KVSH hat ein Erklärvideo zum neuen Heilmittelbudget auf YouTube veröffentlicht. Thomas Froberg, Teamleiter Beratungen bei der KVSH, erläutert unter www.youtube.com/watch?v=qAtwwn3Lc8M das neue Berechnungsverfahren, seine Hintergründe sowie die Auswirkungen für den einzelnen Arzt.

Das Heilmittelbudget für Ärzte wird seit dem 1. Januar 2021 neu berechnet. Wurden bis zum Jahresende 2020 die Budgets genauer bestimmt – beispielsweise anhand der Diagnosen und des Alters der Patienten, um daraus ein auf den Arzt zugeschnittenes individuelles Budget zu errechnen – so ist diese Art der Bestimmung aufgrund der europäischen Datenschutzgrundverordnung nun nicht mehr umsetzbar.

Ermittelt werden nun Durchschnittswerte. Grundlage sind hierfür – unabhängig von der Abrechnung – die kurativ behandelten Patienten (= Fälle), die mit den durchschnittlichen Heilmittelkosten der Fachgruppe des Arztes (= Fallwert Heilmittel) multipliziert werden. Daraus ergibt sich das für den Arzt berechnete Budget. Die KVSH sei dabei an die gültige Gesetzgebung gebunden und habe keinerlei Spielraum, so Froberg.

FRÜHERKENNUNG

Schwangere nutzen Angebote

Berlin – Fast alle Schwangeren nutzen die in den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen Screenings zur Früherkennung bestimmter Erkrankungen. Das zeigt eine Analyse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Jahre 2010 bis 2018.

Danach machten im Jahr 2018 je nach Test zwischen 85 und 94 Prozent der Schwangeren von dem Angebot zur Früherkennung Gebrauch. Ähnlich hoch war die Teilnehmerate in den Jahren zuvor. Für die Analyse wurden die Screening-Daten aller gesetzlich versicherten Schwangeren im Untersuchungszeitraum ausgewertet.

STAY CONNECTED

Welt-MS-Tag für Menschen mit Multipler Sklerose



STAY CONNECTED
WIR BLEIBEN IN VERBINDUNG

STÄRKER ALS MULTIPLE SKLEROSE
DIE DEUTSCHE MULTIPLE SKLEROSE GESELLSCHAFT HILFT
Mehr auf www.dmsg.de

dmsg Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft

Mit freundlicher Unterstützung: **BAK** Bundesverband der Ärzte für Multiple Sklerose

SPENDENKONTO:
IBAN: DE17 2512 0510 0000 4040 40
BIC: BFSWDE33HAN

Oder einfach den Code mit dem Smartphone scannen und das Online-Spendentool der DMSG nutzen.



Berlin – Am 30. Mai 2021 macht der „Welt-MS-Tag“ zum 13. Mal auf die weltweit rund 2,8 Millionen an Multipler Sklerose Erkrankten aufmerksam, will Unterstützung mobilisieren und über die Erkrankung aufklären. Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft hat den Aktionstag in diesem Jahr mit Blick auf die Corona-Pandemie unter das Motto: „Stay Connected. Wir bleiben in Verbindung!“ gestellt.



Mehr Informationen unter: <https://dmsg-sh.de/>

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Versorgungssicherungsfonds des Landes geht in die Verlängerung



Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Wissenschaft
und Gleichstellung

Kiel – Seit 2018 fördert das Land Schleswig-Holstein innovative und sektorenübergreifende Projekte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Bisher wurden rund 20 Projekte unterstützt, darunter auch etliche, an denen niedergelassene Ärzte beteiligt sind.

Jetzt geht der Versorgungssicherungsfonds in die Verlängerung: Die Landesregierung hat beschlossen, dass die Förderrichtlinie bis Ende Februar 2023 gelten wird. Für 2021, 2022 und 2023 stehen jeweils fünf Millionen Euro für die Projektförderung zur Verfügung.



Projekte können für bis zu drei Jahre mit bis zu 500.000 Euro unterstützt werden. Gefördert werden innovative und zukunftsweisende Konzepte, die eine flächendeckende und gut erreichbare, bedarfsgerechte Versorgung erhalten, stärken oder diese unter veränderten Rahmenbedingungen weiterentwickeln.

Zum Kreis der Antragsberechtigten gehören niedergelassene Ärzte, Arztpraxen, MVZ und Ärztehäuser ebenso wie Kliniken, Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen sowie Organisationen aus dem medizinischen Bereich.

Anträge sind beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren zu stellen. Weitere Informationen zu Förderbedingungen, zum Antragsverfahren und zu Ansprechpartnern finden sich auf der Website des Ministeriums:

www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheits_dienste/Versorgungssicherungsfonds.html

Resignation

Auch im zweiten Jahr der Corona-Pandemie ist Deutschland auf Kurssuche. Orientierung, Verständlichkeit und Verlässlichkeit – diese an sich selbstverständlichen Erwartungen, gerade in Krisenzeiten – bleibt die Politik weiter schuldig. Aus dem Konsens der ersten Monate wurde mit dem anschließenden Gestolper von Lockdown zu Lockdown eine Vertrauenskrise, die bis in die Verfassungsorgane unseres Staates reicht. Der vorläufige Tiefpunkt ist jetzt mit der Bundesnotbremse erreicht. Die faktische Selbstaufgabe der Bundesländer entspricht dem Gefühl des resignativen Dämmerzustandes, in dem auch die Bürger es aufgegeben haben, sich mit Vernunft mit den Entscheidungen der Politik auseinanderzusetzen.

Die spürbare Verzweiflung vieler Menschen hat maßgeblich zwei Ursachen: Zum einen die Furcht vor dem Coronavirus, dessen teils dramatische Krankheitsverläufe zu einer fast ausweglosen Lebensgefahr für Jedermann stilisiert werden; und zweitens das Unvermögen von Politik und Wissenschaft, das Gefühl von Schutz und Hilfe zu vermitteln, das die Bürger sich von ihnen erhoffen. Nach Monaten immer neuer politischer Fehleinschätzungen sind Akzeptanz und Vertrauen in den Sinn und die Wirksamkeit staatlicher „Schutzmaßnahmen“ dahin. Vornehmlich das Bundeskanzleramt, dem jetzt umso mehr eine Führungsrolle zufällt und das in dieser Krise tatsächlich das Kraftzentrum aller staatlichen Ebenen sein müsste, entpuppt sich als Schwachstelle in der Pandemie-Bekämpfung.

Man mag nicht mehr hinhören, wenn der Bundesgesundheitsminister und der Chef des RKI die aktuellen Inzidenzwerte verlesen und gebetsmühlenartig den Ernst der Lage beschwören. Denn längst weiß jeder, dass nicht jede Ansteckung mit einer Erkrankung gleichzusetzen ist und selbst ein COVID-Erkrankter nicht mehr zwangsläufig das Gesundheitssystem belastet. Schließlich ist es ein Unterschied, ob sich hinter den Zahlen zu 35 Prozent über 60-Jährige verbergen, wie zum Jahreswechsel, oder zu etwa 15 Prozent, wie jetzt. Unbestritten ist außerdem die hohe Zahl falsch positiver Testergebnisse, die erstmal als Inzidenz gezählt werden. So wackelig deshalb diese Werte auch sein mögen: Es ist politisch gewollt, dass sie die Messlatte für unser gegenwärtiges Leben sind.

Und dabei bleibt es, mindestens bis zum 30. Juni. Anders ausgedrückt: Wenn im Supermarkt einer Kleinstadt bei mehreren Mitarbeitern das COVID-Virus nachgewiesen und damit der 100er Inzidenzwert überschritten wird, machen Schule und Kindergarten am anderen Ende der Kommune zu und ab 22 Uhr bleibt alles zu Hause. Dabei ist mittlerweile unbestritten, dass das Risiko einer Virus-Übertragung an frischer Luft bei null liegt, während Innenräume die Infektionsherde schlechthin sind. Was also soll das, fragt man sich, und findet keine Antwort. Denn auch die formelhafte Beschwörung einer Überlastung der Intensivmedizin findet keine Bestätigung in den aktuellen Zahlen. Und nur am Rande sei vermerkt: Wenn eines der sieben reichsten Industrieländer bei 5.000 COVID-Intensivpatienten tatsäch-

lich am Ende wäre, müsste auch hier die politische Verantwortung hinterfragt werden, erst recht, weil über ein Jahr lang Zeit gewesen wäre, die Kapazitäten im notwendigen Umfang zu erhöhen.

Von besonderer Bitterkeit im Desaster der Pandemiebekämpfung ist die Tatsache, dass die Impfstoffverteilung – gebremst durch eine wegen des Impffortschritts bei alten Menschen obsolet gewordenen Priorisierung – trotz ärgster Knappheit zu einem Lagerbestand von mehreren Millionen Impfdosen geführt hat. Auch hier steht der Bund auf der Bremse und statt Berufsgruppen zu schützen, die täglich Hunderten von Kontakten ausgesetzt sind, lähmt eine staatlich geschaffene Bürokratie den Staat selbst in Situationen, in denen er eigentlich dringend handeln müsste. So werden auch intelligenter Pragmatismus und Führungsstärke im Operativen, wie sie sich für jede Art von Krisenmanagement stets bewähren, schon im Ansatz konterkariert.

