

Nordlicht



September 2020 | 23. Jahrgang

A K T U E L L



Coronakrise

Wo stehen wir jetzt?

**SERVICESEITEN
AB SEITE 39**

TITELTHEMA

- 4 Corona: Niedergelassene als Schutzwall
- 5 Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg im Interview: „Der niedergelassene Bereich hat seine Leistungsfähigkeit bewiesen“
- 9 Hausarzt Hubertus Tesdorpf und die Betreuung im Pflegeheim: „Ich bin zuversichtlich, dass wir das, was kommt, gut meistern“
- 12 Dr. Thomas Fleischmann und seine Erfahrungen in der Imland-Klinik Rendsburg: „Ich war entsetzt, als ich die Bilder sah“
- 15 So funktioniert der Schutzschirm im ersten Quartal

18 NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

- 20 Kolumne: Jens Spahn im Glück
- 22 Kommentar: Sonnenseite

PRAXIS & KV

- 23 KVSH-Broschüre „Infektionssprechstunde – Risikomanagement in Arztpraxen“
- 24 KBV-Versichertenbefragung: Ärztemangel größte Herausforderung für das Gesundheitssystem
- 25 Qualitätszirkel funktionieren auch online
- 27 Übersicht: So kodieren Sie SARS-CoV-2
- 28 Serie – Versorgungsverträge: Hypertonie und Diabetes mellitus
- 31 Podologie bei weiteren Indikationen möglich
- 33 Nachruf
- 34 Erste Studiengänge Psychotherapie zum Herbst 2020

35 BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

DIE MENSCHEN IM LAND

- 36 Jubiläum: 50 Jahre in der eigenen Praxis
- 38 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

SERVICE

- 39 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 40 Sie fragen – wir antworten
- 41 Seminare
- 43 Termine
- 47 Kreisstellen der KVSH

Aus dem Inhalt

Deutschland steht bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie vergleichsweise gut da. In vielen anderen Ländern gibt es deutlich höhere Infektionszahlen und mehr Todesfälle. Das Nordlicht geht im Titelthema den Gründen nach und beleuchtet dabei besonders die Rolle der Niedergelassenen.



04

Qualitätszirkel sind wertvoll: Sie geben Anregungen für die Praxis und bringen Fortbildungspunkte. Doch nicht immer ist ein persönliches Treffen möglich. Videokonferenzen können eine Alternative sein.



25

36



Dr. Hans-Joachim Klink feierte im Juli ein Rekord-Jubiläum. Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist seit 50 Jahren in Albersdorf (Kreis Dithmarschen) niedergelassen, was in Schleswig-Holstein der Spitzenreiter bedeutet.

i

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

EDITORIAL



VON DR. MONIKA SCHLIFFKE,
VORSTANDSVORSITZENDE DER KVSH

Liebe Leserinnen und Leser,

die Bibel ist immer noch ein stetiger Quell der Weisheit, denn nichts ist neu im Bereich menschlicher Emotionen. Matthäus 7 Vers 6 ist absolut angesagt. „Ihr sollt das Heilige nicht den Hunden geben und eure Perlen nicht vor die Säue werfen, damit sie dieselben nicht zertreten mit ihren Füßen und sich wenden und euch zerreißen.“

Die Politik verschleudert gerade medizinisch nicht nur fragwürdig, sondern sinnfrei ärztliche und labortechnische Kapazitäten, um dem reisenden Wahlvolk Genüge zu tun. Kostenfreie Bedienung mit PCR-Tests als Alibi für die Nichteinhaltung von Abstands- und Hygieneregeln, verkauft unter dem hehren Motto Schutz der Bevölkerung vor Einschleppung. Wer jetzt an Baggersee oder Ballermann wilde Partys feiert, wer jetzt mit Aluhut und ohne Maske für seine angeblich unterdrückte Freiheit und Selbstverwirklichung demonstrieren muss, der tritt jedes medizinische System mit Füßen und zerreißt es am Ende.

Der Gesetzgeber zwingt uns allen einiges auf. Organisationschaos ist vorprogrammiert. Symptomatische und asymptomatische Personen, Kontaktpersonen, durch Corona-App Verängstigte, Ausbruchsgeschehen in Familien und Betrieben, Kita- und Schulkinder verunsicherter Eltern mit Abklärungs- und Attestwünschen, immer noch 200 Personen im Monitoring, jetzt mit Altersgipfeln zwischen 13 und 15 sowie 30 und 40. Die einen werden nach EBM, die nächsten nach Bundes-, die weiteren nach Landesverordnung abgerechnet, dazu die diversen Laborscheine. Alle Hochachtung für die MFA, die hier den Überblick behalten, ihre Doktores genau anweisen und die Patienten richtig steuern.

„Wo stehen wir jetzt?“ ist das Motto dieses Heftes. Nach dem Sprint der Monate März bis Mai, den ganz klar die ambulante Versorgung für sich entschieden hat, kommt nun der Marathon der Wintermonate. Kälte, Nässe, geschlossene Räume, der ideale Nährboden für Viren aller Art – und diesmal inklusive Covid. Es bleibt nichts anderes als ärztlich und konsequent zu entscheiden, wer braucht wann einen Test, um für sich und andere kein Risiko darzustellen und welche Verhaltensregeln gebe ich mit. Wir sind sicher, Sie werden diesen Marathon am Ende auch gewinnen. Aber er wird Puste kosten.

Fast wie zu Beginn der Krise wechseln auch in der KV wieder täglich die Anforderungen. Testzentren wo, mit wem und für wen, mobil oder stationär, ärztlich oder nicht-ärztlich besetzt, wie das alles praktikabel gestalten? Dazu die ganze Pluralität der Gesundheitsämter und Landräte. Eine Prämisse wird für uns immer gelten: Symptomatische Patienten gehören in ärztliche Kompetenz und müssen zu Infektsprechstunden geleitet werden. Wir wissen, Sie sind vorbereitet.

Wir werden uns allen Wünschen nach weiteren politisch motivierten Tests entgegenstellen. Alle Kapazitäten werden in den kommenden Monaten für die Medizin gebraucht. Es darf nicht zum Zerreißen Ihrer Praxen als wichtigster Ressource kommen.

Matthäus Warnung ist aktueller denn je.

Ihre

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Schliiffke'.

Niedergelassene als Schutzwall

Die COVID-19-Pandemie führte bislang in einer Reihe anderer Länder zu deutlich höheren Infektionszahlen und Todesfällen als in Deutschland. Einer der Gründe, warum die Bundesrepublik vergleichsweise gut dasteht: Die flächendeckende Testung und Behandlung von Sars-CoV-2-Infizierten durch die niedergelassenen Ärzte.



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn lobte deshalb die Haus- und Fachärzte bei einer Online-Diskussion für ihren Einsatz in der Coronavirus-Pandemie. „Wir sind durch eine sehr herausfordernde Zeit gegangen“, sagte Spahn. Dass Deutschland bisher vergleichsweise gut durch die Pandemie gekommen sei, habe „viel mit unserer niedergelassenen Struktur zu tun“. Es gebe nicht viele Länder auf der Welt, wo COVID-19-Patienten so viele Haus- und Fachärzte als erste Ansprechpartner zur Verfügung gestanden hätten wie in Deutschland, sagte Spahn. „In anderen Ländern sind auch die Patienten mit milden Symptomen in die Kliniken gegangen.“ Das habe das Infektionsgeschehen dort massiv erhöht und die Häuser teilweise überfordert. „Bei uns sind sechs von sieben COVID-19-Patienten ambulant behandelt worden.“ Das sei „eine der Stärken des Systems“. Niedergelassene Ärzte hätten sich als „erster Schutzwall“ auch in der Pandemie bewährt, unterstrich Spahn. Der Fokus der Bundesregierung liege daher nicht nur darauf, was die Krankenhäuser in der Krise getan hätten.

Zeitlicher Vorsprung

Auch das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) hatte in einer Studie Gründe genannt, weshalb Deutschland weniger betroffen ist als andere. Ein großer Vorteil Deutschlands sei danach die ambulante Testung und Behandlung von Infizierten gewesen. In anderen Ländern erfolgten die Tests dagegen vorwiegend in Krankenhäusern, was sich als nachteilig erwiesen habe. Zudem seien hierzulande nur 20 Prozent der Infizierten im Krankenhaus behandelt worden, in Frankreich seien es beispielsweise 67 Prozent und in Spanien 50 Prozent gewesen. Deutschland habe durch die Entwicklung von diagnostischen Tests auf COVID-19 außerdem einen zeitlichen Vorsprung gewonnen und konnte frühzeitig routinemäßig testen. Deutschland verfüge außerdem über viele private Labore, die regional breit verteilt seien und damit auch in der Fläche schnelle Ergebnisse ermöglichen.

JAKOB WILDER, KVSH

„Der niedergelassene Bereich hat seine Leistungsfähigkeit bewiesen“

Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg betont im Interview mit dem „Nordlicht“, dass die Zusammenarbeit zwischen der ambulanten Versorgung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst besonders gut funktioniert hat und einen wesentlichen Anteil an der bisherigen Bewältigung der Pandemie hatte. Es habe sich erneut gezeigt, dass der ambulante Bereich das Rückgrat der Versorgung sei. Was er sich für die Zukunft wünscht, darüber muss der Minister nicht lange nachdenken.



Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg: „Ich sah auf uns zukommen, dass wir Entscheidungen nicht nur im Stundentakt, sondern deutlich schneller treffen müssen.“

Nordlicht: Herr Dr. Garg, Sie haben ein Pandemie-Tagebuch geführt. Wenn Sie da reinschauen, was waren die tragenden Erlebnisse in dieser Zeit?

Dr. Heiner Garg: Als ich am 28. Januar in der Landesvertretung in Berlin saß und mich auf meinen Vortrag zur Neustrukturierung der Krankenhausfinanzierung vorbereitet habe, habe ich nachmittags noch kurzfristig um eine Telefonschleife mit meinem Haus gebeten, um den Aufbau erster Testkapazitäten

in Schleswig-Holstein zu verfügen. Denn mit den zunehmenden Meldungen, gerade aus dem europäischen Ausland, wurde mir klar, dass wir uns auf etwas vorbereiten müssen, das uns vermutlich eine ganze Weile beschäftigen wird.

Nordlicht: War Ihnen da schon klar, welches Ausmaß es annehmen würde?

CORONAKRISE – WO STEHEN WIR JETZT?

Garg: Welches Ausmaß es annehmen und wie es uns beschäftigen würde, habe ich damals in der Form nicht einschätzen können.

Nordlicht: *Wie ging es dann weiter?*

Garg: Als nächstes haben wir begonnen, Kommunikationsstrukturen im Ministerium zu schaffen, die sich ausschließlich mit Corona beschäftigen. Das war dann Ende Februar. Und auch das operative Geschäft musste ja entsprechend organisiert werden, um im Falle eines Falles vorbereitet zu sein. Wir hatten ja den ersten Nachweis einer COVID-19 Infektion am 28. Februar, einem Freitag, ich erinnere mich noch sehr gut daran. Am Montag, 2. März habe ich dann mein Vorzimmer gebeten, ein Notizbuch zu besorgen, um Tagebuch zu führen. Das habe ich mit 12 oder 13 Jahren zuletzt getan.

Nordlicht: *Warum war Ihnen das so wichtig?*

Garg: Na ja, ich sah auf uns zukommen, dass wir Entscheidungen manchmal nicht nur im Stundentakt, sondern noch deutlich schneller treffen müssen. Von dem Tag an habe ich angefangen, die wichtigsten Dinge runterzuschreiben – für mich als Erinnerung und als Entscheidungsvorbereitung. Das hilft sehr in einer solchen Situation.

Nordlicht: *Können Sie ein Beispiel nennen, welche Aufzeichnung Ihnen besonders geholfen hat?*

Garg: In den meisten Fällen habe ich die tagesaktuellen Infektionszahlen über die Wochen hinweg eingetragen. Das wichtigste Kriterium für mich war, dass die Überlastung des Gesundheitswesens nicht eintreten durfte – da hatte ich die Bilder aus Italien vor Augen. Ich habe die Anzahl der Intensivkapazitäten und deren Auslastung festgehalten. Denn das war ja der Anhaltspunkt, ob wir das schaffen oder nachsteuern müssen.

Nordlicht: *Und was steht da noch drin?*

Garg: Knüller nicht. Aber man kann anhand des Datums erkennen, ab wann es keine Präsenzsitzungen mehr gab. Alles was es an Präsenzsitzungen gab, ob das Kabinettsitzungen, die Sitzungen der Gesundheitsminister oder des operativen Ausschusses gewesen sind – alle fanden nur noch als Telefonkonferenzen statt. Man kann daran sehen, dass wir anfangs eben noch mit Sitzungen, wenn auch mit Abstand, später dann aber komplett als Telefonschaltel zusammengekommen haben.

Nordlicht: *Das war ungewohnt?*

Garg: Es ist etwas vollkommen anderes, ob Sie sich gegenüber sitzen, in die Augen sehen, gleich ein Feedback bekommen oder mit dem Ding da (zeigt auf die Telefonspinne) sprechen.

Nordlicht: *Was die Bewältigung der Krise anging, so gab es eine jahrzehntelange Vorbereitung. Seit die WHO 1999 einen Pandemie-Musterplan vorgelegt hat, der den Mitgliedsstaaten als Grundlage für eine detaillierte Ausarbeitung ihrer nationalen Pläne dienen sollte, hat sich viel getan. 2005, 2009 und*



„Eine Lehre aus H1N1 war, dass sich Politiker nicht als Hobbymediziner betätigen sollen.“

2013 wurde der nationale Plan in Deutschland aktualisiert. Auch die EU hat 2004 einen Entwurf für ein gesamteuropäisches Rahmenkonzept vorgelegt. Schleswig-Holstein hat seinen Pandemieplan zuletzt 2018 aktualisiert. Immer ging es in diesen Plänen um die plötzliche weltweite Ausbreitung eines wenig bekannten Virus. Haben Ihnen diese Vorbereitungen als Gesundheitsminister eines Bundeslandes weitergeholfen? Und wenn ja, wie?

Garg: Zu der Frage, ob mir das geholfen hat: Ein klares Ja! Ich habe mein eigenes Exemplar immer bei mir gehabt. Natürlich wurde es zu meiner vorherrschenden Lektüre in diesen Wochen. Auch wenn jede Pandemie ihren eigenen Verlauf hat. Diese COVID-19-Pandemie ist was ganz anderes als das, was ich davor erlebt habe. Also beispielsweise die Schweinegrippe H1N1.

Nordlicht: *Zu der Zeit, also 2009, waren Sie auch Gesundheitsminister in Schleswig-Holstein?*

Garg: Ja, und zwei Jahre später gab es EHEC.

Nordlicht: *Sie haben also eine gewisse Erfahrung?*

Garg: Ja, es hat geholfen, vor allem beim Aufbau von Kommunikationsstrukturen. Wenn Sie jeden Morgen eine Corona-Lage organisieren und das Vorgehen besprechen, dann helfen Ihnen diese Erfahrungen aus früherer Zeit. Aber dennoch: Planung, so wie sie im letzten Pandemieplan von 2018 verfasst ist, hilft. Und zwar aus einem einfachen Grund: In einer solchen Situation müssen Sie einen kühlen Kopf bewahren. Das wichtigste dafür sind klare Strukturen. Und die gibt der Pandemieplan vor. Er strukturiert. Er macht Abläufe transparent.

Nordlicht: *Das heißt genau?*

Garg: Besonders interessant sind aus meiner Sicht gerade in der COVID-19-Pandemie die Phasen: Detection und Containment, also frühe Erkennung und Eindämmung, danach Protection, der Schutz vulnerabler Gruppen, dann die Folgenminderung, Mitigation. Man sieht in dieser Pandemie, dass die einzelnen Phasen sich überlappen und auch parallel laufen. Wir haben Stand jetzt drei Phasen gleichzeitig: Wir haben Menschen in Quarantäne, wir schützen unsere Altenpflegeeinrichtungen und behandeln COVID-19-Patienten in Kliniken. Manche haben sich das vorher anders vorgestellt. Es gab die Annahme, dass diese Phasen nacheinander ablaufen.

Nordlicht: *Man sieht also, dass die Krise nicht nach Plan abläuft. Aber war der Plan in weiteren Details hilfreich. Konnte man Vorbereitungen direkt anwenden?*

Garg: Für mich persönlich war die Vorbereitung von Abläufen von kommunikativen Prozessen ausgesprochen hilfreich. Es ist gut, wenn man auf bewährte Strukturen zurückgreifen kann und nicht in der Lage alles neu erfinden oder etablieren muss. Das heißt nicht, dass nicht auch Improvisationstalent gefragt ist. Bei manchen Dingen muss man einfach improvisieren. Ein Beispiel: die Zusammenarbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes ÖGD mit dem ambulanten niedergelassenen Bereich. Sie kam in einer Weise zustande, wie man sich das vorher, die letzten Jahrzehnte vielleicht, gewünscht hätte. Und es hat funktioniert.

Nordlicht: *Bemerkenswert war für mich, dass ja die strategische Zielsetzung aus dem nationalen Pandemieplan, wie sie auf den Seiten 23 und folgende von der Eindämmung bis zur Folgenminderung beschrieben ist, genau eingehalten wurde und aufgegangen ist.*

Garg: Ja, das ist richtig und dennoch neu ist eben, dass die Phasen parallel verlaufen. Und wir sind ja sogar schon in der vierten Phase, die ebenfalls aufgeführt ist: der Manöverkritik, mit der wir uns sicher zu einem späteren Zeitpunkt noch ausführlicher werden beschäftigen müssen.

Nordlicht: *Zu Manöverkritik passt meine nächste Frage. Im Landespanemieplan gibt es zum Thema Kommunikation folgende Formulierung: Die Erfahrungen aus der Influenzapanemie 2009 lassen den Schluss zu, dass eine möglichst direkte Kommunikation mit der Ärzteschaft erfolgen muss und dies über ärztliche Fachverbände, wie z. B. dem Hausärzterverband geschehen könnte. Würden Sie das immer noch so sehen oder muss dieser Absatz umgeschrieben werden?*

Garg: Es kommt darauf an, welche Kommunikation gemeint ist. Es gibt ja eine Kommunikation nach innen und eine nach außen. Gerade diese Pandemie hat uns zum einen deutlich gezeigt, dass Politik noch nie so sehr auf fachliche Expertise angewiesen war. Zweitens: Eine Lehre aus H1N1, der Schweinegrippe, war ja, dass Politikerinnen und Politiker sich nicht als Hobby-medizinerinnen und -mediziner betätigen sollen. Insofern sind Virologen jetzt sehr viel präsenter. Und dass daher ein Fokus auf

Herrn Drosten, Herrn Kekulé und Herrn Streeck und den vielen weiteren Experten gelegt wird, das finde ich richtig.

Nordlicht: *Was bedeutet das für die Politik, welche Rolle hat sie?*

Garg: Die Politik muss ebenso kommunizieren. Sie muss erklären, die Maßnahmen und Entscheidungen erläutern. Immerhin reden wir hier über Maßnahmen, die auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes Freiheiten und Grundrechte einschränken. Das kann kein Virologe. Er kann den medizinischen Sachverhalt erklären. Er kann erläutern, was notwendig ist, um die Infektionskurve zu drücken und zu strecken, um das Gesundheitssystem nicht zu überlasten. Aber warum wir Kitas und Schulen schließen, dazu kann ein Virologe nur sagen, dass sei notwendig, aber erklären muss es die Politik. Sie darf sich nicht hinter dem Virologen verstecken.

Nordlicht: *Zurück noch einmal zu meinem Satz: Sie würden den Satz so stehen lassen. Richtig?*

Garg: Die Komplexität der Realität ist größer als die komplexitätsreduzierte Sichtweise eines niedergeschriebenen Pandemieplanes. Die Lehre aus 2009, dass Politiker nicht die besseren Ärzte sind, habe ich für mich von vornherein beherrigt. Es gab keine einzige Pressekonferenz, bei der ich nicht meine Hygienereferentin, die auch Ärztin ist, mitgenommen habe. Bestimmte medizinische Dinge habe ich ihr überlassen. Es gab ja eine große Unsicherheit in der Bevölkerung. Und das gemeinsame Auftreten von Politik und Wissenschaft hat an dieser Stelle Vertrauen und so auch Verständnis für ein sehr hartes Maßnahmenpaket geschaffen.

Nordlicht: *Noch einmal nachgehakt: Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit der ambulanten Versorgung erfahren. Hat sich die von Ihnen vorhin angesprochene Kommunikation im Laufe der Pandemie vertieft, ist sie enger geworden?*

Garg: Ich empfinde die Kommunikation mit dem niedergelassenen Bereich in dieser Legislaturperiode als außerordentlich eng. Mir ist es ein Bedürfnis, mich regelmäßig auszutauschen. Wir haben unter anderem einen regelmäßigen Jour fixe der Heilberufe, bei dem eine Vielzahl von Heilberufen aus Schleswig-Holstein, die Ärztenossenschaft, die KV, die Ärztekammer mit an Bord sind. Unabhängig von der Corona-Pandemie ist der Austausch zwischen dem niedergelassenen Bereich, den ich nach wie vor als Rückgrat der Versorgung bezeichne, und der Hausspitze des Ministeriums sehr eng.

