

# Nordlicht



Oktober 2020 | 23. Jahrgang

A K T U E L L



**KVSH-Strategie**

## Ärztliche Versorgung im Pandemie-Herbst

SERVICESEITEN  
AB SEITE 48

## TITELTHEMA

- 4 Corona-Strategie für die Herbst- und Winterzeit: Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH, im Interview
- 7 Schema: Abklärung von Atemwegsinfektionen während der SARS-CoV-2 Pandemie
- 8 Corona-Testzentren entlasten Hausärzte
- 10 Online-Bestellplattform KVProtect
- 11 Urologe Dr. Thomas Quack erläutert die Bedeutung der Infektsprechstunde
- 12 Dr. Jan Löhler: Die Infektsprechstunde aus Sicht eines HNO-Arztes
- 14 Dr. Ralf Staiger: So funktioniert hausärztliche Versorgung in Coronazeiten

## 16 NACHRICHTEN KOMPAKT

### GESUNDHEITSPOLITIK

- 18 Kommentar: „Slowdown“

### PRAXIS & KV

- 19 Serie: IT-Sicherheit in der ärztlichen Versorgung
- 22 Gripeschutzimpfung – Infomaterialien für die Praxis
- 23 Serie – Versorgungsverträge: Ambulantes Operieren
- 27 Neue Serie: Formulare richtig ausfüllen
- 31 Maskenpflicht im Praxisalltag: Ausnahmen ermöglichen
- 32 Experten über die Digitalisierung im Gesundheitswesen: „Disruption trifft jede Branche“
- 35 Verdienstkreuze für zwei Hausärzte
- 36 Versorgungssicherungsfonds des Landes
- 38 Hinweise zum Heilberufsausweis
- 40 Psychotherapie: Kreis der Verordner von Soziotherapie erweitert

## BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

- 44 HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

## DIE MENSCHEN IM LAND

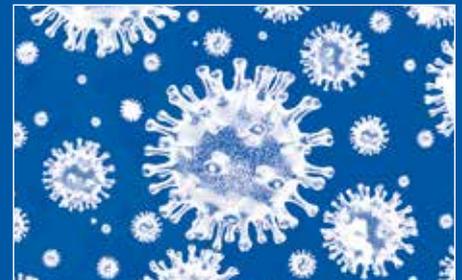
- 45 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein
- 46 Amrum im Coronajahr: Happy Birthday oder: Arbeiten, wo andere Urlaub machen

## SERVICE

- 48 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 49 Sie fragen – wir antworten
- 50 Seminare
- 51 Termine
- 55 Kreisstellen der KVSH

# Aus dem Inhalt

Die Grippe- und Erkältungssaison steht vor der Tür. In Zeiten der Pandemie eine ganz besondere Herausforderung. Im Titelthema wird erläutert, wie sich die ambulante Versorgung auf diese Situation vorbereitet hat und wie die KVSH die Praxen unterstützen und entlasten wird.



# 04

Zur Identifizierung und Authentifizierung von Ärzten innerhalb der Telematikinfrastuktur des deutschen Gesundheitswesens ist der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) ein unverzichtbares Modul. Die Tücken liegen im Detail.



# 38

# 46



Die Corona-Pandemie bestimmte auch den Praxisalltag von Dr. Claudia Derichs, Dr. Peter Totzauer und Florian Teige in Nebel/Amrum. Mit viel Improvisationskunst und großem Engagement haben sie die Herausforderungen, die die Insellage mit sich bringt, gemeistert.

**i**

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



## EDITORIAL

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

## *Liebe Leserinnen und Leser,*

### **und wieder grüßt das Murmeltier ...**

Beim besten Willen für thematische Vielfalt, wir kommen an dem Schwerpunktthema Corona in diesem Heft nicht vorbei. Wie auch, wenn die Hauptlast der Behandlungsabforderung bei den niedergelassenen Praxen liegt.

Es ist für die Grippezeit notwendig, strukturelle Vorbereitungen der normalen ambulanten Kapazitäten in den Blick zu nehmen. Hinweise von Praxen im Umgang mit der Infektsprechstunde können für andere Praxen immer von großem Nutzen sein. In 70 Prozent der Praxen ist das Angebot der Infektsprechstunden derzeit vorhanden. Das sind unsere „Fieberambulanzen“ und interpretieren Sie politische Wünsche aus dem Bundesgesundheitsministerium als damit beantwortet.

Ebenso wichtig ist die Ergänzung der Kapazitäten, um für Patientenstaus gewappnet zu sein. Die Bandbreite der Leistungserwartung reicht von individueller Komfortenerwartung bis hin zu akuten Krankheitssymptomen. Es ist klar, wem hier die Vorfahrt gelten soll. Wir schaffen mit den nichtärztlichen Testzentren für Corona-Abstriche ein Entlastungsangebot, welches wir teils in Kooperation mit dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) an mindestens zehn Standorten im Lande aufbauen. Hinzu treten KV-Busse für das Ausbruchsgeschehen sowie weitere Angebote mit laborärztlicher Unterstützung, die wir im Bedarfsfall aktivieren könnten.

Man darf festhalten, dass die Finanzierung ganz wesentlich durch Land, Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die Krankenkassen erfolgt. Das geht in aufgeregten Zeiten manchmal unter und ist auch kein völliger Ersatz für eine mitunter spärliche öffentliche Anerkennung der Leistung der Niedergelassenen, aber: im Regen wird immerhin ein Schirm gereicht. Und das ist ein gutes Stichwort. Unsere Abrechnungsergebnisse aus dem zweiten Quartal zeigen, dass die Einbußen der Praxen, trotz um im Schnitt 15 Prozent gesunkener Fallzahlen, fast ausgeglichen werden. Rein ökonomisch wird die ambulante Versorgung durch Corona also nicht aus der Bahn geworfen. Wenn man sich akut etwas von der großen Bühne wünschen darf, dann geht das in Richtung pragmatischer und ressourcennaher Politik. Bitte keine Aussagen über Leistungen (wie z. B. Impfungen), wenn dazu noch keine Infrastruktur benannt werden kann. Das führt zu aufgeregten und unnötigen Diskussionen in den Arztpraxen, für die man keine Zeit hat.

Ob wir dann Anfang des nächsten Jahres langsam in eine Phase aus der guten alten Zeit überwechseln können? Gibt es genug und wirksame Impfstoffe? Werden diese von der Bevölkerung hinreichend angenommen? Hat die Gesellschaft die Kraft, bei einer nicht ganz kleinen Anzahl von Impfverweigerern Beschränkungen der persönlichen Freizügigkeit allgemein abzubauen? Kommt hier eine Wiedergeburt der Selbstverantwortung jedes Einzelnen für Konsequenzen seines Tuns?

Es bleibt vieles offen. Bis dahin haben Sie Unzählbares geleistet. Danke dafür auch von dieser Stelle.

Ihr

Ralph Ennenbach

# „Ich bin überzeugt, dass die Praxen gut vorbereitet sind“

Mit Herbst und Winter steht auch die Grippe- und Erkältungssaison vor der Tür. In Zeiten der Pandemie eine ganz besondere Herausforderung, da sich die ersten Symptome einer COVID-Erkrankung nicht von jenen anderer Atemwegsinfekte unterscheiden. Warum sie die ambulante Versorgung auf diese Situation gut vorbereitet sieht und wie die KVSH die Praxen unterstützen und entlasten wird, erläutert die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke, im Nordlicht-Interview.

**Nordlicht:** Eine Befürchtung mit Blick auf das weitere Corona-Infektionsgeschehen ist, dass ein Zusammentreffen von Patienten mit Erkältungssymptomen, Influenza und Corona zu einer Überforderung der ambulanten Versorgung führen könnte. Sind die Praxen nach Ihrer Einschätzung ausreichend vorbereitet und welchen Beitrag wird die KVSH leisten, um die Ärzte gezielt zu entlasten?

**Dr. Monika Schliffke:** Ja, ich bin überzeugt, dass die Praxen gut vorbereitet sind. Sie haben die letzte große Grippewelle Anfang 2017 auch extrem gut gemeistert und vielleicht breiten sich sogar durch das Tragen von Masken in diesem Jahr jegliche Infekte nicht so schnell aus wie sonst. Das Problem liegt eher darin, die Corona-Infektionen abzugrenzen. In der Anfangssymptomatik unterscheidet sich eine COVID-Erkrankung nicht von sonstigen Atemwegsinfekten. Aber sie sollten möglichst früh und sicher diagnostiziert werden, um die Übertragung auf Risikogruppen zu verhindern.

Die KVSH bietet zur Unterstützung eine Palette an Informationsmaterialien an, darunter jetzt auch eine schematische Übersicht zur Differenzialdiagnostik. Zudem bieten wir den Praxen die Option, die Abstrichentnahme an eines unserer Testzentren zu delegieren, sofern dies zur Entlastung gewünscht ist.

**Nordlicht:** Sie sprechen es gerade an: Ein Kern der Strategie für die nächsten Wochen ist die Wiedereröffnung von Testzentren, die sich flächendeckend über das Land verteilen werden. Wie wird die Zuordnung konkret aussehen? Wer gehört ins Testzentrum und wer ist ein Fall für die Infektsprechstunde der Arztpraxis?

**Schliffke:** Grundsätzlich stehen die Testzentren den Vertragsärzten, den Gesundheitsämtern sowie Reiserückkehrern aus Risikogebieten zur Verfügung. Hinzu kommen gegebenenfalls noch Betriebsangehörige oder auch Privatpersonen mit Testwunsch. Unterscheiden muss man zwischen symptomatischen und asymptomatischen Personen. Personen mit Infektsymptomatik gehören auf jeden Fall zunächst in ärztliche Abklärung. Ein Arzt untersucht und legt fest, ob ein COVID-Abstrich durchgeführt werden soll. Je nach Situation der Praxis wird entschieden, ob der Abstrich direkt dort geschieht oder ob der Patient mit dem nötigen Laborschein an ein Testzentrum geschickt wird. Asymptomatische Personen werden direkt über die Gesundheitsämter oder die 116117 zu den Testzentren geschickt.



**Nordlicht:** Wie wird diese Steuerung der verschiedenen Personengruppen erfolgen, damit zum Beispiel Reiserückkehrer direkt ein Testzentrum aufsuchen, der behandlungsbedürftige Infektpatient aber seinen Arzt?

**Schliffke:** Die große Reiserückkehrer-Testwelle ist nun vorbei. Es sind ausschließlich noch Rückkehrer aus Risikogebieten zu testen und diese sind verpflichtet, sich bei ihrem Gesundheitsamt zu melden. Da die Gesundheitsämter diese Personen über ein digitales Portal anmelden, weiß ein Testzentrum, wer kommt.

Behandlungsbedürftige Infektpatienten werden in den Testzentren nicht untersucht. Dort sind nämlich keine Ärzte, d. h. ein Testzentrum schickt spontan kommende Personen zunächst zum Arzt zurück. Nur wenn dieser einen Abstrich für erforderlich hält, kommt der Patient mit einem Laborschein wieder.

Die 116117 geht mit Anfragen genauso um. Entweder man ist ein symptomatischer Patient, dann zuerst zum Hausarzt oder in die Anlaufpraxis. Oder es gibt eine ÖGD-Anmeldung im Portal und die Person wird ins nächste Testzentrum geschickt.

## „Die Testzentren werden jetzt ausschließlich mit geschultem nicht-ärztlichem Personal besetzt.“

**Nordlicht:** *Bedeutet die Schaffung der Testzentren, dass erneut Ärzte benötigt werden, um dort tätig zu werden? Oder werden sich die Abläufe von jenen, die bis zum Sommer bestanden, unterscheiden?*

**Schliffke:** Die Testzentren werden jetzt ausschließlich mit geschultem nichtärztlichem Personal besetzt. Dafür sind wir eine Kooperation mit dem DRK-Landesverband eingegangen, die bis zum 31. März 2021 reicht. Die ganze Wintersaison ist damit abgedeckt. Neue Coronadienste für Ärzte wird es also nicht geben müssen. Wir hätten dafür auch gar keine Ärzte, denn die Regelversorgung ist bereits auf hohem Niveau und die Ärzte und ihre MFA werden in den Praxen gebraucht.

## „Die KVSH hat ein digitales Portal für die Gesundheitsämter geschaffen.“

**Nordlicht:** *Immer wieder hat sich in der Vergangenheit die Notwendigkeit von vielen Tests in kurzer Zeit ergeben, etwa wenn es Corona-Infektionen in Heimen oder Schulen gab. Die KVSH hat den ÖGD in vielen dieser Fälle durch mobile Teststationen unterstützt. Bleibt dies auch im Winterhalbjahr so?*

**Schliffke:** Ja, wir behalten zwei Busse, die ausschließlich bei Ausbruchssituationen auf Veranlassung von Gesundheitsämtern tätig werden. Die Busse kommen in Betrieben, Schulen oder Einrichtungen zum Einsatz.

Die KVSH hat ein digitales Portal für die Gesundheitsämter geschaffen. Über dieses wird ein Ausbruch angemeldet, der Bus fährt dann dorthin. Das Team im Bus weiß also schon vorher, wie viele Personen sie erwarten, auch die Personalien der zu Testenden sind schon bekannt. Vereinzelt können die mobilen Einheiten auch genutzt werden, um bei immobilen Personen, die Kontaktpersonen von Infizierten sind, zu Hause einen Abstrich zu entnehmen. Das kann ein Bus gut erledigen, da es sich hierbei nicht um einen Notfall handelt.

**Nordlicht:** *Die 116117 wurde im Frühjahr faktisch zur zentralen Pandemie-Hotline, obwohl sie dafür nie gedacht war. Wo stehen wir heute? Was kann die 116117 im Winterhalbjahr leisten – und was ist ausdrücklich nicht ihre Aufgabe?*

**Schliffke:** Die 116117 hat immer noch deutlich mehr zu tun als vor der Pandemie. Es gibt weiterhin viele Fragen aus den Praxen und aus der Bevölkerung. Wir versuchen Stück für Stück, so viele Dinge wie möglich von der 116117 fernzuhalten, die nicht zu ihren Kernaufgaben gehören.

Das eCovid-Portal für die Gesundheitsämter ist so eine Entlastung. Seit Mitte September nehmen wir keine Faxe von Ämtern mehr an, weil die von Mitarbeitern bearbeitet werden müssten, die wir nicht haben. Eine verbesserte Corona-App zur Information der Bevölkerung könnte ein nächstes Mittel sein. Darauf warten wir dringend.

Als KVSH wollen wir den ganzen Winter über eine einheitliche Kommunikation verfolgen, sowohl mit den Praxen als auch mit der Bevölkerung. Die Phase wöchentlicher Neuerungen, die ständig neue Unsicherheiten bringen, sollte jetzt vorbei sein. Es werden sich Kernpunkte und Fragen herauskristallisieren, die wir für die Praxen mit Newslettern und für die Bevölkerung über Presseveröffentlichungen beantworten. Mit diesen Maßnahmen stabilisiert sich hoffentlich das Anrufvolumen bei der 116117 auf einem machbaren Niveau.

**Nordlicht:** *Eine Pandemie ist, das erleben wir seit einem guten halben Jahr, eine teure Angelegenheit. Als sich die Krise im Frühjahr zuspitzte, kam schnell das Signal der Politik, dass die KVSH auf den pandemiebedingten Mehrkosten nicht sitzenbleiben werden. Hat die Politik ihr Versprechen gehalten und gibt es bereits Zusagen für die Corona-Mehrkosten, die in den nächsten Monaten zu erwarten sind?*

**Schliffke:** Von der Gesetzeslage her hat die Politik ihr Versprechen gehalten und der inzwischen berühmte Paragraph 105 Abs. 3 im SGB V, mit dem dieses Versprechen umgesetzt wurde, gilt unverändert, wahrscheinlich solange, bis der Bundestag eines Tages die Pandemie für beendet erklärt. Die Umsetzung dieses Paragraphen – und damit die Erstattung der Pandemie-Kosten durch die Krankenkassen – ist ein besonderes Kapitel. Momentan sind die Erstattung der PSA-Kosten und der Kosten für Sonderdienste mit einer ersten Pauschalzahlung von 75 Prozent gelöst. Es stecken aber noch viele Fragen in den restlichen 25 Prozent. Die Testzentren und ihre Betriebskosten sind der nächste große Block, über den wir mit den Krankenkassen sprechen werden.

**Nordlicht:** *Auch für die Praxen war das erste Halbjahr wirtschaftlich schwierig. Aus Angst vor einer Corona-Infektion blieben im März und April viele Wartezimmer leer. Die Bundesregierung spannte einen Schutzschirm und stabilisierte dadurch die Einnahmeseite der Praxen. Glauben Sie, dass wir erneut in eine ähnliche Situation kommen können und sehen Sie die Bereitschaft der Politik, die ambulante Versorgung notfalls durch einen weiteren Rettungsschirm zu schützen?*

**Schliffke:** Nein, eine Situation wie im März und April sehe ich nicht. Auch wenn wir zwischen Juli und September durch das Reisen und diverse Ausbrüche wieder höhere Infektionszahlen hatten, insgesamt bleiben die Mengen klein und ein neuer Lockdown mit schweren Auswirkungen erscheint fast ausgeschlossen. Wir haben die Pandemie gut im Griff und wichtig ist, dass das der Bevölkerung Sicherheit gibt. Sie hält sich durchweg gut an die AHA-Vorgaben, insbesondere die älteren Menschen sind weiter

vorsichtig. Wichtig ist aber auch, dass die Menschen wieder in die Praxen gehen und auch nicht länger akute und chronische Erkrankungen oder Abklärungsuntersuchungen vor sich herschieben. Hinzu kommt, dass man uns nun Hoffnung auf einen Impfbeginn Anfang 2021 macht.