Politisch betrachtet verheißt der Blick nach vorn wenig Besserung. Zwar werden, vornehmlich mithilfe der Hausärzte, später auch der Privat- und Betriebsärzte, die Impfungen an Tempo zulegen. Wie sich diese Fortschritte in unserem Alltagsleben konkret umsetzen lassen, ist vorerst ungeklärt. Welche unserer eingeschränkten Grundrechte dürfen Geimpften und Genesenen nicht länger vorenthalten werden? Müssen Geimpfte und Genesene weiterhin bei jeder Gelegenheit Test-Berichte vorlegen? Wird es einheitliche Reiseregeln in Europa geben, einen gemeinsamen Impfnachweis oder eine weitere App mit dem persönlichen Impf- und Gesundheitsstatus? Es wird Zeit, sich jetzt darum zu kümmern, wenn doch bis Mitte des Jahres der größere Teil der Bürger auch in Deutschland geimpft sein soll.

Die Politik könnte hier Vertrauen zurückgewinnen, das sie in den letzten Monaten selbst verspielt hat. Denn ungeachtet großer Gesten, wie einer nationalen Gedenkfeier, berühren die vielen kleinen Erfolge, die sich die Politik zugutehalten darf, wie etwa die Impfstoffleihe Schleswig-Holsteins beim nördlichen Nachbarn, kaum noch. Nur mit mehr Akzeptanz und Verständnis werden die Einschränkungen der nächsten Monate keinen bleibenden Schaden im politischen Vertrauen der Bürger anrichten. Das kann gelingen, wenn die Politik einen Rahmen setzt, in dem persönliche Eigenverantwortung und staatliche Pandemiebewältigung im Einklang stehen. Im Moment ist diese Balance verloren gegangen. Es wird höchste Zeit, sie wieder herzustellen.

PETER WEIHER, JOURNALIST

SCHUTZSCHIRM

Wo stehen wir?

Mit dem 4. Quartal 2020 haben wir das erste Pandemiejahr honorartechnisch abgeschlossen. Von Interesse sind insbesondere die Schuttschirmbeträge, die wir hier noch einmal zusammenfassen.



© istock.com/porcorex

Insgesamt hat die KVSH rund 28 Millionen Euro über die Schuttschirmregelungen an Praxen ausgezahlt. Dabei entfallen gut vier Fünftel auf Zahlungen aus der MGV. Die Krankenkassen tragen mit etwa 6,3 Millionen Euro den Ausgleich für die extrabudgetären Vergütungsbereiche.

Die gesetzlichen Regelungen für das Jahr 2020 ermöglichten der KVSH eine schnelle Umsetzung der pandemiebedingten Honorarrückgänge. Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbereichen war es für uns möglich, mit der üblichen Quartalsabrechnung und ohne hohe bürokratische Hürden die Schuttschirme abzuwickeln. In Einzelfällen war auf Antrag der Praxis eine Prüfung der Berechnungen möglich. Für die Quartale 1 bis 3 sind rund 140 Vorgänge eingegangen.

In 2021 geht die Pandemie weiter, bis mit dem verstärkten Impfen in den niedergelassenen Praxen ihr Ende naht. Für die erste Jahreshälfte hat die Abgeordnetenversammlung rückwirkend einen Schuttschirm beschlossen, der hoffentlich nicht mehr benötigt wird. Gesetzlich bedingt wirkt er zwar nicht mehr so stark wie in 2020; aber Praxen und Patienten haben gelernt, mit der Situation auch anders umzugehen.

Es gelten konkretisierende Regelungen die ähnlich schon aus 2020 bekannt waren, wie z. B. die Rolle einer Vorhaltung von sogenannten „Infektsprechstunden“. Hinzugekommen ist aber folgerichtig, dass Einnahmen aus Testungen und Impfungen gegengerechnet werden, sofern diese als Leistungsangebot in den Praxen zu betrachten sind. Bitte beachten Sie dazu unseren Newsletter vom 14. April 2021 bzw. die Veröffentlichung des HVM auf www.kvsh.de

EKKEHARD BECKER, KVSH

Schuttschirmzahlungen nach Quartal und Vergütungsbereich (MGV und aMGV)

Quartal 2020	MGV	aMGV	Gesamt
1	599.900 €	560.400 €	1.160.300 €
2	14.218.400 €	3.483.400 €	17.701.800 €
3	3.837.800 €	1.228.100 €	5.065.900 €
4	3.294.800 €	1.060.700 €	4.355.400 €
Gesamt	21.950.900 €	6.332.600 €	28.283.400 €

Ein Schuttschirm für das erste Halbjahr 2021?

Ja, diesen hat die Abgeordnetenversammlung unterdessen beschlossen. Mit Erleichterung wurde dabei auch auf die Ergebnisse aus 4/2020 geblickt und die Tabelle zeigt eindrücklich an, dass es eine gewisse Anpassung von Praxen und Patienten an die Umstände der Pandemie in 2020 gegeben hat. Der Schuttschirm spannt im ersten Halbjahr auf 80 Prozent der Altumsätze auf und umfasst (für die KV politisch höchst ärgerlich) die budgetären und extrabudgetären Leistungen, ohne dass die Krankenkassen ihren Teil der Verantwortung dazu beitragen.

DR. RALPH ENNENBACH, KVSH

Zi zeichnet Digitalisierungsprojekt „QuaMaDi“ mit 1. Preis aus

Es ist ein großartiger Erfolg für die KVSH und das QuaMaDi-Team: Vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) wurde das Modellprojekt zur vollständigen Digitalisierung von QuaMaDi– Qualität in der Mammadiagnostik mit dem 1. Preis in der Kategorie „Versorgung digital“ ausgezeichnet.



Das Team (von li.): Martin Henke (Telematik), Philipp Halbeck (Struktur & Verträge), Christian Götze (Telematik), Gabriela Haack (QuaMaDi-Geschäftsstelle), Sandra Füllenbach (QuaMaDi-Geschäftsstelle), Susanne Komm (QuaMaDi-Geschäftsstelle), Carolin Volkwein (Management Versorgungsstrukturen)



QuaMaDi
Qualität in der Mamma-Diagnostik

Es war ein langer Weg, aber am Ende einer, der von einem großen Erfolg gekrönt ist: Das Projekt QuaMaDi, inzwischen seit Anfang 2020 von der analogen Papierform ins papierlose Digitale entwichen, ist jetzt vom Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (Zi) mit dem Innovationspreis in der Sparte „Versorgung digital“ mit dem ersten Preis ausgezeichnet worden. Überzeugt hat die rund 400 Gäste aus Politik, Ärzteschaft, Wissenschaft, Ministerien, Selbstverwaltung, Wirtschaft und Krankenkassen, die im Rahmen einer digitalen Konferenz über die vorgestellten Projekte abstimmen sollten, wie mit einer digitalen Plattform Diagnosezeiten verkürzt, eine qualitätsgesicherte intersektorale Versorgung garantiert und die Heilungschancen damit für an Brustkrebs erkrankten Frauen erhöht werden.

Im Gespräch mit dem **Nordlicht** blickt das achtköpfige KVSH-Team zurück: „Bereits 2010 wurden erste Digitalisierungsversuche gestartet. Gewünscht war eine vollständige elektronische Bildübertragung der Mammographie-Aufnahmen. Letztlich scheiterte das damalige Vorhaben an technischen, aber auch organisatorischen und finanziellen Hürden“, sagt die ehemalige Projektleiterin Carolin Volkwein, die das Projekt im Rahmen eines dreiminütigen Impulsvortrages auf der digitalen Konferenz vorgestellt hatte.

Fahrt habe das Projekt dann 2016 aufgenommen. Die Vertragspartner einigten sich auf eine vollständige Digitalisierung über den gesamten Diagnostikprozess hinweg. Auch der Finanzierungsrahmen konnte dank der Beteiligung der Kassen festgesteckt werden, nachdem die erste Idee, das Projekt über eine Innovationsförderung zu finanzieren, keine Genehmigung fand.

Hintergrund dieses Bemühens ist die besondere Situation in Schleswig-Holstein. Das nördlichste Bundesland hat bundesweit eine der höchsten Neuerkrankungsraten bei Brustkrebs. Mit 125 Fällen pro 100.000 Einwohnern liegt es deutlich über der Rate von 115 pro 100.000 Einwohner bundesweit. Auch die Mortalität liegt mit 27 pro 100.000 über dem Bundesdurchschnitt von 23,9. Dabei ist die Erkrankung im frühen Stadium gut heilbar. Was lag also näher als Früherkennung und Diagnostik zu verbessern und damit den bereits seit 2005 beschrittenen Weg der qualitätsgesicherten, kurativen Brustkrebsdiagnostik im Sinne eines ganzheitlichen Prozesses zu etablieren.

Nachdem alle diese Hindernisse überwunden waren, konnten Ende 2018 die Ausschreibungen erfolgen. Es folgte ein Jahr intensive Entwicklungsarbeit mit der Firma Telemedicine Clinic aus Barcelona unter enger Einbindung der ärztlichen Vertreter. Das heißt konkret: „Alle Prozesse und Arbeitsabläufe mussten minutiös analysiert und in ihre Einzelschritte zerlegt werden, um sie digital abbilden zu können“, sagt Philipp Halbeck aus der Struktur & Verträge Abteilung.

Ergebnis all dieser Bemühungen ist eine fach- und sektorenübergreifende digitale Fallakte, auf die alle an der Diagnostik eines Mammakarzinoms beteiligten Ärzte Zugriff haben. Kernelement ist das standardisierte Mehr-Augen-Prinzip, welches das Risiko eines falschen Befundes deutlich reduziert. „Eine zweite, unabhängige Meinung kann schnell und ohne Medienbrüche eingeholt werden“, sagt Volkwein.