Nordlicht: *Hat sich der Austausch in der Pandemie weiter intensiviert?*

Garg: Wir haben natürlich in der Pandemie noch andere Formate finden müssen. Wir haben einen sogenannten, anfangs bereits erwähnten, operativen Ausschuss ins Leben gerufen, in dem unter anderem die Kassenärztliche Vereinigung regelmäßig vertreten und ein fester Partner war. Beteiligt waren auch der Rettungsdienst, die Krankenhäuser über die KGSH, der öffentliche Gesundheitsdienst, das UKSH, das Technische

CORONAKRISE – WO STEHEN WIR JETZT?

Hilfswerk – ich hoffe, ich habe niemanden vergessen. Da spielte die Kassenärztliche Vereinigung immer eine herausgehobene Rolle. Und das nicht ohne Grund: Denn Versorgungsstrukturen mussten in einer sehr kurzen Zeit etabliert werden. Sie sollten den stationären Sektor entlasten. Denn mit der Etablierung des ambulanten Monitorings in Schleswig-Holstein, das aus der Zusammenarbeit mit öffentlichem Gesundheitsdienst und dem ambulanten Bereich entstanden ist, haben wir ja nicht zuletzt gelernt, dass es darauf ankommt, Menschen zum richtigen Zeitpunkt, in den akut-stationären Bereich zu überführen. Ein Parameter war für uns immer die Sauerstoffsättigung. Das Land hat Pulsoxymeter für den ambulanten Bereich besorgt, damit Menschen dies selbstständig feststellen konnten. Wenn es dann unter 94 Prozent ging, war die akut-stationäre Unterbringung notwendig.

Nordlicht: *Weshalb war das so wichtig?*

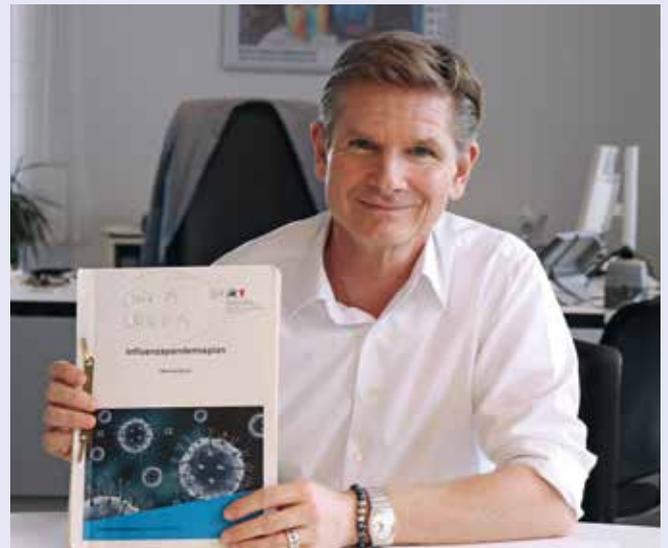
Garg: Wir haben das ja in den Nachbarländern gesehen. Wenn Menschen zu spät ins Krankenhaus kamen, dann wurde die invasive Beatmung notwendig. Und das ist ja alles andere als eine Erleichterung für den Körper. Im Gegenteil. Das ist eine Strapaze für den Körper. Um zu vermeiden, dass wir ähnliche Zustände wie bei unseren Nachbarn bekommen, haben wir mit dem ambulanten Monitoring eine Versorgungsstruktur etabliert, die auf der einen Seite Krankenhäuser und auf der anderen Seite den öffentlichen Gesundheitsdienst entlastet hat. Für mich hat sich die Leistungsfähigkeit des niedergelassenen Bereiches noch einmal deutlich unter Beweis gestellt. Ohne die enge Kooperation mit dem ÖGD hätte es nicht hingehauen. Man hat sich innerhalb kürzester Zeit sehr pragmatisch zusammengerauft. Ich bin allen, die daran beteiligt waren, wirklich sehr dankbar. Ich bin überzeugt davon, dass dies mit dazu geführt hat, dass wir in Schleswig-Holstein bisher sehr ordentlich durch diese Krise gekommen sind.

Nordlicht: *Es kommt ein weiterer Aspekt der Zusammenarbeit hinzu: Der Aufbau von Testkapazitäten und den diagnostischen Zentren. Welche Rolle hat dies gespielt?*

Garg: Das ist in der Tat ein weiterer wichtiger Aspekt. Es sind ja neben den stationären Testzentren auch mobile entstanden. Also die Busse, die durchs Land gefahren sind bzw. noch fahren. Hier hat die Unterstützung des niedergelassenen Bereiches dem öffentlichen Gesundheitsdienst deutlich geholfen. Das alles wurde ja sehr schnell etabliert und zeigt damit, dass die Zusammenarbeit funktioniert. Ich finde, zwei unterschiedliche Bereiche haben hier unkompliziert zueinandergefunden, kooperiert und jetzt auch vereinbart, dies fortzuführen. Das ist ein großer Erfolg. Wir dürfen ja eines nicht vergessen: Wir befinden uns inmitten der Pandemie, auch wenn wir uns jetzt nicht mehr jeden Morgen zum Thema Corona zusammensetzen, läuft vieles im Hintergrund weiter.

Nordlicht: *Gleichwohl – gibt es noch Nachholbedarf?*

Garg: Ja, den gibt es. Ein Beispiel ist der Datenaustausch. Im öffentlichen Gesundheitsdienst und im niedergelassenen Bereich ist noch eine Menge Verbesserungspotenzial, damit wir optimal miteinander zusammenarbeiten.



Der Pandemieplan 2018 half dem Gesundheitsminister vor allem bei Vorbereitung von Abläufen von kommunikativen Prozessen.

Nordlicht: *Was wäre der nächste konkrete Schritt?*

Garg: Die digitale Verknüpfung und die datenschutzkonforme Verbindung beider Systeme – daran muss noch weitergearbeitet werden, um dauerhaft eine optimale Versorgung sicherstellen zu können.

Nordlicht: *Wie muss ich mir die Umsetzung konkret vorstellen? Gibt es auch dafür neue Formate des persönlichen Austauschs?*

Garg: Zum einen wird ja der ins Leben gerufene operative Austausch fortgesetzt – trotz eines geringen Infektionsgeschehens. Die digitale Verknüpfung und angesprochene Datenschutzkonformität ist zudem ein Thema der vierten Pandemiephase, der Analyse und Manöverkritik. Man wird sich zusammensetzen und selbstverständlich über Optimierungsbedarf sprechen. Das wird für den ambulanten Bereich eine Rolle spielen.

Nordlicht: *Hat also Corona einen Schub für die Digitalisierung im Gesundheitswesen gebracht?*

Garg: Auf jeden Fall. Wir sehen jetzt, wo hier Nachsteuerungsbedarf ist. Zunächst einmal bin ich aber dankbar, dass es so gut funktioniert hat. Es haben in der Krise Protagonisten zueinander gefunden, die vorher in dieser Intensität und Geschwindigkeit so nicht zusammengearbeitet hätten. Das finde ich großartig. Das hat in Schleswig-Holstein im Vergleich zu anderen Bundesländern sehr gut geklappt. Da können alle, die bei KVSH und ÖGD daran gearbeitet haben, stolz drauf sein.

Nordlicht: *Eine abschließende Frage, die den Blick auf das Kommende richtet: Welche drei Wünsche haben Sie für 2021?*

Garg: Das ist sehr einfach: Impfstoff, Impfstoff, Impfstoff.

DAS INTERVIEW FÜHRTE NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

„Ich bin zuversichtlich, dass wir das, was kommt, gut meistern“

Hubertus Tesdorpf hat als niedergelassener Arzt das Pflegeheim betreut, in dem es als erstes zu einem Ausbruch von COVID-19 kam. Über Wochen hat er die 68 Bewohner und die rund 60 Mitarbeiter intensiv betreut. Möglich war das nur, weil er eigentlich Urlaub machen wollte und daher nicht in der Praxis verplant war. Der überwiegende Teil der Infizierten hat die Erkrankung unbeschadet überstanden, aber viele haben sie auch mit dem Leben bezahlt. Alle getroffenen gesellschaftlichen Maßnahmen seien richtig gewesen. Ausreichender Schutz auch in Zukunft und die Fortführung eines Praxisalltags, wie er inzwischen eingespielt ist, lassen den Arzt zuversichtlich in die Zukunft blicken.

Nordlicht: *Herr Tesdorpf, wie groß waren zu Beginn Ihre Befürchtungen, dass das Gesundheitssystem der Pandemie nicht standhält?*

Hubertus Tesdorpf: Die Sorge hatte ich nicht. Ich war immer der Überzeugung, dass das System dem standhält und nicht überfordert wird. Wir haben natürlich einige Szenarien durchdacht. Als Anästhesist habe ich mir schon die Frage gestellt, ob ich wegen der vielen erwarteten Beatmungsfälle, etwa für eine Klinik rekrutiert werden könnte.

Nordlicht: *Was war in der Zeit der Hochphase Ihre größte Herausforderung. Haben Sie an irgendeinem Punkt gedacht: Jetzt bin ich an der Grenze?*

Tesdorpf: Die größte Verunsicherung entstand dadurch, dass wir gebeten wurden, die Praxis quasi sofort auf null zu fahren und uns nur noch um das absolut Notwendige zu kümmern. Und wenn man ehrlich ist, dann hat diese Zeit auch gezeigt, dass wenig sofort und unbedingt benötigt wird. Man kann schon von Luxusmedizin sprechen, die wir betreiben – auf jeden Fall haben wir ein sehr gut ausgestattetes System auf einem sehr hohen Niveau. Die Praxis stand quasi leer. Statt vier Ärzten waren zwei da und die hatten eigentlich nur zweieinhalb Stunden am Tag etwas zu tun. Im Wesentlichen mit Menschen, die Angst vor Corona hatten und nicht selbst infiziert waren. Wir hatten extreme wirtschaftliche Sorgen bis der Schirm aufgepannt wurde.



CORONAKRISE – WO STEHEN WIR JETZT?

Nordlicht: *Also waren es vor allem existenzielle Sorgen, die Ihnen die Falten auf die Stirn trieben?*

Tesdorpf: Ja, denn die Fallzahlen waren nicht da. Wir hatten einen Rückgang um etwa 35 Prozent. Im extrabudgetären Bereich war es mehr als die Hälfte und im privaten Sektor ist fast alles verloren gegangen. Das war existenzbedrohend.

Nordlicht: *Wie viele COVID-19 Patienten haben Sie insgesamt betreut?*

Tesdorpf: Es waren etwas über 100. Glücklicherweise mussten nur zwei wegen schwerer zunehmender Atemprobleme eingewiesen werden – ein Ehepaar. Alle anderen Patienten blieben in der ambulanten Betreuung. Ich habe keinen einzigen Bewohner aus dem Pflegeheim in Rümpel, das ich betreue, eingewiesen und auch niemanden des Personals, was positiv war.

Nordlicht: *Das Pflegeheim in Rümpel, in dem es im April zu einem großen ersten Ausbruch in einem Heim kam, haben Sie betreut.*

Tesdorpf: Ja, ich kenne die meisten Patienten dort. Ich wollte eigentlich Urlaub machen, als sich herausstellte, dass in dem Pflegeheim irgendetwas nicht stimmt. Das Gesundheitsamt hat dann am Ostersonnabend veranlasst, dass von allen dort ein Abstrich gemacht wird. Die Heimleitung hat dann bei mir angefragt, ob ich zur Verfügung stehe. Ich habe zugesagt. Es handelt sich um ein Heim für schwer an Demenz Erkrankte. Von da an hatte ich etwa 70 Menschen gleichzeitig zu monitoren. Den Urlaub habe ich dann natürlich nicht angetreten.

Nordlicht: *Sind Sie da an die Belastungsgrenze gekommen?*

Tesdorpf: Dass ich das in der erforderlichen Gründlichkeit und mit dem entsprechenden Einsatz tun konnte, war nur möglich, weil ich aufgrund meiner Urlaubsplanung für die Praxis nicht vorgesehen war. Man könnte sagen: Ich habe Homeoffice im Pflegeheim gemacht.

„Wir haben uns die Frage gestellt: Was können wir von den Bewohnern erwarten und was können sie selbst dazu beitragen, die Situation durchzustehen.“

Nordlicht: *Was waren die stärksten Ausprägungen der Erkrankung in diesem Pflegeheim?*

Tesdorpf: Das waren vier Patienten, die etwa fünf Tage lang nahezu unbeeinflussbar Temperaturen von 39, 40 Grad hatten. Das in hohem Alter und mit fortgeschrittener Demenz und wei-

teren Begleiterkrankungen – es war davon auszugehen, dass sie dies nicht verkraften und so war es auch. Diese Patienten sind dann verstorben. Diese Patienten haben wir palliativ betreut.

Die Hauptarbeit war, immer wieder neu zu überlegen, wie gehen wir mit den Patienten um, was machen wir mit ihnen. Wir haben schon ganz zu Beginn ein Assessment gemacht. Wir haben uns also die Frage gestellt, was können wir erwarten von den Bewohnern und was können sie selbst dazu beitragen, diese Situation durchzustehen. Können sie ins Krankenhaus oder können sie es nicht. Für den überwiegenden Teil lautete die Antwort, dass sie weder ins Krankenhaus noch auf eine Intensivstation können. Einige wenige hätten vielleicht ins Krankenhaus gekonnt und davon profitiert, aber niemand hätte mit einem Nutzen intensivmedizinisch, inklusive Beatmung, betreut werden können. Denn bei einem solchen Krankheitsbild ist es kaum möglich, dass jemand nach einer Intensivbehandlung später wieder den Zustand von vor der Behandlung erreicht. Jene, von denen ich erwartet hätte, dass eine Krankenhausbehandlung sinnvoll sein könnte, wurden gar nicht so krank.

„Unser Handwerkszeug waren Paracetamol und subkutane Infusionen.“

Nordlicht: *Wie krank waren die Menschen denn?*

Tesdorpf: Das Gros wurde nicht so krank. Wir haben bei den 68 Bewohnern jeden Tag zweimal Temperatur, Puls und Sauerstoffsättigung gemessen. Bei den meisten stieg die Temperatur im Rahmen der Infektion von 36,8 Grad auf z. B. 37,3 Grad für ein bis zwei Tage, sie haben dann vielleicht einen Tag im Bett verbracht. Danach waren sie aber wieder da. Richtig bettlägerig krank wurden nur die, die dann auch verstorben sind.

Nordlicht: *Letztlich ließ sich also gar nicht viel machen?*

Tesdorpf: Richtig. Unser Handwerkszeug waren Paracetamol und subkutane Infusionen. Wir haben versucht, das Fieber im Griff zu halten, weil es die Menschen zu viel Kraft kostet. Wenn sie nicht genügend trinken konnten, dann haben wir eine Infusion gegeben, damit sie nicht austrocknen und die Krise überstehen. Wenn es wirkte, war Krise nach drei bis vier Tagen überstanden.

Nordlicht: *Was ist aus Ihrer Sicht das Besondere an dieser Erkrankung?*

Tesdorpf: Mit Blick auf ein Pflegeheim dieser Art nichts. Auch eine Influenzapandemie ohne Impfprävention wäre für viele zu einer bedrohlichen Situation geworden und hätte zu einer gleich hohen Zahl Erkrankter und auch Verstorbener führen können. In dem Zustand, in dem diese Art der Pflegebedürftigen

sind, kann jede Infektion lebensbedrohlich sein. Es sind letztlich 14 von den 68 Betroffenen verstorben. Aber das Besondere bei dieser Infektion war, dass es fast alle Bewohner und immerhin 24 von 63 Mitarbeitern und einige Angehörige betraf. Von den 68 sind nur fünf negativ geblieben. Das waren jene, die pflegebedürftig in Einzelzimmern lagen. Nur einer, der sich konsequent geweigert hatte, sich isolieren zu lassen, ein 60-Jähriger, und der die ganze Zeit unter den Erkrankten umherlief, blieb dreimal negativ getestet und zeigte auch keine Symptome. Für mich absolut verwunderlich.

Nordlicht: Was sagt das aus?

Tesdorpf: Dass es eben nur der eine war. Denn eines wurde auch deutlich. Als wir den ersten Test gemacht haben, waren auf Anhieb von 68 Patienten 53 positiv. Bei einem Test wenige Tage später sind dann noch einmal drei dazugekommen. Danach sind dann keine mehr dazugekommen, weil die Schutzmaßnahmen und auch das Tragen von FFP2-Masken Wirkung gezeigt haben. Und das, obwohl auch die positiv getesteten Mitarbeiter – mit Zustimmung des Gesundheitsamtes – weiter arbeiten durften, solange sie keine Symptome zeigten. Auch unter den Mitarbeitern kamen im Verlauf nur zwei Neuinfektionen dazu.

Nordlicht: Wie schwer sind denn die Mitarbeiter erkrankt?

Tesdorpf: Es gab einige schwere Verläufe mit Husten und großer Entkräftung, aber sie waren alle zügig durch damit. Es waren alle relativ schnell wieder mit am Start und es gab niemanden mit einer langen Krankschreibung. Auch über Spätfolgen hat sich bisher keiner der Mitarbeiter beklagt.

„Es gab einige schwere Verläufe mit Husten und großer Entkräftung, aber sie waren alle zügig durch damit. Es bleibt aber eine schlechte Bilanz, wenn von 68 Patienten 14 versterben.“

Nordlicht: Welche Schlüsse ziehen Sie persönlich als Arzt aus diesen Erfahrungen?

Tesdorpf: Auf jeden Fall, dass alle getroffenen gesellschaftlichen Maßnahmen richtig waren. Und wir werden es auch in der Praxis weiter so handhaben, dass wir konsequent Mundschutz bei jedem Patientenkontakt tragen. Und selbstverständ-

lich werden wir auch weiterhin Infektsprechstunden durchführen. Wer also mit Erkältungssymptomen zu uns kommt, wird von den anderen Patienten getrennt. Wir tragen im Kontakt mit möglichen Infizierten natürlich die komplette Schutzausrüstung und halten uns an die Vorsichtsmaßnahmen. Denn es bleibt eine schlechte Bilanz, wenn von 68 Patienten 14 versterben. Alter oder Vorerkrankung sind natürlich kein Grund, die Aufmerksamkeit und Achtsamkeit zu vernachlässigen. Das widerspricht jeder Ethik.

Nordlicht: Fühlen Sie sich auf eine zweite Welle, sofern sie kommt, jetzt gut vorbereitet aufgrund Ihrer bisherigen Erfahrung?

Tesdorpf: Das auf jeden Fall, ja. Wir haben die notwendigen Sicherheitsmaßnahmen eingebaut. Wir haben die Warteplätze von 20 auf 6 runtergefahren, wir haben Acryltrennwände eingeführt, einen Raum nur für die Infektionsbehandlung, wir tragen alle Mundschutz, was die Kommunikation erschwerte, und wir trennen wie gesagt die Patienten. Kurzum: Wir sind eingerichtet und in dem Sinne gut vorbereitet. Das anstrengende zu Beginn war ja, dass man täglich korrigierte, die Mitarbeiter fragten, wie machen wir dies, wie machen wir das. Jetzt könnten wir quasi ad hoc von dem einen System auf das andere switchen, weil wir wissen, wie es geht.

„Wir sind eingerichtet und in diesem Sinne gut vorbereitet.“

Nordlicht: Sehen Sie also dem Winter gelassen entgegen.

Tesdorpf: Ich bin nicht der Typ, der sich da im Vorwege große Gedanken oder Sorgen macht. Ich lebe mit der Gewissheit, dass wir die Situation, so wie sie kommt, gut meistern können und werden. Ich bin also eher zuversichtlich und gelassen und habe in diesem Sinne eine positive Grundhaltung. Und gleichwohl würde ich mir eine geschlossene Solidarität wünschen, d. h. dass sich auch alle an die erforderlichen Schutzmaßnahmen wie das Tragen von Masken halten und dies auch vom System (KV, Gesundheitsministerium) entsprechend deutlich und mit festen Vorgaben und einer klaren Ansage eingefordert wird. Ich würde mir also mehr Festlegung und weniger Freiwilligkeit wünschen, damit für jeden die Einhaltung der Vorgaben verbindlich ist. Bei den Friseuren fordert die Berufsgenossenschaft das Tragen eines Mundschutzes. Warum fordert man es also nicht auch für die Mitarbeiter in Arztpraxen?