---

### „Die Zusammenarbeit aller ist extrem wichtig.“

---

**Nordlicht:** *Seit März sind viele Erfahrungen gesammelt worden. Dazu gehört, dass die Politik die Bedeutung der Niedergelassenen für die Pandemie-Bewältigung mittlerweile anerkennt, aber auch, dass es eine neue Qualität der Zusammenarbeit zwischen Land, öffentlichem Gesundheitsdienst, KVSH und Praxen gibt. Welchen Beitrag leistet dieses Zusammenrücken der Beteiligten, um in Schleswig-Holstein gut vorbereitet in die nächsten Wochen zu gehen?*

**Schliffke:** Die Zusammenarbeit aller ist extrem wichtig. Die Krise hat vieles gezeigt, das wichtigste war aber wohl die bei allen enorme Bereitschaft, dieses Problem zu meistern. Die Mittel dazu sind nicht bei allen gleich, deshalb kann man auch nicht sagen, dass der eine es besser geschafft hat als der andere. Beim Land haben wir offene Ohren, schnelle Absprachen und viel Unterstützung gefunden, die auch anhält. Das war nach dem Pandemieplan nicht unbedingt zu erwarten. Die Kliniken waren im Wesentlichen „zur Untätigkeit verdammt“, aber ihre Aufstellung war top. Beim

ÖGD hat sich die Unterbesetzung und geringe Ausstattung deutlich gezeigt. Aus dem Wenigen, was sie hatten, haben sie das Bestmögliche gemacht und sich auch noch dem Druck der KVSH gebeugt, sich auf digitales Arbeiten einzulassen. In dieser Zusammenarbeit hat Schleswig-Holstein wohl Maßstäbe gesetzt.

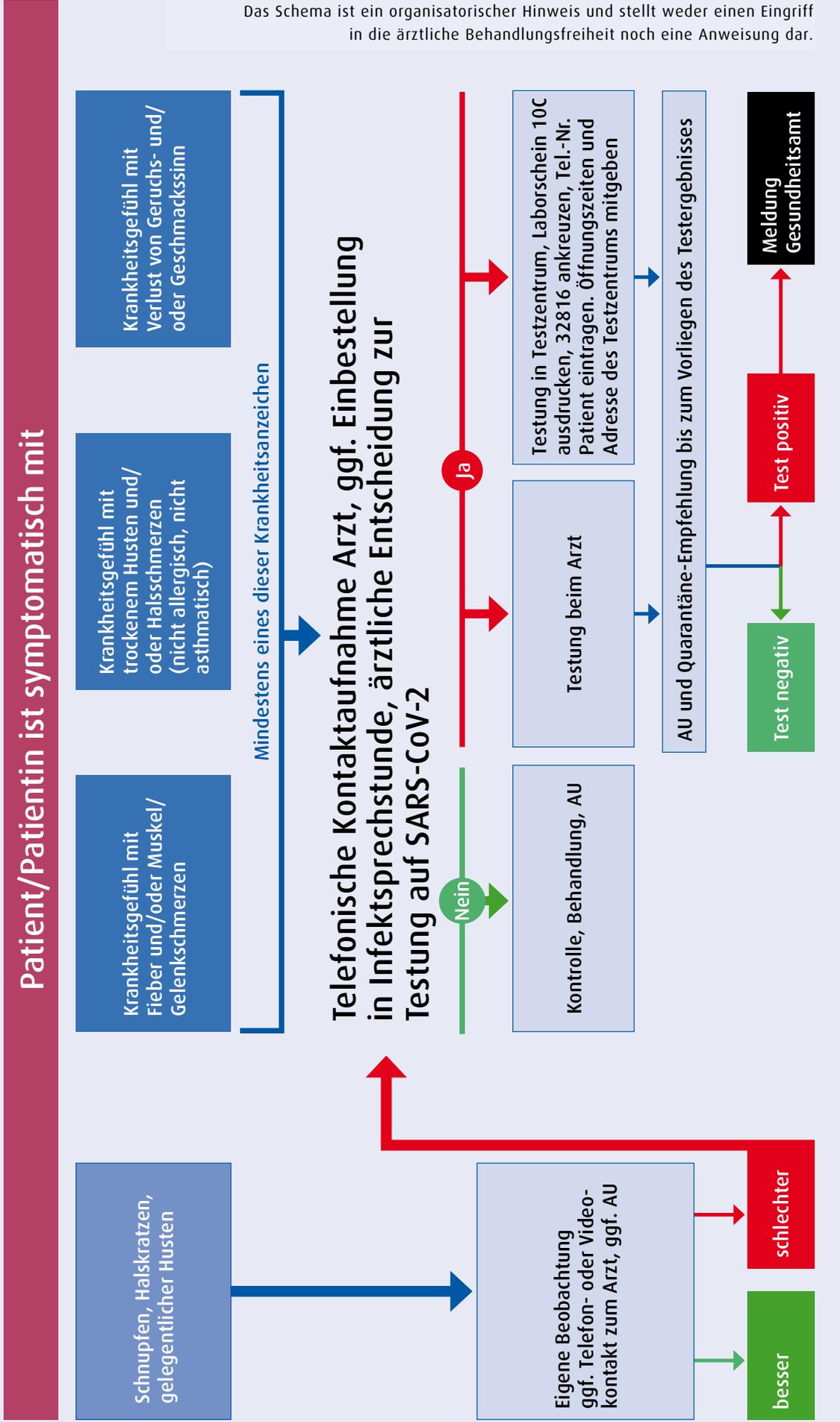
Die Praxen haben in ihrer Zahl und Kompetenz natürlich den großen Schutzwall gebildet; die Bereitschaft der Ärzte für die Coronadienste, das Monitoring, die breite Implementierung von Videosprechstunden, die Massen von Telefonberatungen, die schwierige Anfangszeit ohne PSA. Viele haben dazu noch in ihren Praxen umgebaut, fast alle ihre Organisation angepasst, Infektsprechstunden eingerichtet, die Psychotherapie auf Online ausgerichtet. Es ist eine ganze Liste, die da zusammenkommt und alles sind Einzelbausteine, die dafür gesorgt haben, dass nicht nur die Zahlen klein blieben, sondern dass auch sechs von sieben COVID-Positivpatienten nicht in die Kliniken mussten.

Die zentrale Bedeutung der Kassenärztlichen Vereinigung ist wohl ebenso klar geworden. Ohne uns gäbe es keinen Kommunikationsdraht in die ambulante Versorgung, ohne uns hätte man auch keine zentrale Leitstelle gehabt. Wir sind nun einmal eine große Organisation mit extrem fähigen Mitarbeitern, die in Krisenzeiten zur Hochform auflaufen. Als Vorstand können wir uns nur bedanken. Bei allem Erreichten ist wichtig, die Erfahrungen in die Zukunft mitzunehmen, die positiven wie auch die negativen. Lehren dürfen nicht in Schubladen verschwinden, denn nach der Pandemie wird vor der Pandemie sein.

DIE FRAGEN STELLTE DELF KRÖGER, KVSH



# Hinweise zur differenzialdiagnostischen Abklärung von Atemwegsinfektionen während der SARS-CoV-2-Pandemie



Das Schema ist ein organisatorischer Hinweis und stellt weder einen Eingriff in die ärztliche Behandlungsfreiheit noch eine Anweisung dar.

# Landesweite Corona-Testzentren entlasten die Hausärzte

*An verschiedenen Standorten in Schleswig-Holstein sichert medizinisches Fachpersonal Tests von Corona-Verdachtsfällen.*



*Alexander Paquet, Leiter der Abteilung Management Versorgungsstrukturen der KVSH*



*Dr. Hans-Joachim Commentz, ärztlicher Notdienstbeauftragter des Vorstandes der KVSH*

Die KVSH erarbeitet für das bevorstehende Herbst- und Winterhalbjahr eine Teststrategie zur Entlastung der niedergelassenen Ärzte. Für die Zeit vom 1. Oktober bis zum 31. März erfolgt eine grundsätzliche Neukonzeption der Testzentren, nachdem seit Mitte September die kostenlose Testung für Reiserückkehrer aus Nicht-Risikogebieten endete und die Corona-Mobile vornehmlich für die Tests von Reisenden aus Risikogebieten vorgesehen sind. Die Testzentren müssen allesamt mit der entsprechenden Versorgung wie Strom und Internetzugang arbeitsfähig und vor allem winterfest gemacht werden. Die Standorte werden schrittweise bis zum 31. Oktober umgesetzt und ergänzt durch mobile Buslösungen, die insbesondere den ÖGD im Rahmen des Ausbruchmanagements unterstützen werden. Angelegt werden sollen die Zentren als Drive-through-Lösungen mit einer Einfahr- und einer Ausfahrspur für PKW. Diese werden an sieben Tagen in der Woche mindestens je sechs Stunden geöffnet sein.

Anders als noch zu Beginn der Pandemie im Frühjahr werden die Testzentren nicht durch Ärzte besetzt sein. Die Abstriche soll medizinisch geschultes Personal vornehmen. „Wir kooperieren daher mit dem DRK, um ausreichend Personal vorhalten zu können und die niedergelassenen Ärzte, den Bereitschaftsdienst und die Anlaufpraxen von dieser Aufgabe zu entlasten – auch um das Infektionsrisiko zu minimieren“, sagt Alexander Paquet, Leiter des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVSH, der gemeinsam mit Dr. Hans-Joachim Commentz die Testzentren koordiniert. Einige Standorte wiederum sollen auch weiterhin von den Laborgemeinschaften betrieben werden, die diese Aufgabe bereits während der Reisezeit übernommen hatten. Wichtig sei der KVSH, so Paquet, dass die nun etablierte Struktur Verlässlichkeit über den Winter bis in das kommende Frühjahr gewährleiste. Die Finanzierung folgt gesetzlichen Vorgaben und einer avisierten Unterstützung des Landes. „Uns ist wichtig, dass die niedergelassenen Ärzte sich auf den Prozess und die Abwicklung einstellen können und von kurzfristigen und ständigen Anpassungen und Änderungen verschont werden.“

Geleitet werden die Bürger zu den Testzentren durch das Gesundheitsamt oder den niedergelassenen Arzt. „Wer sich aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in der Lage sieht, den Abstrich in der Praxis durchzuführen, nach dem persönlichen Besuch des Patienten beim Arzt aber zu dem Schluss kommt, dass ein Test notwendig ist, kann ihn mit dem Musterschein 10C an ein Testzentrum überweisen“, so Commentz. Da jeder Patient mit einer Atemwegsinfektion zunächst einer Vorstellung beim Arzt bedürfe, um den weiteren Behandlungsweg und auch die Frage der Testnotwendigkeit zu klären, blieben die Infektsprechstunden gerade im Winterhalbjahr ein zentraler Baustein, um in den Praxen auf die nächsten Monate vorbereitet zu sein.

Damit erhält der Arzt die Option, den Abstrich entweder selbst vorzunehmen oder ihn an ein Testzentrum zu delegieren. Die ärztliche Behandlungshoheit bleibe somit bei der niedergelassenen Ärzteschaft. Wichtig sei nur, dass die Patienten im Testzentrum das Muster 10C vorlegen, denn ohne diesen Schein könnten die dortigen Mitarbeiter keinen Abstrich vornehmen.

Neben den Testzentren werden für das sogenannte Ausbruchmanagement weiterhin Busse im Einsatz sein. Sie können bei Ausbruchsgeschehen – allerdings nur auf Veranlassung des ÖGD – in Heimen und anderen Einrichtungen oder kurzfristig anbeordneten umfangreicheren Tests in Unternehmen an den Ort des Geschehens fahren und dort die Tests vornehmen. Daneben werden auch Menschen auf Veranlassung des ÖGD besucht, die nicht mobil sind. „Ziel ist es, damit flächendeckend die indizierten Tests durchführen zu können“, so Dr. Commentz.

Für Reiserückkehrer aus ausländischen Risikogebieten gilt die am 16. September beschlossene Verordnung, die allerdings sehr genau unterscheidet, ob das Risikogebiet, aus dem der Ein-

reisende nach Schleswig-Holstein einreist, innerhalb oder außerhalb der Bundesrepublik Deutschland liegt. Liegt es innerhalb Deutschlands, so ist der Einreisende zur Kontaktaufnahme mit dem örtlichen Gesundheitsamt und zur Quarantäne verpflichtet, ihm steht aber kein kostenloser Abstrich zu. Anders bei der Einreise aus einem Risikogebiet außerhalb der Bundesrepublik. Nur für diese Patientengruppe gilt:

- Sie müssen sich unverzüglich in Quarantäne begeben und bei ihrem Gesundheitsamt melden.
- Die 14-tägige Quarantäne kann nur verkürzt werden durch zwei negative Befunde aus fachärztlichen Laboren (Testergebnisse) für die gilt:
  - Mindestens für eine der beiden Testungen ist das Probenmaterial frühestens 5 Tage nach der Einreise entnommen worden.
  - Zwischen der Entnahme des Probenmaterials für die erste und die zweite Testung liegen mindestens 5 Tage.
  - Ist die erste Testung vor der Einreise erfolgt, sind zwischen Testergebnis und Einreise nicht mehr als 48 Stunden verstrichen.

Weitere Informationen:

[www.schleswig-holstein.de/coronavirus-einreise](http://www.schleswig-holstein.de/coronavirus-einreise)

Eine Übersicht der Standorte und Öffnungszeiten der Corona-Testzentren in Schleswig-Holstein finden Sie unter

[www.kvsh.de/coronavirus](http://www.kvsh.de/coronavirus)

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

## Corona-News

### Videosprechstunde unbegrenzt möglich

Ärzte und Psychotherapeuten können unbegrenzt Videosprechstunden anbieten. KBV und Krankenkassen haben die geltenden Beschränkungen für den Einsatz der Videosprechstunde für einen befristeten Zeitraum aufgehoben. Damit sind Fallzahl und Leistungsmenge nicht limitiert. Die Videosprechstunde ist bei allen Indikationen möglich und auch dann, wenn der Patient zuvor noch nicht bei dem Arzt in Behandlung war. Auch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten dürfen bestimmte Leistungen per Videosprechstunde durchführen und abrechnen, unter anderem Einzeltherapiesitzungen.

**Gilt bis: 31. Dezember 2020**

**Mehr Informationen:**

[www.kbv.de/html/videosprechstunde.php](http://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php)

### Sozialpsychiatrie: Neue Leistung für die funktionelle Entwicklungstherapie per Video

Zur Erleichterung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Krise kann die funktionelle Entwicklungstherapie vorerst auch per Video erfolgen. Dazu haben KBV und GKV-Spitzenverband eine Sonderregelung vereinbart, die seit 15. Mai gilt und bis Ende Dezember 2020 befristet ist. Die neue Leistung (Gebührenordnungsposition 14223) beinhaltet videogestützte Maßnahmen einer funktio-

nellen Entwicklungstherapie durch qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter gemäß der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV-Mitarbeiter). Sie findet als Einzelbehandlung statt und ist je vollendete 15 Minuten berechnungsfähig. Für die Behandlung per Video müssen die SPV-Mitarbeiter den Patienten kennen. Das heißt: Der Patient war in den letzten vier Quartalen (einschließlich des aktuellen Quartals) mindestens einmal in der Praxis.

**Gilt bis: 31. Dezember 2020**

**Mehr Informationen:**

[www.kbv.de/html/1150\\_46235.php](http://www.kbv.de/html/1150_46235.php)

### Psychotherapie: Umwandlung von Gruppentherapie

Genehmigte Leistungen einer Gruppenpsychotherapie können übergangsweise in Einzelpsychotherapie umgewandelt werden, ohne dass hierfür eine gesonderte Antragstellung bei der Krankenkasse oder eine Begutachtung erfolgen muss. Die Umwandlung erfolgt über die „Therapieeinheit“ und muss lediglich formlos der Krankenkasse mitgeteilt werden. Für je eine genehmigte Gruppentherapie (entspricht einer Sitzung mit 100 Minuten) kann bei Bedarf maximal je Patient der Gruppe eine Einzeltherapie (entspricht einer Sitzung mit 50 Minuten) durchgeführt und abgerechnet werden.

**Gilt bis: 31. Dezember 2020**

**Mehr Informationen:**

[www.kbv.de/html/1150\\_45109.php](http://www.kbv.de/html/1150_45109.php)

# Wie die KV Logistik lernte

*Die Online-Bestellplattform KV Protect ist mittlerweile zum festen Bestandteil im Pandemie-Organisationsportfolio der KVSH geworden. Noch zu Beginn des Jahres hätte sich sicher kaum jemand in der KVSH vorstellen können, dass das „Logistik-Geschäft“ einmal zu einer Kernaufgabe gehören könnte, von der die Gesundheit der Beschäftigten im ambulanten Bereich abhängt. Seit Juni ist die Plattform aktiv, über die die Praxen ihr persönliches Schutzmaterial wie Masken, Handschuhe und Kittel bestellen, um sich vor einer Ansteckung durch das Corona-Virus schützen zu können.*

Als das Material zu Beginn der Pandemie knapp war, kurzfristig ein sehr großer Bedarf bestand und die KV sich der Aufgabe gegenüber sah, auf die Schnelle große Mengen zu bestellen, um sie den Praxen zur Verfügung zu stellen, lagerten die begehrten Objekte in ausrangierten Garagen in der Hauptverwaltung und wurden nach improvisiert geführten Listen im Land verteilt. Die Lernkurve zur Verbesserung des Prozesses verlief dann glücklicherweise steil nach oben. Es wurde ein Logistik-Dienstleister mit der Lagerung und der Verteilung beauftragt, wenig später machte sich die KV-interne IT daran, den Prozess zu digitalisieren. Jan Evers, seit gut über einem Jahr bei der KV für das Prozess-Management zuständig, nahm sich diesen Ablauf vor und band dafür die IT eng ein. Mit Begeisterung spricht Evers davon, wie es der IT der KV innerhalb kürzester Zeit gelungen ist, die Bestellplattform umzusetzen.