Papier gehört damit der Vergangenheit an. Patientinnen müssen nicht mehr mit Stapeln von Belegen ihren Arzt aufsuchen. 250.000 Befunde und Bilder werden nicht mit dem Kurierdienst quer durch Schleswig-Holstein bewegt, erläutert Halbeck. Nahm die Befundung im analogen Verfahren gerne mal eine Woche

in Anspruch, so ist sie nun nach 24 Stunden abgeschlossen. Alle Beteiligten können auf relevante Informationen und Daten sofort und unabhängig voneinander zugreifen. Eine Vielzahl der Medienbrüche, zum Beispiel auch in der QuaMaDi-Geschäftsstelle, welche in der Vergangenheit insbesondere für den Konsens-/Dissensabgleich von Erst- und Zweitbefund zuständig war, wurden beseitigt. Die damals auf Papier geschriebenen Daten, wie Name, Vorname, Geburtstag und das Ergebnis der radiologischen Beurteilungen mussten in den Computer eingetippt werden. Das ist nun nicht mehr nötig, berichten die Mitarbeiterinnen der QuaMaDi-Geschäftsstelle, Susanne Komm und Gabriela Haack. Alle relevanten Informationen liegen nun vollständig elektronisch vor. „Die Überwachung und Steuerung der Prozesse wird dadurch erheblich einfacher,“ sagt Sandra Füllenbach, Leiterin der QuaMaDi-Geschäftsstelle. „Das erleichtert und beschleunigt das Verfahren erheblich.“

Über 370 Praxen sind über das System in Schleswig-Holstein miteinander verbunden, darunter Gynäkologen, Radiologen, Pathologen und spezialisierte Brustzentren in Kliniken. Seit der Digitalisierung von QuaMaDi im März 2020 konnten über 65.000 Fälle über das System abgewickelt werden. Die Vorteile liegen – neben der deutlich erhöhten Geschwindigkeit im Prozess und einer Reduktion der Organisationskosten – auf der Hand: Es ist transparent, schafft Kompatibilität in den Praxen und reduziert den Aufwand für den Einzelnen erheblich.

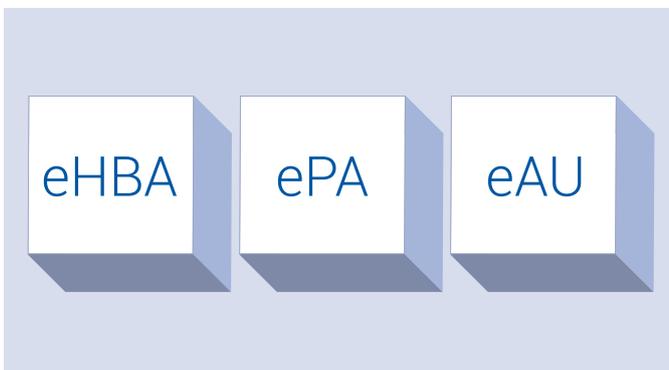
Fehlerhafte Dokumentationen gehören der Vergangenheit an, da die Software die Angaben schon während der Eingabe plausibilisiert. Letztlich vereinfacht die Lösung die notwendigen Prozesse, da das System die komplexe und vielschichtige Abbildung der Abläufe übernimmt.

Eine ganz besondere Herausforderung, mit der sie nicht gerechnet hatte, hatte Carolin Volkwein zum Abschluss des Projekts dann noch zu meistern: „Das Projekt in einem Impuls-Vortrag von nur drei Minuten zu präsentieren, war schon sehr sportlich – zumal nach diesen drei Minuten die Redezeit tatsächlich beendet wurde.“ Aber auch die hat sie gemeistert, denn am Ende wurde das Team mit dem 1. Preis belohnt, was nur noch durch eines getoppt werden könnte: Die Übernahme eines solchen Systems in die Regelversorgung.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

Elektronischen Heilberufenausweis jetzt bestellen

Der elektronische Heilberufenausweis (eHBA) der Generation 2.0 ist für viele Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) Pflicht. Da er der Sicherheit in der TI dient, ist dafür ein besonderes Antragsverfahren über die Landesärzte- oder -psychotherapeutenkammern notwendig. Die erste Anwendung startet zum 1. Juli 2021 mit der elektronischen Patientenakte (ePA) anschließend folgt die elektronische Arbeitsunfähigkeit (eAU).



Mit dem eHBA signieren

Der eHBA wird unter anderem für die qualifizierte elektronische Signatur (QES) benötigt, die bei vielen digitalen Anwendungen verlangt wird, so für den elektronischen Arztbrief oder die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Ein eHBA ist zudem nach dem Willen des Gesetzgebers auch notwendig, wenn Ärzte und Psychotherapeuten medizinische Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte lesen wollen. Dies ist bei Notfalldatensatz und elektronischem Medikationsplan der Fall.

Erstattung

Für den eHBA erhalten Vertragsärzte und -psychotherapeuten eine Pauschale von 11,63 Euro je Quartal. Damit wird die Hälfte der Kosten durch die Krankenkassen erstattet.

So erhalten Sie Ihren eHBA

Ärzte und Psychotherapeuten müssen ihren eHBA zunächst bei ihrer Landesärzte- oder psychotherapeutenkammer oder über die Online-Portale der Hersteller beantragen. Sie erhalten dann, wenn die zuständige Kammer den Antrag geprüft hat, eine Vorgangsnummer, um den Ausweis zu ordern.

Der eHBA ist ein personenbezogenes Dokument. Deshalb müssen Ärzte und Psychotherapeuten für den Antrag ein Identifizierungsverfahren (z. B. Postident) durchführen – nur so können sie zweifelsfrei ihre Identität nachweisen.

Sobald der Ausweis produziert ist, erhält der Arzt oder Psychotherapeut ihn per Einschreiben zugeschickt; PIN und PUK folgen separat. Nach Erhalt muss der Ausweis innerhalb von 28 Tagen über ein Online-Portal freigeschaltet werden.

Hinweis: Der Beantragungsprozess der Psychotherapeutenkammer startet in Kürze. Nähere Informationen erhalten Sie über die Landestherapeutenkammer.

Dafür benötigen Sie einen eHBA

- Sichtausweis: Der eHBA ist eine Chipkarte, ähnlich dem Personalausweis. Er ersetzt den klassischen Arztausweis aus Papier.
- Signatur: Der Inhaber kann mit dem eHBA elektronische Dokumente rechtsverbindlich unterschreiben. Fachleute sprechen hier von der „qualifizierten elektronischen Signatur (QES)“. Durch die Kopplung mit dem eHBA ist ein Missbrauch weitestgehend ausgeschlossen, denn die Unterschrift ist eindeutig als Unterschrift eines Arztes oder Psychotherapeuten erkennbar.
- Authentifizierung: Mit dem eHBA weist sich sein Eigentümer in der elektronischen Welt als Arzt oder Psychotherapeut aus. Er kann damit Zugang zu Mitgliederportalen von KVen und Kammern erhalten.
- Vertraulichkeit: Der eHBA ermöglicht das Ver- und Entschlüsseln von personenbezogenen medizinischen Daten oder anderen vertraulichen Informationen.
- Zugriff auf die eGK: Mit dem eHBA kann der Inhaber auf medizinische Daten zugreifen, die auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) des Patienten abgespeichert sind. Das gilt etwa für den Notfalldatensatz.

Mehr zum Thema

- KBV-Themenseite Telematikinfrastruktur <https://www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php>
- Hinweise zur technischen Ausstattung für die TI <https://www.kbv.de/html/30722.php>
- FAQ der Bundesärztekammer zum eArztausweis <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/earzttausweis/faq/>
- Bundespsychotherapeutenkammer <https://www.bptk.de/>

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Die Telematikinfrastruktur (TI) soll nach und nach neue digitale medizinische Anwendungen ermöglichen, aber auch bisher papiergebundene Prozesse digitalisieren. Dazu gehört die Digitalisierung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung).

Digitalisierung in mehreren Schritten

Nach dem Willen des Gesetzgebers müssen zukünftig nicht mehr die Versicherten selbst ihre Krankenkasse und ihren Arbeitgeber über eine Arbeitsunfähigkeit informieren. Dies erfolgt künftig elektronisch: Ärztinnen und Ärzte übermitteln die AU-Daten an die Krankenkassen. Diese wiederum leiten die für die Arbeitgeber bestimmten Daten weiter.

Da die AU-Bescheinigung aus einem Originaldokument mit mehreren Ausfertigungen besteht und sich zudem an verschiedene Empfänger richtet, hat der Gesetzgeber für die Umstellung mehrere Schritte vorgesehen.

eAU zunächst nur an Krankenkassen

1. Schritt ab 1. Oktober 2021: elektronischer Versand an die Krankenkassen

Im ersten Schritt leiten die Praxen ausschließlich die AU-Daten weiter, die für die Krankenkassen bestimmt sind. Die Übermittlung erfolgt mithilfe eines Dienstes für Kommunikation in der Medizin (KIM) – einem E-Mail-Dienst innerhalb der TI.