DAS INTERVIEW FÜHRTE NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

„Ich war entsetzt, als ich die Bilder sah“

In der Imland-Klinik in Rendsburg wurden während der Hochphase der Corona-Pandemie 27 COVID-19 Patienten behandelt. Ein Teil der Notaufnahme wurde binnen kürzester Zeit zur Isolierstation umgebaut, in der kurz nach Ausbruch der Pandemie reihenweise Verdachtsfälle eingeliefert wurden. Der Chefarzt der Notaufnahme, Dr. Thomas Fleischmann, schildert im Interview seine Erfahrungen mit einer Erkrankung, deren Auswirkungen ihn trotz einer 39-jährigen Berufserfahrung fassungslos machen und mit einem Geschehen, in dem er das Handeln der Politik als vorbildlich beschreibt.

Nordlicht: *Hatten Sie zu Beginn der Pandemie Befürchtungen, dass das Virus unser Gesundheitssystem aushebeln könnte?*

Dr. Thomas Fleischmann: Ja, sehr. Diese Angst hatten wir und sie hat uns dazu gebracht, sehr früh zu reagieren und uns auf die Pandemie vorzubereiten. Und zwar zu einem Zeitpunkt, als sie bei uns in der Region noch nicht wirklich angekommen war. Dass wir das getan haben, hat sich dann als richtig herausgestellt. Wir hatten die für uns glückliche Situation, dass wir zu denen gehörten, die sich vorbereiten konnten.

Nordlicht: *Sie haben gerade Ihren Isolationsbereich gezeigt. Man sieht natürlich, dass er nachträglich eingebaut wurde. Wie schnell ist Ihnen das gelungen und wie war die Bereitschaft unter den Mitarbeitern, hier auch zügig mit anzupacken?*

Fleischmann: Das ging sehr schnell. Genau genommen hat es vier Tage gedauert. Wir konnten aus räumlichen Gründen nicht parallel eine Notaufnahme einrichten. Daher haben wir uns entschieden in der Notaufnahme einen Isolationsbereich aufzubauen. Die größte bauliche Maßnahme, die notwendig war, war der Einbau der Schleuse, in der das Personal die Schutzkleidung an- und ablegt. Da hat uns unsere Haustechnik hervorragend unterstützt, die das innerhalb von zwei Tagen umgesetzt hat. Es wurden dann Sperrholzwände eingezogen und die Schleuse wurde in zwei Bereiche geteilt. Ein reiner, in der die Schutzausrüstung angelegt wird und ein unreiner, in der

„Die Schulung der Mitarbeiter war ein weiterer entscheidender Punkt.“



sie abgelegt wird. Wir haben das System so angelegt, dass wir bis zu sechs Patienten im Isolationsbereich aufnehmen konnten. Diese Maximalbelegung haben wir in den Hochzeiten der Pandemie auch erreicht.

Nordlicht: *Was war neben baulichen Veränderungen noch notwendig?*

Fleischmann: Ein weiterer entscheidender Punkt war die Schulung der Mitarbeiter. Mir war und ist ein strikter Umgang mit der Schutzausrüstung außerordentlich wichtig. Wir hatten den Vorteil, dass wir immer ausreichend Schutzausrüstung hatten. Es war teilweise zwar knapp, aber nie so, dass wir keine hatten. Wir haben also parallel zu den baulichen Veränderungen ein striktes Schulungsprogramm der Mitarbeiter umgesetzt und geschult, wie man die Schutzkleidung an- und ablegt, und wie man sich im Isolationsbereich verhält. Ein weiterer Punkt war, dass wir sehr schnell Erfahrung mit der Krankheit gesammelt haben. Viele Patienten hatten nicht nur respiratorische Symptome, sondern viele weitere.

Nordlicht: *Konnten Sie die Erfahrungen weitergeben und wie waren Sie unter Kollegen miteinander vernetzt?*

Fleischmann: Wir haben als Notfallmediziner und als Mediziner ein sehr enges Netzwerk. Darüber haben wir uns ausgetauscht. Ich habe auf Veranstaltungen über Videokonferenz von unseren Erfahrungen berichtet. Wir haben als Notfallmediziner außerdem einen Podcast für Klinische Notfallmedizin. Dort habe ich unsere Erkenntnisse zur Verfügung gestellt und geteilt. Mich hat beeindruckt, dass dies der Podcast war, der in der gesamten Serie die größte Aufmerksamkeit erlangt hat. Wir hatten erst hunderte, dann sehr schnell tausende Hörer.

Nordlicht: *War das ein frei zugänglicher Podcast?*

Fleischmann: Normalerweise veröffentlichen wir ihn in einem geschützten Bereich. Dieser Podcast aber war offen und für jeden zugänglich.

Nordlicht: *Wie viele COVID-19-Patienten haben Sie in den Monaten betreut?*

Fleischmann: Wir haben in unserer Klinik 27 COVID-19-Patienten behandelt, von denen leider 7 verstorben sind. Durch die Verdachtsfälle, die mehr als das Zehnfache der bestätigten Fälle ausmachen, war das Aufkommen natürlich dennoch entsprechend hoch.

„Ich habe in meinen 39 Jahren als Arzt noch nie ein Virus erlebt, das so hochinfektiös ist und sich mit solcher Dynamik und Geschwindigkeit ausbreitet.“

Nordlicht: *Sind Sie jemals an die Belastungsgrenze gekommen?*

Fleischmann: Ja, das sind wir – allerdings nur in der Hinsicht, dass wir wesentlich mehr Verdachtsfälle als tatsächlich Erkrankte hatten. Wir waren immer mit ausreichend Beatmungsgeräten und Betten ausgestattet, um die Patienten hier

behandeln und versorgen zu können. Die Summe aber aus Verdachtsfällen und den bestätigten Fällen war zeitweise so groß, dass wir alle Räume im Isolationsbereich belegt hatten.

Nordlicht: *Was haben Sie daraus und aus den Wochen der Pandemie gelernt?*

Fleischmann: Ich habe in meinen 39 Jahren als Arzt noch nie ein Virus erlebt, das so hochinfektiös ist und sich mit einer solchen Dynamik und Geschwindigkeit ausbreitet. Wir waren schon während der letzten schweren Influenzawelle an der Auslastungsgrenze. Wir kennen also den Umgang mit infektiösen Patienten. Nur gegen Influenza gibt es eine Impfung und eine Therapie.

Nordlicht: *Das war diesmal anders?*

Fleischmann: Ja. Die Geschwindigkeit, mit der die Krankheit verläuft und die Intensität ist schon enorm. Wir kannten dieses Virus vorher nicht. Wir kennen keine Therapie und haben keinen Impfstoff. Das ist schon eine sehr besondere Situation. Ich bin sehr froh, dass ich noch vor dem Ausbruch der Pandemie für unsere Station vier spezielle High-Flow-Oxygen-Geräte erhalten habe, über die man Patienten durch die Nase oxygenieren kann. Die gab es wenig später nicht mehr auf dem Markt. Diese Geräte haben hier richtig Leben gerettet. Und doch war die Influenza-Welle 2017 für uns gewissermaßen ein Trainingslager, aus dem wir eine Menge Erfahrung für die jetzige Situation mitgenommen haben.

Nordlicht: *Wie würden Sie die Krankheit aus medizinischer Sicht und Ihrer Erfahrung damit einordnen?*

„Ich habe noch nie so viele pneumologische Erkrankungen gesehen mit einem solchen Zerstörungsgrad der Lunge.“

Fleischmann: Es ist eine schreckliche Krankheit und mich erfasste manchmal Entsetzen, wenn ich die computertomografischen Bilder der zerstörten Lungen gesehen habe. Ich habe noch nie so viele pneumologische Erkrankungen gesehen mit einem solchen Zerstörungsgrad der Lunge. Durch die intensive Beschäftigung war unsere Lernkurve aber auch enorm steil. Wir sind schnell gut darin geworden, zu erkennen, wie anders die Verteilung und die Morphologie gegenüber üblichen Pneumonien ist. Und dennoch frage ich mich immer wieder, wie können Menschen damit noch leben und wie geht es den Menschen nachher damit, wenn sie Covid überstanden haben. Ist es so, dass sich das Gewebe zurückbildet? Wird wieder funktionierendes Lungengewebe daraus oder bleibt es in diesem zerstörten Zustand? Es sind viele Fragen, die sich uns Medizinern in Zusammenhang mit dieser Erkrankung noch stellen.

CORONAKRISE – WO STEHEN WIR JETZT?

Nordlicht: *Völlig neue Erfahrungen also auch für Sie?*

Fleischmann: Ja. Ich hatte einen Moment, den ich mein Leben lang nicht vergessen werde. Ich hatte einen Patienten, 47 Jahre alt, der in furchtbar schlechtem Zustand zu uns kam und von dem ich dachte, er stirbt mir in der Notaufnahme. Es war der zweite Patient überhaupt mit COVID-19, den wir in der Notaufnahme hatten. Wir haben ihn sofort intubiert und dann ins CT gefahren. Als ich im Schaltraum des CT stehe und sehe, was sich da auf dem Bildschirm aufbaut, war ich erschüttert. Schicht für Schicht für Schicht stellte sich eine zerstörte COVID-19-Lunge dar, wie ich sie noch nie gesehen hatte. Das kannte ich bisher nur aus dem Internet – und nun hatte ich es hier in meiner Notaufnahme. Das war alles zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Pandemie. Kurz darauf ging es dann Schlag auf Schlag. Jeden Tag kamen neue Patienten.

Nordlicht: *Es war dann ja eine in jeder Hinsicht intensive Zeit. Wie bewerten Sie diese in der Rückschau?*

Fleischmann: Man hat in der Politik wirklich sehr vorausschauend gehandelt. Das sehe ich mit großer Dankbarkeit. Das halte ich nicht für selbstverständlich und habe es so bisher noch nicht erlebt. Deshalb bin ich dafür sehr dankbar. Außerdem sehe ich voller Stolz, wie die Mitarbeiter der Pflege in der Notaufnahme, auf der Isolationsstation und der Intensivstation mit Mut, enormen Engagement und Expertise diese Situation bewältigt haben. Ich sehe außerdem mit voller Hochachtung, wie sich die Ärzte in den Kliniken und im niedergelassenen Bereich dieser Situation gestellt haben. Es ist großartig, wie schnell hier aus der Situation heraus gelernt und dann auch gehandelt wurde. Ich sehe voller Stolz und Dankbarkeit, was passiert ist. Ich sehe allerdings voller Sorge, ob uns das nochmal gelingen wird.

„Ich bin mir nicht sicher, ob wir den Konsens für die Maßnahmen, die zurecht umgesetzt worden sind, noch einmal herstellen können.“

Nordlicht: *Was ist Ihre genaue Sorge?*

Fleischmann: Ich bin mir nicht sicher, ob wir den Konsens für die Maßnahmen, die zu Recht umgesetzt worden sind, noch einmal herstellen können. Und wer die Situation in der Notaufnahme während des Höhepunktes der Pandemie gesehen hat, der weiß, wie notwendig und wichtig diese Maßnahmen gewesen sind. Es ist vermessen, zu behaupten, diese Maßnahmen wären nicht notwendig gewesen.

Nordlicht: *Sehen Sie dem Winter gelassen entgegen?*

Fleischmann: Ich sehe dem Winter mit Sorge entgegen. Sie müssen berücksichtigen, dass Corona bei uns begann, als die Influenza abflaute. Ich möchte nicht wissen, was passiert, wenn beide Infektionen zum selben Zeitpunkt auftreten. Das könnte uns in eine sehr schwierige Situation bringen.

„Wenn beide Wellen mit entsprechend schwer Erkrankten aufeinandertreffen, wird uns das schnell an unsere Belastungsgrenze bringen.“

Nordlicht: *Das würde ja bedeuten, dass die Impfquote für die Influenza zwingend deutlich erhöht werden müsste, damit sich diese beiden Entwicklungen nicht noch zusätzlich verstärken?*

Fleischmann: Ja, das ist so. Das wäre dringend nötig. Bei der Grippeimpfung möglicherweise den Schwerpunkt der Notwendigkeit bei Risikogruppen zu sehen, wäre aus meiner Sicht ein falsches Signal. Denn Influenza und Covid kann jeden treffen, auch schwer. Wenn dann beide Wellen mit entsprechend schwer Erkrankten aufeinandertreffen, wird uns das schnell an unsere Belastungsgrenze bringen. Denn eines ist klar: Solche Infektionen binden unglaublich viel personelle Ressourcen in einem Krankenhaus. Und die sind nun einmal begrenzt.

DAS INTERVIEW FÜHRTE NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

Der Schutzschirm im ersten Quartal

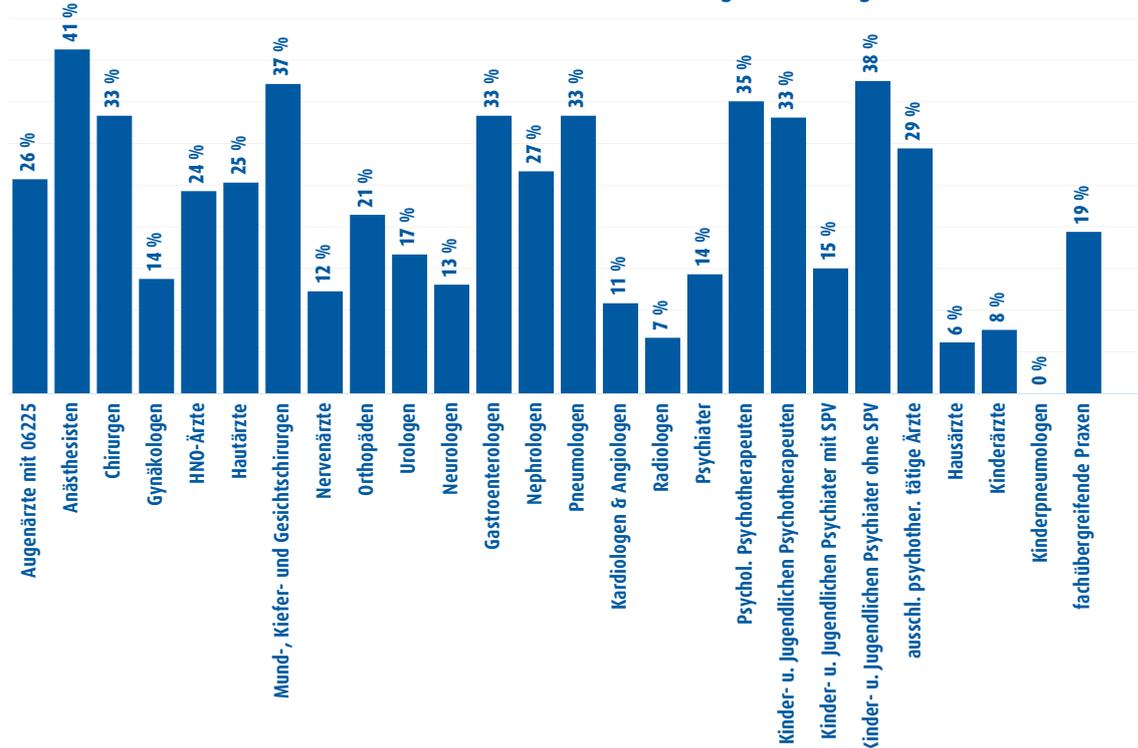
Wie von uns zugesagt, haben wir mit der Abrechnung des 1. Quartals 2020 auch die ersten Schutzschirme aufgespannt. Der HVM-Ausschuss hatte im April beraten, die Abgeordnetenversammlung im Mai via Umlaufverfahren beschlossen und die Verhandlungen mit den Krankenkassen zum aMGV-Schutzschirm standen im Juni kurz vor der Einigung.



Unser ehrgeiziger Fahrplan ging auf. Mit der Abrechnung haben wir rund eine Million Euro Schutzschirm ausgezahlt. Ca. 55 Prozent entfallen dabei auf den MGv-Bereich. Von den gut 3.250 Praxen haben 622 eine Schutzschirm-Ausgleichszahlung von durchschnittlich etwa 1.200 Euro je Arzt erhalten. Besonders Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, FA-Internisten und psychotherapeutische Fachrichtungen sind von einem pandemiebedingten Honorarverlust betroffen, der bis zu 90 Prozent ausgeglichen werden konnte.

Das Ergebnis ist für manche Praxis nicht das, was sie erwartet hat. Objektiv müssen wir uns von dem Prinzip leiten lassen, dass ein pandemiebedingter Fallzahlrückgang Voraussetzung für eine Ausgleichszahlung ist. Dabei stellt uns das 1. Quartal vor eine besondere Herausforderung, denn offiziell beginnt die Pandemie in Schleswig-Holstein mit dem 16. März. Damit haben wir zwei pandemische Wochen.

Anteil der Praxen mit Schutzschirm-Ausgleichszahlung

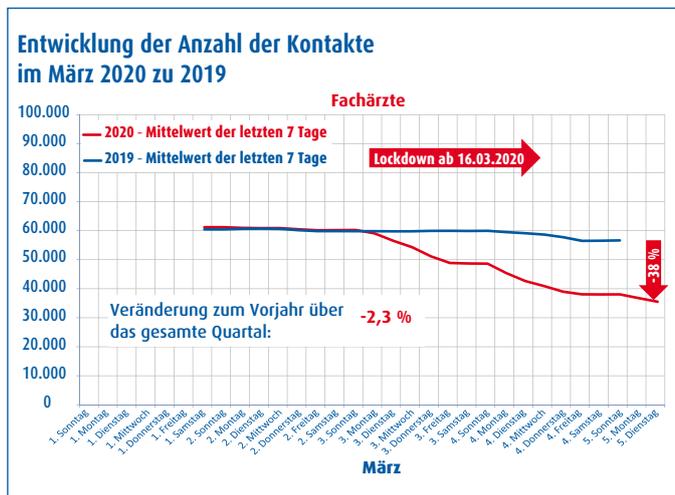
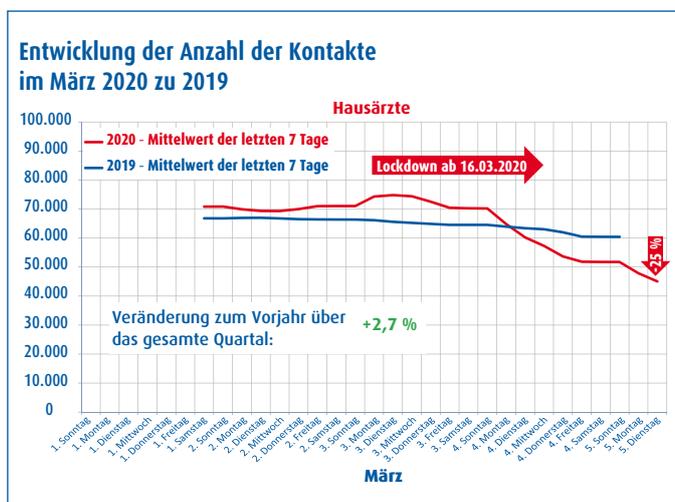


CORONAKRISE – WO STEHEN WIR JETZT?

Fallzahl versus Kontaktzahl

Analysen zeigten uns, dass wir mit einem Fallzahlvergleich zum Vorjahresquartal objektiv nicht richtig gelegen hätten. Insbesondere bei den Hausärzten setzt der Fallzahlrückgang erst verzögert ein. Viele Patienten benötigten eine AU, hatten Fragen zu ihrem individuellen COVID-19-Risiko, erhielten Abstriche und vieles mehr.

Im fachärztlichen Bereich hätten wir einen hohen Anteil „falsch positiver“ Ausgleichsbeträge ausbezahlt, die aufgrund anderer – nicht pandemiebedingter Effekte – zu Honorarrückgängen führten. Deshalb konkretisieren wir für das 1. Quartal die Voraussetzung: Wir zählen und vergleichen die Anzahl der Patienten-Kontakte pro Tag vor dem 16. März und ab dem 16. März. Ist die Zahl ab dem 16. März kleiner, ist das Kriterium „pandemiebedingter Fallzahlrückgang“ erfüllt.



Den Honorarausfall aufgrund der Pandemie kalkulieren wir beispielhaft so:

Anzahl Kontakte im Quartal	1.600
Honorar	24.000 Euro
Durchschnittlich Honorar je Kontakt	15 Euro
Anzahl Kontakte pro Tag vor Lockdown	30
Anzahl Kontakte pro Tag im Lockdown	3
Werktage im Lockdown	12
Kalkulierter Honorarverlust = $(30 - 3) \times 12 \times 15$ Euro	
	= 4.860 Euro

Diese Berechnung führen wir jeweils für das MGV-Honorar und das aMGV-Honorar durch. Das Honorar 1/2019 besitzt insoweit Bedeutung, als seine Differenz zum 90-prozentigen Honorar 1/2020 den maximalen Ausgleichsbetrag bildet. Das Beispiel:

Honorar 1/2020	24.000 Euro
Honorar 1/2019	32.000 Euro
Max. Ausgleichsbetrag	$32.000 \text{ Euro} \times 90\% - 24.000 \text{ Euro}$
	= 28.800 - 24.000 Euro
	= 4.800 Euro.