Als flexibel und anpassungsfähig erwiesen sich auch die Mitarbeiter der Abteilung Management Versorgungsstrukturen. Kerstin Eiringhaus, in der Leitstelle eigentlich für Projekte und in Vertretung für die Dienstpläne zuständig, war nun ad hoc mit Einpflegen der Bestandslisten und dem Verwalten von Bestellungen befasst. „Dass ich mich einmal so tief in die Materie der Logistik vertiefen müsste, hätte ich nicht erwartet“, sagt sie. Inzwischen aber laufe die Abwicklung reibungslos, die Ärzte bestellen online gezielt das Material, welches sie benötigen. Stornierungen bearbeiten, Wünsche entgegennehmen und Zu- und Abgänge

verwalten und melden – das sind inzwischen alles eingespielte Abläufe und Aufgaben. „Der ganze Prozess ist weitgehend standardisiert und dort wo es geht automatisiert“, sagt ihre Kollegin Carolin Volkwein. Der Prozess ist klar strukturiert: Die Bestellungen eines Tages werden automatisch bis 24 Uhr an das Lager geliefert, dort wird am folgenden Morgen gesichtet, gesammelt, gepackt und zum Versand vorbereitet, die eingehenden Bestellungen mit den ausgehenden Lieferungen aktualisiert und die Touren vorbereitet. In der Regel wird das Paket am 4. Tag nach Bestelleingang dann dem Empfänger ausgehändigt. Zu Stornierungen kommt es, wenn vor Ort niemand angetroffen wird oder kein genauer und möglichst nicht für Fremde zugänglicher Ort zum Hinterlegen angegeben wurde. Daher sollte unbedingt vermieden werden, kurz vor dem Urlaub zu bestellen, sofern nicht sichergestellt ist, dass das Material noch rechtzeitig ankommt. „Wir müssen hier dann alles rückabwickeln, die Bestellung muss nochmal ausgelöst

werden, für uns doppelter und damit erheblicher Mehraufwand“, so Volkwein. Logistik folgt eben strengen Regeln und einem festen Raster, wenn das auf beiden Seiten passt, dann läuft es reibungslos.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH



## INFEKTSPRECHSTUNDEN

# Ruhe und Rationalität

*Die Frage nach der Teilnahme an sogenannten Infektsprechstunden führte, wie ich aus etlichen Gesprächen wahrnahm, zu einem Missverständnis. Gemeint ist hier nicht die explizite Betreuung und gezielte Therapie von COVID-19 erkrankten Patienten, sondern vielmehr die Bereitschaft, sich auch um Patienten zu kümmern, die an einem fieberhaften Infekt leiden.*



eben nicht immer. Daher ist Prävention und Hygiene in unseren Praxen schon immer ein Thema. Die Notwendigkeit der Händedesinfektion nach jedem Patientenkontakt ist seit Semmelweis bekannt, die Desinfektion der Patientenliege ist Standard und die Anwendung von sterilen Instrumenten verpflichtend.

Für die in der Handreichung der KVSH gegebenen Hilfestellungen zur weiteren Minimierung des Übertragungsrisikos bin ich außerordentlich dankbar und empfehle diese auch allen Kolleginnen und Kollegen. Durch die Kommunikation dieser Maßnahmen zu unseren Patienten können wir hier zu einer Beruhigung und Reduktion des Infektgeschehens beitragen. Spätestens seit wir die (Haupt-)Übertragungswege der COVID-Infektion über Aerosole erkannt haben, sehe ich für uns Ärztinnen und Ärzte neben der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten aufgrund dieses Wissens in meinem Verständnis auch eine Vorbildfunktion in der Umsetzung der Hygieneregeln (Abstand, Masken, Desinfektion) nicht nur in unseren Praxen, sondern auch im alltäglichen Leben.

Wenn auch die Privilegien des „freien Berufes“ in den letzten Jahren immer mehr hinterfragt oder konterkariert wurden, so steht es uns doch gut an, gerade in Zeiten großer Verunsicherung

Ich denke, dass sich die Frage, ob man auch fiebrige Patienten betreut, für die allermeisten Kolleginnen und Kollegen nicht stellt. Dies gehört zu unserer täglichen Arbeit. Natürlich sind unsere Praxen auch für kranke Menschen geöffnet. Wenn ich also diese Frage für mich schnell und klar beantworten konnte, brauchte ich noch ein paar Gedankengänge, um den Sinn dieser Sprechstunden dennoch zu erfassen. In Zeiten, in denen die Ansteckungsgefahr für viele Patientinnen und Patienten ein Grund ist, den Arztbesuch zu unterlassen, ist es sicherlich für manche eine Beruhigung zu wissen, dass in unseren Praxen Vorkehrungen getroffen werden, eben dies zu vermeiden.

Hierfür ist es also durchaus sinnvoll, diese Zeiten anzubieten. Allerdings liegt es in der Natur von übertragbaren Erkrankungen, dass diese manchmal nicht offensichtlich sind. Wir Urologen haben da ja eine ganze Menge interessanter Krankheitsbilder, die wir meist mit einer großen Portion Penicillin heilen können, aber

Vorbilder zu sein, unser Wissen geduldig zu erklären, übertriebene Angst zu nehmen, aber auch allzu Sorglose und Unvernünftige (leider auch manchmal Kolleginnen und Kollegen) zur Vorsicht zu mahnen. Das erwartet die Gesellschaft von uns als Ärztin oder Arzt.

Durch ein ruhiges und rationales Umgehen mit dieser Situation werden wir unserer Verantwortung gerecht und können durch die Versorgung der allermeisten Patientinnen und Patienten in unseren Praxen zu einer Eindämmung der Pandemie beitragen.

DR. THOMAS QUACK, FACHARZT FÜR UROLOGIE, PLÖN

# Gib Corona keine Chance – Infektsprechstunde aus HNO-Sicht

*Husten, Schnupfen, Kopf- und Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit und Kratzen im Hals, all das sind Symptome für Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich, ebenso natürlich wie der plötzliche Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns. Seit über sechs Monaten weisen diese Symptome jedoch auch auf eine akute Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus, also eine COVID-19-Erkrankung hin.*

Die Pandemie hat seit Ende März auch in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde zu tiefgreifenden Veränderungen im Praxisablauf geführt. In vielen Praxen blieben die Patienten, anfangs aus Angst, sich anzustecken, fast vollkommen weg. Auch wenn Patienten mit HNO-Erkrankungen in der Vergangenheit wenig von Terminvergabeproblemen betroffen waren, mussten sich viele Kollegen an die teilweise gähnende Leere in ihren Wartezimmern zunächst einmal gewöhnen. Hinzu kam der alle Ärztinnen und Ärzte – und darüber hinaus die gesamte Gesellschaft – betreffende, extreme Mangel an Schutzmaterial und Desinfektionsmittel. Über Nacht musste improvisiert werden. Alle Institutionen, vom Ministerium und der Kassenärztlichen Vereinigung bis zu den Gesundheitsämtern, aber auch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände fuhren auf Sicht.

Ebenso, wie in anderen Fachgruppen, hatte sich auch aus den Reihen der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie und dem Deutschen Berufsverband der HNO-Ärzte eine Corona-Fachgruppe gebildet, die in den letzten März- und ersten Aprilwochen des Jahres mehrfach täglich virtuell die neuesten wissenschaftlichen Publikationen erörterten und die neuesten Erkenntnisse über einen Corona-Ticker allen Mitgliedern zur Verfügung stellte. Hierbei wurden wochenlang täglich bis zu 50 Veröffentlichungen gesichtet, diskutiert, bewertet und zusammengefasst.

Auch der Praxisalltag musste komplett umstrukturiert werden, gerade bei sich mittlerweile wieder normalisierenden Fallzahlen, damit nicht Patienten ohne Infekterkrankungen, also z. B. Schwerhörende oder Patienten mit Schwindelsymptomen mit potenziell infektiösen Patienten zusammentreffen konnten. Hierzu wurden zwei Sprechstundenbereiche geschaffen, beginnend in der ersten Hälfte für Patienten mit Infektzeichen und in der zweiten Hälfte der Sprechstunde für jene ohne diese. Ebenso wurden in der Praxis Bereiche definiert, in denen potenziell infektiöse Patienten von den übrigen separiert werden konnten, falls solche trotz aller Planung und Steuerung doch außerhalb der reservierten Zeiträume in der Praxis erscheinen sollten. Zudem wurden die Abstände im Wartezimmer für die Sitzgelegenheiten entsprechend der geltenden Regeln vergrößert. Alle Patienten, die die

Praxis betreten, müssen sich zudem ihre Hände desinfizieren und einen Mund-Nasen-Schutz tragen; bei Bedarf wird dieser zur Verfügung gestellt. Auch sekundäre Dinge, wie z. B. die Spielecke oder der Wasserspender wurden in das Hygienekonzept mit einbezogen. Begleitpersonen dürfen nur noch bei medizinischer Erfordernis oder im Falle von minderjährigen Patienten die Praxis betreten, um die Anzahl der dort wartenden Personen möglichst gering zu halten.

Zudem musste viel improvisiert werden. Das teilweise nicht lieferbare Desinfektionsmittel konnte für kritische zwei Wochen mittels handelsüblicher Grundstoffe nach WHO-Rezeptur überbrückend hergestellt werden. Bei allen Patienten mit Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung wird ein Abstrich unter Vollschutz aus dem tiefen Naso- und Oropharynx entnommen, Regionen, die einem als operativ ausgebildeten HNO-Arzt natürlich anatomisch bestens vertraut sind. Aktuell gibt es beim erforderlichen Abstrichmaterial Lieferengpässe, die Krise ist also auch in dieser Hinsicht noch nicht überwunden. Auch zeigte sich, dass die Betreuung von COVID-19-Patienten, das Monitoring, durch die kleinststrukturierten Grenzen der örtlichen Gesundheitsämter enorm erschwert wurde. Kommunikation über die Kreis- oder gar Landesgrenzen fanden auf dieser Ebene nicht statt, hier besteht für die Zukunft noch ein großes Verbesserungspotenzial.

Durch die organisatorischen Maßnahmen sehen wir seitens der HNO-Ärzte die bevorstehende Infektsaison relativ gelassen entgegen, vorausgesetzt, dass weiterhin genügend Schutzmaterial und Desinfektionsmittel zur Verfügung stehen. Besonders interessant sind die Gespräche mit den Patienten in dieser Zeit, bilden diese doch das gesamte Spektrum der Bevölkerung ab. So bleibt es nicht aus, dass auch der eine oder andere Träger von Alukugeln am Revers auf dem Behandlungsstuhl Platz nimmt. Durch den direkten Kontakt mit dem vertrauten Arzt und der Schilderung von erlebten Erkrankungsverläufen bei eigenen Patienten ließ sich tatsächlich der eine oder andere, durch Verschwörungstheorien gesteuerte Irrläufer von seinem verqueren Weltbild abbringen.

PD DR. JAN LÖHLER, FACHARZT FÜR HNO-HEILKUNDE, BAD BRAMSTEDT



*Dr. Jan Löhler und Patricia Buth im Kampf gegen das Corona-Virus*

# Hausärztliche Versorgung in Coronazeiten



Für den konkreten Ablauf in unseren Arztpraxen liegen Empfehlungen der KBV, KVSH, des RKI, der PEG und vieler Fachgesellschaften vor, die regelmäßig aktualisiert werden und die Planung für die kommende Wintersaison erleichtern. An diesen Richtlinien orientierend, hat sich das Team unserer Gemeinschaftspraxis in Lübeck auf die kommenden Infekt- und Wintersprechstunden vorbereitet: Alle Mitarbeiter tragen in der Praxis kontinuierlich einen Mund-Nasen-Schutz (MNS). Alkoholische Händedesinfektion ist in allen Räumen vorhanden und steht auch den Patienten am Eingang und Wartebereich ebenso wie MNS zur Verfügung.

## Organisation der Praxis

Wir führen wöchentliche Teambesprechungen durch. Die Hygienebeauftragte berichtet über die Vorräte von Schutzmaterial und Reinigungsmittel. Die Impfassistentin über den Stand und die Organisation von Impfungen. Arbeitsabläufe werden diskutiert und modifiziert. Über Komplexsteuerungen in der EDV wurden Diagnosen und Abrechnungsziffern festgelegt und sind allen MFA bekannt. Wir haben das Wartezimmer umgeräumt und die Sitzmöglichkeiten reduziert. Außerdem haben wir die Balkontür meist geöffnet und auch dort Sitzmöglichkeiten geschaffen. Als problematisch sehe ich den Winter an. Kranke, fiebernde Patienten sollen nicht auf der Straße in der Kälte auf ihren Termin war-

ten. Daher bitten wir unsere Patienten pünktlich, d. h. auch nicht zu früh zu erscheinen und versuchen, die Konsultation möglichst stringent „abzuarbeiten“.

## Infektsprechstunde

Am wichtigsten erscheint uns die Infektsprechstunde, auf welche wir auf der Internetseite und per Telefonansage darauf hinweisen. Die Patienten melden sich vorab an, um zu extra Sprechstundenzeiten und räumlich getrennt von den anderen Patienten gesehen zu werden. Der pünktlich erscheinende Patient wird in einem speziellen „Infektsprechzimmer“ platziert. Dies ist mit allen notwendigen Untersuchungsmaterialien ausgestattet, die somit nicht in der Praxis „umherwandern“. Der Arzt kommt in Schutzkleidung zu dem Patienten, erhebt Anamnese und es erfolgt die körperliche Untersuchung. Dies betone ich, da berichtet wurde, dass Patienten aus Sorge vor Ansteckung unzureichend untersucht und nur abgestrichen werden. Das ist falsch und widerspricht ärztlichem Handeln. Schließlich stellt der Arzt die Indikation für oder gegen den Abstrich, den er selbst durchführt. Er orientiert sich dabei an den Richtlinien des RKI und individuelle Besonderheiten, wie dem Familien- und Arbeitsumfeld des Patienten. Am Ende der Infektsprechstunde werden die Räumlichkeiten gemäß den Hygienevorgaben desinfiziert und gereinigt.

*Seit Anfang des Jahres leben wir nun mit Corona. Initial waren wir alle verunsichert, besorgt, auch verängstigt. Seitdem haben wir viele Erkenntnisse gewonnen, die sich in konkreten Handlungsrichtlinien äußern. Außerdem sind die Engpässe in der Versorgung mit Schutzausrüstung weitgehend beseitigt worden.*



#### **Telefon und Videosprechstunde**

Routinebesprechungen, aber auch orientierende Erstkontakte können auf diese Weise durchgeführt werden und somit reduziert sich die Anzahl an Patientenkontakten in der Praxis. Der Zeitpunkt für die Einführung dieser Möglichkeiten ist günstig, da die Kooperationsbereitschaft der Patienten während der Pandemie nach unserer Erfahrung sehr hoch ist.

#### **Impfungen**

Für viele Patienten werden die Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken gemäß der STIKO-Richtlinien empfohlen. Schon jetzt ist bei der Bevölkerung ein großes Interesse festzustellen und die Ressourcen sind begrenzt. Wir haben Impfzeiten festgelegt, um zu vermeiden, dass zu viele Patienten in der Praxis sind.

#### **Hausbesuche**

Für notwendige Hausbesuche habe ich immer Schutzausrüstung und Abstrichmaterial im Auto. Zu Routinebesuchen ohne Infektgeschehen trage ich einen MNS. In unserer Gemeinschaftspraxis bündeln wir die Besuchsaktivitäten in Pflegeheimen um Kontakte zu reduzieren und nutzen auch hier Telefon und Videosprechstunden.

#### **Ausblick**

Zusammenfassend haben wir Hausärzte in den vergangenen Monaten viele Erfahrungen gesammelt und können uns somit mithilfe vieler Leitlinien gut auf den kommenden Winter vorbereiten. Nach dem jetzigen Kenntnisstand ist bei korrektem Vorgehen das Infektionsrisiko für unsere Mitarbeiter sehr begrenzt. Dabei hilft unter anderem die gute Zusammenarbeit mit den lokalen Kooperationspartnern, hervorzuheben sind hier die Gesundheitsämter, die Ärztenetze und die Kliniken. Das hilft bei einer realistischen Einschätzung der Infektionslage vor Ort. Mit einer gut organisierten Infektsprechstunde sowie der Video- und Telefonsprechstunde haben wir wirksame Tools, mit denen wir unter Einhaltung der Hygienemaßnahmen unserer ureigensten Aufgabe, der Versorgung unserer Patienten gut nachkommen können. Unsere Patienten brauchen gerade in dieser Zeit ihre Hausärzte als Mediziner, Ratgeber und Lotsen im Gesundheitssystem. Potenzielle Probleme sehe ich in einer möglichen zweiten Infektionswelle, Versorgungsempfängen bei Schutzmaterialien und Impfstoffen (Grippe, Pneumokokken) und vor allem bei der Organisation einer Verteilung eines hoffentlich bald gefundenen Coronaimpfstoffes.

DR. RALF STAIGER, FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN, LÜBECK

QEP®

## KVSH-Anlaufpraxen erneut mit Gütesiegel ausgezeichnet



(v. l.) Birte Solterbeck, Anlaufpraxis Itzehoe und kinderärztliche Anlaufpraxis Itzehoe; Dr. Wolfgang Tiedemann, TQZert; Susann David, Management Versorgungsstrukturen

**Bad Segeberg** – Qualität und Entwicklung in Praxen, kurz QEP®, so lautet das Gütesiegel für Praxen, damit Patienten sichergehen können, dass hier die Qualität geboten wird, die sie erwarten können. Jetzt sind alle 43 Anlaufpraxen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVSH in Schleswig-Holstein erneut mit diesem Siegel ausgezeichnet worden.

„Die Patienten können sich auf hohe Qualitätsstandards bei der ambulanten Versorgung in den Anlaufpraxen verlassen. Dafür steht die erfolgreiche Zertifizierung aller Praxen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes“, sagte Juliane Plöhn, Fachbereichsleitung Praxismanagement, bei der Übergabe der Zertifikate in Bad Segeberg.

In der ambulanten medizinischen Versorgung ist Qualitätsmanagement (QM) ein wichtiges Instrument, um klare und transparente Standards sicherzustellen und weiterzuentwickeln.

QEP® ermöglicht Ärzten und Psychotherapeuten, sämtliche Prozesse und Abläufe einer Praxis zu optimieren – von der Anmeldung über diagnostische und therapeutische Leistungen bis hin zum Notfall-, Hygiene- oder Gerätemanagement. Durch effizientes und sicheres Handeln des gesamten Praxisteam trägt Qualitätsmanagement zu einer guten Patientenversorgung bei.

Die erneute Verleihung der Zertifizierungsurkunde bedeutet für die Mitarbeiter der Anlaufpraxen nicht nur Anerkennung ihrer täglichen Arbeit, sondern ist auch Ansporn sich weiter für mehr Qualität zu engagieren. Für Patienten und ihre Angehörigen, Kooperationspartner und Krankenkassen wird damit auch der hohe Qualitätsanspruch des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Schleswig-Holstein erkennbar.

PSYCHOTHERAPEUTEN

## Borchers neuer Präsident der Psychotherapeutenkammer



Der neugewählte Vorstand (v. l.): Haluk Mermer, Daniela Herbst (Vizepräsidentin), Heiko Borchers (Präsident), Dagmar Schulz und Dr. Clemens Veltrup. Foto:

**Kiel** – Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein hat Dipl.-Psych. Heiko Borchers (61) zu ihrem neuen Präsidenten gewählt. Borchers ist Teil eines fünfköpfigen Vorstands, der zum ersten Mal fraktionsübergreifend gebildet wurde. Sein Vorgänger Dr. Dipl.-Psych. Oswald Rogner hatte bei der Wahl nicht mehr kandidiert. Der in Kiel-Gaarden niedergelassene Borchers gehört der Kammerversammlung seit ihrer Gründung 2003 an. Er war bereits in zwei Wahlperioden in deren Vorstand tätig und ist außerdem in vielen Gremien der KVSH aktiv, z. B. als Abgeordneter und Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie.