Die Patienten bekommen weiterhin einen Papierausdruck: für ihren Arbeitgeber und für sich – allerdings nicht mehr auf dem Muster 1. Das Papier- und auch das Blankoformular werden durch einfache Ausdrücke aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) auf Basis sogenannter Stylesheets ersetzt. Diese erstellt der Arzt mithilfe des PVS und gibt sie dem Patienten unterschrieben mit. Die Aufgabe, den Ausdruck an den Arbeitgeber zu senden, bleibt zunächst bei den Versicherten.

Krankenkasse verschickt ab 2022 eAU an Arbeitgeber

2. Schritt ab 1. Juli 2022: elektronischer Versand an die Arbeitgeber

Im Jahr darauf soll auch die Weiterleitung der Daten an den Arbeitgeber nur noch digital erfolgen. Zuständig dafür sind nicht die Praxen, sondern die Krankenkassen – sie stellen den Arbeitgebern die AU-Informationen elektronisch zur Verfügung.

PVS unterstützt beim Ausstellen der eAU

Vertragsärzte sind weiterhin verpflichtet, ihren Patienten eine AU-Bescheinigung auf Papier auszudrucken. Auf Wunsch der Patienten wird auch ein unterschriebener Ausdruck für den Arbeitgeber ausgestellt.

SO GEHT ES

Das PVS unterstützt Ärzte dabei, die AU-Daten zukünftig elektronisch zu verschicken. Das soll in der Praxis genauso komfortabel geschehen wie heute das Bedrucken des Papierformulars. Der Arzt ruft eine AU im PVS auf und befüllt sie. Danach wird das Dokument signiert und gedruckt. Gleichzeitig bereitet das PVS die elektronische Übermittlung an die Krankenkassen vor. Die Adressierung an die richtige Krankenkasse erfolgt automatisch.

Unterschrift und Signatur

Sowohl die Papier-Bescheinigung als auch das elektronische Formular für die Krankenkassen benötigen eine Unterschrift. Auf Papier läuft das wie gehabt per Hand, und auch das nur Übergangsweise: Ab Juli 2022 müssen Ärztinnen und Ärzte den verbliebenen Papier-Ausdruck nur noch unterschreiben, wenn der Patient das ausdrücklich wünscht.

Komfortsignatur empfohlen

Der digitale Vordruck muss jedoch in jedem Fall elektronisch signiert werden, und zwar rechtssicher. Im Gesundheitswesen ist dafür die sogenannte qualifizierte elektronische Signatur (QES) vorgesehen – ein Verfahren mit einem sehr hohen Sicherheitsniveau. Im Falle von AU-Bescheinigungen, die in der Praxis sehr häufig vorkommen, würde die normale QES zu viel Zeit kosten.

Deshalb gibt es dafür praxistaugliche Lösungen:

- **Komfortsignatur:** Bei diesem Verfahren können Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Heilberufsausweis (eHBA) und ihrer PIN für einen bestimmten Zeitraum jeweils bis zu 250 Signaturen freigeben. Soll eine eAU signiert werden, müssen sie dies nur noch bestätigen. Im Gegensatz zur Stapelsignatur ist die Komfortsignatur frühestens mit einer weiteren Ausbaustufe des Konnektors, dem sogenannten ePA-Konnektor, möglich; zum jetzigen Stand ist mit einer Verfügbarkeit in der zweiten Jahreshälfte 2021 zu rechnen.

- Die KBV empfiehlt für die eAU die Komfortsignatur, da die Daten sofort unterschrieben und versandt werden können. Eventuelle Probleme bei der Datenübermittlung, die aufgrund einer TI-Störung möglich sind, werden sofort erkannt, und der Arzt kann dem Patienten die Ausdrücke mitgeben (siehe Ersatzverfahren).
- Stapelsignatur: Sie ist bereits mit dem E-Health-Konnektor möglich. Ärztinnen und Ärzte können dabei mehrere Dokumente gleichzeitig qualifiziert elektronisch unterschreiben. Sie signieren hierbei einmal mit ihrem eHBA und ihrer dazugehörigen PIN den gesamten vorbereiteten elektronischen Dokumentenstapel, zum Beispiel am Ende eines Praxistages.
- Bei der eAU wäre das möglich, da es ausreicht, alle an einem Tag gesammelten AU-Bescheinigungen einmal täglich an die Krankenkassen zu senden. Sollte jedoch bei einer Störung der TI das Ersatzverfahren notwendig werden, wäre das für die Praxis aufwendiger (siehe Ersatzverfahren).

Signatur in bestimmten Fällen mit SMC-B möglich

HINWEIS: Wenn die Signierung mit dem eHBA aus technischen oder aus anderen Gründen, die nicht in der Verantwortung des Arztes liegen, nicht möglich ist, werden die eAU mit dem Praxisausweis (SMC-B) signiert.

Bei Störung des Versands Ersatzverfahren notwendig

Notfallplan: Ersatzverfahren bei technischen Problemen

Ein Netzwerk wie die TI ist mehrfach vor Ausfällen abgesichert. Dennoch ist eine Störung nie ganz ausgeschlossen, so wie auch andere technische Störungen der Praxis-IT. Auch für diesen Fall muss sichergestellt sein, dass die Krankenkasse von der Krankenschreibung ihres Versicherten erfährt.

Arzt gibt Patient Ausdruck für Krankenkasse mit

In diesem Fall gelten folgende Regelungen:

- Wenn der Versand der eAU aus der Praxis an die Krankenkasse nicht möglich ist, speichert das PVS die AU-Daten und versendet die eAU erneut, sobald dies wieder möglich ist.
- Wenn bereits beim Ausstellen oder beim Versand klar ist, dass die eAU nicht elektronisch verschickt werden kann, händigt der Arzt dem Patienten neben den Ausfertigungen für den Patienten und den Arbeitgeber einen weiteren unterschriebenen Ausdruck aus, den dieser an seine Kasse schickt.

- Stellt der Arzt erst später fest, dass eine Störung der TI vorliegt und die eAU auch am nächsten Werktag nicht an die Krankenkassen übertragen werden kann, versendet die Praxis selbst die Papierbescheinigung an die zuständige Krankenkasse. Mittels Komfortsignatur lassen sich die meisten Störungen unmittelbar erkennen. Diese aufwendigere Form des Ersatzverfahrens sollte deshalb nur sehr selten notwendig werden.

eAU bei Hausbesuchen

Bei einem Hausbesuch ist zum Start der eAU noch keine Verbindung zur TI möglich. Der Arzt kann deshalb zuvor Blanko-Formulare ausdrucken, die er beim Hausbesuch ausfüllt und unterschreibt. Die Daten überträgt er später in der Praxis in das PVS, signiert sie und sendet sie via TI an die Krankenkasse. Alternativ kann der Arzt die eAU erst nach dem Hausbesuch vollständig in der Praxis erstellen und die beiden Papieraufbereitungen dem Patienten per Post zuschicken.

Technische Voraussetzungen

Um die eAU nutzen zu können, sind in der Praxis neben der Anbindung an die TI folgende technische Voraussetzungen notwendig: Konnektor-Update: Für die eAU wird ein E-Health-Konnektor benötigt; die Updates einiger Konnektor-Hersteller sind bereits verfügbar, weitere sind angekündigt. Für die Komfortsignatur ist mindestens ein weiteres Update auf den ePA-Konnektor notwendig. Diese werden in der zweiten Jahreshälfte 2021 erwartet. Weitere Informationen zu den Updates erhalten Praxen bei ihrem PVS-Hersteller oder Systembetreuer.

ePA-Konnektor ermöglicht Komfortsignatur

- KIM-Dienst: Dieser E-Mail-Dienst, den ausschließlich TI-Teilnehmer nutzen dürfen, wird für den sicheren Versand benötigt. Erste Dienste sind verfügbar, darunter der KIM-Dienst der KBV: kv.dox.
- eHBA: Der elektronische Heilberufausweis mindestens der Generation 2.0 ist für die qualifizierte elektronische Signatur notwendig. Inzwischen sind alle Landesärztekammern für die Ausgabe vorbereitet.
- Praxisverwaltungssystem-Update für eAU: Die PVS-Hersteller sind unterschiedlich weit mit der Umsetzung. Für weitere Informationen sollten Praxen sich an ihren PVS-Hersteller wenden.

Erstattung der Technikkosten

Bis auf das Update des PVS können Praxen alle anderen notwendigen Komponenten auch für andere Anwendungen der TI nutzen. Die Technikkosten werden über die TI-Finanzierungsvereinbarung für andere Anwendungen abgedeckt:

Technikpauschalen

Komponente	Pauschale
Update zum E-Health-Konnektor (Bestandteil der NFDM-/eMP-Update-Pauschale)	530 Euro einmalig Anspruch, wenn Praxen für NFDM und eMP vorbereitet sind. Nachweis gegenüber KV notwendig.
Update zum ePA-Konnektor (Teil der Pauschalen für die ePA)	400 Euro einmalig
KIM-Dienst	100 Euro einmalig für das Einrichten Anspruch, wenn Dienst in der Praxis funktionsfähig ist. Nachweis gegenüber KV erforderlich. 23,40 Euro je Quartal für Betriebskosten Abrechenbar seit 1. April 2020, auch wenn noch kein KIM-Dienst nutzbar ist.
eHBA (Teil der Pauschalen für die TI-Grundausstattung und den laufenden Betrieb)	11,63 Euro pro Quartal und Arzt/Psychotherapeut Abrechenbar mit TI-Anbindung und erstem Nachweis über den Abgleich der Versichertenstammdaten.
Zusätzliches Kartenterminal etwa für das Sprechzimmer (Im Rahmen der Finanzierung von NFDM und eMP, kann auch für eAU genutzt werden)	595 Euro je Kartenterminal (ein zusätzliches Terminal je angefangene 625 Betriebsstättenfälle) Anspruch, wenn Praxen für NFDM und eMP vorbereitet sind. Nachweis gegenüber KV notwendig.