Der kalkulierte Honorarverlust in Höhe von 4.860 Euro aus dem oberen Rechenschritt wird also bis 4.800 Euro ausgeglichen. Hat die Praxis im Lockdown Werktage ohne eine einzige Leistung, wird der Ausgleichsbetrag um diese Tage korrigiert:

Werktage im Lockdown	12
Ausgleichsbetrag pro Tag	4.800 Euro/12
	= 400 Euro
Tage ohne Leistung	2
Ausgleichsbetrag	$4.800 \text{ Euro} - 2 \times 400 \text{ Euro}$
	= 4.000 Euro.

Für den aMGV-Schutzschirm gilt eine weitere Voraussetzung: Das Gesamthonorar im Abrechnungsquartal muss unter 90 Prozent des Werts im Vorjahresquartal liegen.

Was zählt zum Gesamthonorar? Alles, außer

- Einnahmen aus der privaten Krankenversicherung (PKV)
- Honorar zulasten der Sonstigen Kostenträger (SKT)
- Honorar aus dem vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst und Corona-Sonderdiensten
- Modellvorhaben
- HZV-Verträge
- Selektivverträge zur besonderen Versorgung
- Sachkosten des EBM, weil diese Kosten ohne Patienten nicht entstehen.

Neue Leistungen

TSVG-Leistungen zählen ebenfalls nicht dazu, da sie in 1/2019 noch nicht erfunden waren. Weil sie im Vorjahresquartal jedoch MGV-Leistungen sind und die MGV um sie bereinigt ist, ziehen wir sie dort ab.

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass vom aMGV-Ausgleichsbetrag Entschädigungszahlungen Dritter abzuziehen sind. Deshalb sind alle Praxen mit dem Honorarbescheid aufgefordert, der KVSH solche Zahlungen anzuzeigen, wenn die Praxis einen aMGV-Schutzschirm erhält. Wir mindern den Ausgleichsbetrag in einer Nachberechnung, wobei wir die Zahlungen Dritter pauschal um 20 Prozent für Umsatzanteile außerhalb der GKV reduzieren.

Die folgenden Quartale

Das 2. Quartal 2020 ist ein komplettes Pandemiequartal. Erste Auszahlungen vor der sachlich-rechnerischen Prüfung zeigen über alle Arztgruppen einen Rückgang der eingereichten Abrechnungsscheine um 16 Prozent. Das Ergebnis gibt eine grobe Richtung vor. Über den tatsächlichen Honorarrückgang kann es noch nichts aussagen.

Einen quartalsinternen Arzt-Patienten-Kontakte-Vergleich können wir nicht mehr durchführen. Es gilt dann der Vergleich zum Vorjahr. Zum Glück liegen die Osterfeiertage fast gleich.

Zum Unglück haben wir einen neuen EBM. Der bleibt im Quartalsvergleich außen vor. D. h. EBM-Gewinner werden einen nicht so hohen Ausgleichsbetrag erhalten, EBM-Verlierer bekommen einen Aufschub. Die Ausgleichszahlung soll die Fortführung der Praxistätigkeit sicherstellen. Hypothetische Honorarzuwächse haben damit nichts zu tun.

Praxen mit Infektsprechstunden können die Grenze des MGV-Schutzschirms auf bis zu 100 Prozent des Vorjahresquartals erhöhen. Wer keine Infektsprechstunden anbietet, muss sich keinem Risiko aussetzen, bleibt dafür jedoch bei maximal 90 Prozent des Vorjahresquartals.

Zum dritten Quartal ändert sich die Voraussetzung für den extra-budgetären Schutzschirm. Die Krankenkassen machen die „Aufrechterhaltung des Praxisbetriebs“ von mindestens 50 Prozent der Fallzahlen im Vorjahresquartal abhängig. Für den MGV-Schutzschirm bleibt es wie bisher.

So oder so gilt das Wort von Friedrich von Metzler: „Absolute Gerechtigkeit gibt es nicht, und wenn jemand absolute Gerechtigkeit anstrebt, wird es furchtbar ungerecht.“

Fachgebiet	Anzahl der eingereichten Scheine		
	2/2019	2/2020	Delta
Allgemeinmedizin/ Innere Medizin (HA)	1.809.954	1.561.188	-14 %
Anästhesiologie	34.345	29.992	-13 %
Augenheilkunde	265.168	219.408	-17 %
Chirurgie	122.432	103.068	-16 %
Dermatologie	191.752	169.077	-12 %
Endokrinologie	6.098	5.609	-8 %
Gastroenterologie	30.860	31.183	1 %
Gynäkologie	479.778	422.840	-12 %
Hämatologie/Onko- logie	18.615	17.533	-6 %
HNO-Heilkunde	183.511	153.235	-16 %
Humangenetik	2.002	1.909	-5 %
Innere Medizin (FA)	47.293	32.809	-31 %
Kardiologie/ Angiologie	70.631	68.055	-4 %
Labormedizin	851.812	638.347	-25 %
Mund-Kiefer-Gesichts- chirurgie	6.515	5.886	-10 %
Nephrologie	23.227	20.572	-11 %
Nervenheilkunde	140.250	134.373	-4 %
Orthopädie	230.528	197.426	-14 %
Pädiatrie (FA)	5.132	3.934	-23 %
Pädiatrie (HA)	203.966	164.519	-19 %
Pädiatrie (HA/FA)	15.918	12.526	-21 %
Pathologie	56.559	47.996	-15 %
Physikalische Medizin	15.511	13.520	-13 %
Pneumologie	50.450	48.052	-5 %
Psychotherapie	44.321	43.516	-2 %
Radiologie/Nuklear- medizin/Strahlenth.	201.123	144.312	-28 %
Rheumatologie	13.734	14.213	3 %
Transfusionsmedizin	2.236	1.937	-13 %
Unspezifische Fachgebiete	83.214	71.790	-14 %
Urologie	101.414	94.226	-7 %
Alle Fachgebiete	5.252.667	4.425.741	-16 %

EKKEHARD BECKER, DANA ENGELHARDT, KVSH

UMFRAGE

Rauchen und Alkoholkonsum bei jungen Menschen unbeliebter

Berlin – Rauchen wird laut einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland immer unbeliebter. Unter den 12- bis 17-Jährigen gaben nur noch 5,6 Prozent an, ständig oder gelegentlich zu rauchen. Das waren so wenige wie noch nie seit Beginn der Befragungsreihe. Unter 18- bis 25-Jährigen sind demnach noch 21,2 Prozent Raucher – auch das ist ein neuer Tiefstand. Dieser Effekt müsse nun auch bei Cannabis erreicht werden, erklärte die Bundesdrogenbeauftragte Daniela Ludwig (CSU). Laut Studie haben dies 10,4 Prozent der 12- bis 17-Jährigen und 46,4 Prozent der 18- bis 25-Jährigen schon einmal probiert. Auch die Affinität zu Alkohol ist der Studie zufolge gesunken. Während 2004 noch rund jeder Fünfte der 12- bis 17-Jährigen angab, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken, war es 2019 nur noch fast jeder Zehnte. Bei den 18- bis 25-Jährigen sank der wöchentliche Alkoholkonsum im gleichen Zeitraum von 43,6 Prozent auf 32,9 Prozent.

PATIENTENINFORMATION

Stoffwechselkrankheit Galaktosämie

Berlin – Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin hat eine neue Patienteninformation veröffentlicht. Diese klärt über die seltene Stoffwechselkrankheit Galaktosämie auf und erläutert Symptome und Therapiemöglichkeit der erblichen Erkrankung. Zudem erhalten betroffene Familien praktische Tipps zum besseren Umgang mit der Krankheit, die in der Regel durch das Neugeborenen-Screening entdeckt wird.

Ärzte und Pflegekräfte können diese und viele weitere Patienteninformationen unter www.patienten-information.de kostenfrei herunterladen und ausdrucken sowie an Interessierte weitergeben oder im Wartebereich auslegen.

CORONA-BERICHT

Erstes Halbjahr 2020 online

Kiel – Das Kompetenzzentrum für das Meldewesen übertragbarer Krankheiten hat seinen „Infektionsepidemiologischen Bericht“ für das erste Halbjahr 2020 online gestellt. Der Bericht von Prof. Helmut Fickenscher beschreibt die Verbreitung und das Ausmaß der Coronavirus-Pandemie in Schleswig-Holstein mit Datenstand zum 18. Juli 2020. Darin sind die wesentlichen Eckdaten mit Schwerpunkt Schleswig-Holstein aufgeführt.

Der Bericht steht ab sofort unter www.infmed.uni-kiel.de/de/epidemiologie zum Herunterladen bereit.

BARMER

Impflücken bei Erstklässlern befürchtet

Kiel – Viele Kinder in Schleswig-Holstein werden nach Einschätzung der BARMER dieses Jahr vermutlich ohne ausreichenden Impfschutz eingeschult. Wegen der Corona-Pandemie seien in Schleswig-Holstein die Schuleingangsuntersuchungen zum großen Teil ausgefallen und auch viele der vorsorglichen U-Untersuchungen in den Kinderarztpraxen konnten nicht wahrgenommen werden. Somit dürfte nach Einschätzung der Krankenkasse bei vielen Kindern versäumt worden sein, den Impfstatus zu überprüfen und entsprechend nachzuimpfen. „Schon in den vergangenen Jahren wurde bei Kindern im einschulungsfähigen Alter bei keiner der 13 wichtigsten Infektionskrankheiten ein Durchimpfungsgrad von 90 Prozent erreicht“, sagt Dr. Bernd Hillebrandt. Der Landesgeschäftsführer der BARMER in Schleswig-Holstein stützt sich dabei auf den Arzneimittelreport 2019. Auch das Robert Koch-Institut (RKI) hat in seinem aktuellen epidemiologischen Bulletin Defizite beim Impfstatus von Kindern festgestellt. Demnach würden Impfungen später durchgeführt als empfohlen und Impfserien nicht zeitgerecht abgeschlossen.



20 JAHRE NOTARZT-BÖRSE

Jubiläumskongress „Die Zukunft im Rettungsdienst“

Lübeck – Dr. André Kröncke hätte es sich im Jahr 2000 wohl kaum vorstellen können, das aus seinem „Hobby“, der gelegentlichen Notarztvermittlung, die gestandene Notarzt-Börse hervorgeht. Jetzt, 20 Jahre später, haben er und seine rund 70 Mitarbeiter allen Grund das Jubiläum zu feiern. Über 5.500 Ärzte lassen sich für Einsätze unterschiedlichen Couleurs vermitteln. Mehr als 35 „eigene“ Notarzteinsatzfahrzeuge bundesweit werden rund um die Uhr von der Organisation abgesichert. Für den Kongress hat Prof. Dr. Helge Braun, Bundesminister für besondere Aufgaben und Chef des Bundeskanzleramtes, die Schirmherrschaft übernommen.

Am 13. November 2020 in Lübeck-Travemünde

- Von 9.00 bis 16.00 Uhr gibt es Einblicke und Diskussionen über die Zukunft im Rettungsdienst.
- Ab 18.00 Uhr wird Geselligkeit und Netzwerken bei Livemusik großgeschrieben.

Referenten sind Dr. Monika Schliffke, Alexander Paquet, Pierre-Enric Steiger, Prof. Dr. Alex Lechtleuthner, Torsten Preuß, Dr. Frank Heblich, Dr. Stephan Porten, Dr. Kai Kottmann, Prof. Dr. Henrik Herrmann und Dr. Henning Kothe.

Mehr Informationen unter: www.20jahre.notarzt-boerse.de

RICHTLINIE

Schutz vor Gewalt und Missbrauch wird Teil des Qualitätsmanagements in Praxen

Berlin – Um Patientengruppen, wie Kinder und Jugendliche oder hilfsbedürftige Personen, vor Gewalt und Missbrauch zu schützen, sollen medizinische Einrichtungen künftig entsprechende Maßnahmen vorsehen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen und seine Qualitätsmanagement-Richtlinie ergänzt. Die angepasste QM-Richtlinie sieht vor, dass je nach Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und Patientenkontext über das spezifische Vorgehen zur Sensibilisierung des Teams sowie über weitere geeignete Maßnahmen entschieden wird. Dies können Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen, Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein. Mehr Informationen unter www.kbv.de/html/1150_47209.php

ZI-ANALYSE

Mehr Menschen nutzen Darmkrebsvorsorge



Berlin – Immer mehr Menschen gehen zur Darmspiegelung. Die Zahl der Koloskopien zur Früherkennung von Darmkrebs ist 2019 im Vergleich zu 2018 im vertragsärztlichen Bereich um 14,4 Prozent gestiegen, wie eine aktuelle Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ergab. Während 2018 lediglich 447.840 Personen eine präventive Koloskopie haben durchführen lassen, waren es im Folgejahr bereits 512.428. Dies sei die deutlichste Steigerung zwischen zwei aufeinanderfolgenden Jahren seit Einführung dieser Krebsfrüherkennungsmaßnahme 2004, resümierten die Wissenschaftler des Zi. Dabei waren der Analyse zufolge größere regionale Unterschiede zu beobachten. Während die höchsten regionalen Zuwachszahlen 2019 in Hamburg (25,9 Prozent), Niedersachsen (22,9 Prozent) und Westfalen-Lippe (21,8 Prozent) mit jeweils über 20 Prozent zu verzeichnen waren, lagen Sachsen (2 Prozent), Thüringen (6,2 Prozent) und Schleswig-Holstein (6,6 Prozent) unter der Zehn-Prozent-Marke. Für die starke Zunahme 2019 sehen die Zi-Wissenschaftler zwei Faktoren: zum einen die Absenkung des Alters für teilnahmeberechtigte Männer von 55 auf 50 Jahre zum 19. April 2019, zum anderen das neu eingeführte Einladungsverfahren vor gut einem Jahr.

ARZTBESUCH

Patienten recherchieren nach Symptomen

Berlin – Mehr als jeder zweite Deutsche hat vor und nach dem Arztbesuch zu seinen Krankheitssymptomen im Internet recherchiert. Das geht aus einer Befragung hervor, die der Digitalverband Bitkom veröffentlicht hat. Demnach suchen 53 Prozent der Befragten im Vorfeld online nach ihren Symptomen. Bei Frauen ist der Anteil mit 61 Prozent deutlich höher als bei Männern mit 45 Prozent. 61 Prozent der Befragten gaben zudem an, das Internet auch nach dem Arztbesuch gezielt zu nutzen, um nach Informationen zu ihren Symptomen, zur Diagnose des Arztes oder zu den verschriebenen Medikamenten zu suchen. Als Grund nannten zwei Drittel der Patienten, ihnen sei eine Zweitmeinung wichtig. Fast jeder Dritte verstand nach eigenen Angaben dabei auch seinen Arzt schon einmal nicht. Bitkom hat für die Umfrage knapp 1.200 Menschen ab 16 Jahren in Deutschland befragt.

ISCHÄMISCHE HERZERKRANKUNG

Männer häufiger betroffen



Berlin – Eine ischämische Herzerkrankung ist in Deutschland bei Männern sehr viel häufiger als bei Frauen. Das zeigt eine neue Versorgungsatlas-Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Danach waren Männer mit acht Prozent mehr als doppelt so oft betroffen wie Frauen (3,9 Prozent). Zudem entwickelte sich die Erkrankungshäufigkeit im Untersuchungszeitraum bei Frauen und Männern unterschiedlich. Während die Prävalenz bei Frauen um 14 Prozent zurückging, blieb diese bei Männern zwischen den Jahren 2009 und 2018 nahezu unverändert. Die ischämische Herzerkrankung ist in Deutschland und weltweit die häufigste Todesursache. Die Autoren der neuen Studie haben für ihre Arbeit die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2018 ausgewertet. Ziel war dabei nicht nur die Analyse von zeitlichen Trends, sondern auch eine regionale Zuordnung. Mehr Informationen unter www.zi.de

NORDLICHT 08 | 2020

Korrektur

In der KBV-Tabellenübersicht „Test auf SARS-CoV-2 in der Arztpraxis“ auf Seite 27 lautet die korrekte EBM-Ziffer 88240.

Jens Spahn im Glück

Jens Spahn hat eine beneidenswerte Glückssträhne, die ihm aus meiner Sicht kaum zu gönnen ist. Der Gesundheitsminister steht auf dem Gipfel seiner Popularität, obwohl er am Anfang der COVID-19 Pandemie so ziemlich alles falsch gemacht hatte, was ging.

- Der Pandemieplan war für ihn nur ein Stück Papier, das in den Schubladen vergilbt.
- Vorsorge und Bevorratung von Schutzausrüstung wie im Pandemieplan vorgesehen, gab es nicht.
- Auch als die Pandemie ins Rollen kam, hat er es kaum geschafft, sich um die notwendige Ausrüstung wenigstens noch im Nachhinein zu kümmern.
- Stattdessen verbreitete er zum Teil Fehlinformationen über die Wirkungsweise von Masken.
- Die Pandemie wurde selbst dann noch von ihm geleugnet und verharmlost, als China und die WHO mit einiger Verspätung die Welt über das Ausmaß der Erkrankungswelle informierten.
- Notwendige Einschränkungen im Reiseverkehr oder bei Massenevents wurden viel zu spät beschlossen und durchgesetzt, sodass
- die erforderlichen Gegenmaßnahmen unnötig stark ausfielen und mit unnötig hohen Nebenwirkungen behaftet waren.
- Er lanciert eine Corona-App, die nicht nur nicht funktioniert und nicht nur kein taugliches Mittel der Pandemiebekämpfung ist, sondern von vielen Kritikern als Bedrohung des informellen Selbstbestimmungsrechts gescholten wird.

Trotzdem nimmt ihm das keiner übel. Er ist beliebter als je zuvor. Jetzt sieht es sogar so aus, als könne er CDU-Vorsitzender werden.

Wie kann das sein? Vermutlich deswegen:

1. Er hat sich zwar nach den anfänglichen Fehlern gut beraten lassen und dann zu spät vieles richtig gemacht. Aber noch seiner Vorgängerin Andrea Fischer nutzte dies auch nichts. Sie musste wegen geringerer Fehler in der BSE Krise ihren Hut nehmen. Spahn hingegen wird gefeiert.
2. Dabei kommt ihm ein weiteres Glücksmoment zu Gute. Es gibt in Deutschland immer noch ein funktionierendes Gesundheitswesen, das die übelsten Auswirkungen der Pandemie bewältigen konnte. Zu seinem Glück konnten sich seine Freunde von der Bertelsmann Stiftung bislang nicht vollständig mit ihren Vorstellungen durchsetzen, noch radikalere Kürzungen im ambulanten Bereich und bei kleinen Kliniken zu tätigen.
3. Und schließlich gibt es noch die vielen Kritiker, leider auch unter den Ärzten, die ihm durch die Absurdität ihrer Kritik und durch hysterische Übertreibungen das Leben nur zu leicht machen. Auf der einen Seite der glanzäugige, zur Hysterie neigende Koalitionsfreund

Karl Lauterbach, von dem er sich durch eine entspannte Gelassenheit und staatsmännische Würde absetzen kann. Und auf der anderen Seite die immer noch zu große Zahl derjenigen, die das Offensichtliche in Abrede stellen und notwendige Maßnahmen gegen COVID-19 lautstark bekämpfen. So steht Spahn da wie das Weltkind in der Mitten.



Gastautor Dr. Matthias Soyka

Es könnte für ihn nicht besser laufen. Nicht nur das Ausland, auch die übergroße Mehrheit der Bevölkerung sieht, dass es in unserem Land in der Corona-Pandemie deutlich besser läuft als anderswo. Besser vor allem als in den Ländern, die von populistischen Corona-Ignoranten regiert werden, aber auch in anderen mit einer schwächeren medizinischen Infrastruktur.

Der Gesundheitsminister müsste eigentlich täglich zu hören bekommen, dass dieser glimpfliche Verlauf vor allem ein Verdienst des deutschen Gesundheitswesens ist, an das er und seine Freunde seit Jahren die Axt legen.

Man müsste ihn im Stundentakt damit konfrontieren, dass es vor allem der Schutzwall der niedergelassenen Ärzte war, der die Menschen davon abhielt, die Krankenhausambulanzen wie in anderen Ländern zu stürmen und dort das Virus zu verbreiten.

Aber das geschieht leider nicht. Natürlich gibt es diese Äußerungen, hervorgebracht von uns Ärzten. Aber unsere Kritiken, so berechtigt sie sind, gehen gerade unter in der kakophonischen Show der Coronaleugner und Verschwörungstheoretiker.

Zu Wort kommen, um nur einmal ein Beispiel zu geben, nicht nur wildgewordene Veganer, sondern auch der Steakhouse-König Eugen Block. Letzterer fordert in offenen Briefen das RKI auf, doch endlich die Übersterblichkeit der letzten Monate in Zahlen zu belegen. Denn er bezweifelt, dass Corona bislang in Deutschland sehr viel mehr Opfer gefordert hat als eine Grippeepidemie. In seinem Kopf kommt es ganz offensichtlich nicht an, dass die niedrigen Todeszahlen gerade der Erfolg der Pandemiebekämpfer sind, um den uns Länder, wie die USA oder Brasilien beneiden. Spahn sieht bei Kritiken solcher Art natürlich extrem gut aus.