HEILMITTEL-RICHTLINIE

## Start erst Anfang Januar 2021

**Berlin** – Der Gemeinsame Bundesausschuss hat das Inkrafttreten der neuen Heilmittel-Richtlinie um ein Quartal auf Anfang Januar 2021 verschoben. Hintergrund ist, dass bislang nur wenige Anbieter von Praxisverwaltungssystemen das notwendige Zertifizierungsverfahren durchlaufen haben. Darauf hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hingewiesen. Sie befürchtet, dass die notwendige Aktualisierung der jeweiligen Praxisverwaltungssoftware ab Oktober dieses Jahres nicht flächendeckend zur Verfügung steht und die neuen Vorgaben daher nicht umgesetzt werden könnten. Auswertungen der KBV mit Stand August hatten gezeigt, dass die Hersteller für rund ein Viertel der Softwareprodukte, für die eine Zertifizierung nötig ist, noch keine Unterlagen eingereicht hatten. Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Heilmitteln nur elektronische Programme nutzen, die von der KBV zertifiziert sind. Sie weist daraufhin, dass im vierten Quartal 2020 wegen der Verschiebung weiterhin die Vorgaben und Vordrucke der bisherigen Heilmittel-Richtlinie gelten.

ERWEITERTER BEWERTUNGS-AUSSCHUSS

Orientierungswert für 2021 festgelegt



**Berlin** – Die Honorarverhandlungen für das kommende Jahr sind beendet. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat gegen die Stimmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Erhöhung des Orientierungswertes für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in Höhe von 1,25 Prozent beschlossen. Der Orientierungswert wird danach zum 1. Januar 2021 auf 11,1244 Cent angehoben (aktuell 10,9871 Cent). Das bedeutet knapp 500 Millionen Euro mehr für die Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten. Diese Entscheidung hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) gegen die Stimmen der KBV getroffen, nachdem die Verhandlungen im August zunächst gescheitert waren. Die Krankenkassen hatten eine Nullrunde gefordert. Der KBV-Vorstand zeigte sich bitter enttäuscht von der Entscheidung des EBA. „Das ist eine grobe Missachtung der Leistungen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gasen. Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der KBV, kritisierte: „Insbesondere während der letzten Monate der Corona-Pandemie trugen die Niedergelassenen die Hauptlast der Versorgung: Sechs von sieben COVID-19-Patienten wurden ambulant behandelt. Nun ist für die Kolleginnen und Kollegen offenbar nicht genug Geld da, um die massiv gestiegenen Aufwendungen in den Praxen aufzufangen.“

BERUFSVERBÄNDE

Dr. Jan Löhler im Amt bestätigt

**Neumünster** – Dr. Jan Löhler ist von den Mitgliedern des Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte e. V. in Schleswig-Holstein als Landesvorsitzender wiedergewählt worden. Es ist die dritte Amtszeit des in Bad Bramstedt niedergelassenen HNO-Arztes. Sein Stellvertreter bleibt Dr. Thomas Harder aus Kiel.



NATIONALES GESUNDHEITSPORTAL

„gesund.bund.de“ online



**Berlin** – Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat mit [www.gesund.bund.de](http://www.gesund.bund.de) am 1. September eine Website mit Gesundheitsinformationen gestartet. Ziel ist, die Gesundheitskompetenz der Bürger zu stärken. Inhalte zu rund 200 häufigen Krankheitsbildern werden unterteilt in Kategorien, wie Definition, Symptome, Ursachen, Häufigkeiten, Verlauf, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Quellen zur Verfügung gestellt. Laut BMG können sich Bürger auf der Internetseite „schnell, zentral, verlässlich, werbefrei und gut verständlich“ informieren. Zunächst wird das Portal in einer Testversion für die User verfügbar sein. Zu den Content-Partnern zählen unter anderem das Robert Koch-Institut, das Deutsche Krebsforschungszentrum und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Weitere Kooperationen mit Fachgesellschaften und -verbänden sowie Institutionen im Gesundheitswesen sollen nach und nach entstehen.

KRANKENKASSEN

Krankenstand trotz Corona stabil

**Berlin** – Trotz steigender Infektionszahlen hat die Corona-Epidemie wenig Einfluss auf den Krankenstand in Deutschland. Im Juni waren lediglich 0,2 Prozent der Krankmeldungen von Arbeitnehmern auf COVID-19 zurückzuführen. Im Rekordmonat April hatte der Anteil noch knapp 0,7 Prozent betragen. Das geht aus einer Erhebung der Techniker Krankenkasse (TK) unter den 5,3 Millionen bei ihr versicherten Erwerbspersonen hervor. Auch der gesamte Krankenstand sei nicht mehr wesentlich höher als in normalen Zeiten, teilte die Krankenkasse mit. Im Mai und Juni erreichte er rund 3,4 Prozent, während es im März und April noch 6 und 4 Prozent gewesen waren. Für das gesamte erste Halbjahr weist die gesetzliche Krankenkasse 4,4 Prozent aus. Das lag etwas über dem Wert des Vorjahreszeitraums von 4,3 Prozent, aber unter der Vergleichszahl von 2018 mit 4,5 Prozent.

# „Slowdown“

Mit dem Ende der Reisezeit in diesem Sommer steigen, wie erwartet, die Zahlen der mit dem Coronavirus infizierten Menschen in Deutschland und Europa an. Vor allem Spanien hat es erwischt, aber auch andere Länder und Regionen lassen den Hauch von Optimismus, der sich mit dem Rückgang der registrierten Infektionen breit gemacht hatte, wieder verwehen. Und schon schlägt der Streit hohe Wellen, wie weit die Schutzmaßnahmen gehen dürfen. Ein Shutdown, wie im Frühjahr, scheidet aus, die wirtschaftlichen Risiken sind zu groß und – so muss man hinzufügen – die Bereitschaft zur Akzeptanz in der Bevölkerung zu gering. So zeichnet sich ein „slow-down“ beim „shut-down“ ab, ein langsames Abbremsen, statt eines vollständigen Herunterfahrens des öffentlichen Lebens.

So wenig es im Frühjahr angesichts einer galoppierenden Ausbreitung des Virus eine Alternative gegeben hätte, so sehr kann man jetzt nur schrittweise vorgehen. Denn abgesehen von den finanziellen Belastungen der öffentlichen Haushalte, droht die notwendige Akzeptanz eines erneuten Herunterfahrens von Staat und Gesellschaft zu scheitern. Schon jetzt macht sich eine schleichende Aufweichung des Konsenses breit, dass Corona eine tödliche Gefahr und eine große Bedrohung ist. Über 30 Millionen Menschen gelten weltweit als infiziert, über eine Million Opfer wurden bislang gezählt. Dass hierzulande nur knapp 10.000 Opfer zu beklagen sind, mag ja beruhigend wirken. Nur liegt es mitnichten an einer vermeintlich höheren Widerstandskraft der Deutschen, sondern an den erfolgreichen Schutzmaßnahmen und einem Gesundheitssystem, das in der Welt seinesgleichen sucht.

---

## „Selbstbestimmung geht einher mit Selbstverantwortung.“

---

Darauf sollten alle Politiker deutlicher als bisher hinweisen, gerade die, die sich in Talkshows zu Aussagen aufschwingen, bei denen Experten aller Fachgebiete schwindlig wird. Schließlich geht es nicht darum, noch mehr Einzelfallregelungen durchzusetzen, die niemand mehr kontrollieren kann, sondern um Grundregeln der Rücksichtnahme. Selbstbestimmung geht einher mit Selbstverantwortung. Wer also mehr Freiheit einfordert, muss bereit sein, mehr Verantwortung zu übernehmen und freiwillig so

zu handeln, wie es zum Schutz aller notwendig ist. Die sogenannten AHA-Regeln sind dafür die beste Richtschnur. Ihre Anwendung immer wieder infrage zu stellen, verschärft nur den Druck, Spielräume nicht zu nutzen und mögliche Lockerungen „sicherheitsshalber“ weiter zu verschieben.

Mehr und mehr setzen sich im Windschatten dieser Diskussionen Standpunkte durch, die nicht nur den Blinkwinkel, sondern auch die Bedeutung der Fakten verschieben. So werden Fragen, was epidemiologisch sinnvoll und medizinisch notwendig ist, in den Hintergrund gedrängt von moralischen Abwägungen über vermeintlich dispensierte Freiheitsrechte. Vollkommen verdrängt wird dabei, dass die Krankheit auch nach Entwicklung eines Impfstoffs nicht verschwinden wird, sondern wir uns vor ihr nur besser schützen können – hoffentlich. Und ebenso vernachlässigt wird die medizinethische Frage, was passiert, wenn wir bei zu viel Leichtsinn plötzlich doch Engpässe in der Intensivmedizin haben und entschieden werden müsste, wer behandelt wird und wer sich selbst überlassen bleiben muss. Kein Wort davon – nicht in Talkshows und nicht in den gehobenen Feuilletons großer Zeitungen.

Last but not least muss der Hinweis gestattet sein, dass Corona und seine finanziellen Folgen umso tiefere Löcher in unsere Geldbörse reißen, je länger wir in der akuten Phase der Ausbreitung sind. Milliarden-Ausgaben zur Stützung von Konjunktur und Arbeitsplätzen sind nur dann zu verantworten, wenn sie befristet sind auf den kürzestmöglichen Zeitraum und begrenzt werden auf Branchen und Berufsgruppen, die existenziell in Gefahr sind. Und sie sind nur dann sinnvoll, wenn sie später durch Einsparungen kompensiert und nicht durch Steuererhöhungen ausgeglichen werden. Auch diese fiskalische Betrachtung gehört in die Diskussion über die Angemessenheit der Schutzmaßnahmen vor dem Virus.

Corona ist eben nicht nur eine demokratische Zumutung, wie die Bundeskanzlerin kürzlich formuliert hat. Sie ist hinsichtlich der Folgen eine kommunikative Herausforderung, wie wir sie in Zeiten der Realtime-Medien und aller Gefahren, Fake-News in großem Stil aufzusitzen, noch nicht erlebt haben. Umso mehr kann allen Verantwortlichen nur daran gelegen sein, durch größtmögliche Transparenz für belastbare Informationen zu sorgen und allen Schwadronneuren die Stirn zu bieten. Es mag ja anstrengend und nervig sein, aber es ist in unser aller Interesse geboten.

PETER WEIHER, JOURNALIST

# IT-Sicherheit in der ärztlichen Versorgung

Teil zwei der Serie und diesmal geht es nur noch um rein praktische Themen.



Sie werden feststellen, dass viele der Anforderungen auf ganz normalen Menschenverstand beruhen und bei Ihnen schon so oder so ähnlich umgesetzt sind. Das Prinzip im IT-Grundschutz ist aber, auch die Selbstverständlichkeiten abzufragen, damit nichts vergessen wird.

Wieder eine Auswahl der Anforderungen aus verschiedenen Schichten ...

## SCHICHT: SICHERHEITSMANAGEMENT [ISMS]

**INHALT:** Planung, Lenkung und Kontrolle der Prozesse zur Erlangung der Informationssicherheit

### ISMS.1.A8 Integration der Mitarbeiter in den Sicherheitsprozess

**ANFORDERUNG:** Neben der Leitungsebene müssen natürlich auch die Beschäftigten am selben Strang ziehen und die Sicherheitsvorgaben, die oft als Einschränkung und Behinderung wahrgenommen werden, leben.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Entwickeln Sie die Sicherheitsprozesse gemeinsam mit Ihrem Team. Da die Leitungsebene sowieso nicht alle Prozesse persönlich durchführt, können die Beschäftigten die Erfahrungen mit einbringen. Unterschätzen Sie nicht die positive Auswirkung auf das gesamte Sicherheitsniveau, wenn das gesamte Team an der Ausgestaltung beteiligt ist.

## SCHICHT: ORGANISATION UND PERSONAL [ORP]

**INHALT:** Organisation, Personal, Sensibilisierung, Schulung, Berechtigungsmanagement, Compliance-Management

### ORP.2.A2 Geregelte Verfahrensweise beim Weggang von Mitarbeitern

**ANFORDERUNG:** Durch das Ausscheiden eines Beschäftigten sollen keine Wissens-, Prozess- oder Sicherheitslücken entstehen.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Ein Fortgang kommt nicht überraschend. Machen Sie eine Standard-Checkliste, die Sie einfach abarbeiten – so vergessen Sie nichts und es kommt kein Gefühl des Misstrauens der ausscheidenden Person gegenüber auf.

- Einweisung des Nachfolgers oder „Aufgabenerbens“ in die Tätigkeiten – vorzugsweise durch die ausscheidende Person. Eine Liste der Aufgaben (siehe „ORP.1.A1 Festlegung von Verantwortlichkeiten“) ist hierbei hilfreich.
- Entzug aller Schlüssel, Geräte, Unterlagen und Zutrittsberechtigungen.
- Müssen gemeinsam verwendete Kennworte (z. B. für Internet-Portale wie [www.ekvsh.de](http://www.ekvsh.de)) geändert werden?
- Einen Hinweis auf die Verschwiegenheitspflicht nach Beschäftigungsende unterschreiben lassen.
- Eventuell Labore, Partnerpraxen und Dienstleister über das Ausscheiden informieren.
- Ablaufpläne und die bereits erwähnte „Festlegung von Verantwortlichkeiten“ anpassen.

### ORP.1.A1 Festlegung von Verantwortlichkeiten und Regelungen

**ANFORDERUNG:** Relevante Aufgaben und Funktionen müssen klar definiert sein.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Wenn Sie nicht das Prinzip „alle machen alles“ verfolgen, sondern klare Aufgabenbereiche und Tätigkeitsverantwortungen haben, schreiben Sie sie auf. Bei Krankheit, Neueinstellung oder Ausscheiden ist dies eine wertvolle Hilfe.

Auch Hinweise zum „wie“ sind wichtig und in dieser Beschreibung sehr gut aufgehoben, z. B. ob ein Befund nur per Post oder auch per Fax, aber nicht per E-Mail versendet werden darf.

## ORP.1.A2 Zuweisung der Verantwortung

**ANFORDERUNG:** Festlegung und Information darüber, wer wofür verantwortlich ist.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Nutzen Sie die Beschreibung doch auch gleich um festzulegen, wer sich um was zu kümmern hat. Wer ist für die Sicherheit (= verlässliche Funktion) eines Programms, eines Geräts, eines Raums etc. verantwortlich? Ein „ich dachte Evi kümmert sich darum“ gibt es dann nicht mehr.

### Beispiel für eine Liste der Aufgaben

Aufgabe	Wer macht es?	Wer kümmert sich?	Wie/Wann	Beschreibung
Übertragung der Quartalsabrechnung	Gabi, Karin, Klaus	Gabi	Nur über <a href="https://ekvsh.kv-safenet.de">https://ekvsh.kv-safenet.de</a> Spätestens zum 10. des Quartalsanfangs	Siehe unser Praxishandbuch
Abrechnung mit Privatärztlicher Verrechnungsstelle	Karin	Karin	...	
Abruf Laborbefunde	...			
Backup des Servers	...			
...				



## SCHICHT: KONZEPTION UND VORGEHENSWEISE [CON]

Inhalt: Krypto-, Datenschutz-, Datensicherungs-, Softwareeinsatz-, Löschkonzept

### CON.4.A1 Sicherstellen der Integrität von Standardsoftware

**ANFORDERUNG:** Installierte Software muss vertrauensvoll sein.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Sollten Sie selbst Programme auf den PC installieren, achten Sie darauf, dass diese aus einer sicheren Quelle – vorzugsweise direkt vom Hersteller – kommen und frei von Computerviren sind. Ein Programm aus unseriöser Quelle kann manipuliert sein und großen Schaden anrichten.

Machen Sie auch eine Sicherheitskopie vom Installationsprogramm. So können Sie im Notfall (PC kaputt) genau dieselbe Version wieder installieren.

## SCHICHT: BETRIEB [OPS]

**INHALT:** Administration, Patchmanagement, Antivirus, Protokollierung, Telearbeit, Fernwartung

### OPS.1.2.5.A1 Planung des Einsatzes der Fernwartung

**ANFORDERUNG:** Fernwartung muss bedarfsgerecht geplant werden.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Legen Sie fest, wer auf welche Systeme mittels Fernwartung zugreifen darf. Fernwartung ist ein großartiges Werkzeug, birgt aber auch Gefahren, da fremde Menschen damit „vor ihrem PC sitzen“.

### OPS.1.2.5.A2 Sicherer Verbindungsaufbau bei der Fernwartung von Clients

**ANFORDERUNG:** Zugriff muss von Praxis eingeleitet werden.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Verfahren, bei denen fremde Personen ohne Ihr jeweiliges Zutun auf Ihre Systeme zugreifen können, sind kritisch zu betrachten. Besser und auch eigentlich Standard ist, dass Sie das Fernwartungsprogramm starten und dem „Fernwarter“ ein sich bei jedem Start änderndes Kennwort mitteilen, ohne dass er keinen Zugriff erhält. So sind und bleiben Sie Herr des Geschehens.

### OPS.1.2.5.A3 Absicherung der Schnittstellen zur Fernwartung

**ANFORDERUNG:** Fernwartung nur dort und dann, wenn es notwendig ist.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Sie haben ja unter OPS.1.2.5.A1 geplant, wer worauf zugreifen darf. Die Fernwartungssoftware ist folglich auch nur auf den zu steuernden PC zu installieren.

Das Fernwartungsprogramm ist nach erfolgreicher Sitzung wieder zu beenden. Andernfalls könnten sich die „Fernwarter“ evtl. erneut und unbemerkt anmelden.

Fordern Sie von Ihrem „Fernwarter“, dass er ein Produkt mit verschlüsselter Datenübertragung verwendet – das ist heute Stand der Technik und sollte selbstverständlich sein.

**SCHICHT: DETEKTION UND REAKTION [DER]****INHALT:** Sicherheitsvorfälle, Notfallmanagement**DER.2.1.A1 Definition eines Sicherheitsvorfalls****ANFORDERUNG:** Unterscheidung von Störung im Tagesbetrieb und Sicherheitsvorfall

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Wie schon im letzten Teil der Serie unter „DER.2.1.A4 Information betroffener Stellen bei Sicherheitsvorfällen“ aufgelistet, muss festgelegt sein, was im konkreten Fall ein Sicherheitsvorfall, und was noch eine „normale“ Störung ist.