Die KBV setzt sich aktuell dafür ein, dass die Kosten für das PVS-Update sowie für den zusätzlichen zeitlichen Aufwand der Praxen erstattet werden. Ebenfalls geplant sind Pauschalen für Porto und Papier. Sobald die Verhandlungen hierzu abgeschlossen sind, werden wir weitere Informationen zur Verfügung stellen.

Ausblick: weitere TI-Anwendungen

Die eAU ist nur ein Teil in einer ganzen Reihe von weiteren Anwendungen in der TI. Das sind:

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) ist Pflicht
01.01.2022	elektronische Rezepte werden Pflicht

KBV/REDAKTION

Wissenswertes zur Durchführung von Psychotherapie von A bis Z

Im Folgenden werden einige immer wiederkehrende Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit der Erbringung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung kurz erläutert. Vornehmlich bewegen wir uns dabei im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), in der Psychotherapie-Richtlinie (PTR), in der Psychotherapie-Vereinbarung (PTV) und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).



Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Nach Paragraph 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V und Paragraph 36 BMV-Ä ist ein Psychotherapeut verpflichtet, gegenüber dem MDK Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben gemäß Paragraphen 275 ff SGB V benötigt. Es sind vom Psychotherapeuten nur Daten zu übermitteln, die für die Fragestellung, für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich sind. In der Regel fallen umfassende Therapieberichte oder die Berichte im Rahmen der Beantragung einer Psychotherapie nicht darunter. Für die Informationen an den MDK wurden gesetzliche Vordrucke erstellt. Die entsprechenden Gebührenordnungspositionen, die abgerechnet werden können, sind auf den Vordrucken vermerkt (GOP 01621, 01622 EBM).



Behandlungsfall

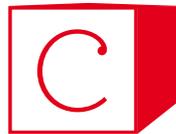
Das ist laut EBM definiert als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis in einem Quartal zulasten derselben Krankenkasse. Ein und derselbe Patient ist also in jedem Quartal ein neuer Behandlungsfall, für den dann bestimmte Leistungen abgerechnet werden können. Durch Krankenkassenwechsel innerhalb eines Quartals kann ein und derselbe Patient zwei Behandlungsfälle auslösen. Für einige Gebührenordnungspositionen gibt es Beschränkungen im Behandlungsfall (vgl. beispielsweise Grundpauschalen, Testpsychologische Leistungen, Psychotherapeutisches Gespräch).

Berichtspflicht gemäß EBM

Die Berichtspflicht gemäß EBM Abschnitt 2.1.4 für den Psychotherapeuten zu den antragspflichtigen Leistungen (EBM Abschnitt 35.2) gegenüber dem Haus- oder Kinder- und Jugendarzt besteht nur, wenn der Patient dem zugestimmt hat (vgl. Paragraph 73 Absatz 1b SGB V). Die Berichtspflicht ist erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall (vier Quartale) bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Kurzbrief an den Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt erfolgt. Auf der Website der KVSH steht unter der Rubrik „Bezug von Formularen und Vordrucken“ hierfür ein Formular zur Verfügung (Musterformular „Bessere Kommunikation zwischen niedergelassenem Arzt und Psychotherapeut“).

Bezugspersonen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es zur Erreichung des Therapieziels notwendig sein, relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Dies ist bei der Angabe des Behandlungsumfangs im Formular PTV 2 entsprechend zu berücksichtigen. Die für diese Einbeziehung vorgesehene Anzahl der Therapieeinheiten soll ein Verhältnis von 1:4 zur Anzahl der Therapieeinheiten des Versicherten möglichst nicht überschreiten. Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Anzahl der Therapieeinheiten ist der Anzahl der Therapieeinheiten für die Behandlung des Versicherten hinzuzurechnen.



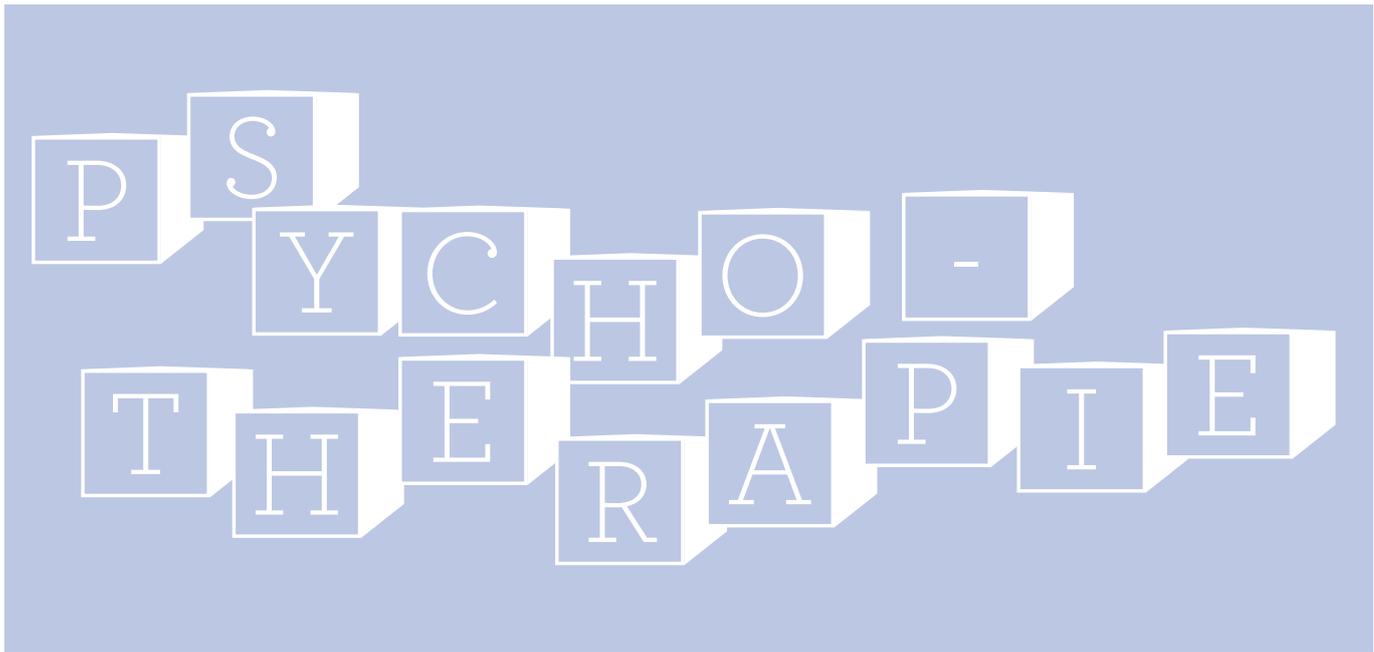
Codieren

Die generelle Pflicht zur Diagnosecodierung ergibt sich aus Paragraph 295 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Dort heißt es sinngemäß: Die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten sind verpflichtet, in ihren Abrechnungunterlagen für die vertragspsychotherapeutischen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages und gegebenenfalls der Uhrzeit der Behandlung mit Diagnosen maschinenlesbar aufzuzeichnen und zu übermitteln. Gemäß einer Bekanntmachung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vom 9. November 2017 sind dem Diagnoseschlüssel obligatorisch die Kennzeichen der Diagnosesicherheit: A (zum Ausschluss von), V (Verdacht auf), Z (Zustand nach) oder G (Gesichert) hinzuzufügen. Das heißt, wenn eine Gebührenordnungsposition (GOP) aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) angesetzt wird, ist auch eine Diagnose zu codieren. Diese kann beispielsweise im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde durchaus eine Verdachtsdiagnose sein; auch Schlüssel aus dem Kapitel (XXI) Z00 bis Z99 sind möglich. Sollte sich im laufenden Quartal dann entscheiden, dass die Diagnose gesichert vorliegt oder ausgeschlossen werden kann, ist die Verdachtsdiagnose anzupassen.



Delegierbarkeit von Leistungen

Leistungserbringung im Bereich der Psychotherapie muss fast ausschließlich persönlich erfolgen. Nur die Durchführung psychodiagnostischer Testverfahren ist delegierbar. Die Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation sowie schriftliche Aufzeichnung darüber muss jedoch vom Arzt oder Psychotherapeuten persönlich erfolgen.



Expositionsbehandlung

Die Anwendung von besonderen Methoden der Psychotherapieverfahren nach der Psychotherapie-Richtlinie außerhalb der Praxisräume, beispielsweise eine Expositionsbehandlung, ist in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung nur im unmittelbaren persönlichen Kontakt des Versicherten mit dem Therapeuten zulässig. Bei einer verhaltenstherapeutischen Expositionsbehandlung sind Mehrfachsitzen bei drei oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungspositionen möglich (EBM GOP 35421, 35425).



Frequenz von Behandlungssitzungen

Gemäß Paragraph 23 der Psychotherapie-Richtlinie ist die psychotherapeutische Behandlung eines Patienten auf maximal drei Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten.