Denn, dass die Übersterblichkeit nur so wenig gegenüber den Vorjahren erhöht ist, wird in erster Linie ihm und viel zu wenig den Ärzten als Verdienst angerechnet. Und die meisten Bürger verstehen, dass man nach der Logik von Eugen Block den Deichbau sofort einstellen müsste, da es seit 1962 keine großen Sturmfluten mit vielen Toten mehr gegeben hat.

Ohne auch nur ein Wort dazu zuzusagen, glänzt der Gesundheitsminister daher bei dieser seltsamen Kritik wie ein Stern der Vernunft. Eugen Block hingegen wird als starrsinniger Altgastrophil wahrgenommen, der auf diese Art noch ein paar Kunden mehr verliert.

Auch ärztliche Coronakritiker machen Jens Spahn das Leben leicht. Diejenigen, die die offensichtliche Gefahr durch das neuartige Coronavirus nicht sehen wollen, besorgten gleich in doppelter Hinsicht sein Geschäft:

- Am Anfang der Pandemie, in der Phase der Verharmlosung und Verleugnung, hatten „Skeptiker“ ihren großen Auftritt und waren gern gesehene Helfer im Kampf gegen eine Panik, von der weit und breit nichts zu spüren war.
- Aber auch nachdem die Politik ihre Richtung änderte und viel zu spät das Richtige tat, fungierten diejenigen, die das neue Virus weiterhin als „nicht viel schlimmer als eine Grippe“ oder „nur eine Erkältung“ bezeichneten, als nützliche Gesellen von Jens Spahn.

Denn gegenüber so viel Ignoranz stand er immer noch als Lichtgestalt da. Und auch die vielen handwerklichen Fehler und Übertreibungen, die beim Umsetzen an und für sich richtiger Maßnahmen vorkamen, wurden ihm nicht angekreidet.

Die Clowns und „Querdenker“ auf den Hygienedemos sind dabei seine besten Reputationsschützer. Dort findet sich eine bunte Koalition von Links-Bürokraten, Links-Anarchisten, dem völkischen Flügel der AFD, Verschwörungstheoretikern und Impfgegnern zusammen, ergänzt durch „besorgte Bürger“ und Hobby-Virologen, die nicht merken wollen, mit wem sie da zusammen unterwegs sind. Diese Demos sind ein gigantisches PR-Geschenk für den Bundesgesundheitsminister.

Wenn „Laut, schrill und durchgeknallt“ – gegen „besonnen“ und – das kann man ja nicht leugnen – „erfolgreich im Kampf gegen die Pandemie“ – steht, ist klar, wo die Sympathien der Bevölkerung liegen werden.

Die notwendige und sachliche Kritik an Spahn hat es da schwer. Um so wichtiger wäre es für alle Kritiker, klare Botschaften zu senden und sich nicht im Zorn auf die Gesundheitspolitik zu unlogischen, nicht faktenbasierten Rundumschlägen verleiten zu lassen. Es lohnt sich dabei sehr, die Gesetze der Logik zu beachten.

Man kann nicht den Mangel an Schutzkleidung kritisieren und gleichzeitig behaupten, das Virus wäre nur ganz harmlos.

Aber auch wenn sie Fakten und Logik auf ihrer Seite haben, ist das Geschäft für Spahns Kritiker zurzeit nicht einfach. Denn da die Öffentlichkeit den Minister in der Auseinandersetzung mit den Aluhüten verständlicherweise unterstützt, blendet sie reflexhaft auch die essenziellen, sachlich begründeten Kritikpunkte an der Gesundheitspolitik aus. Es ist daher notwendig, diese verstärkt in den Fokus zu stellen:

- Der Schutzwall, der Deutschland bislang vor den schlimmsten Auswirkungen bewahrt hat, sind die Praxen der niedergelassenen Ärzte. Dieser Schutzwall muss erhalten bleiben. Das bedeutet vor allem: Die ambulante Medizin muss endlich angemessen bezahlt werden.
- Die Digitalgesetze, die Spahn auf den Weg gebracht hat, gefährden die Persönlichkeitsrechte und die informelle Selbstbestimmung der Menschen. Sie müssen zurückgenommen werden.
- Der Gesundheitsminister darf nicht der oberste Lobbyist der Digitalen Wirtschaft sein.
- Die kleinteiligen Zumutungen des TVSG, die Ärzten das Leben schwer machen, müssen wieder verschwinden – zusammen mit diesem überflüssigen Gesetz.
- Der Anschluss von Ärzten an digitale Infrastrukturen muss freiwillig sein und darf nicht mit Sanktionen erzwungen werden. Denn nur, wenn der Anschluss freiwillig ist, wird es gute digitale Lösungen geben. Wenn die IT-Unternehmen die Ärzte durch den Zwang zur Teilnahme in Geiselschaft nehmen können, können sie jeden Murks verkaufen.

All diese Kritikpunkte und Forderungen werden durch die Corona-Ignoranten zurzeit in den Hintergrund gedrängt. Der Gesundheitsminister hat daher gut lachen. Ja, man muss es gestehen: Jens Spahn hat gerade Glück wie Polykrates.

Es ist wirklich zum Grausen und es ist nicht sein eigenes Verdienst, sondern vor allem das seiner verschwörungsaffinen Kritiker.

Wer solche Feinde hat wie er, der braucht eigentlich keine Freunde mehr.

DR. MATTHIAS SOYKA

Der Orthopäde und Buchautor Dr. Matthias Soyka aus Hamburg schreibt Kolumnen für das KVHH-Journal und den Ärztenachrichtendienst (änd). Aktuell im Buchhandel: „Dein Rückenretter bist du selbst“ Ellert & Richter, Hamburg. www.dr-soyka.de

Dieser Beitrag erschien zuerst im Ärztenachrichtendienst (änd). Wir danken für die freundliche Nachdruckgenehmigung.

Sonnenseite

Sommer, Sonne, Strand und Sport – die meisten Deutschen konnten trotz Corona auch in diesem Jahr Ferien machen. Unversehens entdeckte man den Reiz deutscher Reiseziele und entschied sich für Timmendorf statt Teneriffa oder Föhr statt Frankreich. Die meisten sind auch dort auf ihre Kosten gekommen, das Sommerwetter tat ein Übriges. Dennoch hat uns Corona nicht losgelassen. Denn das, was sonst Auszeiten prägt, fehlte in diesem Jahr: die Leichtigkeit und Unbeschwertheit, die uns stark machen für neue Aufgaben. Corona sei es geklagt – stets war der „Mund-Nasen-Schutz“ in Reichweite und jeder Schritt wurde ziemlich genau auf den empfohlenen 1,50 Meter Abstand abgemessen. Es nervte einfach.

Und es geht weiter: Reiserückkehr und Corona-Tests verlaufen ebenso holperig wie der Start in das neue Schuljahr oder im Job. Täglich neue Wasserstandsmeldungen über die Zahl der Neuinfektionen und die Gefahren einer 2. Welle verunsichern uns und vermässeln uns die gute Laune nach dem Urlaub. Alles wirkt gebremst und der Gang durch die mäßig belebten Innenstädte scheint die Prognosen der Wirtschaft zu bestätigen, die vor einer Pleitewelle im Herbst warnen. An einen erneuten Lockdown des öffentlichen Lebens ist nicht zu denken, selbst wenn die Corona-Zahlen wieder deutlich ansteigen sollten – so die Warnungen von Politik und Wirtschaft.

Zusätzlich sorgen die Demonstrationen der Corona-Leugner und Verschwörungstheoretiker für Ärger und Verunsicherung. Sie sehen sich ihrer Freiheiten beraubt und schützen den Kopf mit Alufolie. Man fragt sich schon, ob sie wissen, was Freiheitsberaubung real ist – das Recht auf Demonstration wäre sicherlich als erstes suspendiert. Und warum man sich schützen muss, wenn es Corona doch eigentlich nicht geben soll, das wissen sie wahrscheinlich selber nicht. Vielleicht gibt es ja bald Lieferengpässe bei Alufolie, zumal auch die Entsorgung teuer und aufwendig ist.

Da stehen wir nun mit all unserem großen Wissen und haben trotzdem das Gefühl, wir sind am Ende mit unserem Latein. Dabei besteht aller Anlass, mit Zuversicht nach vorn zu sehen, denn gleich was noch kommt, wissen wir nach den vergangenen Monaten der Pandemie, was zu tun ist. Unser Gesundheitssystem hat den Belastungen standgehalten. Ob in Praxen oder Kliniken, ob in den KVen oder den Krankenkassen, den Gesundheitsämtern oder den Ministerien – im Großen und Ganzen funktioniert das Zusammenspiel. Ganz besonders die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben dank ihres umsichtigen und engagierten Einsatzes der Gefahr einer unkontrollierten Ausbreitung die Spitze genommen.

Zu den Lehren der letzten Monate gehört vor allem die Einsicht, dass Krisen nur gemeinsam zu bewältigen sind. Nach anfänglichen Alleingängen hat sich die EU auf ein Programm zur Schadensbegrenzung in der Wirtschaft, auf den Arbeits- und den Finanzmärkten geeinigt. Auch die Entwicklung eines Impfstoffs sowie die gegenseitige Information machen nicht an Grenzen halt. Im persönlichen Umfeld hat die Arbeit im Homeoffice vielfach zur neuen Entdeckung der Nachbarschaft geführt. Portale wie „nebenan.de“ sind nur ein Synonym für die vielfache namenlose Hilfe über die Generationen hinweg.

„Lehrreich sind nicht zuletzt die politischen Entscheidungsprozesse.“

Lehrreich sind nicht zuletzt die politischen Entscheidungsprozesse. Wer immer glaubte, er habe die Pandemie „im Griff“, musste erkennen, dass mehr als sonst Politik ein Balanceakt ist, der zur Zerreißprobe werden kann. Klug beraten ist, wer nach drei Schritten vorwärts, auch den Mut hat, zwei Schritte rückwärts zu gehen. Der Irrtumsvorbehalt muss gerade jetzt für Politiker gelten – auch sie haben ihr Bestes getan und tun es weiterhin. Verlässlichkeit geht eindeutig vor Schnelligkeit und jedes Konzept muss so mutig wie möglich, aber vor allem so vorsichtig wie nötig sein.

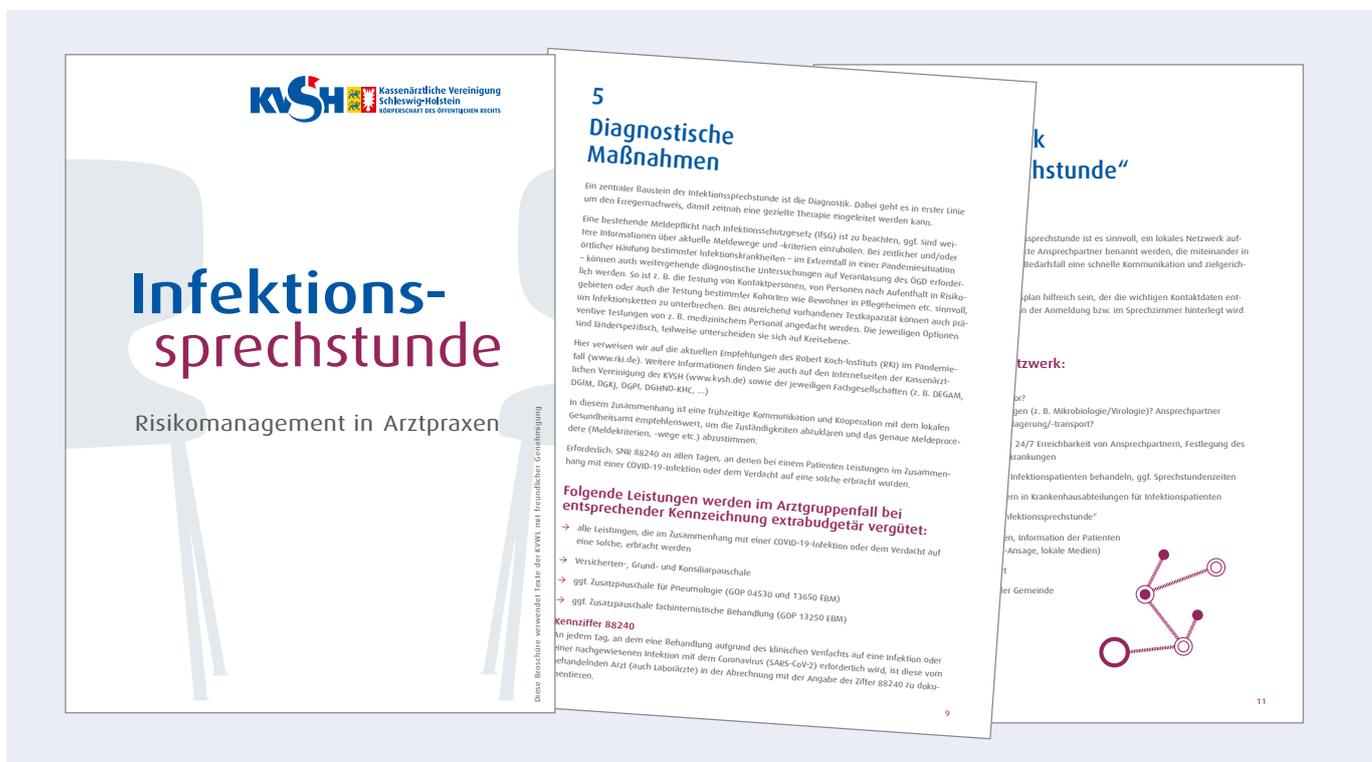
Das Fazit der vergangenen Monate lautet: Trotz aller Belastungen und noch absehbaren Herausforderungen stehen wir auf der Sonnenseite des Problems. Zwar ist das Virus nicht besiegt und die Suche nach einem Impfstoff hält an. Dennoch sind wir weit entfernt von den Problemen anderer Nationen. Viele von ihnen leiden weiterhin unter Tausenden von Todesfällen, einer brachliegenden Wirtschaft und realen Verlusten an Freiheit und Freizügigkeit. Genau genommen gibt es kein vergleichbar großes Land wie Deutschland, das so relativ unbeschadet durch die Pandemie gekommen ist. Gerade weil die Deutschen das Volk sind, das immer alles richtig machen will, sollten wir auch hier das Richtige tun und anerkennen, dass wir wie so oft die Sonnenseite der Krise erwischt haben. Und wenn wir denn dabei sind, unseren persönlichen Kompass neu zu justieren, dann sollte eine gehörige Portion Dankbarkeit an alle, die an unserer glücklichen Lage mitgewirkt haben, nicht fehlen.

PETER WEIHER, JOURNALIST

PUBLIKATIONEN

Broschüre Infektionssprechstunde veröffentlicht

Zielsetzung einer Pandemieplanung in der Arztpraxis ist es, in einer Pandemiesituation die Versorgung der Infizierten und Erkrankten möglichst lange ambulant durchzuführen, aber auch frühzeitig Patienten aus dem stationären Bereich wieder in den ambulanten Bereich zu übernehmen, um die Kapazitäten in den Kliniken zu entlasten. Eine neue Publikation der KVSH gibt Hilfestellung bei der Umsetzung.



Begleitend muss bei einer Pandemieplanung langfristig auch die ambulante Regelversorgung aufrechterhalten werden. Daher sehen sich alle Niedergelassenen mit der Notwendigkeit konfrontiert, ihre bisherige Praxisorganisation an die Infektionssituation anzupassen. Darüber hinaus kann es (regional) sinnvoll sein, Infektionssprechstunden in dafür geeigneten und daran interessierten Praxen zu konzentrieren. So werden Ressourcen und Kompetenzen geschont und andere Praxen entlastet.

Fachgruppenspezifika

Bei den vorwiegend durch Tröpfchen und Aerosole übertragbaren Infektionen, wie Influenza und SARS-CoV-2, spielen vor allem die allgemeinmedizinischen, internistischen, HNO-, augen- und kinderärztlichen Praxen eine wesentliche Rolle. Zusätzlich ist es auch für andere Facharztgruppen sinnvoll, eine auf spezielle Zeiten zentrierte Infektionssprechstunde anzubieten, gerade wenn es um ambulante Interventionen und Untersuchungen geht.

Kooperation mit den Gesundheitsämtern

Die jüngsten Erfahrungen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie haben gezeigt, dass eine gute Kommunikation und Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst wichtig ist. Daher sollte im Falle positiv getesteter Personen eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit den lokalen Gesundheitsämtern erfolgen, auch um die jeweiligen Zuständigkeiten abzustimmen.

Broschüre online

Mit der Broschüre „Infektionssprechstunde – Risikomanagement in Arztpraxen“ unterstützt die KVSH die praxisinterne Pandemieplanung sowie die Implementierung einer Infektionssprechstunde und gibt wertvolle Hinweise zu ihrer Umsetzung. Die Publikation steht unter www.kvsh.de/presse/publikationen zum Download bereit.

JAKOB WILDER, KVSH

Ärztemangel ist größte Herausforderung für Gesundheitssystem

Die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigt auch 2020: Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist nach wie vor immens. Sie vertrauen ihnen in allen Fragen der medizinischen Versorgung, auch was die Nutzung sinnvoller Gesundheits-Apps angeht. Die schwindende „Ressource Arzt“ wird dagegen als eine der größten Herausforderungen genannt.



© istock.com/jacob Wackerhausen

Die Befragung verdeutlicht die hohe Wertschätzung für die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Das Vertrauensverhältnis ist – wie auch in den Vorjahren – sehr hoch. 91 Prozent der Befragten bezeichnen es als gut oder sehr gut. Die Erhebung zeigt zudem sehr eindeutig, dass auch das Ergebnis bei der Frage nach zu langen Wartezeiten auf einen Arzttermin den guten Eindruck nicht schmälern kann. 49 Prozent der Befragten – und damit etwas mehr als in den letzten Jahren – sagten, dass sie überhaupt keine Wartezeit in Kauf nehmen mussten, wenn es ganz allgemein um einen Termin ging. Acht von zehn Befragten (80 Prozent) hat es demnach nicht zu lange gedauert, bis sie einen Termin bekamen (Vorjahr: 79 Prozent). Bei der Frage nach den größten Herausforderungen der Zukunft im Bereich Gesundheit und Gesundheitssystem spielt das Thema Wartezeiten/verfügbare Termine mit lediglich 3 Prozent fast keine Rolle. Zudem ist feststellbar, dass

sich die Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten immer mehr angleichen. Der Anteil der gesetzlich Versicherten, die ohne Wartezeit einen Termin bekamen, ist mit 31 Prozent (+ 2 Prozent) nahezu identisch mit dem Anteil der privat Versicherten mit 30 Prozent (\pm 0 Prozent).

Problemfelder Digitalisierung und Ärztemangel

Von der Digitalisierung im Gesundheitswesen verspricht sich zwar mehr als die Hälfte der Versicherten (51 Prozent) grundsätzlich künftig Vorteile. Dennoch sehen viele der Befragten die Digitalisierung skeptisch: 39 Prozent befürchten, dass sich das Verhältnis von Ärzten und Patienten eher verschlechtert. Die Empfehlung von Gesundheits-Apps möchten 58 Prozent der Smartphone-Nutzer unter den Patienten am liebsten von ihrem Arzt. Sehr wohl als Problem erkannt wird hingegen der Ärztemangel. Die knapper werdende „Ressource Arzt“ wird von den Befragten als eine der größten Herausforderungen für das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren genannt. Befragt wurden die Versicherten auch zum Thema Impfen: Demnach gaben 67 Prozent aller Befragten an, dass ihr Impfschutz auf aktuellem Stand sei – im Detail 66 Prozent der Männer und 70 Prozent der Frauen.

Für die Versichertenbefragung der KBV hatte die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH im Zeitraum vom 16. bis 25. März 2020 in Deutschland insgesamt 2.036 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger telefonisch befragt. Die Befragung findet seit 2006 regelmäßig statt.

KBV/REDAKTION

So geht es auch online

Ohne Qualitätszirkel geht es nicht: Sie geben Anregungen für die Praxis und bringen Fortbildungspunkte. Doch nicht immer ist ein persönliches Treffen möglich. Videokonferenzen können eine Alternative sein. Hier lesen Sie, was es dabei zu beachten gilt.