Eine über Nacht offenstehende Praxistür? Eine über Nacht offenstehende Kühltür? Ein falsch versendeter Brief? Ein falsch versendetes Fax? Stromausfall für 3 Stunden? Telefonanruf für einen Tag? Feuer, Einbruch, Pandemie.

Eine Störung kann man eine Zeit lang aussitzen – ein Sicherheitsvorfall bedarf einer Behandlung.

**DER.2.1.A2 Erstellung einer Richtlinie zur Behandlung von Sicherheitsvorfällen****ANFORDERUNG:** Wissen, was bei einem Sicherheitsvorfall zu tun ist.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** Wenn Sie oben schon die Definition für Sicherheitsvorfälle aufgeschrieben haben, ergänzen Sie es doch um Verhaltensregeln und Handlungsanweisungen. Machen Sie dies mit den Beschäftigten zusammen – so ist jeder im Film und bringt seine Kompetenz ein.

**DER.2.1.A3 Festlegung von Verantwortlichkeiten und Ansprechpartnern bei Sicherheitsvorfällen****ANFORDERUNG:** Wissen, wer bei einem Sicherheitsvorfall was zu tun hat.

**LÖSUNGSVORSCHLAG:** In A2 haben Sie schon festgelegt, was zu tun ist. Ergänzen Sie dies einfach darum, wer es zu tun hat. Wenn es um Außenkommunikation geht (Stromanbieter, Telefonanbieter, Systemhaus, Polizei, Feuerwehr etc), sind Kontakt- und gegebenenfalls Vertragsdaten hilfreich.

Und legen Sie Kompetenzen fest, damit schnell Entscheidungen gefasst und Maßnahmen getroffen werden können.



© istock.com/maxkabakov

UDO KARLINS, KVSH

# Grippeschutzimpfung – Infomaterialien für die Praxis

*Angesichts der COVID-19-Pandemie ist es in dieser Grippesaison besonders wichtig, dass sich vor allem möglichst viele Risikopatienten impfen lassen, damit sich die saisonale Influenza und das Pandemiegeschehen nach Möglichkeit wenig überlagern. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ruft daher gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit zur Grippeschutzimpfung auf.*



**GUT GESCHÜTZT**

www.kbv.de

Die Impfung gegen **saisonale Influenza** schützt zwar nicht vor dem Coronavirus – aber sie verringert das Risiko, an zwei Infektionen gleichzeitig zu erkranken.

**Wir beraten Sie gerne. Ihre Arztpraxis.**

**KBV** KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Ärzte können ihre Patienten mit einem Plakat, einer Infokarte und einem Video für das Wartezimmer auf die Impfung hinweisen. Die Materialien stellt die KBV kostenlos zur Verfügung. Unter dem Motto „Gut geschützt – Jetzt gegen Grippe impfen lassen“ weist das Plakat explizit darauf hin, dass die Grippeimpfung zwar nicht vor dem Coronavirus schützt, sie aber das Risiko verringert, an zwei Infektionen gleichzeitig zu erkranken. Die Infokarte informiert darüber, wer sich impfen lassen sollte. Sie hebt außerdem hervor, dass der Arzt Ansprechpartner für die Impfung ist und Impfen zu den ärztlichen Aufgaben gehört. Weiterhin stellt die KBV ein Video zur Grippeimpfung zur Verfügung, das im Praxis-TV eingesetzt werden kann.

## Hohe Impfquote in der Risikogruppe wichtig

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine Influenzaimpfung vor allem für Menschen, die ein besonders hohes Risiko für schwere Verläufe einer Influenza oder von COVID-19 haben. Eine hohe Impfquote in der Risikogruppe ist laut STIKO so wichtig, da sie nicht nur individuellen Schutz vor Influenza und einer doppelten Infektion bietet. Vielmehr entlaste sie auch das Gesundheitssystem. Allerdings weist die Kommission darauf hin, dass dafür eine deutlich höhere Impfquote in der Risikogruppe nötig ist. Die bisherige Influenzaimpfbeteiligung sei unzureichend. Demnach haben sich in der Saison 2018/19 nur rund 35 Prozent der Menschen ab 60 Jahre und zwischen 20 und 50 Prozent der chronisch Kranken impfen lassen. Gefährlich ist die Grippe insbesondere für ältere Menschen, chronisch Kranke und immungeschwächte Personen. Zudem sollten sich Schwangere und all jene impfen lassen, die aus beruflichen Gründen viel Kontakt zu anderen Menschen haben, wie beispielsweise medizinisches Personal.

## Praxisinformation

Alle wesentlichen Informationen zur Grippeschutzimpfung hat die KBV zudem in einer Praxisinformation für Ärzte zusammengefasst. Sie finden diese und alle anderen Informationen auf der Themenseite der KVSH unter [www.kvsh.de/praxis/grippeschutzimpfung](http://www.kvsh.de/praxis/grippeschutzimpfung).

### Patienteninfos zur Grippeimpfung

- Plakat „Gut geschützt“ (Format DIN A3)  
Infokarte zur Grippeschutzimpfung  
Bestellung per E-Mail: [versand@kbv.de](mailto:versand@kbv.de)  
[www.kbv.de/html/publikationen.php](http://www.kbv.de/html/publikationen.php)
- Video zur Grippeschutzimpfung  
[www.kbv.de/html/47023.php](http://www.kbv.de/html/47023.php)

### Weitere Materialien zum Thema Impfen

- Impf-Flyer „Gib Viren und Bakterien keine Chance“ mit Impfkalendar  
Bestellung per E-Mail: [versand@kbv.de](mailto:versand@kbv.de)  
[www.kbv.de/media/sp/kbvFlyerImpfen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/kbvFlyerImpfen.pdf)
- Flyer als Infoblatt „Gib Viren und Bakterien keine Chance“ in sechs Sprachen  
**Download unter [www.kbv.de/html/4195.php](http://www.kbv.de/html/4195.php)**
- Arbeitsgemeinschaft Influenza am Robert Koch-Institut  
<https://influenza.rki.de/>

SERIE: VERSORGUNGSVERTRÄGE

# Ambulantes Operieren

*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 dem ambulanten Operieren.*



## AOP-Leistungen nach EBM Kapitel 31 und EBM Anhang 2

Seit 2014 hat die KVSH keine eigenen Verträge mehr zum ambulanten Operieren. Die jetzt von Vertragsärzten in Schleswig-Holstein erbrachten AOP-Leistungen sind in erster Linie im EBM-Kapitel 31 und Anhang 2 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt.

### Genehmigung

Für die Leistungen nach Abschnitt 31.2 – Operative Leistungen – müssen die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt werden und der Vertragsarzt muss eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren bei der KVSH beantragen.

Gleiches gilt für einige Leistungen nach Abschnitt 31.6 – orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen (siehe Tabelle umseitig).

Das Antragsformular finden Sie auf unserer Website unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) ▶ [praxis](#) ▶ [qualitaet-und-fortbildung](#) ▶ [genehmigungspflichtige-leistungen](#)

### Vergütung

Alle Leistungen des EBM Kapitel 31 (beim Abschnitt 31.2 in Verbindung mit dem EBM Anhang 2), werden in Schleswig-Holstein extrabudgetär, das heißt außerhalb des Punktzahlvolumens, voll bezahlt.

### Leistungen

Im Anhang 2 zum EBM werden alle AOP-Leistungen des Abschnitts 31.2 nach Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) sortiert aufgelistet – inklusive Angabe der entsprechenden Gebührenordnungspositionen (GOP) für die ambulante Operation, Anästhesie sowie die post-operative Überwachung und Behandlung. Das EBM Kapitel 31 ist in mehrere Abschnitte unterteilt.

### EBM Kapitel 31 – Übersicht

EBM-Abschnitt	Wer darf die Leistung erbringen und abrechnen?	Genehmigung erforderlich?
<b>31.1 Präoperative Leistungen</b> (31010 bis 31013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärzte für Allgemeinmedizin</li> <li>▪ Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin</li> <li>▪ Praktische Ärzte</li> <li>▪ Fachärzte ohne Gebietsbezeichnung</li> <li>▪ Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung (hausärztliche Versorgung)</li> <li>▪ Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin</li> </ul>	Nein
<b>31.2 Ambulante Operationen</b> (31096 bis 31373)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärzte, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören und gemäß EBM dazu berechtigt sind.</li> </ul>	Ja
<b>31.3 Postoperative Überwachungskomplexe</b> (31501 bis 31507)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operateur nach 31.2 oder</li> <li>▪ Anästhesist</li> </ul>	Nein
<b>31.4 Postoperative Behandlungskomplexe</b> vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag (31600 bis 31738)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operateur nach 31.2 oder</li> <li>▪ der weiterbehandelnde Vertragsarzt auf Überweisung des Operateurs nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes 31.2</li> <li>▪ Für Hausärzte ist ausschließlich die GOP 31600 berechnungsfähig.</li> </ul>	Nein
<b>31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative GOP</b> (31900 bis 31946)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fachärzte für Allgemeinchirurgie</li> <li>▪ Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin</li> <li>▪ Fachärzte für Kinderchirurgie</li> <li>▪ Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie</li> </ul>	Ja, für 31910, 31912, 31914, 31920 mit OPS
<b>Wichtig bei der Abrechnung</b>	Angabe von: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallkennung 88115</li> <li>▪ OP-Datum</li> <li>▪ EBM-GOP</li> <li>▪ OPS aus Anhang 2</li> <li>▪ Diagnose-Kodierung (ICD-10-GM)</li> </ul>	

Ebenfalls im EBM Kapitel 31 geregelt sind die Anästhesien zu den ambulanten Operationen:

EBM-Abschnitt	Wer darf die Leistung erbringen und abrechnen?	Genehmigung erforderlich?
<b>31.5 Anästhesien</b> (31800 bis 31841)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abschnitt 31.5.2: Operateur, der die GOP des Abschnittes 31.2 abrechnet</li> <li>▪ Die Leistung GOP 31800 kann auch von Ärzten berechnet werden, die Leistungen entsprechend der GOP 31910, 31912 und 31920 erbringen.</li> <li>▪ Abschnitt 31.5.3: nur von Fachärzten für Anästhesie</li> </ul>	Nein
<b>Wichtig bei der Abrechnung</b>	Angabe von: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallkennung 88115</li> <li>▪ OP-Datum</li> <li>▪ EBM-GOP der Anästhesie</li> <li>▪ EBM-GOP des operativen Eingriffs (im Feld 5036)</li> <li>▪ OPS aus Anhang 2</li> <li>▪ Diagnose-Kodierung (ICD-10-GM)</li> </ul>	

#### Vergütung

Alle Leistungen des EBM Kapitels 31 werden extrabudgetär vergütet.



### Sachkosten beim ambulanten Operieren

Welche Kosten in den EBM-Gebührenordnungspositionen zum ambulanten Operieren enthalten sind und welche nicht, wird im Kapitel 7 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ausgeführt:

#### 7.1 In den Gebührenordnungspositionen sind – soweit nichts anderes bestimmt ist – enthalten:

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| ▪ Allgemeine Praxiskosten  | ▪ Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind. |
| ▪ Kosten für Einmalartikel | ▪ Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboruntersuchungen                    |
| ▪ Kosten für Filmmaterial  | ▪ Versand- und Transportkosten   |

#### 7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten:

- Kosten für Versandmaterial für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes
- Kosten für externe Übertragungsgeräte (Transmitter) im Zusammenhang mit einer telemedizinischen Leistungserbringung, sofern in den Präambeln und GOP des EBM nichts anderes bestimmt ist.

#### 7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten (soweit nichts anderes bestimmt):

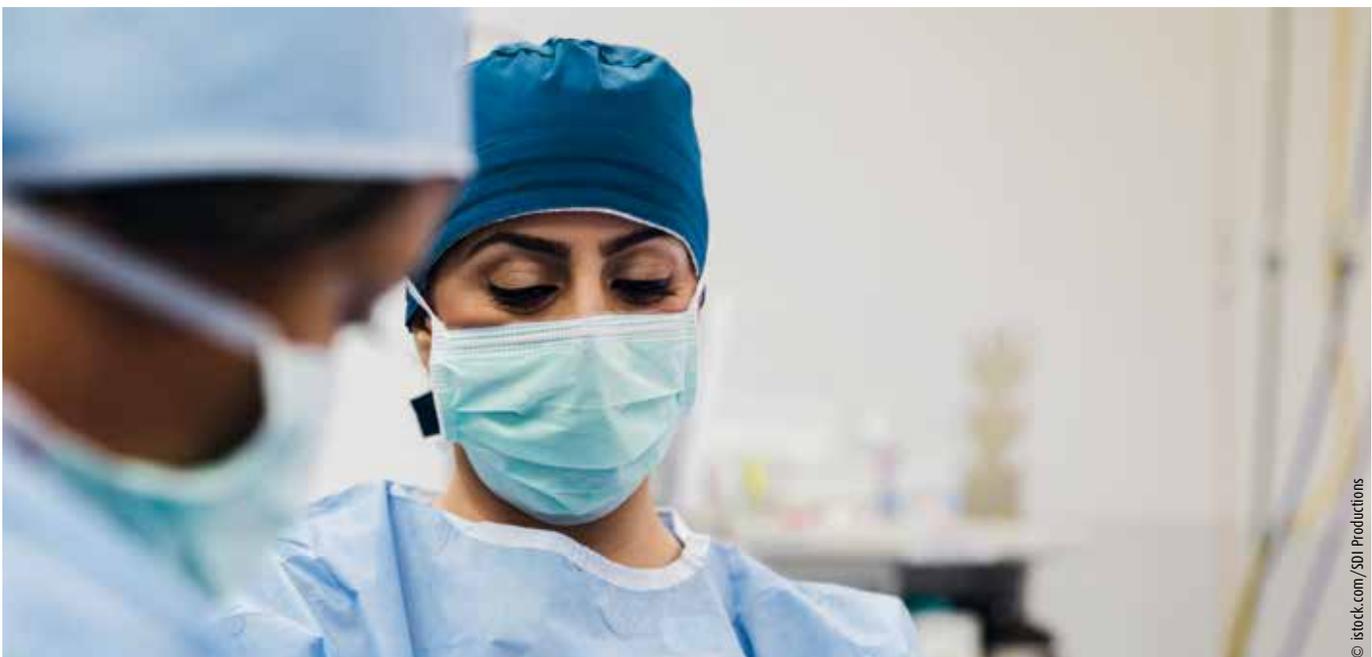
- Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält.
- Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln

#### 7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten:

Die Berechnung und Abgeltung der Kosten nach 7.3 erfolgt in Schleswig-Holstein (sofern nicht über die Sprechstundenbedarfsvereinbarung verordnungs- bzw. erstattungsfähig) direkt zwischen behandelndem Arzt und Krankenkasse des Patienten:

- Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit
- Einreichung der rechnungsbegründenden Unterlagen (z. B. Originalrechnungen) bei der Krankenkasse
- Die einzureichenden Unterlagen müssen mindestens folgende Informationen beinhalten:
  - Name des Herstellers
  - Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer
  - Versichertennummer des Patienten
- Über die Notwendigkeit weiterer für die Prüfung der Abrechnung erforderlicher Angaben (z. B. die GOP der erbrachten Leistungen, den ICD, den OPS und das Datum der Leistungserbringung) entscheidet die Krankenkasse.
- Der Vertragsarzt stellt die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung (gewährte Nachlässe und Rückvergütungen sind weiterzugeben).

**Tipp:** Klären Sie die Kostenübernahme vor der Operation mit der Krankenkasse.



© istock.com/SDI Productions

## SERIE: VERSORGUNGSVERTRÄGE

### Leistungen nach Paragraph 115b SGB V (AOP-Katalog)

Der „Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen“ nach Paragraph 115b, Absatz 1, Nr. 1 SGB V ist eigentlich für Krankenhäuser gedacht, die ambulant Operieren. Deshalb finden sich auch nicht alle Leistungen des EBM-Anhang 2 in dem

Katalog, dafür aber zusätzlich eine Auswahl weiterer OPS sowie EBM-Leistungen anderer EBM-Kapitel. Für Vertragsärzte hat dieser AOP-Katalog bei der Genehmigung und Vergütung der Leistungen aus Abschnitt 2 und 3 Auswirkungen.

#### Der AOP-Katalog ist in drei Abschnitte aufgeteilt:

Abschnitt	Leistungen	Genehmigung	Vergütung	Wichtig bei der Abrechnung
1	Enthält Leistungen aus dem Anhang 2 EBM (Kapitel 31)	Ja – siehe AOP-Leistungen nach EBM-Kapitel 31	Siehe AOP-Leistungen nach EBM-Kapitel 31 → extrabudgetär	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fallkennung 88115</li> <li>■ OP-Datum</li> <li>■ GOP</li> <li>■ OPS</li> <li>■ ICD</li> </ul>
2	Enthält Leistungen des EBM außerhalb des Anhang 2 EBM	Ja – siehe unten	Mit Genehmigung: → extrabudgetär	
3	Enthält Leistungen ohne OPS-Zuordnung	Ja – siehe unten	→ extrabudgetär	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fallkennung 88115</li> <li>■ OP Datum</li> <li>■ GOP</li> <li>■ ICD</li> </ul>

Den jeweils gültigen AOP-Katalog finden Sie auf unserer Website ▶ [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de)

#### Genehmigung

Für die Leistungen aus dem Abschnitt 1 des AOP-Katalogs gelten die zuvor für das EBM-Kapitel 31 beschriebenen Genehmigungsvorbehalte (Genehmigung für das ambulante Operieren).

Einige Leistungen aus Abschnitt 2 dürfen schon aufgrund von EBM-Regelungen nur mit einer Genehmigung der KVSH durchgeführt und abgerechnet werden: Genehmigungspflichtige Leistungen, zum Beispiel die Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL). Gleichzeitig ist eine Erklärung des Arztes erforderlich, dass die Leistung unter den Voraussetzungen des ambulanten Operierens nach Paragraph 115b SGB V und der Qualitätssicherungsvereinbarung nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erbracht wird. Nur dann wird die Leistung auch extrabudgetär vergütet.

Für die Leistungen aus Abschnitt 3 ist keine Genehmigung für das ambulante Operieren durch die KVSH erforderlich. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass für die Leistungen der künstlichen Befruchtung eine Genehmigung der Ärztekammer Schleswig-Holstein nach Paragraph 121a SGB V erteilt sein muss.