Gutachterverfahren

Bei Psychotherapie gemäß PTR (Paragraph 35) sind Anträge auf Langzeittherapie vom den Antrag des Versicherten befürwortenden Psychotherapeuten mit einem Bericht an den Gutachter zu begründen. Auf Anforderung der Krankenkasse gilt dies im Einzelfall auch für Kurzzeittherapie. Eine Krankenkasse kann grundsätzlich jeden Antrag eines Versicherten einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie das für erforderlich hält (PTV Paragraph 13 Absatz 5).



Hausbesuche

Psychotherapie findet grundsätzlich in den Praxisräumen des Psychotherapeuten statt (PTV Paragraph 1 Abs. 4). Selbstverständlich jedoch dürfen bei entsprechender Indikation (beispielsweise schwere Ängste, Zwangserkrankung) oder Immobilität des Patienten auch Hausbesuche gemacht werden.



Jugendlichenpsychotherapie

Im Sinne der PTR sind Jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Ein Versicherter ab 18 Jahren kann auch eine Erwachsenentherapie in Anspruch nehmen. In diesem Fall gelten dann die Regelungen für Erwachsene.



Krankenkassenwechsel

Wechselt ein Patient während einer laufenden Psychotherapie die Krankenkasse, so ist von der neuen Krankenkasse ein neuer Bewilligungsbescheid einzuholen. Hierzu muss der Psychotherapeut Kontakt zu der neuen Krankenkasse des Patienten aufnehmen und mitteilen, wie viele genehmigte Sitzungen noch nicht erbracht worden sind. In der Regel übernimmt die neue Krankenkasse ohne erneutes Antrags- und Genehmigungsverfahren die Behandlung.

Krankheitsfall

Der Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen. Für einige Gebührenordnungspositionen des EBM gibt es Beschränkungen im Krankheitsfall (vgl. z. B. Psychotherapeutische Sprechstunde, Biografische Anamnese, Psychotherapeutische Akutbehandlung).

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

DMP-Sonderregelung bis 30. Juni 2021

Die Krankenkassen/-verbände in Schleswig-Holstein stimmen einer Verlängerung der bisherigen Sonderregelung für DMP-Schulungen per Video bis zum 30. Juni 2021 weiter zu.

Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat im schriftlichen Verfahren mit vorhergehender Beratung per Videokonferenz am 14. April 2021 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zum 1. April 2021 beschlossen. Es wurden rückwirkende Schutzschirm-Regelungen zum 1. Januar 2021 sowie zur Infektsprechstunde aufgenommen.

Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Website unter <https://www.kvsh.de/praxis/rechtsvorschriften/honorarverteilungsmaassstab-hvm>. Auf Anforderung wird Ihnen der Text der Bekanntmachung in Papierform zur Verfügung gestellt, Telefon: 04551 883 486.

Weiterführung des Innovationsfondsprojekts „RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz“

Die KVSH hat mit dem Praxisnetz Herzogtum Lauenburg, der AOK NordWest, der IKK classic, der BARMER, der DAK-Gesundheit, der Techniker Krankenkasse, der Kaufmännischen Krankenkasse sowie der Hanseatischen Krankenkasse einen Vertrag nach Paragraph 140a SGB V geschlossen. Der Vertrag ermöglicht die Weiterführung des ehemaligen Innovationsfondsprojekts „RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz“ und regelt dessen Zwischenfinanzierung bis zum 30. Juni 2022.



Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

Jedes Jahr lassen sich viele 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?



© privat

NAME:	Dr. Bismark Osei Sarfo
GEBURTSDATUM:	9. September 1977
GEBURTSORT:	Kumasi (Ghana)
FAMILIE UND FREUNDE:	verheiratet, zwei Söhne und eine Tochter
FACHRICHTUNG:	Innere Medizin
SITZ DER PRAXIS:	Ahrensburg
NIEDERLASSUNGSFORM:	Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Neu niedergelassen seit dem 1. Juli 2020

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Die Freiheit, eigenverantwortlich zu arbeiten und die Patienten über eine längere Zeit begleiten zu dürfen. Zudem war die gute „Work-Life-Balance“ für mich als Familienvater entscheidend.

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Die erfüllende Herausforderung, die richtige Diagnose zu stellen und zu therapieren.

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

Um Tipps zu geben ist es aus meiner Sicht immer noch zu früh. Allerdings ist es wichtig optimistisch in widrigen Zeiten zu bleiben.

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

Ich hätte sehr gerne Nelson Mandela kennengelernt und würde ihn fragen, wie er es geschafft hat, von ganz unten nach oben zu kommen.

5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Sport, Zeit im Garten verbringen

6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

Die Bibel

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

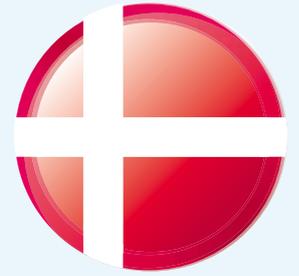
Die Hilfsbereitschaft und die Unterstützung der KVSH macht es viel einfacher für Anfänger.

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

Journalist.

VOR ORT

„In Dänemark wird viel mehr getestet“



Dr. Matthias Gerber wanderte 2010 mit seiner Familie von der Insel Fehmarn auf die dänische Insel Bornholm aus und führt dort seitdem eine Hautarztpraxis.

Die Nordlicht-Redaktion hat bei ihm nachgefragt, wie unser Nachbar im Norden mit der Corona-Pandemie umgeht.



Team der Hautarztpraxis Bornholm: (v. l.) Jenny (Arztsekretärin), Martina (Arztthelferin), Matthias (Arzt) und Pernille (Ausbildungsärztin)

Nordlicht: *Welches Corona-Erlebnis ist Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben?*

Gerber: Das war die Corona-Erkrankung meiner Frau Anfang März 2020. Sie singt im Chor. Da sie nicht die typischen Symptome, wie Husten oder Atemnot, hatte, wurde ein Test abgelehnt. Als sie ihren Geruchs- und Geschmackssinn verlor, habe ich für eine Woche meine Praxis geschlossen und nur noch über Video Patienten behandelt. Wir erhielten dann als erste auf Bornholm Anfang April eine Antikörpertestung und die fiel bei ihr hochpositiv aus. Obwohl eine unserer Töchter ihre Studienreise in Australien abbrechen und zu Hause bei ihrer infizierten Mutter in Quarantäne gehen und unsere andere Tochter ihre 14-tägige Abiturarbeit zu Hause schreiben musste, hat meine Frau niemanden in der Familie angesteckt. Glücklicherweise trug sie auch keinerlei Spätfolgen davon, hat aber auch jetzt nach einem Jahr noch „gute“ Antikörper.

Nordlicht: *Wie sieht die Corona-Situation in Dänemark und speziell auf Bornholm aus?*

Dr. Matthias Gerber: Auch in Dänemark steigen die Zahlen, allerdings mit großen regionalen Unterschieden zwischen Stadt und Land. Die 7-Tage-Inzidenz lag Stand Mitte April landesweit bei 71 Fällen auf 100.000 Einwohner, auf Bornholm dagegen bei vergleichsweise geringen 5,1 Fällen.

Nordlicht: *Wie hat Corona den Arbeitsalltag in Ihrer dermatologischen Praxis verändert?*

Gerber: Mein Arbeitsalltag hat sich im Prinzip überhaupt nicht verändert, da nur Patienten ohne Coronasymptome zu mir kommen, noch dazu auf Überweisung. Allerdings kam es häufiger vor, dass sich Patienten bei uns vorstellten, die zuvor von ihrem Hausarzt nicht gesehen worden waren bzw. nur per Telefon oder Videosprechstunde. Das war zwar ziemlich widersinnig, aber Realität. Mundschutz, Visier, noch mehr „Handsprit“ und Flächendesinfektion sind seit letztem Jahr unser tägliches Brot.

„Auch in Dänemark gab es leichte Schwierigkeiten bei der Impfstoffbeschaffung.“

Nordlicht: *Auf welche Corona-Strategie im Gesundheitswesen setzt Dänemark?*

Gerber: Es wird viel mehr getestet. Allein auf Bornholm mit seinen rund 40.000 Einwohnern gibt es elf Teststellen. Alle Testungen sind kostenfrei. Für die Durchreise durch Schweden muss man einen negativen Corona-Test vorweisen, auch beim Transit nach Dänemark. Für jede innerdänische Reise vom restlichen Dänemark nach Bornholm und umgekehrt musste bis vor kurzem ebenfalls ein negativer Test vorliegen. Das Ergebnis des

Schnelltests bekommt man hier innerhalb von zehn Minuten auf sein Mobiltelefon gesandt. Das PCR-Testergebnis braucht rund 24 Stunden.

Nordlicht: *Wenn Sie die Corona-Maßnahmen im Gesundheitswesen in Dänemark mit denen in Deutschland vergleichen: Was sind die größten Unterschiede?*

Gerber: Die Maßnahmen sind relativ gleich. Es scheint allerdings leichter für die Regierung zu sein, Maßnahmen durchzusetzen, da es hier keine Bundesländer gibt und die Entscheidungswege dadurch kürzer sind. Außerdem habe ich den Eindruck, dass die Dänen die Abstandsregeln und Kontaktbeschränkungen konsequenter umsetzen als die Deutschen, wenn man einmal von den Großstädten absieht, wo die Inzidenz – auch in Dänemark – etwas höher ist.