Die Vorbereitung

Viele Videokonferenz-Anbieter, wie beispielsweise www.skype.com, www.zoom.us, www.jitsi.org, www.fast-viewer.com, www.gotomeeting.de, www.webex.de, [Apple FaceTime](https://www.apple.com/facetime) oder [Microsoft Teams](https://www.microsoft.com/teams) bieten zum Einstieg kostenfreie Varianten an, die kostenpflichtig erweitert werden können. Je nach Auswahl des Anbieters müssen sich die Teilnehmenden erst einzeln registrieren (z. B. bei Skype) oder können unmittelbar über einen Link im Browser (z. B. bei Zoom) in Kontakt treten. FaceTime nutzt die Erreichbarkeit über die Handy-Nummer, funktioniert jedoch ausschließlich zwischen Apple-Geräten (iPhone, iPad, MacBook). In jedem Fall sollte die Verbindung (insbesondere bei WLAN) stabil sein.

Nutzen alle den gleichen Browser (z. B. Google Chrome, Mozilla Firefox, Safari), reduzieren sich technische Probleme. Außerdem werden eine Webcam und ein Mikrofon benötigt. Beide Geräte können entweder integriert sein (meistens bei Laptops, Tablets, oder Smartphones) oder separat angeschlossen sein. Wenn Sie Ihren Praxis-PC verwenden, achten Sie auf einen aktuellen Virenschutz (Virens Scanner, Firewall). Sie brauchen von jedem Teilnehmenden eine E-Mail-Adresse, über die Sie, neben den Zugangsdaten für die Videokonferenz, auch den Termin und Zeitrahmen des virtuellen Treffens mitteilen.

Für einen reibungslosen Ablauf der Videokonferenz sind Settingregeln notwendig. Stimmen Sie sich dazu mit den Teilnehmenden ab. Mögliche Settingregeln:

- Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.
- Die Teilnehmenden sind mit der Weitergabe ihrer Namen und E-Mail-Adressen innerhalb des Teilnehmerkreises einverstanden.
- Die Videokonferenz wird von keinem ohne Zustimmung aufgezeichnet, ohne Genehmigung werden keine Screenshots gemacht.
- Mit dem erstellten Protokoll müssen vor Freigabe alle einverstanden sein.
- Es befindet sich jeweils nur eine Person vor dem Rechner, es sind keine weiteren Personen im Raum.
- Keine Namen von Patienten oder Kollegen nennen.
- Alle Mikrofone sind vor Beginn stumm geschaltet.
- Der Moderator vergibt das Rederecht.
- Bestimmt als Zeitüberwacher wird ...
- Es wird nicht unterbrochen, sondern ausgedet.
- Nonverbale Zeichen (z. B. Wortmeldung).

Die Durchführung

Die Teilnehmenden sollen pünktlich sein und auf einen ruhigen Hintergrund achten. Stark gemusterte Kleidung kann zu Flimmern auf dem Bildschirm führen. Störungen sind zu minimieren. Der

Sitzplatz sollte nicht gegen das Licht gerichtet, ein direkter Blick in die Kamera möglich sein. Der Beginn der Sitzung, wenn sich die einzelnen Teilnehmenden zuschalten, kann etwas holprig sein. Stellen Sie z. B. durch eine Abfrage reihum sicher, dass alle Sie sehen und hören. Wie auch in einer normalen Qualitätszirkel-Sitzung können Sie Einzelne direkt ansprechen und auch Aufgaben (Protokollführung, Zeitüberwachung etc.) verteilen.

Bildschirm teilen

Bei den meisten Videokonferenzplattformen können Sie den Bildschirm teilen. Dies bedeutet, dass alle auf den Bildschirm einer Person sehen können. Sie können dies beispielsweise nutzen für

- einführende Präsentationen,
- das Ausfüllen von Moderationsplakaten
- die Demonstration von Quellen (angepasste Videos/Fotos/Ausdrucke der Patientenakte/radiologische Diagnostik) von allgemein zugänglichen Plattformen oder aus der Praxis der Qualitätszirkelmitglieder.

Dabei muss es nicht immer der geteilte Bildschirm des Moderators oder des Protokollführenden sein. Jeder kann – meist durch den Moderator – seinen Bildschirm für alle freischalten lassen und etwas präsentieren.

Chatfunktion

Bei intensivem Austausch empfiehlt sich die Nutzung der Chatfunktion. Diese ist bei den meisten Programmen integriert und oft an einem Sprechblasen-Piktogramm zu erkennen. Damit können die Sprecherreihenfolge, aber auch ergänzende Kommentare zur aktuellen Diskussion an den Moderator oder an alle gesendet werden, ohne den eigentlichen Gesprächsverlauf zu unterbrechen.

Interaktive Whiteboards

Bei interaktiven Whiteboards werden weiße Flächen wie eine Schultafel genutzt, in die eine oder mehrere Personen schreiben können. Diese Whiteboards sind entweder in Videokonferenzen integriert oder gänzlich unabhängig. Es gibt hierfür eigene Apps für Tablet/iPad, aber auch Programme, die im Browser aufgerufen werden wie www.classroomscreen.com. Dabei ist es günstig, wenn das verwendete Gerät über einen Touchscreen verfügt. Auch für virtuelle Whiteboards sind zahlreiche Apps verfügbar. Es besteht auch hier die Möglichkeit, den Bildschirm zu teilen.

Flexibilität und Kreativität

Module oder Themen, die auf den ersten Blick nicht für eine Videokonferenz geeignet scheinen, können mit entsprechenden Modifizierungen durchaus angewendet werden:

- Ersetzen Sie beispielsweise Kleingruppenarbeit durch die Diskussion in der Gruppe.
- Ein Brainstorming oder eine Kartenabfrage kann statt durch Zurufe oder Abgabe der Karten an den Moderator durch Eintragungen im Chatbereich erfolgen.
- Sie können gemeinsam eine Mindmap erstellen, zum Beispiel mit FreeMind.
- Wenn einzelne Teilnehmende auch etwas vorbereiten und präsentieren, belebt das zusätzlich die Sitzung. Nutzen Sie mit dem Handy aufgenommene Kurzvideos der Teilnehmenden. Zeigen Sie sich doch einmal gegenseitig Ihre Praxen, sprechen Sie über den Abbau von Barrieren oder innovative Geräte.

Nachbereitung

Die Nachbereitung eines per Videokonferenz durchgeführten Qualitätszirkels entspricht der einer normalen Sitzung, z. B. Versenden von Protokoll und Materialien. Vermerken Sie bitte die Fortbildungsnummer auf den Teilnahmelisten.

Anerkennung von Online-Qualitätszirkeln

Wenn der online durchgeführte Qualitätszirkel den Kriterien der jeweiligen regionalen Qualitätszirkel-Richtlinie entspricht, ist eine Anerkennung möglich. Bitte kontaktieren Sie vorab Ihre Ansprechpartner der Kassenärztlichen Vereinigung. Über die Vergabe von CME-Punkten entscheiden die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern.

KBV/REDAKTION



SO KODIEREN SIE SARS-COV-2 INFORMATIONEN FÜR VERTRAGSÄRZTE



COVID-19-SYMPTOME

Akute respiratorische Symptome jeder Schwere und/oder Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns

1. Manifestation: z. B. **J06.9 G** und/oder **R43.8 G**
2. Testung: **U99.0 G**
3. Testergebnis
negativ: **keine weitere Kodierung**
positiv: **U07.1 G**

COVID-19-Symptome UND Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall bis mindestens 14 Tage vor Erkrankungsbeginn

1. Manifestation: z. B. **J06.9 G**
Kontakt mit COVID-19-Fall: **Z20.8 G**
2. Testung: **U99.0 G**
3. Testergebnis
negativ: **U07.2 G**
positiv: **U07.1 G**

Klinische oder radiologische Hinweise auf virale Pneumonie in Zusammenhang mit Häufung von Pneumonien in Pflegeeinrichtungen/Krankenhäusern

1. Manifestation: **J12.8 G**
2. Testung: **U99.0 G**
3. Testergebnis
negativ: **U07.2 G**
positiv: **U07.1 G**



MELDUNG „ERHÖHTES RISIKO“ DURCH CORONA-WARN-APP, KEINE COVID-19-SYMPTOME

1. Kontakt mit COVID-19-Fall: **Z20.8 G**
2. Testung: **U99.0 G**
3. Testergebnis
negativ: **keine weitere Kodierung**
positiv: **U07.1 G** und **Z22.8 G**

HÄUFIGE KODES IM ZUSAMMEN- HANG MIT SARS-COV-2

- U07.1 G** COVID-19, Virus nachgewiesen
- U07.2 G** COVID-19, Virus nicht nachgewiesen
- U99.0 G** Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2
- Z20.8 G** Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten
- Z22.8 G** Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten
- J06.9 G** Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet
- R43.8 G** Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns
- J12.8 G** Pneumonie durch sonstige Viren



KEINE COVID-19-SYMPTOME TEST NACH RECHTSVERORDNUNG (RVO)

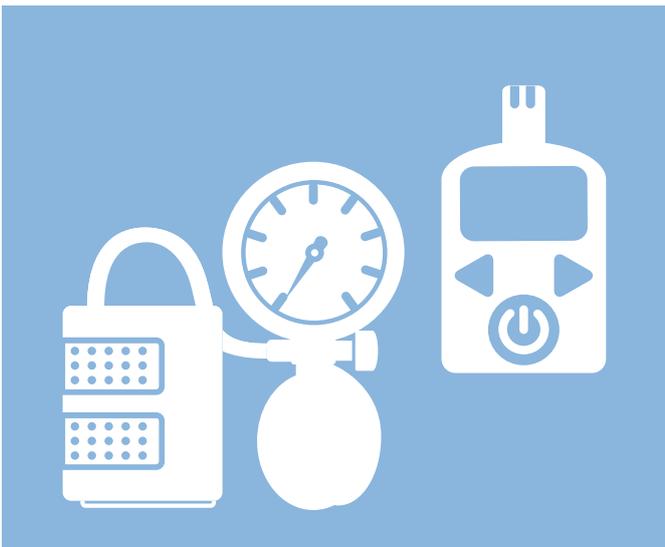
**Keine Kodierung vorgesehen,
ggf. regionale Vereinbarungen
berücksichtigen.**



➔ Weitere Informationen unter:
www.kbv.de/html/coronavirus.php

Frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen

Diabetes-Prävention Dimini (Diabetes mellitus – ich nicht!), ambulantes Operieren oder Hautkrebsscreening: Besondere Versorgungsformen spielen in der Berufswelt von niedergelassenen Ärzten eine immer wichtigere Rolle. Gleichzeitig gibt es immer häufiger Fragen zur Umsetzung. Für welchen Personenkreis gilt ein Vertrag? Welche Besonderheiten sind zu beachten? Was kann wie abgerechnet werden? In unserer Serie bieten wir Hintergrundinformationen und zeigen, wie Sie an den jeweiligen Verträgen teilnehmen können. In dieser Ausgabe widmen wir uns den Verträgen zur Frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen bei Hypertonie und Diabetes mellitus



Ziel dieser Versorgungsverträge ist es, oft auftretende Begleiterkrankungen bei Hypertonie und Diabetes mellitus (Typ I und II) frühzeitig zu erkennen und durch eine gezielte Behandlung den Eintritt schwerwiegender Krankheitsstadien zu verhindern oder wenigstens deutlich zu verzögern.

Dazu werden bei Patienten mit der Grunderkrankung jährlich, also einmal im Krankheitsfall (KHF), gezielte Früherkennungsuntersuchungen durchgeführt. Wird dabei eine Begleiterkrankung entdeckt, erfolgt zweimal im Jahr eine gezielte Behandlung im Rahmen von krankheitsbezogenen Betreuungsprogrammen. Wenn bei einem Patienten mehrere Begleiterkrankungen erkannt werden, können die einzelnen Module des Vertrages nebeneinander abgerechnet werden.

Diese Versorgungsverträge richten sich grundsätzlich an Hausärzte sowie Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen. Die Vergütung ist extrabudgetär und liegt bei 20 Euro je Kontrolluntersuchung.

Behandlungsmodule und Teilnahme

Bei Diabetes mellitus gibt es fünf verschiedene Module, um mögliche Begleiterkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren: Diabetische Neuropathie, Lower urinary tract symptoms (LUTS), Angiopathie (bei Patienten ab 50 Jahren), Diabetesleber und Chronische Nierenerkrankung.

Teilnehmen können alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen und angestellten Ärzte, die in Schleswig-Holstein an der hausärztlichen Versorgung mitwirken. Darüber hinaus können alle fachärztlichen Internisten mit einer Genehmigung für DMP Diabetes mellitus teilnehmen.

Bei Hypertonie liegt der Fokus auf der Erkennung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK – bei Patienten ab 50 Jahren) und chronischer Nierenkrankheit.

Teilnehmen können alle im Bereich der KVSH zugelassenen und angestellten Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung mitwirken und mindestens 30 Patienten mit Hypertonie im Quartal behandeln.

Die Teilnahme muss vorab schriftlich beantragt und durch die KVSH genehmigt werden. Die Patienten erklären ihre Teilnahme schriftlich bei ihrem Arzt, welcher die Informationen an die Krankenkasse weiterleitet.

Eine Teilnahme des Patienten an beiden Verträgen ist nicht zulässig. Jedoch kann der Patient an den anderen Vertrag übergeleitet werden (also von Hypertonie zu Diabetes), wenn die andere Krankheit ebenfalls diagnostiziert wurde.

Ärzte, die an der Versorgung mit geeigneten Disease-Management-Programmen teilnehmen, können ihren Patienten außerdem eine zusätzliche Teilnahme an den entsprechenden DMP empfehlen. Sämtliche Vertragsunterlagen sind unter www.kvsh.de ▶ Praxis ▶ Verträge ▶ Frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen abrufbar.

Übersicht und teilnehmende Krankenkassen

Früherkennung von Begleiterkrankungen	Modul	Besondere Aufgabe des Arztes	Teilnehmende Krankenkassen (Stand 01.07.2020)
des Diabetes mellitus	Diabetische Neuropathie	Schweißsekretion per Testpflaster	DAK, HEK, KKH, TK
	Lower urinary tract symptoms (LUTS)	Harnentleerverhalten bestimmen	
	Angiopathie (bei Patienten ab 50 Jahren)	ABI-Bestimmung	
	Diabetesleber	Sonografie	
	Chronische Nierenerkrankung	Mikroalbuminurie-Teststreifen	
der Hypertonie	PAVK – periphere arterielle Verschlusskrankheit (bei Patienten ab 50 Jahren)	ABI-Bestimmung	DAK, TK, KKH, teilnehmende BKKen (aktuelle Liste auf der Webseite der KVSH)
	Chronische Nierenerkrankung	Mikroalbuminurie-Teststreifen	

Abrechnung Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Diabetes-Module			
Modul Diabetische Neuropathie			
Ziffer	Leistung	Vergütung	Voraussetzung
99290A	Kontrolluntersuchung (ohne Befund)	20,00 €	1 × im Jahr (KHF); wiederholbar solange ohne Befund; gesicherte Diabetesdiagnose (E10.-G bis E14.-G) außer (E10.4-G, E11.4-G, E12.4-G, E13.4-G, E14.4-G)
99290C	Betreuung (bei Befund)	20,00 €	2 × im Jahr (KHF) in unterschiedlichen Quartalen, nicht neben 99290A Eine der folgenden ICD: E10.4-G, E11.4-G, E12.4-G, E13.4-G, E14.4-G oder E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G und G59.0G oder G63.2G oder G99.0G
99290D	Diagnosemittel Schweißsekretion	17,00 €	In Verbindung mit 99290A, einmalig neben 99290C
Modul Lower urinary tract symptoms (LUTS)			
Ziffer	Leistung	Vergütung	Voraussetzung
99290E	Kontrolluntersuchung (ohne Befund)	20,00 €	1 × im Jahr (KHF), nicht neben 99290F und/oder 99290G gesicherte Diabetesdiagnose (E10.-G bis E14.-G)
99290G	Betreuung (bei Befund)	20,00 €	2 × Jahr (KHF) in unterschiedlichen Quartalen, nicht neben 99290E Eine der folgenden ICD: E10.4-G, E11.4-G, E12.4-G, E13.4-G, E14.4-G oder E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G und N 31.1G oder N31.2G
Modul Angiopathie (bei Patienten ab 50 Jahren)			
Ziffer	Leistung	Vergütung	Voraussetzung
99290H	Kontrolluntersuchung (ohne Befund)	20,00 €	Nur 1 × im KHF; gesicherte Diabetesdiagnose (E10.-G bis E14.-G) (außer E10.5-G, E11.5-G, E12.5-G, E13.5-G, E14.5-G)
99290J	Betreuung (bei Befund)	20,00 €	2 × im Jahr (KHF) in unterschiedlichen Quartalen, nicht neben 99290H Eine der folgenden ICD: E10.5-G, E11.5-G, E12.5-G, E13.5-G, E14.5-G oder E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G und I70.2-G
Modul Diabetesleber			
Ziffer	Leistung	Vergütung	Voraussetzung
99290K	Kontrolluntersuchung (ohne Befund)	20,00 €	1 × im Jahr (KHF); gesicherte Diabetesdiagnose (E10.-G bis E14.-G)
99290M	Betreuung (bei Befund)	20,00 €	2 × im Jahr (KHF) in unterschiedlichen Quartalen, nicht neben 99290K Eine der folgenden ICD: E10.6-G, E11.6-G, E12.6-G, E13.6-G, E14.6-G oder E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G und K77.8G

SERIE: VERSORGUNGSVERTRÄGE

Diabetes-Module			
Modul Chronische Nierenerkrankung			
Ziffer	Leistung	Vergütung	Voraussetzung
99290N	Kontrolluntersuchung (ohne Befund)	20,00 €	1 × im Jahr (KHF); Gesicherte Diabetesdiagnose (E10.-G bis E14.-G) (außer E10.2-G, E11.2-G, E12.2-G, E13.2-G, E14.2-G)
99290P	Betreuung (bei Befund)	20,00 €	2 × im Jahr (KHF) in unterschiedlichen Quartalen, nicht neben 99290N Eine der folgenden ICD: E10.2-G, E11.2-G, E12.2-G, E13.2-G, E14.2-G oder E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G und N18.1G bis N18.5G
99290Q	Mikroalbuminurie-teststreifen	2,00 €	neben 99290N und 99290P abrechenbar (Urinuntersuchung mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen, der gleichzeitig die Kreatinmenge bestimmt, sodass der Albumin-Kreatinin-Quotient visuell abgelesen werden kann)

Abrechnung Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen bei Hypertonie

Hypertonie-Module			
Modul PAVK (bei Patienten ab 50 Jahren)			
Ziffer	Leistung	Vergütung	Voraussetzung
99580A	Kontrolluntersuchung zur Früherkennung einer PAVK	20,00 €	1 × im Jahr (KHF), nicht neben 99580B. Wiederholbar solange kein Befund. gesicherte hypertensive Erkrankung (I10.-G bis I13.-G) und bisher keine PAVK (I70.2-G) bekannt.
99580B	Weiterbetreuung bei Befund Krankheitsorientiertes intensives Gespräch	20,00 €	2 × im Jahr (KHF), in unterschiedlichen Quartalen, nicht neben 99580A. 1 × im Jahr (KHF) neben 99580A, nicht im selben Quartal. gesicherte hypertensive Erkrankung (I10.-G bis I13.-G) und gesicherte PAVK (I70.2-G).
Modul Chronische Nierenkrankheit			
Ziffer	Leistung	Vergütung	Voraussetzung
99580C	Kontrolluntersuchung zur Früherkennung chronischer Nierenkrankheit	20,00 €	1 × im Jahr (KHF), nicht neben 99580D. Wiederholbar solange kein Befund. gesicherte hypertensive Erkrankung (I10.-G bis I13.-G) und keine chron. Nierenkrankheit (N18.1G, N18.2G, N18.3G, N18.4G, N18.5G, N19G).
99580D	Weiterbetreuung bei Befund Krankheitsorientiertes intensives Gespräch	20,00 €	2 × im Jahr (KHF); in unterschiedlichen Quartalen, nicht neben 99580C 1x im KHF neben 99580C, jedoch nicht im selben Quartal. gesicherte hypertensive Erkrankung (I10.-G bis I13.-G) und gesicherte chronische Nierenkrankheit (N18.1G, N18.2G, N18.3G, N18.4G, N18.5G, N19G).
99580E	Teststreifen Mikroalbuminurie	2,00 €	1 × neben der GOP 99580C und 99580D abrechenbar (Urinuntersuchung mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen, der gleichzeitig die Kreatinmenge bestimmt, sodass der Albumin-Kreatinin-Quotient visuell abgelesen werden kann)

PAUL BRANDENBURG, KVSH

Podologie bei weiteren Indikationen möglich

Was Ärzte zur Verordnung wissen müssen.



Um Folgeschädigungen der Füße zu verhindern, können Ärzte seit 1. Juli 2020 eine Podologie auch für Patienten mit krankhaften Schädigungen am Fuß infolge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder infolge eines Querschnittsyndroms verordnen. Bislang war die Verordnung nur beim diabetischen Fußsyndrom möglich. Was Ärztinnen und Ärzte zur Verordnung der Podologie wissen sollten, stellt diese Praxisinformation vor.