#### Vergütung

Die Leistungen aus Abschnitt 1 (die ja auch im EBM Kapitel 31 und Anhang 2 zum EBM aufgeführt sind) und auch die Leistungen aus Abschnitt 3 werden extrabudgetär vergütet.

Im Abschnitt 2 des Katalogs finden sich OPS außerhalb des Anhang 2 zu Kapitel 31 sowie Leistungen aus weiteren EBM-Kapiteln, die bei entsprechender Genehmigung extrabudgetär vergütet werden, z. B. Herzkatheteruntersuchungen, Urethro (-zysto)skopien, Koloskopien, kleinchirurgische Eingriffe und die Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL).

### Nebenleistungen zu Leistungen nach Paragraph 115b SGB V (AOP-Katalog)

Zu allen Leistungen, die im AOP-Katalog aufgeführt sind, können schleswig-holsteinische Vertragsärzte prä-, intra- und postoperative Leistungen, wie beispielsweise die Grund-/Versichertenpauschale oder auch Sonografien und Röntgenaufnahmen extrabudgetär abrechnen.

Hauptleistung	Nebenleistung	Wer kann abrechnen?	Wichtige Angaben
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ aus AOP-Katalog §115b SGB V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ EBM-GOP aus Katalog der Nebenleistungen</li> <li>■ binnen 21 Tage vor/nach OP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Operateur</li> <li>■ Anästhesist, der die OP begleitet</li> <li>■ Hausarzt (prä-/postoperativ, auf Überweisung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fallkennung 88115</li> <li>■ Kennung 88115A/B/C (für prä/intra/postoperativ)</li> <li>■ OP-Datum</li> <li>■ OPS (nicht bei Abschnitt 3)</li> <li>■ ICD</li> </ul>

Den Katalog der Nebenleistungen sowie die detaillierten Voraussetzungen zur Abrechnung finden Sie auf unserer Website.

# Formulare richtig ausfüllen

## Muster 4: Verordnung einer Krankbeförderung

Voraussetzung für die Verordnung einer Krankbeförderung ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels ist die medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung sind deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Fahrten ohne zwingenden medizinischen Grund, z. B. zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden oder Abholen von Verordnungen, dürfen nicht verordnet werden. Nicht verordnungsfähig sind zudem Fahrten zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI, z. B. Fahrten von der Wohnung des Patienten zum Pflegeheim. Grundsätzlich ist die Verordnung vor der Beförderung auszustellen.

Grundlage der Verordnung einer Krankbeförderung ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL).

Die Verordnung ist dem Versicherten auszuhändigen, der diese bei genehmigungsfreien Fahrten direkt an den Transporteur weiterreichen kann. Bei genehmigungspflichtigen Fahrten ist die Verordnung vom Versicherten vor Fahrtantritt an die Krankenkasse zu senden, damit diese eine datenschutzkonforme Genehmigung veranlassen kann.

Änderungen und Ergänzungen der Verordnung bedürfen einer erneuten Unterschrift des Vertragsarztes mit Stempel und Datumsangabe.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

### 1 Zuzahlungsfrei bzw. Zuzahlungspflicht

Hier ist anzugeben, ob der Versicherte Zuzahlungen zu leisten hat. Grundsätzlich ist die Krankbeförderung zuzahlungspflichtig und damit das Feld „Zuzahlungspflicht“ anzukreuzen.

### Das Feld „Zuzahlungsfrei“ ist nur anzukreuzen

- bei Verordnungen zulasten eines Unfallversicherungsträgers (siehe 2),
- bei Verordnungen für Versicherte aufgrund eines Versorgungsleidens (siehe 2) sowie
- in den Fällen, in denen eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vom Versicherten nachgewiesen wird.

1	2	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
3	4	Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am		
		Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
		Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### Verordnung einer Krankbeförderung 4

2 Unfall, Unfallfolge

2 Arbeitsunfall, Berufskrankheit

2 Versorgungsleiden (z.B. BVG)

3 Hinfahrt    3 Rückfahrt

#### 1. Grund der Beförderung

**Genehmigungsfreie Fahrten**

a) 4 voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung      4 vor-/nachstationäre Behandlung

b) 5 ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 nur Taxi/Mietwagen (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

c) 5 anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: 6

**Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)**

d) 7 hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie      7 vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)

e) 8 dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)

f) 9 anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

#### 10 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am  /  x pro Woche, bis voraussichtlich

Behandlungsstätte (Name, Ort):

#### 3. Art und Ausstattung der Beförderung

11 Taxi/Mietwagen	13 Rollstuhl
12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen	13 Tragestuhl
12	13 liegend
14 RTW    15 NAW/NEF    15 andere <input style="width: 50%;" type="text"/>	

#### 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

17

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

## 2 Unfall, Unfallfolge, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Versorgungsleiden (z. B. BVG)

Liegt ein Unfall, ein Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder ein Versorgungsleiden vor, ist dies zu kennzeichnen.

Bei einem Arbeitsunfall (auch Schulunfall) oder einer anerkannten Berufskrankheit ist die Verordnung zulasten eines Unfallversicherungsträgers auszustellen. Dafür ist im Personalienfeld der zuständige Unfallversicherungsträger zu benennen.

Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten bzw. angeregten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden sind und vom Versorgungsamt anerkannt wurden. Hierunter sind z. B. folgende Ansprüche zu subsumieren:

- Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden),
- Opferentschädigungsgesetz (z. B. Opfer von Gewalttaten),

- Infektionsschutzgesetz (z. B. Impfschäden, anderweitige Gesundheitsschäden durch Prophylaxe),
- Soldatenversorgungsgesetz.

## 3 Hinfahrt, Rückfahrt

Im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit verordnungsfähig.

Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes prüft der Vertragsarzt die medizinische Notwendigkeit jeweils für die Hinfahrt und für die Rückfahrt. Ist beispielsweise nur die Rückfahrt nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich, so ist nur diese verordnungsfähig. Bei Bedarf soll die für den Transporteur gegebenenfalls anfallende Wartezeit durch den Vertragsarzt unter 17 bestätigt werden.

## 1. Grund der Beförderung

### Genehmigungsfreie Fahrten

#### a) 4 voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung, vor-/nachstationäre Behandlung

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankentransportbeförderung zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung oder zur vor- oder nachstationären Behandlung ist ohne vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse zulässig. Bei vorstationären Behandlungen soll der voraussichtliche Beginn der stationären Behandlung unter 17 angegeben werden. Die Beförderung zur vor- oder nachstationären Behandlung darf dabei für nicht mehr als drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn bzw. grundsätzlich für nicht mehr als sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Behandlung stattfinden. Im Falle einer Organtransplantation darf die Beförderung zur nachstationären Behandlung bis zu drei Monate nach Beendigung der stationären Behandlung durchgeführt werden.

#### b) 5 ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 (nur Taxi, Mietwagen; Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankentransportbeförderung zur ambulanten Behandlung ist für Patienten möglich, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 bei der Verordnung vorlegen. Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31. Dezember 2016 nicht mindestens in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, muss zusätzlich wegen dauerhafter (mindestens über 6 Monate) körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung ihrer Mobilität ein Unterstützungsbedarf bei der Beförderung bestehen, sodass sie nicht eigenständig (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln) zur ambulanten Behandlung fahren können. Dies ist im Einzelfall zu bewerten. Dabei kann sich der Vertragsarzt auf bereits vorliegende Feststellungen bezüglich der Mobilität des Versicherten stützen (z. B. Merkzeichen „G“ – erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr – im Schwerbe-

hindertenausweis). Bei Patienten mit einem Pflegegrad 3, die bis zum 31. Dezember 2016 in die Pflegestufe 2 eingestuft waren, ist von einer entsprechenden dauerhaften Mobilitätsbeeinträchtigung auszugehen.

Verordnungsfähig sind Fahrten, die im Taxi oder Mietwagen durchgeführt werden müssen. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung, z. B. mit Trage, mit Tragestuhl oder zur Beförderung von nicht gehfähigen Patienten im eigenen Rollstuhl. Hierfür sind die Ankreuzfelder 11 und ggf. 13 zu nutzen. Ist die Fahrt im Krankentransportwagen erforderlich, ist diese unter 9 zu verordnen.

#### c) 6 anderer Grund, z. B. Fahrten zu Hospizen

Die Verordnung einer medizinisch notwendigen Krankentransportbeförderung aus „anderen Gründen“ ist zulässig

- für Fahrten zu anderen stationären Einrichtungen (Hospizen – § 39a SGB V – und Kurzzeitpflegeeinrichtungen – § 39c SGB V – als Leistung der Krankenkasse),
- für Fahrten zu einer stationärsersetzenden ambulanten Operation gemäß Paragraf 115b SGB V im Krankenhaus oder zu einer ambulanten Operation in der Vertragsarztpraxis sowie bei in diesem Zusammenhang erfolgter Vor- oder Nachbehandlung und bei einer aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlichen Verlegungsfahrt in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung (Ausnahmefall) und
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus (auch ohne eine anschließende stationäre Behandlung).

Der Anlass ist in der Freitextzeile 6 zu erfassen.

Bei ambulanten Operationen ist Voraussetzung, dass dadurch eine aus medizinischen Gründen gebotene voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird oder diese nicht ausführbar ist. Hierbei ist die Krankenhausbehandlung nicht schon dann „an sich geboten“, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig wäre, falls die geplante ambulante Operation unterbleibt. Vielmehr muss eine aus medizinischer Sicht notwendige stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant vorgenommen werden, z. B.

weil der Patient sich bewusst gegen die voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung entscheidet und die Operation deshalb ambulant vorgenommen wird. Eine Begründung für die stationersetzende Durchführung ist unter 17 anzugeben.

Bei erforderlichen Vor- oder Nachbehandlungen gelten die gesetzlichen Fristen analog zu vor- und nachstationären Behandlungen unter 4. Zugleich ist der Operationstag unter 17 zu erfassen. Bei nicht stationersetzenden ambulanten Operationen ist eine Krankenbeförderung nicht verordnungsfähig, so z. B. bei nicht stationersetzenden Katarakt-Operationen.

### Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen

**d) 7 hochfrequente Behandlung** Dialyse, onkologische Chemo- oder Strahlentherapie  
In Ausnahmefällen kann eine Krankenfahrt zur ambulanten Behandlung verordnet werden, wenn diese zwingend medizinisch notwendig ist.

Von einem Ausnahmefall ist auszugehen, wenn Patienten einer Dialysebehandlung, einer onkologischen Strahlentherapie, einer parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer parenteralen onkologischen Chemotherapie (gemäß Anlage 2 der KT-RL) in hoher Behandlungsfrequenz bedürfen.

#### 7 vergleichbarer Ausnahmefall

Ein vergleichbarer Ausnahmefall ist anzunehmen, wenn Patienten mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt werden, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist und die Patienten durch die Behandlung oder dem zu dieser Behandlung führenden Krankheitsverlauf so beeinträchtigt sind, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Die Vergleichbarkeit ist unter 17 zu begründen, ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10.

**e) 8 dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate** (Begründung unter 4. erforderlich)

Bei vergleichbarer Beeinträchtigung der Mobilität nach den im Feld 5 genannten Kriterien (Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5) kommt eine Verordnung nur in Betracht, wenn der Patient einer ambulanten Behandlung mindestens 6 Monate bedarf. Die Vergleichbarkeit der Mobilitätsbeeinträchtigung ist ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10 unter 17 zu begründen.

**f) 9 anderer Grund für Fahrt mit KTW** z. B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. angeben)

Andere Gründe als die vorgenannten können die Verordnung einer Krankenbeförderung mit einem Krankentransportwagen (KTW) erforderlich machen, wenn Patienten während der Fahrt einer medizinisch-fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines KTW bedürfen oder zu erwarten ist, dass dies erforderlich wird (z. B. weil während der Fahrt wegen Dekubitus ohne Pflegegrad ein fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich ist) oder wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patienten vermieden wird.

Das Ankreuzfeld ist auch zu nutzen, sofern für Versicherte mit einem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ oder Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 eine Fahrt im KTW erforderlich ist.

Angaben, weshalb eine fachliche Betreuung oder besondere Einrichtung benötigt wird, sind unter 12 zu machen.

Darüber hinaus sind über dieses Feld genehmigungspflichtige Verlegungsfahrten (Ausnahmefall), z. B. eine Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, zu verordnen. Das medizinisch erforderliche Beförderungsmittel ist für Verlegungsfahrten unter 11 bis 15 anzugeben. Weiterhin ist unter 17 der Grund „Verlegung“ zu erfassen.

## 2. Behandlungstag/-frequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

**10** Hier sind Angaben zum (voraussichtlichen) Behandlungstag bzw. zur Behandlungsfrequenz zu machen und die Behandlungsstätte (z. B. Name des Krankenhauses/Vertragsarztes oder Fachrichtung des Vertragsarztes) anzugeben.

Ist der Behandlungstag bei genehmigungsfreien Fahrten nicht bekannt, kann im Einzelfall auf die Angabe des Behandlungstages verzichtet werden, z. B. wenn beim Hausbesuch die Notwendigkeit eines Facharztbesuches festgestellt wird oder eine Terminvergabe über die Terminservicestelle erfolgt. In diesen Fällen ist eine Begründung unter 17 anzugeben.

Bei der Angabe der Behandlungsstätte ist zu beachten, dass Krankenkassen Fahrkosten in der Regel bis zur nächst erreichbaren, geeigneten Behandlungsmöglichkeit (z. B. Vertragsarztpraxis) übernehmen. Wird eine andere Behandlungsmöglichkeit gewählt, hat der Versicherte die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

## 3. Art und Ausstattung der Beförderung

### 11 Taxi/Mietwagen

Ein Taxi/Mietwagen ist verordnungsfähig, wenn der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen kein öffentliches Verkehrsmittel oder privates Kraftfahrzeug benutzen kann. Zu den Mietwagen gehören auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung. Soll ein Patient mit Rollstuhl, im Tragestuhl oder liegend befördert werden, so sind diese Anforderungen an das Taxi/den Mietwagen zusätzlich unter 13 zu kennzeichnen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung der Patienten findet nicht statt.

### 12 KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

Die Verordnung einer Krankbeförderung mittels KTW ist nur zulässig, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung und/oder die besondere Einrichtung des KTW aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und eine Beförderung durch ein weniger aufwendiges Beförderungsmittel nicht möglich ist. Dabei ist zu beachten, dass nicht die Diagnose oder die Behandlung an sich die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ des KTW begründet, sondern Art und Ausmaß der Funktionsstörung. Diese ist daher hier (ggf. unter Angabe des maßgeblichen ICD-10) anzugeben (z. B. Blutungsgefahr) bzw. muss sich aus der Begründung ableiten lassen. Bei der Verordnung eines KTW können zusätzlich die Felder unter 13 Rollstuhl, Tragestuhl oder liegend angekreuzt werden.

### 13 Rollstuhl, Tragestuhl, liegend

Das Feld „Rollstuhl“ ist anzukreuzen, wenn ein nicht gehfähiger Patient im eigenen Rollstuhl oder im Krankenfahrsessel befördert werden muss (Fahrzeug mit rollstuhlgerechter Ausstattung).

Das Feld „Tragestuhl“ ist anzukreuzen, falls es sich um einen nicht gehfähigen Patienten handelt, der sitzend befördert werden kann. Aufgrund fehlender Barrierefreiheit ist eine Trageleistung von zwei Personen erforderlich (Fahrzeugausstattung: Tragestuhl).

Das Feld „liegend“ ist anzukreuzen, falls ein Patient ausschließlich liegend transportiert werden kann (Fahrzeugausstattung: Trage).

### 14 RTW

Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während der Beförderung neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

### 15 NAW/NEF

Notarztwagen (NAW) bzw. Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während der Beförderung lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die eine notärztliche Versorgung erforderlich ist.

In Notfällen kann die Beförderung nachträglich verordnet werden.

### 16 andere

Ist die Verordnung anderer Beförderungsmittel, wie z. B. eines Rettungshubschraubers (RTH) notwendig, ist dies hier zu vermerken. Die Verordnung eines RTH ist möglich, wenn eine schnellere Beförderung mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreicht.

## 4. Begründung/Sonstiges

### 17 Freitextfeld zur Begründung der Vergleichbarkeit nach 7 und 8.

Dieses Freitextfeld ist darüber hinaus für sonstige relevante Angaben zu nutzen, z. B.:

- Datumsangabe des (geplanten) Beginns der stationären Behandlung bei der Verordnung von Fahrten zu vorstationären Behandlungen,
- Angabe von weiteren geplanten Behandlungsterminen,
- Angabe einer Behandlungsfrequenz, die unter 10 nicht erfasst werden kann (z. B. 5 x alle 2 Wochen vom TTMMJJ bis TTMMJJ),
- Begründung, wenn ein Behandlungstag unter 10 nicht bekannt ist,
- Behandlung, welche über Terminservicestelle vermittelt wurde,
- Dauer der Wartezeit des Transporteurs bei Hin- und Rückfahrt in zeitlichem Zusammenhang,
- Möglichkeit der Nutzung von Gemeinschaftsfahrten, ggf. unter Angabe der Anzahl der Mitfahrer,
- Ortsangabe, wenn die Fahrt nicht von/zur Wohnung des Patienten stattfindet,

- Gewicht bei schwergewichtigen Patienten,
- Datumsangabe der (geplanten) Operation bei der Verordnung von Fahrten zu Vor- und Nachbehandlungen bei ambulanten Operationen,
- Begründung der stationärsersetzenden ambulanten Operation (medizinische und/oder patientenindividuelle Gründe),
- Angabe, dass keine Genehmigungsmöglichkeit bestand mit Uhrzeit (bei nicht planbaren Fahrten zu einer ambulanten Behandlung),
- Angabe, dass eine Begleitperson medizinisch erforderlich ist,
- Angabe „Verlegung“, sofern es sich hierbei nicht um eine aus zwingenden medizinischen Gründen erforderliche Verlegungsfahrt handelt,
- Hinweis, dass die Beförderung eines intensivbeatmungspflichtigen Patienten stattfindet,
- Angabe, dass der Patient einen Rollator besitzt oder
- Angabe, dass der Patient keine Stufen steigen kann.

### RÜCKSEITE

Die auf der Rückseite der Verordnung einer Krankbeförderung vorgesehenen Angaben sind durch den Transporteur und den Patienten auszufüllen.