Nordlicht: *Dänemark hat das Image, digitalen Lösungen im medizinischen Bereich gegenüber sehr aufgeschlossen zu sein. Welche Rolle spielen sie während der Pandemie?*

Gerber: In den allgemeinmedizinischen Praxen spielen diese digitalen Elemente eine sehr wichtige Rolle. In meiner dermatologischen Praxis eher nicht. Die Qualität der Videokonsultationen ist von der Bildqualität leider noch nicht optimal, sodass es manchmal nicht für eine Diagnose ausreicht.

Ansonsten nutze ich gelegentlich eine App als „virtuelles Wartezimmer“, in das ich den Patienten hineinlasse und dann entscheiden kann, wann ich mit ihm sprechen möchte. Dazu kommen natürlich viele Telefonkonsultationen statt direkten Patientenkontakten. Jeder Däne kann seine Gesundheitsdaten jederzeit in seiner elektronischen Gesundheitsakte einsehen und hat dazu eine zehnstellige Personennummer, die auf einer Chip-Karte verzeichnet ist. Der Patient kann dort auch seinen Impfstatus einsehen. Auch die Einladung zur Corona-Schutzimpfung erfolgt über dieses Medium. Ein elektronischer Corona-Pass kommt ab Mai.

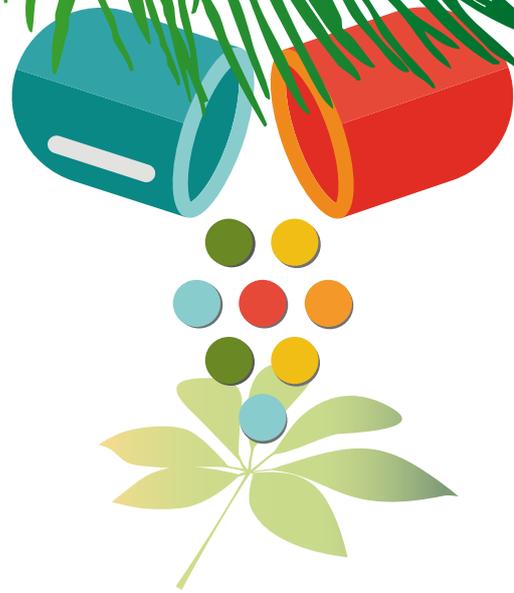
Nordlicht: *Und die letzte Frage, die momentan in Deutschland alle umtreibt: Wie sieht es mit der Impfstoffversorgung und den Impfungen in Dänemark aus?*

Gerber: Die Impfungen werden von den Patienten sehr gut angenommen. AstraZeneca wird nach wie vor nicht verimpft. Die Imp fzahlen auf Bornholm liegen derzeit etwas höher als im Landesdurchschnitt. Zu den ersten Impfgruppen zählte das Personal des hiesigen Krankenhauses, seit Dezember/Januar die Hausärzte und auch die Patienten in Alten- und Pflegeheimen. Als Angehörige des medizinischen „Frontpersonals“ sind nach einigen Nachfragen beim Gesundheitsministerium inzwischen im Februar und März auch die Fachärzte samt Praxisteams geimpft worden. Im Vergleich zu Deutschland liegen die prozentualen Imp fzahlen etwas höher, aber auch in Dänemark gab es leichte Schwierigkeiten bei der Impfstoffbeschaffung. Ab jetzt sollen täglich 100.000 Menschen geimpft werden. 15,1 Prozent der Bevölkerung sind inzwischen einmal, 7,7 Prozent fertig geimpft. Auch nach nun 11 Jahren hat Dr. Gerber seine Entscheidung nicht bereut und arbeitet nach wie vor gerne auf der Insel.

DAS INTERVIEW FÜHRTE JAKOB WILDER, KVSH



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



Sicher durch den Verordnungsdschungel

Therapiebericht bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Der GKV-Spitzenverband hat mit den Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten einen neuen Rahmenvertrag abgeschlossen. Hiernach wird der Therapiebericht neuerdings in zwei Kategorien eingeteilt.

Therapiebericht kurz (Verordnungsbericht):

- Kosten: 5,55 Euro – Anforderung durch Kreuz auf dem Muster 13
- Inhaltlich: nur Aussagen zur Fortführung bzw. Beendigung der Therapie oder andere Therapie (Gruppe, Einzel etc.)

Therapiebericht lang (auf besondere Anforderung)

- Kosten: 99,90 Euro (budgetrelevant)
- Inhalt: Therapeutische Diagnostik, aktueller Krankheitsstatus, Therapiestand und weiteres Vorgehen
- Anforderung: einmal im Jahr

Hierfür haben die Krankenkassen mit den Therapeuten ein Formular entworfen, welches nicht in der Vordruckvereinbarung verzeichnet ist und somit nicht im PVS abgebildet wird.

Die KBV hat bereits ihr Veto eingelegt und den GKV-Spitzenverband zur Änderung dieser Vorgehensweise aufgefordert. Eine Rückmeldung steht noch aus.

THOMAS FROHBURG, 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

i

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

Wann wird die Chronikerpauschale (GOP 03220/04220 und 03221/04221 EBM) mit dem Suffix „H“ gekennzeichnet?

Die „H“-Kennzeichnung wird ausschließlich bei einem Hausarztwechsel vorgenommen.

Die Kennzeichnung für den Hausarztwechsel dokumentiert in der Abrechnung, dass die Abrechnungsbedingungen (siehe Regelungen zum Abschnitt 3.2.2. EBM) erfüllt sind. In Bezug auf die geforderten Arzt-Patienten-Kontakte bedeutet dies, dass der die hausärztliche Betreuung übernehmende neue Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren muss.

Wie erfolgt die Beauftragung von Laborleistungen für Versicherte der Bundeswehr?

Die Laborleistungen werden über Muster 10 bzw. 10A beauftragt. Ein zusätzlicher Originalschein der Bundeswehr ist nicht erforderlich.

Wirken sich die befreienden Indikationsziffern (GOP 32004-32024 EBM) nur am Behandlungstag befreiend aus?

Nein, diese Ziffern wirken sich bei der Ermittlung des arztpraxispezifischen Fallwertes für Leistungen aus dem Ziffernkranz für das ganze Quartal befreiend aus.

Wie oft dürfen die GOP 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 generell 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.

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	206/217/355
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender	
Dr. Ralph Ennenbach	206/217/355

Geschäftsstelle Operative Prozesse

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

Justitiarin

Alexandra Stebner	230
-------------------------	-----

Selbstverwaltung

Regine Roscher	218
----------------------	-----

Abteilungen

Abrechnung	
Andrea Werner (Leiterin)	361/534
Christopher Lewering (stellv. Leiter)	264
Fax	322
Abteilung Recht	
Alexandra Stebner (Leiterin)	230/251
Maria Behrenbeck (stellv. Leiterin)	251
Stefanie Kuhlee	431
Hauke Hinrichsen	265
Tom-Christian Brümmer	474
Esther Petersen	498
Susanne Hammerich	686
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	
Dr. Hans-Joachim Commentz (BD-Beauftr. d. Vorstands)	579
Alexander Paquet (Leiter)	214
Abklärungskolposkopie	
Michaela Schmidt	266
Akupunktur	
Kathrin Kramaschke	380
Ambulantes Operieren	
Stephanie Purrucker	459
Arthroskopie	
Stephanie Purrucker	459
Ärztliche Stelle (Röntgen)	
Kerstin Weber	529
Uta Markl	393
Tanja Rau	386
Alice Lahmann	360
Ines Deichen	297
Heidrun Reiss	571
Caroline Boock	458
Susann Maas	641
Ärztliche Stelle (Nuklearmedizin/Strahlentherapie)	
Kerstin Weber	529
Nina Tiede	325

Ärztliche Stelle (Mammographie)

Kerstin Weber	529
Uta Markl	393
Ines Deichen	297
Caroline Boock	458
Arztregister	
Anja Scheil/Dorit Scheske	254
Assistenz-Genehmigung	
Janine Prieznitz	384
Balneophototherapie	
Nadine Pries	453
Begleiterkrankungen Diabetes mellitus	
Renate Krupp	685
Begleiterkrankungen der Hypertonie	
Renate Krupp	685
Chirotherapie	
Heike Koschinat	328
Datenschutzbeauftragter	
Tom-Christian Brümmer	474
Delegations-Vereinbarung	
Kathrin Kramaschke	380
Dermatohistologie	
Michaela Schmidt	266
Dialyse-Kommission/LDL	
Katharina Specht	423
Diabetes-Kommission	
Aenne Villwock	369
DMP-Team	
Marion Froberg	444
Carolin Kohn	326
Nadine Pries	453
Dünndarm-Kapselendoskopie	
Carolin Kohn	326
EDV in der Arztpraxis	
Timo Rickers	286
Ermächtigungen	
Evelyn Kreker	346
Maximilian Mews	462
Michelle Teegen	291
Coline Greiner	590
ESWL	
Monika Nobis	938
Formularausgabe	
Sylvia Warzecha	250
Fortbildung/Veranstaltungen	
Tanja Glaw	332
Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V	
Timo Dröger	637
Anna-Sofie Reinhard	527
Früherkennungsuntersuchung Kinder	
Heike Koschinat	328
Gesund schwanger	
Monika Nobis	938