Folgeschädigungen der Füße verhindern

Podologie umfasst die Behandlung von Schädigungen der Haut und der Zehennägel (Hornhautabtragung, Nagelbearbeitung) bei nachweisbaren Gefühlsstörungen der Füße mit oder ohne Durchblutungsstörungen der Füße. Eine podologische Therapie kommt

nur in Betracht, wenn ohne diese Behandlung unumkehrbare Folgeschädigungen der Füße zu erwarten sind, wie sie durch Entzündungen und Wundheilungsstörungen entstehen können. Ärztlich verordnet wird das Heilmittel auf dem Formular 13.

Verordnung bei diesen Diagnosegruppen

Bisher durften Ärzte Podologie nur bei Schädigungen in Folge eines diabetischen Fußsyndroms verordnen. Seit 1. Juli kommen zwei Diagnosegruppen hinzu, bei denen vergleichbare Schädigungen auftreten können. Damit ist die Verordnung einer podologischen Behandlung bei diesen drei Diagnosegruppen möglich:

- Diagnosegruppe DF: Diabetisches Fußsyndrom
Fußschädigung durch Diabetes mellitus

Neu ab Juli 2020:

- Diagnosegruppe NF: Fußsyndrom bei Neuropathien
Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie (primär oder sekundär), zum Beispiel bei:
 - hereditärer sensibler und autonomer Neuropathie
 - systemischen Autoimmunerkrankungen
 - Kollagenosen
 - toxischer Neuropathie
- Diagnosegruppe QF: Fußsyndrom bei Querschnittsyndromen
Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge eines Querschnittsyndroms (komplett oder inkomplett), zum Beispiel bei:
 - Spinabifida
 - chronischer Myelitis
 - Siringomyelie
 - traumatisch bedingten Schädigungen des Rückenmarks

Generelle Voraussetzungen für die Verordnung von Podologie

Vor der erstmaligen Verordnung einer Podologie muss eine ärztliche Diagnostik erfolgen, um insbesondere die dermatologischen und neurologischen Befunde zu erheben. Die Schädigung darf nicht so schwer sein, dass sie ärztlich behandelt werden muss – etwa, wenn bereits eine oberflächliche Wunde entstanden ist oder der Zehennagel so weit eingewachsen ist, dass sich Granulationsgewebe gebildet hat.

Ärztliche Diagnostik und Befunde

- Bei allen Indikationen ist vor der erstmaligen Podologie-Verordnung eine ärztliche Eingangsdagnostik notwendig. Diese muss einen dermatologischen und einen neurologischen Befund beinhalten.
- Abhängig von der Schädigung kann auch ein angiologischer oder ein muskuloskeletaler Befund erhoben werden.
- Vor jeder weiteren Verordnung muss erneut der aktuelle Fußbefund erhoben werden.
- Die Befunde sind nicht zwingend selbst zu erheben. Es können auch Befunde, die andere Ärztinnen oder Ärzte erhoben haben, herangezogen werden.

Zusätzlich gilt für die zwei neuen Diagnosegruppen NF und QF:

- Können Ärzte bei einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie (Diagnosegruppe NF) zwar eine Sensibilitätsstörung nachweisen (z. B. mittels Semmes Weinstein Monofilament oder 128 Hz-Stimmgabel), aber keine gesicherte Diagnose stellen, so müssen sie zeitnah nach der ersten Verordnung eine fachärztlich-neurologische Diagnosesicherung veranlassen. Diese sollte innerhalb von sechs Monaten nach der erstmaligen Verordnung erfolgt sein. Sollten weitere Verordnungen notwendig sein, obwohl der fachärztliche Befund noch nicht vorliegt, dürfen Ärzte diese Verordnungen dennoch ausstellen.
- Bei den zwei neuen Diagnosegruppen muss außerdem einer der folgenden Befunde einer autonomen Schädigung vorliegen:
 - Hauttrockenheit (An-/Hypohidrose) der unteren Extremitäten
 - Veränderung des Haarwachstums (An-/Hypotrichose) der unteren Extremitäten
 - Verfärbungen der Haut (zumeist livide, bräunlich) der unteren Extremitäten
 - Ulzerationen in den unteren Extremitäten

Podologische oder ärztliche Leistung?

Podologie darf nur bei Schädigungen am Fuß verordnet werden, die keinen Hautdefekt aufweisen – dies entspricht Wagner-Stadium 0. Bei eingewachsenen Zehennägeln darf Podologie nur in Stadium 1 verordnet werden, um ein weiteres Fortschreiten der Entzündung zu vermeiden. Dies ist auch dann möglich, wenn an anderer Stelle am selben Fuß ein Hautdefekt oder eine Entzündung entsprechend Wagner-Stadium 1 bis 5 besteht. Nachfolgend ein Überblick:

Verordnung von Podologie auf Heilmittelformular 13:

- Wagner-Stadium 0: präulzerativer oder postulzerativer Fuß
- Eingewachsene Zehennägel Stadium 1: Der Nagel beginnt seitlich in die Haut einzuwachsen, die Haut schmerzt und beginnt sich zu entzünden.

Ärztliche Leistung, zum Beispiel durch Chirurgen:

- Wagner-Stadium 1-5:
 - 1 = oberflächliche Wunde
 - 2 = Wunde bis zur Ebene von Sehnen oder Kapsel
 - 3 = Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenken
 - 4 = Nekrose von Fußteilen
 - 5 = Nekrose des gesamten Fußes
- Eingewachsene Zehennägel Stadium 2: Am Rand des eingewachsenen Nagels hat sich neues, entzündetes Gewebe (Granulationsgewebe) gebildet. Das Gewebe nässt und eitert.
- Eingewachsene Zehennägel Stadium 3: Der betroffene Nagelbereich ist chronisch entzündet und eitert immer mal wieder. Das Granulationsgewebe wächst bereits über den Nagel.

Verordnungsfähige Heilmittel

Folgende Maßnahmen können konkret verordnet werden:

- Hornhautabtragung
Die Abtragung der verdickten Hornhaut dient der Vermeidung von drohenden Hautschädigungen, wie Fissuren, Ulzera und Entzündungen durch spezifische Techniken der Schälung und des Schleifens der Haut unter Schonung der Keimschicht.
- Nagelbearbeitung
Die Nagelbearbeitung dient der verletzungs-freien Beseitigung abnormer Nagelbildungen zur Vermeidung von drohenden Schäden an Nagelbett und Nagelwall durch spezifische Techniken, wie Schneiden, Schleifen und/oder Fräsen.
- Podologische Komplexbehandlung
Die podologische Komplexbehandlung umfasst sowohl die Hornhautabtragung als auch die Nagelbearbeitung.

Hinweis: Neuerungen ab Oktober

Ab 1. Oktober 2020 gibt es einige Neuerungen bei der Heilmittelverordnung, die das Verfahren einfacher machen sollen. Dazu gehört auch, dass es nur noch ein Formular geben wird, das zur Verordnung sämtlicher Heilmittel – auch der Podologie – eingesetzt wird. Dieses neue Formular 13 unterscheidet sich vom bisherigen Formular 13 für die Podologie, ein Ansichtsexemplar und nähere Informationen stellt die KBV im Internet bereit: www.kbv.de/html/1150_43836.php

KBV/REDAKTION

Gute Nacht Freunde ...

Zum Tod von Eckhardt Kibbel

Am 3. August ist Eckhardt Kibbel nach langer Krankheit verstorben. Ich kenne Eckhardt Kibbel schon seit vielen Jahren. Seitdem ich Kreisstellenvorsitzende bin und jetzt auch in der Organisation des Notdienstes haben wir besonders in den letzten Jahren sehr intensiv, konstruktiv und unkonventionell zusammengearbeitet.

Eckhardt wurde am 2. September 1950 in Hassendorf geboren und studierte in Berlin, Hamburg und Lübeck Medizin. Nach kurzer Zeit im UKE hat er als Assistenzarzt in der Kardiologie der Segeberger Kliniken gearbeitet. Nach ca 1,5 Jahren wurde er dort Funktionsoberarzt, obwohl er noch keinen Facharztstitel hatte.



1983 hat er dann als einziger Arzt und Chefarzt die Leitung des DRK Krankenhauses Middelburg übernommen. Nachdem er das wiederaufgebaut hatte, suchte er neue Herausforderungen und eröffnete 1993 eine Landarztpraxis in seinem Geburtsort Hassendorf bei Eutin. 2017 übergab er die Praxis an seinen Sohn.

Bei der KVSH engagierte er sich als Abgeordneter und als stellvertretender Delegierter bei der KBV von 2011 bis 2016, seit 2009 als Notdienstbeauftragter für den Bereich Eutin Malente, in der Pharmakotherapieberatung, im Fachausschuss Hausärzte, als Beratungsarzt für die Abrechnungsabteilung und von 2005 bis 2016 im Beirat der Kreisstelle Ostholstein.

Unvergessen wird seine Schilderung bleiben, wie er als DRK-Arzt 1989 gebeten wurde, die ärztliche Versorgung der DDR-Flüchtlinge in der Prager Botschaft kurz vor dem Mauerfall zu übernehmen. Auf der Fahrt nach Prag erfuhr er, dass die DDR-Bürger ausreisen dürfen. Kaum angekommen, kümmerte er sich um die medizinische Versorgung und vor allem darum, dass die Menschen in die Busse zum Bahnhof einstiegen. Die Menschen wollten zunächst nicht in die Busse einsteigen, da es sich um DDR-Busse handelte. Dank seines Charismas konnte er ihre Zweifel, dass es zurück geht, ausräumen. Dann wurden weitere Busse benötigt. Da sich der Botschafter zurückgezogen hatte, ging Eckhardt eben selbst (bestimmt mit einer Zigarette in der Hand) auf die andere Straßenseite, um mit den Stasioffizieren zu verhandeln. Als Andenken daran hing in seinem Wartezimmer sein vorläufiger Diplomatenpass, der ihm dort ausgestellt wurde. Im letzten Jahr fuhr er zur 30-jährigen Wiedervereinigungsfeier nach Prag und traf viele Botschaftsflüchtlinge wieder.

Bis zum Schluss hat er sich außerordentlich im Notdienst engagiert, sich in diesem Jahr den vielfältigen organisatorischen Herausforderungen der Coronapandemie gestellt. Wenn ich ihn als seine Vertreterin unterstützen wollte, hat er meist abgewunken.

Auf die Frage, ob Arzt sein Traumberuf ist, antwortete er: „Nö, kann ich aber gut und man kann gut davon leben.“ Nebenbei betrieb er auch Landwirtschaft und ging auch mal während der Sprechstunde in den Stall, um nach den Rindern zu sehen. Ein Studium der Geschichte hätte ihn auch interessiert.

In der KV wurde er für seinen analytischen Blick, seine Sachkompetenz und für sein Querdenken beim Lösen komplexer Fragestellungen, beispielsweise in der Abrechnungsabteilung, geschätzt.

Mit seinem Tod verlieren wir ein unkonventionelles, gradliniges, höchst engagiertes Urgestein der landärztlichen Versorgung, das sich nicht scheute, auch mal anzuecken, wenn es um die Sache ging. Eckhardt Kibbel hinterlässt eine große Lücke in unseren Reihen. Wir werden sein Andenken in Ehren halten. Wir trauern mit seiner großen Familie.

DR. BETTINA SCHULTZ, KREISSTELLENVORSITZENDE OSTHOLSTEIN

Erste Studiengänge Psychotherapie zum Herbst 2020



Nachdem im vergangenen Jahr von Bundestag und Bundesrat das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz verabschiedet wurde, beginnen bereits ein Jahr danach an einigen Universitäten zum Wintersemester 2020 die ersten Studiengänge der Psychotherapie. Damit startet in Deutschland ein neuer Abschnitt in der Ausbildung zum Psychotherapeuten. Hervorstechendes Merkmal dabei ist die Angleichung an die Ausbildung der anderen akademischen Heilberufe.

Universitäre Ausbildung zum Psychotherapeuten

Mit der Etablierung von Studiengängen der Psychotherapie wird die bei den anderen Heilberufen bewährte Struktur von grundständiger Ausbildung an der Universität und anschließender Weiterbildung auch für Psychotherapeuten eingeführt. An vielen Universitätsstandorten kann nun zum Wintersemester erstmals in Deutschland Psychotherapie studiert werden. Künftig endet das Universitätsstudium mit einer staatlichen psychotherapeutischen Prüfung. Die Approbation wird bei bestandener Prüfung erteilt.

Für den Zugang zum Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine anschließende Weiterbildung in stationären und/oder ambulanten Einrichtungen notwendig. In der Weiterbildung spezialisieren und qualifizieren sich die zukünftigen Psychotherapeuten entweder für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder Erwachsenen. Ebenso eine Rolle in der Weiterbildung spielen die verschiedenen Psychotherapieverfahren. Zurzeit sozialrechtlich zugelassen sind hier die Analytische Psychotherapie, Systemische Therapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie. Eine weitere gewichtige Rolle spielt die Neuropsychologie.

Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie (Eva PT-RL)

Die Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie liegt drei Jahre zurück. Ein vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit ungefähr 1,1 Millionen Euro gefördertes Projekt „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ (Eva PT-RL) soll nun die damalige Reform auf den Prüfstand stellen.

Verbesserungen für Versicherte – Ziel erreicht?

Seinerzeit wurden im Rahmen einer umfassenden Strukturreform neue Versorgungselemente eingeführt, darunter die psychotherapeutische Sprechstunde und die psychotherapeutische Akutbehandlung. Und das Antrags- und Genehmigungsverfahren für Psychotherapie wurde verändert. Der Zugang zur Psychotherapie sollte mit einer verpflichtenden telefonischen Mindest erreichbarkeit der Praxen verbessert werden. Zentrales Ziel der Reform war es, den gesetzlich Versicherten den Zugang zu Psychotherapien zu erleichtern.

Eva PT-RL soll nun vor allem die neuen Versorgungsbausteine der Psychotherapie-Richtlinie evaluieren. Zentrale Frage der Studie wird sein, ob sich für Patienten der Zugang zur Psycho-

therapie sowie Behandlungs- und Versorgungsabläufe verbessert haben. Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse sollen dann später Vorschläge für die Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie erarbeitet werden.

An dem Forschungsprojekt als Partner beteiligt sind der AOK-Bundesverband und die BARMER Ersatzkasse sowie der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP), die Deutsche Psychotherapeuten-Vereinigung (DPTV) und die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP). Geleitet wird Eva-PT-RL vom Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen (UDE). Das Projekt wird außerdem unterstützt von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Sie stellt Daten aus den regelmäßigen Erhebungen zur vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung.

Veränderung bei der Inanspruchnahme des extrabudgetären Schutzschirms

Die Modalitäten des Schutzschirms werden sich unter Berücksichtigung aller Aspekte in den Quartalen auch weiterentwickeln. Konkret ist vorgesehen, dass im dritten Quartal zusätzlich das Kriterium der halben Vorjahresquartalsfallzahl als Voraussetzung der Inanspruchnahme des extrabudgetären Schutzschirms herangezogen wird. Die Regelungen des intrabudgetären Schutzschirms bleiben gegenüber dem ersten Halbjahr zunächst unverändert.

Online-Angaben zur Barrierefreiheit auf ekvsh-Portal

Die Online-Arztsuche soll in Kürze ermöglichen, dass Patienten gezielt nach bestimmten Merkmalen zur Barrierefreiheit suchen können. Bitte denken Sie daran, Ihre Angaben im ekvsh-Portal zu aktualisieren bzw. erstmalig welche zu machen. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, im Internet über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) zu informieren.

VOR ORT

Ein halbes Jahrhundert in der eigenen Praxis

Dr. Hans-Joachim Klink hat ein ganz besonderes Jubiläum gefeiert. Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist seit 50 Jahren in Albersdorf (Kreis Dithmarschen) niedergelassen. Damit hält er in Schleswig-Holstein die Spitzenposition.



„Glück muss man haben“, so lautet eine Lebensdevise von Dr. Hans-Joachim Klink. Dem kann man mit Blick auf seine Biografie nur zustimmen, denn es gibt einige Stellen, an denen das Leben des 81-jährigen unter anderen Umständen auch eine ganz andere Wendung hätte nehmen können. Geboren wurde er 1939 im thüringischen Kranichfeld in der Nähe von Weimar. Seine Familie besaß dort eine Druckerei und gab eine Regionalzeitung heraus. Nach dem Krieg verbrachte Klink seine Kindheit und Jugend zunächst in der sowjetisch besetzten Zone und später in der DDR. „Ich lernte damals sehr schnell, in zwei Ebenen zu denken. Es gab die eine Meinung für zu Hause und eine andere, die ich in der Schule äußern musste“, so Klink. „Ich war kein Mitläufer. Zum Abitur erschien ich als Jahrgangsbester nicht in der gewünschten FDJ-Uniform, sondern in Zivil.“ Schnell reifte bei ihm der Entschluss, dem immer repressiveren „Arbeiter- und Bauernstaat“ den Rücken zu kehren und in den Westen zu gehen. Gleich nach dem DDR-Abitur 1957 nutzte er einen Arbeitseinsatz in der Landwirtschaft, um über die zu dieser Zeit noch löchrige Grenze in die Bundesrepublik zu fliehen. Mutter und Schwester musste er hinter dem Eisernen Vorhang zurücklassen. Der 18-jährige zog zunächst nach München, wo er sein „zweites“ Abitur machte – dieses Mal nach Weststandard.

Heirat und Umzug in den Norden

Danach ging es zum Medizinstudium nach Freiburg. „Stellvertretend für viele gute akademische Lehrer möchte ich mit großer Dankbarkeit Professor Ludwig Heilmeyer nennen“, so Klink. Während des Studiums lernte er seine Frau kennen, die aus Dithmarschen stammte. Gleich nach dem Examen im Jahr 1964 heirateten die beiden und zogen nach Schleswig-Holstein. Der Weg zurück in die alte Heimat Thüringen blieb buchstäblich weiterhin verbaut und Klink folgte deshalb gern dem Wunsch seiner Frau, die zurück an die Westküste wollte. Ab 1965 arbeitete er zunächst im Kreiskrankenhaus Heide und danach noch zwei Jahre in Eutin (Kreis Ostholstein). Dort schloss er die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ab. „Das war zu dieser Zeit noch ein Fachgebiet, das von vielen Kollegen gering geschätzt wurde. Doch ich habe meinen Entschluss, als Hausarzt in einer ländlichen Region zu arbeiten, nie bereut. Es war im Gegenteil ein Glücksfall, dass es so gekommen ist“, so Klink, der Mitte Juni 1970 von der KVSH seine Zulassung erhielt und sich in Albersdorf niederließ.



Im Kreiskrankenhaus Heide



Schlüsselübergabe für die eigene Praxis

Aufbau der Familienpraxis

Dort herrschte schon damals Ärztemangel, doch ein roter Teppich wurde für Klink nicht ausgebreitet. Die ersten Praxisräume befanden sich im Büro einer ehemaligen Kohlenhandlung und waren spartanisch eingerichtet. Technisch war die Praxis für die damalige Zeit jedoch auf hohem Niveau ausgestattet. Sie hatte ein EKG und ein eigenes Labor. Fünf Jahre später gründete Klink mit einem Kollegen die erste Praxisgemeinschaft Schleswig-Holsteins, nun in den großzügigen Räumen des ehemaligen Krankenhauses, ausgestattet mit Sonografie und Röntgenanlage. 1989 kaufte der Hausarzt dann ein Grundstück im Zentrum von Albersdorf, auf dem sich noch heute die Praxis befindet. Für ihren dauerhaften Bestand ergab sich nämlich eine familiäre Perspektive. Klink hatte das Glück, dass sein zweiter Sohn Thomas Medizin studierte, 2006 aus Hamburg nach Albersdorf zurückkehrte und als Facharzt für Allgemeinmedizin in die Praxis einstieg. Seine Schwiegertochter zog mit ihrer neuen Zahnarztpraxis gleich mit ein. Die letzte Hürde auf dem Weg zum Niederlassungsrekord nahm Klink dann 2007, als er wegen einer vom damaligen Gesundheitsminister Seehofer eingeführten Altersgrenze mit 68 Jahren unfreiwillig seine Zulassung abgeben sollte. Es gab aber wieder einen Ausweg, der über die Familie führt. Klinks erster Sohn ist Jurist und auf Medizinrecht spezialisiert. Er konnte eine befristete Ausnahmegenehmigung

für seinen Vater erwirken, bis das umstrittene Gesetz schnell wieder in der Schublade verschwand, weil es die ärztliche Versorgung – besonders in ländlichen Gegenden – gefährdete.