# Ausnahmen im Praxisalltag ermöglichen

*Der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung im schleswig-holsteinischen Landtag freut sich über die Gelegenheit, sich auf diesem Wege an die Ärzteschaft wenden zu können.*



Dass viele Ärzte das Bedürfnis haben, zum Schutz der Mitarbeiter, anderer Patienten und der eigenen Person eine Maskenpflicht in ihrer Praxis einzuführen, ist verständlich. Menschen, die aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung keine Maske tragen können, dadurch von der ärztlichen Behandlung auszuschließen, sieht der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holsteins hingegen als unvereinbar mit der ärztlichen Profession an und sagt dazu „Wenn Menschen aus gesundheitlichen Gründen keine Maske tragen können, kann ich mich als Arzt durch geeignete Maßnahmen schützen.“

Eine dieser Maßnahmen ist das Tragen von FFP-Masken durch den Arzt und das Praxispersonal, wie es im „Beschluss 609“ zum Arbeitsschutz beim Auftreten einer nicht ausreichend impfpräventablen humanen Influenza empfohlen wird. Es ist auch denkbar, bestimmte Zeitkorridore für Menschen, die keine Maske tragen können, vorzusehen, in denen der Selbstschutz der Beschäftigten sowie die Schutzmaßnahmen im Wartezimmer intensiviert werden. Klare Handlungsleitlinien für das Praxispersonal helfen, Missverständnisse und unangenehme Situationen zwischen Personal und Patienten zu vermeiden. Auch für den Umgang mit Personen, die Dolmetscher oder Assistenzen benötigen oder Hörgeschädigten, die auf die Erkennbarkeit der Lippenbewegungen des Gegenübers angewiesen sind, kann im Rahmen von Gesprächen mit dem Praxispersonal eine für alle Beteiligten vertretbare Lösung gefunden werden. Außerdem empfinden es Betroffene als sehr hilfreich, wenn bei Aushängen zur Maskenpflicht ein Hinweis enthalten ist, dass diese nicht für Menschen gilt, die aus körperlichen oder psychischen Gründen keine Maske tragen können.

Fast täglich erhält der Landesbeauftragte Nachrichten von verzweifelten Menschen, denen der Zugang zu Arztpraxen verweigert wird, da sie keine Maske tragen können. Auch blinde, gehörlose und körperlich eingeschränkte Menschen berichten von Schwierigkeiten, da aufgrund von Beschränkungen der Personenzahl in Warte- und Behandlungszimmern Dolmetschern und Assistenzen der Zugang verwehrt wird.

Erkrankungen, die das Tragen einer Maske unmöglich machen, sind vielfältig und teilweise auf den ersten Blick nicht erkennbar. Etliche Hilfesuchende leiden an einer posttraumatischen Belastungsstörung, andere berichten von Atemnot und Lungenleiden oder Übersensibilität der Nerven im Gesichtsbereich. So unterschiedlich die Gründe sind, so ähnlich sind die Schwierigkeiten im Alltag für Betroffene: Es wird von Anfeindungen, Ausschlüssen in vielen Lebensbereichen und daraus folgendem Rückzug berichtet. Aus dieser Situation heraus wird es von den Hilfesuchenden als besonders belastend empfunden, wenn sie von der oft dringend benötigten medizinischen Behandlung ausgeschlossen werden. Um allen Menschen den angstfreien Zugang zur ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, wurde eine Maskenpflicht in Arztpraxen explizit nicht in die Landesverordnung zur Bekämpfung des Coronavirus aufgenommen.

Der Landesbeauftragte ist der Überzeugung, dass die Ärzteschaft in Schleswig-Holstein auch und gerade in diesen schwierigen Zeiten nach bestem Wissen und Gewissen für ihre Patientinnen und Patienten handelt. Er hofft, mit diesem Artikel einen Beitrag geleistet zu haben, um auf die besondere Situation des betroffenen Personenkreises aufmerksam zu machen.

ULRICH HASE, LANDESBEAUFTRAGTER FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG, SCHLESWIG-HOLSTEIN



„Dass E-Mental-Health funktioniert, bestätigen inzwischen auch die Psychotherapeuten“, so der Experte. Datentechnologie helfe beispielsweise auch bei der Vorhersage von Erkrankungen. So ist es gelungen, aus der Analyse von Daten, die aus der elektronischen Patientenakte stammen, mithilfe künstlicher Intelligenz mit einer hohen Treffsicherheit ein dialysepflichtiges Nierenversagen vorherzusagen. Und ein weiteres Beispiel führte Stachwitz an: Wissenschaftler aus München konnten anhand einer computerbasierten Analyse von 24-Stunden-EKG vorher-sagen, ob die Versorgung mit einem implantierten Defibrillator (ICD) Nutzen verspricht. „Wo dieser ICD keinen positiven Effekt verspricht, können Patienten sich so die mit der Implantierung verbundenen Risiken ersparen“, so Stachwitz. Darüber hinaus ermöglicht die Digitalisierung die sehr viel engere Vernetzung der verschiedenen Akteure im Gesundheitsaustausch. Wissen teilen, über die Sektorengrenzen hinweg, verbessert am Ende auch die Versorgung. „Technologie dringt damit in den Kern dessen vor, was wir als Ärzte tun“, konstatierte der Mediziner. Aber nicht nur Prozesse werden durch die Digitalisierung beschleunigt und optimiert. „Die Eigenverantwortung des Patienten steigt und verändert das Rollenverhältnis zwischen Arzt und Patient“, so Stachwitz. „Wissen, Erfahrung und Können des Arztberufes wird stärker herausgefordert und Ethik und Empathie nehmen in ihrer Bedeutung zu, um die Medizin als Humanwissenschaft zu stärken“, ist Stachwitz sich sicher. „Wir alle werden neu lernen müssen“.

Unverzichtbar ist das Mobiltelefon inzwischen als Zugang zum Buch oder zur Pizza oder für ein Ticket – das sind die herausragenden Anwendungen. Doch bereits in Großbritannien und auch in Frankreich gewinnt es für den Zugang zur Arztpraxis an Bedeutung. Auch in Deutschland gibt es längst entsprechende Apps. So wirbt die Terminvermittlungs-App „kry“ inzwischen mit dem Slogan: „Zum Arzt gehen, ohne zum Arzt zu gehen“. Eine komplette Sprechstunde lässt sich über die App abwickeln – bis hin zur Rechnungsstellung oder zur Abrechnung mit der KV. Möglich wurde all das durch die Änderung des Berufsrechts. Der Gesetzgeber habe den KVen im Paragraphen 68c des SGBV eine Gleichwertigkeit bei der Anwendung von digitalen Diensten mit den Krankenkassen eingeräumt. „Nur: Die Reise des Patienten auf dem Weg zum Zugang in die Praxis darf nicht bei einem analogen Telefonat enden“, so Stachwitz. Ob und in welcher Form sich der Arzt am Ende als Franchisenehmer der KV oder eine solche Rolle als Möglichkeit zur Gestaltung empfindet, hänge auch von seiner Haltung und seiner Bereitschaft ab, sich dieser Entwicklung zu stellen, so Stachwitz abschließend.

### Plattformökonomie als Treiber der Digitalisierung

Auf die wirtschaftliche Dimension der Digitalisierung und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitssektor ging Jörg Ihlau, ausgebildeter Volkswirt und Geschäftsführer einer der größten Kommunikationsagenturen Deutschlands, ein. Die Plattformökonomie, in der Wirtschaft bereits seit vielen Jahren auf dem Vormarsch, werde auch die KV- und Ärztelandschaft verändern. Davon jedenfalls ist Ihlau fest überzeugt. Die klassischen, mit linearen Geschäftsmodellen agierenden Unternehmen, wie Exxon Mobil oder klassische Banken, wurden inzwischen – gemessen am Börsenwert – von den vorderen Rängen zurückgedrängt. Unternehmen wie Amazon, Apple oder Alibaba geben hier den Ton an. Sichtbar auch an einem Unternehmen in Deutschland, das gerade für Furore an den Kapitalmärkten sorgt: Delivery Hero. Ein Unternehmen, das



Jörg Ihlau, Geschäftsführer Serviceplan Berlin

im Lebensmittelsektor aktiv ist, aber weder Lebensmittel produziert noch mit ihnen handelt. Was es bietet, ist eine Plattform, auf der sich Kunde und Unternehmen treffen; wie Amazon. Gestartet als klassischer Buchhändler setzt Amazon im Eigenhandel in Deutschland jährlich nur noch rund 13 Milliarden Euro um – die Marktplatumsätze hingegen liegen mit 33,5 Milliarden Euro also rund 2,5-mal so hoch. Auf einer Plattform sorgt einer dafür, dass viele etwas erhalten, nach dem Prinzip „make one, sell many“. Über Suchmaschinen treffen die Interessenten aufeinander. Währung sind im Netz dabei die Bewertungen. Gute Bewertung gleich hoher Zuspruch, lautet die einfache Formel.

Selbst so analoge Betriebe, wie Bauernhöfe, kommen ohne ein Höchstmaß an Software und digitalem Werkzeug nicht mehr aus. „Planung, Dokumentation, Feldroutenoptimierung, Düngepflege und vieles mehr werden digital gesteuert“, so Ihlau. Bereitgestellt von der Plattform „365framnet“. Neben den Gummistiefeln gehören zum Landwirt längst auch der Laptop und das Geodatensystem.

Erfolgreich macht dieses Geschäftsmodell die Skalierbarkeit – also die Möglichkeit, den Umsatz zu erhöhen, ohne mehr Ressourcen einzusetzen; anders ausgedrückt: Umsatzsteigerung ohne Kostenerhöhung. Plattformen ersetzen dabei nicht das Kerngeschäft, sondern werden Gatekeeper zwischen Angebot und Nachfrage. Ein Beispiel aus dem Gesundheitswesen: die App „kry“. Sie verspricht binnen weniger Minuten einen Arzttermin oder die digitale Abwicklung von Überweisungen und Rezepten sowie Krankschreibungen. Derartige Plattformen werden den Alltag in den Praxen und die Rolle des Arztes verändern. Gesetze werden das System nicht schützen. Disruption treffe jede Branche. Kostendruck und Digitalisierung beschleunigten diese Entwicklung, so der Agenturchef. Eine Insel sei das Gesundheitswesen jedenfalls nicht. Darin liegen aber auch Chancen: „Können KVen nicht zum Plattformbetreiber werden?“ schloss Ihlau seinen Vortrag mit einer Frage und einer Botschaft, die als Auftrag verstanden werden kann, ab.



Dr. Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der kv.digital GmbH

### Digitalisierung zur Unterstützung der ärztlichen Versorgung – Wo sind wir und wo wollen wir hin?

Dr. Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der kv.digital GmbH, machte deutlich, dass die Digitalisierung inzwischen alle Bereiche des Lebens berühre – im Alltag, in der Familie und auch im Beruf. Gerade Corona habe gezeigt, welche zentrale Rolle digitale Prozesse – Homeoffice oder Homeschooling beispielsweise – im täglichen Leben einnehmen. Mehr als 63 Millionen Handynutzer gebe es in der Bundesrepublik. Mobile Geräte – also auch Tablets

– lösen mehr und mehr den stationären Computer ab und dienen zur Erledigung des Alltagsgeschäftes: in der Bezahlung, der Kommunikation oder der Organisation sowie vielen weiteren Dingen. „Wo steht die ambulante Versorgung im Verhältnis zwischen Anbieter, Nutzer und Kunde“, so die Frage von Dr. Fuhrmann. „Ist sie immer noch auf dem Stand eines VW-Busses aus den 50er Jahren?“ Die erste Phase der Digitalisierung mit der Einführung von Computern und Verwaltungsprogrammen werde inzwischen abgelöst durch die digitale Transformation. Der Patient rückt als Akteur und Gestalter in den Mittelpunkt, wie Online-Banking, Streaming und Gesundheits-Apps zeigen. Neue Formen der Kommunikation und der prozessualen Abwicklung treten damit auf den Plan: eArztbrief, ePA, eAU sind hier nur einige Beispiele. Die Herausforderung dabei: Die heutige digitale Transformation muss auf ein bestehendes dezentrales System mit bestehenden Daten aufbauen. Dabei seien mit über 170 verschiedenen Systemen sehr viele Anwendungen auf dem Markt.

Wo sich viele drängen, werde aber der Platz für einen schwingvollen Wurf eng. Die Anforderungen werden dabei mehr und mehr auch vom Patientenwunsch von externen Anbietern gesteuert. Mehr als eine Milliarde Menschen sind weltweit auf diesem Wege unterwegs. Das wird auch direkte Auswirkungen auf den Patientenservice und die ärztliche Versorgung haben. Daraus werden sich neue Formen der Kommunikation entwickeln, und Plattformen werben darum, die Zeit des Arztes zu steuern.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH



© istock.com/Ruslan Dashinsky

## EHRENAMT

# Verdienstkreuze verliehen

Zwei Allgemeinmediziner aus Schleswig-Holstein sind von Ministerpräsident Daniel Günther für ihr ehrenamtliches Engagement mit dem Verdienstkreuz am Bande ausgezeichnet worden.



Hausarzt Dr. Reimar Vogt aus Pahlen (Kreis Dithmarschen) erhielt die hohe Auszeichnung, da er sich seit vielen Jahren ehrenamtlich in der KVSH und als Vorsitzender des Hausärztlichen Qualitätszirkels Norddithmarschen engagiert. Mit dem von ihm initiierten „Praxismodell Pahlen“, das Ärzte bei der Praxisgründung unterstütze, habe er Pionierarbeit geleistet, hieß es in der Laudatio. Als niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin und regionaler Notdienstbeauftragter der KVSH hat er sich außerdem für die Umsetzung des „Ein-Tresen-Modells“ in der Anlaufpraxis des Bereitschaftsdienstes in Heide stark gemacht. Dieses Modell war 2016 Prototyp für weitere „Ein-Tresen-Standorte“ in Schleswig-Holstein, wo Anlaufpraxis und Notfallambulanz des Krankenhauses zusammengeführt wurden.



Auch Dr. Uwe Denker – von 1976 bis 2005 als Hausarzt in Bad Segeberg niedergelassen – erhielt das Verdienstkreuz aus der Hand des Ministerpräsidenten. Der Facharzt für Allgemeinmedizin behandelt seit zehn Jahren Patienten, die keinen ausreichenden Krankenversicherungsschutz haben, anonym und kostenlos in seiner „Praxis ohne Grenzen“ in Bad Segeberg und wurde damit zum Vorbild für weitere Praxen in Flensburg und Stockelsdorf (Kreis Ostholstein). 2015 veröffentlichte Denker dazu das Buch „Praxis ohne Grenzen – Medizin in einem reichen Land“.

JAKOB WILDER, KVSH

# Wenn der Schmerz anhält ...

*Seit 2018 fördert Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren aus dem Landeshaushalt innovative Versorgungsprojekte. Mittel können weiterhin beantragt werden, auch niedergelassene Ärzte sind antragsberechtigt. Das Projekt Schmerz-STRANG Nordwest war vor zwei Jahren das erste geförderte Projekt. Wir stellen es stellvertretend für bisher 21 vom Land unterstützte innovative Versorgungsmodelle vor.*



© Hauke Lass

Chronische Schmerzen begleiten in Schleswig-Holstein ca. 80.000 Menschen, doch Termine bei einem Schmerztherapeuten sind rar, da diese mit der Patientenzahl pro Quartal limitiert sind. So ist es nicht selten, dass Patienten eine Wartezeit bis zu zwölf Monate auf einen Termin beim Schmerztherapeuten in Kauf nehmen müssen. Besonders im Projektgebiet im westlichen Landesteil gibt es eine Unterversorgung.

Das Ziel des Projektes Schmerz-STRANG Nordwest ist es, den betroffenen Patienten schnell Hilfe leisten zu können. Somit soll sich die Wartezeit bei einem niedergelassenen Schmerztherapeuten reduzieren. Anders als bei der gewohnten Vier-Augen-Konsultation beim Schmerztherapeuten treffen sich die Patienten in einer Kleingruppe mit vier bis fünf Personen. Diese Kleingruppen werden von einem Case-Management der Ärzteschaft organisiert und koordiniert. Hierzu werden die Patienten von den Hausärzten oder Fachärzten in der Geschäftsstelle der äg Nord angemeldet, dort ist auch die Leitstelle für dieses Projekt.

Dieses Projekt wurde durch die Förderung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein ermöglicht und war das erste geförderte Projekt aus dem Versorgungssicherungsfonds. Es ermöglicht den Hausärzten bzw. Fachärzten die betroffenen Schmerzpatienten kurzfristig bei einem Schmerztherapeuten vorzustellen, der in Absprache mit dem Hausarzt eine Empfehlung geben kann.

Die Kleingruppen finden in der Projektregion in Patientennähe statt und haben somit eine erste Screeningfunktion, mit erster möglicher Weichenstellung zur nötigen Therapie. Dazu kommt ein teilnehmender Schmerztherapeut im Projekt Schmerz-STRANG Nordwest in die Region des Patienten, sodass eine wohnortnahe Versorgung möglich ist. Zurzeit gibt es sechs Stützpunkte, weitere Stützpunkte in der Region sind durchaus denkbar. So kann den chronisch kranken Schmerzpatienten schneller und zielgenauer weitergeholfen werden.

Weitere Bausteine des Projekts sind interdisziplinäre Schmerzkonferenzen und telemedizinische Beratungen. Die Kleingruppe ist der therapeutische Einstieg, die weitere individuelle Betreuung findet telemedizinisch statt.

Ebenso profitieren die Patienten und die Ärzte aus unserem Netzwerk an Schmerzexperten vom Austausch mit diesen, die ganz unterschiedliche Schwerpunkte haben (Kopfschmerzen, Fibromyalgie, neuropathische Rückenschmerzen).

Schmerz-STRANG Nordwest wird durch das Institut für Allgemeinmedizin in Kiel unter der Leitung von Prof. Hanna Kaduszkiewicz, evaluiert. Die Ergebnisse der ersten Zwischenauswertung liegen bereits vor. Im Jahre 2019 hatten bereits über 150 Patienten die Möglichkeit eine Kleingruppe im Projekt zu besuchen. Die Patienten profitieren von der schnellen Möglichkeit, einer frühen Behandlung, Weitersteuerung oder letztendlich doch von der genaueren Überleitung in die Regelversorgung, ohne dabei über- oder unterversorgt zu werden.