Gesundheitspolitik und Kommunikation	
Delf Kröger (Leiter Gesundheitspolitik).....	454
Marco Dethlefsen (Leiter Kommunikation).....	381
Hautkrebs-Screening	
Christina Bernhardt.....	470
Hausarztzentrierte Versorgung	
Heike Koschinat	328
Heil- und Hilfsmittel	
Ellen Roy.....	931
Histopathologie im Rahmen Hautkrebs-Screening	
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	
Stephan Rühle (Leiter)	334
Info-Team/Hotline	
Telefon.....	388/883
Fax	505
Internet	
Jakob Wilder	475
Borka Totzauer.....	356
Interventionelle Radiologie	
Leif-Arne Esser.....	382
Intravitreale Medikamenteneingabe	
Stephanie Purrrucker	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 Prostatasyndrom	
Doreen Dammeyer.....	445
Liposuktion Stadium III	
Doreen Dammeyer.....	445
Mammographie (Screening)	
Sandra Sachse.....	302
Mammographie (kurativ)	
Sandra Sachse.....	302
Molekulargenetik	
Marion Frohberg	444
MRSA	
Anna-Sofie Reinhard.....	527
Neuropsychologische Therapie	
Christine Sancion	533
Niederlassung/Zulassung	
Susanne Bach-Nagel.....	378
Martina Schütt	258
Daniel Jacoby.....	259
Michelle Teegen	596
Nordlicht aktuell	
Borka Totzauer	356
Jakob Wilder	475
Nuklearmedizin	
Monika Nobis.....	938
Onkologie	
Stephanie Purrrucker	459
Otoakustische Emissionen	
Katharina Specht.....	423
Palliativmedizin	
Doreen Dammeyer	445
Personal und Finanzen	
Lars Schönemann (Leiter).....	275
Thorsten Heller (Stellvertreter Finanzen).....	237
Claudia Rode (Stellvertreterin Personal).....	295
Yvonne Neumann (Entgeltabrechnung).....	577
Sonja Lücke (Mitgliederbereich).....	288
Karin Hiller (Vergaberecht und Zentrale Angelegenheiten)	468
Fax	451
PET/PET-CT	
Monika Nobis.....	938
Phototherapeutische Keratektomie	
Stephanie Purrrucker	459
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	
Stephanie Purrrucker	459
Physikalisch-Medizinische Leistungen	
Heike Koschinat.....	328
Plausibilitätsprüfung	
Johannes Schlichte.....	256
Sabrina Bardowicks	691
Ulrike Moszeik	336
Rita Maass	467
Polygrafie/Polysomnografie	
Christina Bernhardt.....	470
Pressesprecher	
Marco Dethlefsen	381
Fax	396
Psychotherapie	
Katharina Specht.....	423
Qualitätssicherung	
Aenne Villwock (Leiterin).....	369/262
Fax	374
Qualitätszirkel	
Dagmar Martensen.....	687
Qualitätsmanagement	
Timo Dröger.....	637
Angelika Ströbel	204
QuaMaDi-Geschäftsstelle	
Sandra Füllenbach (Leiterin)	548
Gabriela Haack.....	442
Susanne Komm.....	225
QuaMaDi-Hotline	887
Radiologie-Kommission	
Leif-Arne Esser.....	382
Christine Sancion	470
Rhythmusimplantat-Kontrolle	
Nadine Pries	453
Röntgen (Anträge)	
Leif-Arne Esser.....	382
Röntgen (Qualitätssicherung nach SGB)	
Christine Sancion	533
Leif-Arne Esser.....	382
Rückforderungen der Kostenträger	
Björn Linders.....	564
Schmerztherapie	
Kathrin Kramaschke.....	380
Sonografie (Anträge)	
Tanja Steinberg.....	315
Ramona Schröder-Berthold	611

KONTAKT

Sonografie (Qualitätssicherung)	
Susanne Willomeit.....	228
Sozialpädiatrie	
Christine Sancion.....	533
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	
Doreen Dammeyer.....	445
Soziotherapie	
Doreen Dammeyer.....	445
Sprechstundenbedarf	
Heidi Dabelstein.....	353
Strahlentherapie	
Monika Nobis.....	938
Struktur und Verträge	
Simone Eberhard (Leiterin).....	434
Fax.....	7331
Substitution	
Astrid Patscha.....	340
Telematik-Hotline	
	888
Teilzahlungen	
Brunhild Böttcher.....	231
Tonsillotomie	
Doreen Dammeyer.....	445
Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	
Stephanie Purrucker.....	459
Vakuumbiopsie	
Stefani Schröder.....	930
Verordnung (Team Beratung)	
Thomas Froberg.....	304
Stephan Reuß (Beratender Arzt).....	351
Widersprüche (Abteilung Recht)	
Gudrun Molitor.....	439
Zulassung	
Bianca Hartz (Leiterin).....	255
Fax.....	276
Daniel Jacoby.....	259
Susanne Bach-Nagel.....	378
Martina Schütt.....	258
Melanie Lübker.....	491
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	

Prüfungsstelle

Bahnhofstraße 1, 23795 Bad Segeberg
Tel. 04551 9010 0, Fax 04551 9010 22
E-Mail: pruefung@kvsh.de

Beschwerdeausschuss

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

Leiter der Dienststelle

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

Verordnungsprüfung

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

Sprechstundenbedarfs-, Honorarprüfung

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

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

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

Dagmar Hergert-Lüder (Leiterin)..... 89890 10

IMPRESSUM

Nordlicht aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

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

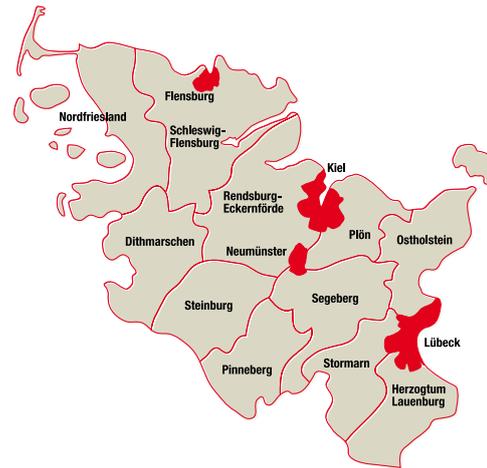
Anschrift der Redaktion

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg,
Tel. 04551 883 356, 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 Meinungs-austausch. Jede Einsendung behandelt die Redaktion sorgfältig. Die Redaktion behält sich die Auswahl der Zuschriften sowie deren sinnwährende 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.

Kreisstellen der KVSH



Kiel

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

Tel 0431 93222

Fax 0431 9719682

Wolfgang Schulte am Hülse, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 0431 541771

Fax 0431 549778

E-Mail kreisstelle.kiel@kvsh.de

Lübeck

Kreisstelle: Parade 5, 23552 Lübeck

Tel 0451 72240

Fax 0451 7063179

Dr. Andreas Bobrowski, Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Tel 0451 610900

Fax 0451 6109010

E-Mail kreisstelle.luebeck@kvsh.de

Flensburg

Dr. Ralf Wiese, Facharzt für Anästhesiologie

Tel 0461 31545047

Fax 0461 310817

E-Mail kreisstelle.flensburg@kvsh.de

Neumünster

Jörg Schulz-Ehlbeck, Facharzt für Innere Medizin

Tel 04321 47744

Fax 04321 41601

E-Mail kreisstelle.neumuenster@kvsh.de

Kreis Dithmarschen

Burkhard Sawade, Praktischer Arzt und Facharzt für Chirurgie

Tel 04832 8128

Fax 04832 3164

E-Mail buero@kreisstelle-dithmarschen.de

Kreis Herzogtum Lauenburg

Raimund Leineweber, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04155 2044

Fax 04155 2020

E-Mail kreisstelle.lauenburg@kvsh.de

Kreis Nordfriesland

Björn Steffensen, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04884 1313

Fax 04884 903300

E-Mail kreisstelle.nordfriesland@kvsh.de

Kreis Ostholstein

Dr. Bettina Schultz, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tel 04521 2950

Fax 04521 3989

E-Mail kreisstelle.ostholstein@kvsh.de

Kreis Pinneberg

Dr. Zouheir Hannah, Facharzt für Orthopädie

Tel 04106 82525

Fax 04106 82795

E-Mail kreisstelle.pinneberg@kvsh.de

Kreis Plön

Dr. Joachim Pohl, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04526 1000

Fax 04526 1849

E-Mail kreisstelle.ploen@kvsh.de

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Eckard Jung, Praktischer Arzt

Tel 04351 3300

Fax 04351 712561

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

Kreis Schleswig-Flensburg

Dr. Carsten Petersen, Facharzt für Innere Medizin

Tel 04621 951950

Fax 04621 20209

E-Mail kreisstelle.schleswig@kvsh.de

Kreis Segeberg

Dr. Ilka Petersen-Vollmar, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Tel 04551 9955330

Fax 04551-9955331

E-Mail kreisstelle.segeberg@kvsh.de

Kreis Steinburg

Dr. Axel Kloetzing, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04126 1622

Fax 04126 394304

E-Mail kreisstelle.steinburg@kvsh.de

Kreis Stormarn

Dr. Hans Irmer, Arzt

Tel 04102 52610

Fax 04102 52678

E-Mail kreisstelle.stormarn@kvsh.de

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.

*Sie sind Arzt?
Machen Sie mit!*



*Interesse?
Es lohnt sich!*

116117



*Wir bieten
Planbare Dienstzeiten
Attraktive Vergütung
Qualifizierte Fortbildung*

Melden Sie sich!

Noreen Rethemeier,
Tel. 04551 883 227
noreen.rethemeier@kvsh.de

Stefanie Freitag,
Tel. 04551 883 648
stefanie.freitag@kvsh.de

Wir suchen Verstärkung