Pläne für die Zukunft

Mit dem Gedanken nach 50 Jahren Praxistätigkeit nun langsam doch an den Ruhestand zu denken, tut sich Klink sichtlich schwer. „Ich liebe meine Arbeit nach wie vor, denn es kommt so viel an Dankbarkeit zurück.“ Dabei denkt er vor allem an die Patienten, die gemeinsam mit ihm alt geworden sind. Seit 1978 führt er jeden Mittwoch eine Visite im Pflegeheim in Albersdorf durch, wo er ca. 50 Patienten betreut. „Wenn ich aufhöre, mich um diese teilweise schwerstkranken Menschen zu kümmern, wird das niemand in dieser Form übernehmen können, denn dazu fehlt einfach die Zeit“, bedauert Klink.

„Rückschauend erfüllt mich tiefe Dankbarkeit gegenüber vielen Menschen: Meiner lieben Frau, meiner Familie, meinen Mitarbeitern, meinen Freunden und Kollegen und den vielen Menschen, die mir als Patienten ihr Vertrauen geschenkt haben. Es hat mir mein ganzes Leben geholfen, dass ich immer wieder – mit mehr oder weniger Erfolg – versucht habe, ein Christ zu sein“, resümiert der Jubilar.

JAKOB WILDER, KVSH

Dr. Hans-Joachim Klink – 50 Jahre Kassenarzt – eine lebende Legende

Die Kreisstelle Dithmarschen der Kassenärztlichen Vereinigung ist ja schon bekannt für seine legendären Begebenheiten. Nun haben wir mit einem besonderen Jubiläum wieder einmal „den berühmten Vogel abgeschossen“.

Dr. Hans-Joachim Klink ist sicher einer der ersten Kollegen in unseren Reihen, der das goldene Kassenarztjubiläum feiern kann. Auch wenn es theoretisch durch den jetzt offiziellen Wegfall der Altersgrenze häufiger vorkommen könnte, so werden doch die wenigsten von uns dieses Jubiläum anstreben.

Die Kreisstelle Dithmarschen ist stolz, diesen Jubilar in ihren Reihen zu haben. Der außerordentliche Willen, diesen wunderbaren Beruf des Hausarztes auszuüben, war schon vorgezeichnet, wenn man den holprigen Weg bis zum Examen betrachtet. Ihm war es wichtig, ein Arzt für alle zu sein und diesen schönen Beruf so lange auszuüben, wie er es wollte. Er war nicht bereit, diesen Weg zu beenden, nur weil eine überflüssige Altersgrenze dies verlangte. Der Weg in die reine Privatpraxis und damit nicht mehr für alle Albersdorfer Bürger da sein zu

können, war für Dr. Klink undenkbar und nicht annehmbar. Und so konnte er 2007 seine kassenärztliche Tätigkeit nach entsprechendem Kampf bis zum heutigen Tage fortsetzen und war damit ein Vorreiter für alle anderen Kolleginnen und Kollegen, die auch über die ehemalige Altersgrenze hinaus weiter ihre Patienten versorgen wollten.

Als im Jahre 2008 die bundesweiten Ärzteproteste gegen die Reformen von Ulla Schmidt stattfanden, haben wir uns auch oft genug in Albersdorf in der Praxis Klink getroffen, um Demonstrationen und Kundgebungen zu planen. Gerne erinnere ich mich an seine Worte an uns „Junge: Lasst Euch nichts gefallen!“ Engagement für Patienten und Bürger einer Kommune sind untrennbar mit dem klassischen Bild des Landarztes verbunden. So ein Klassiker ist Dr. Hans-Joachim Klink bis heute. Die Dithmarscher Kassenärzte freuen sich mit ihrem Goldjubiläum und hoffen auf noch viele gemeinsame kollegiale Jahre.

BURKHARD W. SAWADE, VORSITZENDER
DER KREISSTELLE DITHMARSCHEN

Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

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



NAME:	Dr. Kathrin Scharfetter
GEBURTSDATUM:	10. März 1967
GEBURTSORT:	Hamburg
FAMILIE UND FREUNDE:	Mein Lebensgefährte und meine Vierbeiner
FACHRICHTUNG:	Fachärztin für Diagnostische Radiologie mit Schwerpunkt Kinderradiologie
SITZ DER PRAXIS:	Radiologische Praxis in Ahrensburg

Angestellt seit dem 1. Oktober 2018

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Selbstbestimmtes Arbeiten und flache Hierarchien

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Zusammenarbeiten mit und Kennenlernen von verschiedenen Menschen, insbesondere von Patienten und Kollegen

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

Gute Vorbereitung durch Hospitieren und Praxisvertretungen bei niedergelassenen Kollegen

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

Gerne würde ich einmal John Neumeier treffen und ihn nach seinem Geheimrezept für seine Lebenskraft und Kreativität fragen.

5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Spaziergänge mit meinen Hunden und Reiten

6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

Krieg und Frieden

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

Großartige Natur zwischen den Meeren

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

Musikerin

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

Kodierung schützt vor Rückforderungen auch im Arzneimittelbereich

Die Prüfungsstelle mahnt in ihren Schreiben immer wieder eine sorgfältigere Kodierung der Diagnosen im ICD-10-GM an. In der hausärztlichen Versorgung und außerhalb des eigenen fachärztlichen Bereichs und im Notdienst darf vierstellig kodiert werden. Wir empfehlen die fünfstellige Kodierung zu verwenden, wo immer es geht, um die Erkrankung umfassend zu beschreiben.

Bei Arzneimittelverordnungen, z. B. Antidementiva wie Memantine muss entsprechend der Zulassung von Vertragsärzten, eine moderate bis starke Alzheimerdemenz kodiert sein. Die Kodierung einer nicht näher bezeichneten oder anderen Demenzform ist mit dem Risiko eines Einzelfallschadens behaftet.

Ein weiteres bekanntes Beispiel ist Pregabalin, das neben der Anwendung bei Epilepsie, auch zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen zugelassen ist. Da im ICD-10-GM der zentrale neuropathische Schmerz nicht kodiert ist, kommen andere Verschlüsselungen in Frage, die in einer Prüfung Bestand haben (siehe Artikel im **Nordlicht** 1/2 2020).

Auf der Website der KVSH finden Sie neben Hinweisen und Hilfsmitteln zur Kodierung, wie z. B. Haus- und Facharztthesauren, auch die aktuellen Kodierhinweise der KBV zu COVID-19.

Die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur Verfügung gestellte Kodierhilfe enthält fachliche Erläuterungen zu nahezu allen Diagnosekodes. Darüber hinaus wurde sie für die Nutzung mit mobilen Endgeräten optimiert und läuft auf Tablets und Smartphones (Betriebssysteme Windows, Android und iOS).

Dosisanpassung Entresto®

Das Präparat Entresto® ist zur Behandlung der symptomatischen chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion zugelassen. Die Anfangsbehandlung wird mit einer Tablette 49/51 mg 2-mal täglich begonnen und auf 97/103 mg 2-mal täglich erhöht. Bei bestimmten Indikationen wird auch mit 24/26 mg 2-mal täglich begonnen und schrittweise die Dosis verdoppelt. Hierbei sollten Sie unbedingt beachten, dass bei einer Verdopplung der Dosis die Tabletten in der höheren Dosierung Verwendung finden. Es wurden schon Anträge auf Schadenersatz seitens der Krankenkassen gestellt, weil die Anzahl der Tabletten erhöht und nicht die höherdosierte Darreichungsform gewählt wurde.

THOMAS FROHBERG, KVSH

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel und Impfstoffe

	Telefon	E-Mail
Thomas Frohberg	04551 883 304	thomas.frohberg@kvsh.de
Stephan Reuß	04551 883 351	stephan.reuss@kvsh.de

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel, Impfstoffe und Hilfsmittel

Ellen Roy	04551 883 931	ellen.roy@kvsh.de
-----------	---------------	-------------------

Ihre Ansprechpartnerin im Bereich Sprechstundenbedarf

Heidi Dabelstein	04551 883 353	heidi.dabelstein@kvsh.de
------------------	---------------	--------------------------

Sie fragen
wir antworten

INFO-TEAM

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

Welches relevante Scheinmaterial muss mit der Quartalsabrechnung bei der KV in Papierform eingereicht werden?

Eine Übersicht der Unterlagen, die noch in Papierform eingereicht werden müssen, finden Sie auf der Website der KVSH unter www.kvsh.de ▶ **Praxis** ▶ **Abrechnung und Honorar** ▶ **Abrechnung** ▶ **Quartalsabrechnung** ▶ **Welche Abrechnungsunterlagen sind bei der Online-Abrechnung in Papierform einzureichen und welche Aufbewahrungsfristen gelten?** ▶ **Checkliste für Praxen**

Woher können wir als Praxis persönliche Schutzausrüstung (PSA) im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie beziehen?

Schutzmaterial (z. B. Masken, Kittel, Handschuhe) kann über das **ekvsh-Portal** (KVProtect) der KV bezogen werden. Praxen können hier im 14-Tages-Abstand eine Bestellung aufgeben. Versendet werden die Produkte von dem externen Logistiker hasenkamp Relocation GmbH.

Muss der Operationsschlüssel (OPS) angegeben werden, wenn eine postoperative Behandlung nach Kapitel 31.4 (31600ff.) auf Überweisung durch den Operateur durchgeführt wird?

Nein, bei der Abrechnung der postoperativen Ziffern ist nur die Angabe des OP-Datums erforderlich

Wie häufig kann die Gebührenordnungsposition für das Hausärztlich-geriatrische Basisassessment (03360 EBM) abgerechnet werden?

Diese Ziffer kann 1× je Behandlungsfall und höchstens 2 × im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Wie lange ist eine Krankenseinweisung gültig?

Für die Verordnung von Krankenhausbehandlung gibt es keine festgelegte Gültigkeitsdauer, das heißt es muss medizinisch vertretbar sein, wann die stationäre Aufnahme erfolgt. Allerdings verliert die Einweisung bei einem Kassenwechsel des Patienten ihre Gültigkeit.

Kann die Fallkennung 90410P für Haus- und Heimbefuche ab 70 und/oder Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei über 70-jährigen Patienten weggelassen werden?

Nein, diese Fallkennung ist unabhängig vom Alter des Patienten mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 zwingend anzugeben.

WAS, WANN, WO?

Seminare

*Nicht zu allen Seminaren
wird persönlich eingeladen.*

FÜR ÄRZTE UND QM-MITARBEITER

THEMA: *Qualitätsmanagement –
die G-BA-Richtlinie erfüllen*

DATUM: 7. OKTOBER 2020, 14.00 BIS 18.00 UHR

Wie sind die Anforderungen aus der Richtlinie „Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses mit möglichst geringem Aufwand umzusetzen? Welche gesetzlichen Anforderungen stellen gegebenenfalls ein Haftungsrisiko für die Praxis dar? Wie kann ein QM-System die Umsetzung erleichtern?

In diesem Seminar werden unter anderem die folgenden Inhalte behandelt:

- Was muss zur Erfüllung der Richtlinie dokumentiert werden?
- Wie kann die Dokumentation schnell und systematisch erfolgen?
- Welche Beauftragten muss meine Praxis haben?
- Welche Themen sind regelmäßig zu unterweisen?
- Welche Anforderungen bestehen bei Themen wie Arbeitsschutz, Medizinprodukte und Hygiene?

In dem Seminar erhalten Sie neben umfangreichen Informationen auch Checklisten und Unterweisungsunterlagen, die Sie direkt in Ihrer Praxis einsetzen können. Sie erfahren außerdem, wie Ihre KV Sie bei der Umsetzung von QM unterstützt.

ORT: Sitzungszentrum der KVSH, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: 50 Euro

FORTBILDUNGSPUNKTE: 5

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Verbindliche Anmeldungen werden in schriftlicher Form angenommen (Brief/Fax oder E-Mail) und in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

WEITERE TERMINE:

4. November 2020, 14.00 bis 18.00 Uhr

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

Angelika Ströbel

Tel. 04551 883 204

Fax 04551 883 7204

E-Mail angelika.stroebel@kvsh.de



© istock.com/jacob Wackerhausen

Termine



© istock.com/courtneyk

FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

THEMA: *Moderatorengrundausbildung
für Qualitätszirkel*

DATUM: 27. NOVEMBER 2020, 15.00 BIS 21.00 UHR
28. NOVEMBER 2020, 9.00 BIS 17.00 UHR

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

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

Inhalte des Seminars:

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

ORT: Sitzungszentrum der KVSH, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

TEILNAHMEGEBÜHR: 200 Euro inklusive Tagungspauschale
für Material und Verpflegung

FORTBILDUNGSPUNKTE: 20

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

ANMERKUNG: Die Ausbildung ist nach einem Wochenende abgeschlossen.

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg

Dagmar Martensen

Tel. 04551 883 687

Fax 04551 883 374

E-Mail dagmar.martensen@kvsh.de

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

KVSH

7. OKTOBER 2020, 14.00 BIS 17.00 UHR

Beratungsnachmittag der Zulassung

Ort: Zulassung/Praxisberatung der KVSH, Bad Segeberg
 Info: An jedem ersten Mittwoch im Monat für alle Ärzte und Psychotherapeuten zu Themen aus

- dem Bereich der Zulassung (Praxisübergabe, Anstellung, Verlegung, Kooperation etc.)
- Bitte melden Sie sich dazu vorher per E-Mail an: bettina.fanselow@kvsh.de oder karin.ruskowski@kvsh.de

Bettina Fanselow, Zulassung/Praxisberatung
 Tel. 04551 883 255
 Karin Ruskowski, Zulassung/Praxisberatung
 Tel. 04551 883 430
www.kvsh.de

Schleswig-Holstein

11. BIS 13. SEPTEMBER 2020, 14.00 UHR (BEGINN 1. KURSTAG)

Sonografie des Bewegungsapparates – Grundkurs nach KBV-Richtlinie

Ort: Eckernförde
 Info: Unterrichtseinheiten: 25
 Fortbildungspunkte: 25
 Alle Referenten verfügen über mindestens 25 Jahre Erfahrung in der Sonografie des Bewegungsapparates und der Säuglingshöften und sind viele Jahre in der Qualitätssicherung der Sonografie in Schleswig-Holstein als Prüfer tätig.
 Aufgrund der Großzügigkeit der Räumlichkeiten können jederzeit alle derzeit geltenden Regelungen zur Hygiene und zum Abstand eingehalten werden.
 Information und Anmeldung unter:
www.akademie-dampsoft.de

24. OKTOBER 2020, 9.30 BIS 14.00 UHR

31. Flensburger und 10. Baltisches Hämatologisch-Onkologisches & Darmzentrum Symposium

Ort: OASE Mürwik, Kielseng 30, 24937 Flensburg
 Info: Veranstalter: St. Franziskus-Hospital, Medizinische Klinik I, Tel. 0461 816-2512
 Aufgrund der aktuellen Situation ist eine Anmeldung bis 18. Oktober 2020 erforderlich.
 E-Mail: franziska.mumm@malteser.org
www.instagram.com/franziskusflensburg

13. NOVEMBER 2020, AB 9.00 UHR

20 Jahre Notarzt-Börse – Die Zukunft im Rettungsdienst

Ort: Slow Down, Priwallpromenade 20, 23570 Lübeck-Travemünde
 Info: Fax 04541 80180 55, Tel. 04541 80180 0
 E-Mail: kongress@notarzt-boerse.de
info@notarzt-boerse.de
www.20jahre.notarzt-boerse.de

Deutschland

18. MAI 2021, 11.00 BIS 17.30 UHR

19. MAI 2021, 9.00 BIS 15.00 UHR

Ostsee-Workshop – Effizientes ERCP-Management 2021

Ort: Yachthafenresidenz Hohe Düne. Am Yachthafen 1, 18119 Rostock-Warnemünde
 Info: Sekretariat Interdisziplinäre Endoskopie, E. Oguz/S. Schinke, Tel. 0431 500 22 371, Tel. 0431 500 22 372, Fax 0431 500 22 378
 Eine schriftliche Voranmeldung wird aus organisatorischen Gründen bis zum 1. März 2021 erbeten.
 Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern beantragt.
 E-Mail: Mark.Ellrichmann@uksh.de
www.uksh.de/innere1-kiel

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

Geschäftsstelle Operative Prozesse

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

Justitiar

Klaus-Henning Sterzik	230
Alexandra Stebner (stellv. Justitiarin)	230

Selbstverwaltung

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

Abteilungen

Abrechnung	
Andrea Werner (Leiterin)	361/534
Thomas Stefaniw (stellv. Leiter)	361/534
Fax	322

Abteilung Recht

Klaus-Henning Sterzik (Leiter)	230/251
Maria Behrenbeck (stellv. Leiterin)	251
Alexandra Stebner	230
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

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 Bock	458

Ärztliche Stelle (Nuklearmedizin/Strahlentherapie)

Kerstin Weber	529
Nina Tiede	325

Ärztliche Stelle (Mammographie)

Kerstin Weber	529
Uta Markl	393

Arztregister

Anja Scheil/Dorit Scheske	254
---------------------------------	-----

Assistenz-Genehmigung

Janine Priegnitz	384
Renate Tödt	358

Balneophototherapie

Nadine Pries	453
--------------------	-----

Begleiterkrankungen Diabetes mellitus

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 Studt	423
-----------------------	-----

Diabetes-Kommission

Aenne Villwock	369
----------------------	-----

DMP-Team

Marion Froberg	444
Carolin Kohn	326
Nadine Pries	453

Drogensubstitution

Astrid Patscha	340
----------------------	-----

Dünndarm Kapselendoskopie

Carolin Kohn	326
--------------------	-----

EDV in der Arztpraxis

Timo Rickers	286
--------------------	-----

Ermächtigungen

Evelyn Kreker	346
Maximilian Mews	462

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
Hörgeräteversorgung	
Katharina Studt	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	
Daniela Leisner	578
Intravitreale Medikamenteneingabe	
Stephanie Purrrucker	459
Invasive Kardiologie	
Christine Sancion	533
Kernspintomografie	
Daniela Leisner	578
Koloskopie	
Carolin Kohn	326
Koordinierungsstelle Weiterbildung	
Janine Priegnitz	384
Krankengeldzahlungen	
Doris Eppel	220
Laborleistung (32.3)	
Marion Frohberg	444
Langzeit-EKG	
Renate Krupp	685
Mammographie (Screening)	
Anja Liebethuth	302
Mammographie (kurativ)	
Anja Liebethuth	302
Molekulargenetik	
Marion Frohberg	444
MRSA	
Anna-Sofie Reinhard	527
Neuropsychologische Therapie	
Christine Sancion	533
Niederlassung/Zulassung	
Susanne Bach-Nagel	378
Martina Schütt	258
Christian Schrade	634
Daniel Jacoby	259
Michelle Teegen	596
Christian Riske	493
Nordlicht aktuell	
Borka Totzauer	356
Jakob Wilder	475
Nuklearmedizin	
Monika Nobis	938
Onkologie	
Stephanie Purrrucker	459
Otoakustische Emissionen	
Katharina Studt	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 Studt	423
Qualitätssicherung	
Aenne Villwock (Leiterin)	369/262
Fax	374
Qualitätszirkel	
Dagmar Martensen	687
Qualitätsmanagement	
Timo Dröger	637
Angelika Ströbel	204
QuaMaDi	
Gabriela Haack	442
QuaMaDi-Hotline	887
Radiologie-Kommission	
Leif-Arne Esser	382
Daniela Leisner	578
Christine Sancion	470
Rhythmusimplantat-Kontrolle	
Nadine Pries	453
Röntgen (Anträge)	
Daniela Leisner	578
Röntgen (Qualitätssicherung nach SGB)	
Christine Sancion	533
Rückforderungen der Kostenträger	
Björn Linders	564
Schmerztherapie	
Kathrin Kramaschke	380
Sonografie (Anträge)	
Tanja Steinberg	315
Ramona Schröder-Berthold	611
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
Telematik-Hotline	888
Teilzahlungen	
Brunhild Böttcher.....	231
Tonsillotomie	
Doreen Dammeyer.....	445
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
Zytologie	
Michaela Schmidt.....	266
Zweitmeinungsverfahren	
Astrid Patscha.....	340

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

Klaus-Henning Sterzik.....	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 Wadehul (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

Elsbeth Kampen.....	9010 23
---------------------	---------

Sprechstundenbedarfs-, Honorarprüfung

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

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

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

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

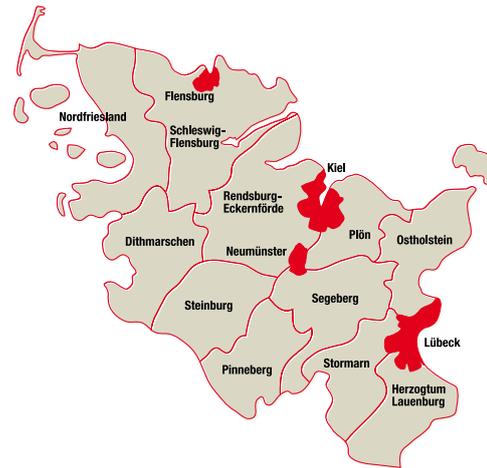
Anschrift der Redaktion

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 968602

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