Durch die Corona-Pandemie war der Verlauf des Projekts etwas eingeschränkt, aber gerade durch die Pandemie wurde und wird die Nutzung von Videokontakten und -gesprächen genutzt. So konnte schnell reagiert und den chronisch kranken Patienten in Zeiten der Kontaktbeschränkungen in der Pandemie weiterhin erste Hilfe in der Schmerztherapie angeboten werden. Die Kleingruppen fanden dann ausschließlich online statt. Auch die interdisziplinären Schmerzkonferenzen wurden und werden online abgehalten. Außerdem bietet der Schmerz-STRANG auch Hybrid-Kleingruppen an, hier trifft sich ein Teil der Patienten online, der andere Teil trifft sich z. B. in der teilnehmenden Praxis unter Einhaltung der Hygienevorschriften.

Im Projekt Schmerz-STRANG gibt es darüber hinaus eine weitere Besonderheit. In diesem Projekt wird betroffenen Schmerzpatienten nach einer ersten Online-Kleingruppe und bei Indikation die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Outdoor-Kleingruppe zum Coping-Training angeboten als praktische Vermittlung von basalen Achtsamkeits- und Entspannungstechniken sowie zum peer-group-Rückhalt.

#### Weitere Informationen unter:

Case-Management der Ärztegenossenschaft Nord  
Tel. 04551 9999284 oder  
E-Mail: schmerz-strang@aegnord.de

## Versorgungssicherungsfonds

Gefördert werden Projekte, welche die ambulante, stationäre und vor allem sektorenübergreifende Versorgung in Schleswig-Holstein weiterentwickeln. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Sicherstellung der ländlichen Versorgung.

Bisher wurden bereits 21 Projekte mit einer Gesamtsumme von 7,8 Mio. Euro bewilligt.

Die vollständige Förderrichtlinie kann zusammen mit dem Antragsformular auf der Webseite des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren eingesehen werden: [www.schleswig-holstein.de/Versorgungssicherungsfonds.html](http://www.schleswig-holstein.de/Versorgungssicherungsfonds.html)

Zuständig für den Versorgungssicherungsfonds ist Ruth Hesse, Leiterin des Referates für ambulante und sektorenübergreifende Versorgung, GKV und Krebsregister.

#### Kontakt

ruth.hesse@sozmi.landsh.de, Tel. 0431 988 5609

ANJA BAUMBACH-KRAFT, MINISTERIUM FÜR SOZIALES,  
GESUNDHEIT, JUGEND, FAMILIE UND SENIOREN,  
IRENE EKKERT, ÄGN

# Wirrwarr beim Arztausweis der Ärztekammer Schleswig-Holstein?

*Nein, allenfalls ein bisschen kompliziert – hier kommt die Klärung einer Frage, die viele Kollegen im Land in den vergangenen Wochen beschäftigt hat.*



© istock.com/mikurbas

Das Ziel, auch in der Gesundheitsversorgung als einer der wenigen verbleibenden Branchen zeitgemäße digitale Strukturen einzuführen, wird spätestens seit 2003 mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte vom Bundesgesetzgeber verfolgt. In dem jahrelangen Prozess gab es Fortschritte, Stillstände und auch Rückschritte. Zuletzt hat dieses bundesweite Telematikinfrastrukturvorhaben aber klarere Konturen angenommen und wird nun mit enormer politischer Schubkraft vorangetrieben.

Der Zugang zu dieser „digitalen Welt“ äußerst schützenswerter Gesundheits- und Krankheitsdaten muss ohne jeden Zweifel strengstens geregelt und stets nachvollziehbar sein. Zur eindeutigen Identifizierung und Authentifizierung von Ärztinnen und Ärzten innerhalb der Telematik-Infrastruktur (TI) des deutschen Gesundheitswesens dient der elektronische Heilberufsausweis (eHBA). Einige Funktionen und Anwendungen innerhalb der TI sind längst umgesetzt, andere werden zeitnah und in schneller Taktung folgen. Alle Ärztinnen und Ärzte sind aufgefordert, sich

über ihren eigenen Bedarf in dieser Hinsicht und damit die Notwendigkeit, sich einen eHBA zuzulegen, zu informieren. Damit wird schon deutlich, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf nicht oder nicht mehr ausüben, diesen in der Regel nicht benötigen. Alle einschlägigen Institutionen, wie KVSH, KBV, gematik, ÄKSH, BÄK etc. haben ausführliches Material online gestellt oder in ihren Publikationsorganen veröffentlicht. Auch hier folgen unten weitere wichtige Aspekte.

Komplizierter wird es nun bei der Frage: Wer stellt einen solchen eHBA aus? Von der Bundesebene wurde festgelegt, dass der eHBA eine sogenannte „qualifizierte Signatur“ nach Vertrauensdienstegesetz (VDG) (früher: Signaturgesetz) enthalten muss. Diese berechtigt zur amtlichen Authentifizierung in allen Bereichen (analog zum Personalausweis mit Signaturfunktion), so z. B. außerhalb des Gesundheitswesens auch beim Notar. Bundesweit sind nach aufwendigem Zulassungsverfahren bislang vier Institutionen berechtigt, derartige Signaturen in Kombination mit



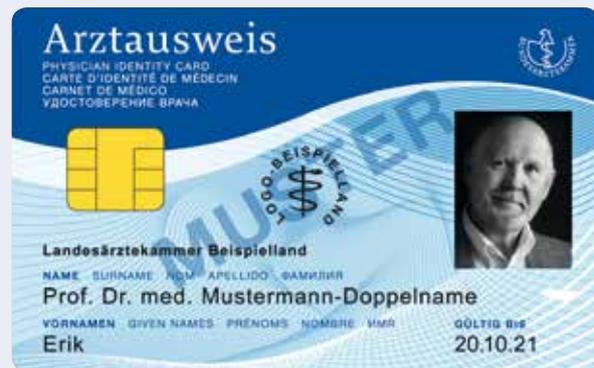
Arztausweisen auszugeben (Bundesdruckerei, T-Systems, medesign und SHC/Atos). Die Landesärztekammern haben die Aufgabe, zu bestätigen, dass es sich tatsächlich um Ärztinnen und Ärzte handelt. Um nicht mehrere „Arztausweise“ bei sich tragen zu müssen, wurde der klassische Arztausweis mit dem eHBA kombiniert, und die Landesärztekammern – so auch wir in Bad Segeberg – bieten über die Portale (Websites) die Möglichkeit der Beantragung mit genauen Gebrauchsanweisungen (<https://akis.aeksh.de>).

Zu Beginn stand noch nicht endgültig fest, welcher Sicherheitsgrad der Signatur für den Zugang zur TI vorgeschrieben werden würde und ob nicht eine „fortgeschrittene Signatur“ nach dem ehemaligen Signaturgesetz gegebenenfalls ausreichen würde. In Schleswig-Holstein wurden seinerzeit zur Unterstützung der zügigen Umsetzung Ausweise mit fortgeschrittener Signatur kostenfrei angeboten. Aus diesem Grunde sind im Moment bei uns im Land noch drei unterschiedliche Arztausweise im Umlauf (die taubenblauen Papiausweise sind allesamt inzwischen ungültig!).

Damit leider nicht genug. Die Nutzung der TI und ihrer verpflichtenden Anwendungen ist ab 1. Januar 2021 nur noch mit einem eHBA der 2. Generation (sog. G2 Karte) möglich. Neu ausgestellt werden seit dem 18. Februar 2019 (T-Systems), seit dem 10. Februar 2020 (Bundesdruckerei) und dem 5. Mai 2020 (SHC/Atos) nur noch G2-Karten. Medesign wird im August 2020 das Zulassungsverfahren für die G2-Karte abschließen, alte G0-Karten müssten bei Medesign umgetauscht werden. Dazu oder auch im Zweifelsfall nehmen Besitzer eines „alten“ eHBA bitte Kontakt zum entsprechenden Anbieter auf.

Alle weiteren Informationen finden Sie auf  
[www.aeksh.de/aerzte/mitgliedschaft](http://www.aeksh.de/aerzte/mitgliedschaft)

DR. CARSTEN LEFFMANN, ÄRZTLICHER GESCHÄFTSFÜHRER DER ÄRZTEKAMMER  
 SCHLESWIG-HOLSTEIN



#### Der echte eHBA

Der „echte“ eHBA mit Logo der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Chip und qualifizierter Signatur. Hierfür war und ist ein aufwändigeres Antragsverfahren notwendig. Sie erkennen diesen Ausweis daran, dass auf der Rückseite im Falle des Auffindens an eine der vier bundesweit agierenden Institutionen verwiesen wird. Dieser Ausweis ist zudem mit monatlichen Kosten verbunden.

#### Der Scheckkartenausweis ohne Chip

Der Scheckkartenausweis ohne Chip. Hierbei handelt es sich um einen reinen Sichtausweis zum Nachweis, Ärztin oder Arzt und Mitglied einer Ärztekammer zu sein. Dieser Ausweis hat keinerlei elektronische Funktion.

#### Der Scheckkartenausweis

Der Scheckkartenausweis der Ärztekammer Schleswig-Holstein mit Chip und fortgeschrittener Signatur. Der Ausweis hat elektronische Funktionen, berechtigt aber nicht zum Zugang zur TI! Der Ausweis wird seit Juni 2020 nicht mehr ausgestellt. Sie erkennen ihn daran, dass auf der Rückseite steht: „Falls gefunden, bitte zurück an: Ärztekammer Schleswig-Holstein“.

# Kreis der Verordner von Soziotherapie erweitert

*Im Sommer hatte der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, den Kreis der verordnungsfähigen Ärzte für Soziotherapie zu erweitern. Zum 1. Oktober 2020 wurden die dafür notwendigen Ergänzungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vorgenommen, sodass nun auch Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie für die Verordnung von Soziotherapie entsprechende Gebührenordnungspositionen abrechnen können. Wird die Lage der Soziotherapie tatsächlich dadurch verbessert? Keineswegs. Die jetzt vollzogenen Ergänzungen und Erweiterungen lösen keineswegs ein grundlegendes und seit Jahren bestehendes Problem. Dies ist kurz und schlicht zu benennen: Es gibt keine Soziotherapeuten.*



## Was ist Soziotherapie?

Die Soziotherapie ist ein Hilfs- und Unterstützungsangebot für schwer psychisch kranke Versicherte. Mithilfe einer ambulanten Soziotherapie sollen die Patienten wieder lernen, ihren Alltag zu meistern und in die Lage versetzt werden, ambulante ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Der Patient soll angehalten werden, seinen Tag zu strukturieren,

Vorhaben umzusetzen und seinen Alltag zu meistern. Soziotherapie erfolgt vorzugsweise als Einzelmaßnahme, es sind aber auch gruppentherapeutische Maßnahmen möglich.

Zum Kreis der durchführenden Soziotherapeuten gehören gut und gezielt ausgebildete Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen oder auch Fachkrankenschwestern und -pfleger für Psychiat-

rie. Von allen wird eine mindestens 3-jährige Tätigkeit in einer psychiatrischen Fachklinik erwartet. Vergütet wird ihre Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen.

### **Immer wieder Stückwerk und dann noch an der falschen Stelle**

Zur Verankerung der Soziotherapie im Sozialgesetzbuch kam es im Januar 2000. Dem vorausgegangen war ein vierjähriges Modellprojekt, das die Wirksamkeit soziotherapeutischer Maßnahmen aufgezeigt hatte. Regeln zur Verordnung und Durchführung wurden 2001 in einer ersten Richtlinie niedergelegt. Zu Beginn konnte Soziotherapie nur von Fachärzten mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde verordnet werden. Doch der durchschlagende Erfolg, der sich im Modellprojekt zeigte, blieb aus. Es fehlte an Soziotherapeuten, an den Kräften die die soziotherapeutische Arbeit in direktem Kontakt mit den Patienten im Alltag durchführen.

Im Jahre 2015 wurde der Kreis der verordnungsfähigen Ärzte durch eine Überarbeitung der Richtlinie erweitert. Nun konnten auch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie die Soziotherapie verordnen. Die Lage der Soziotherapeuten – selbst die Vergütung ihrer Leistung – änderte sich kaum. In der Folge blieben die Verordnungszahlen von Soziotherapie und damit auch die Gruppe derjenigen psychisch schwer erkrankten Menschen, denen Soziotherapie zugutekam, weiter klein.

In einem nächsten Schritt wurden 2017 die Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Kreis der verordnenden Behandler aufgenommen. Geändert hat dies die Lage nicht. Und nun nochmals eine Erweiterung der prinzipiell verordnungsfähigen Gruppe. Nun ist es zusätzlich auch Fachärzten mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie möglich, Soziotherapie zu verordnen.

### **Es scheitert immer an derselben Stelle**

Die Gruppe der eigentlich verordnungsfähigen Ärzte und Psychotherapeuten ist über die letzten zwanzig Jahre stetig erweitert worden. Ein durchschlagender Erfolg der Soziotherapie blieb aber trotzdem aus. Dabei ist der Nutzen, die Zweckmäßigkeit und auch die Wirtschaftlichkeit einer Soziotherapie unter Fachleuten unbestritten. Gerade der letzte Aspekt, die Wirtschaftlichkeit spielt dabei eine große Rolle. Lassen sich doch durch eine ambulante

Soziotherapie gerade teure Krankenhausaufenthalte nachweislich deutlich verringern. Das Scheitern dieser an sich guten Idee beginnt eigentlich immer an derselben Stelle.

Die Befugnis zur Verordnung von Soziotherapie bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Die Genehmigung ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Arzt oder Psychotherapeut nachweist, dass er die in der Richtlinie aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Ein Punkt darunter ist die Darlegung über eine Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder in vergleichbaren Versorgungsstrukturen, d. h. mit Soziotherapeuten. Und diese gibt es nicht oder nicht in ausreichender Zahl. Den Ärzten und Psychotherapeuten fehlt es an Kooperationspartnern und damit kann ihnen die Genehmigung von ihrer KV nicht erteilt werden. In Frage kommende Patienten stehen meist in großer Zahl zur Verfügung – daran scheitert es nicht.

### **Qualifizierte Arbeit – schlechte Bezahlung**

Grundlegendes Problem von Anbeginn war die Vergütung der durchführenden Soziotherapeuten. Es sind erfahrene und hochqualifizierte Kräfte, doch stehen die Vergütungsbedingungen für diese meist selbstständig tätigen Soziotherapeuten in totalem Widerspruch zu den Anforderungen der Soziotherapie-Richtlinie und ihrer Arbeit. Handlungsbedarf besteht auf der Seite der Durchführung und nicht auf der Seite der Verordnung von Soziotherapie. Mehr Sozialpädagogen, Fachkrankenschwestern und -pfleger werden sich für diese Arbeit nur motivieren lassen, wenn die zu erwartende Vergütung angemessen und auskömmend ist. Diese gestaltet sich in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Die Zulassung und Vergütung von Soziotherapeuten obliegt den Krankenkassen – darüber verhandelt wird regional. Für Schleswig-Holstein, so stellt der Berufsverband der Soziotherapeuten fest, sind die Ergebnisse deprimierend und die Soziotherapie sei landesweit zum Erliegen gekommen. Somit ist zumindest für Schleswig-Holstein zu erwarten, dass die jetzigen Änderungen in der Soziotherapie-Richtlinie und Ergänzungen im EBM allein nichts an der Lage ändern werden.

DIPL.-PSYCH. HEIKO BORCHERS, PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT,  
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT, KIEL

# BEKANTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung	42
Honorarvereinbarung 2020	44
Dimini – Diabetes mellitus? Ich nicht!	44
HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen	44
Anpassung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) zum 1. Juli 2020	44

## Aus der Abteilung Zulassung/Praxisberatung

### Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen durch die KVSH

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

### Formlose Bewerbung

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

### Veröffentlichungen aus der Zulassungsabteilung

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

### Veröffentlichungen auf [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de)

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

**Folgende Ärzte wurden im Rahmen des Sonderbedarfes zugelassen. Diese Beschlüsse sind noch nicht bestandskräftig, sodass hiergegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.**

Name	Fachgruppe/ Schwerpunkt	Niederlassungsort	Niederlassungsdatum
Sabine Kalwa – weitere halbe Zulassung –	Neurologie	25746 Heide, Esmarchstraße 53	01.01.2021
Dr. med. Andrea Ortfeld – weitere halbe Zulassung –	Kinderchirurgie	23552 Lübeck, An der Obertrave 16 a	13.08.2020
Dr. med. Franziska Back-Petersen – weitere halbe Zulassung –	Kinderchirurgie	23552 Lübeck, An der Obertrave 16 a	13.08.2020
Dr. med. Christiane Väterlein – halbe Zulassung –	Orthopädie mit der Zusatz- bezeichnung „Kinder-Orthopädie“	25826 Sankt Peter- Ording, Fasanenweg 1	01.04.2021
Dr. med. Modar Al-Jundi – weitere halbe Zulassung –	Urologie	22885 Barsbüttel, Am Akku 9	10.09.2020
Dr. med. Claudius Hamann	Urologie	25813 Husum, Osterende 91	01.01.2021
Christof Lamp	Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie	24944 Flensburg, Mürwiker Straße 162	01.01.2021

**Folgende Ärzte haben Anstellungsgenehmigungen im Rahmen des Sonderbedarfes erhalten. Diese Beschlüsse sind noch nicht bestandskräftig, sodass hiergegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.**

Name des anstellenden Arztes/MVZ	Ort	Fachgruppe	Beginn	Name des Angestellten
Dres. med. Mark und Melanie Lyons/ Christian Breuer	22846 Norderstedt, Rathausallee 35-39	Kinder- und Jugendmedizin	13.08.2020	Dr. med. Wanja Wilck, Erh. Arbeitszeit von - halbtags auf ganztags -
Dr. med. M. Hasilik/ W. Ziegenrucker	25421 Pinneberg, Diesterwegstraße 30	Kinder- und Jugendmedizin	01.10.2020	Dr. med. Ann-Kathrin Holle - halbtags -
Dr. med. Michael Schwonbeck und Marc Behnke	24939 Flensburg, Apenrader Straße 2-4	Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie	01.01.2021	Manfred Lamminger - halbtags -
Meike Wessel/Dr.med. Ingo Bornholdt	24143 Kiel, Elisabethstraße 32-34	Kinder- und Jugend- medizin	13.08.2020	Jessica Dubrownik - halbtags -
Hans-Jürgen Heßler	24768 Rendsburg, Kaiserstraße 24	Haut- und Geschlechts- krankheiten	01.01.2021	Dr. med. Nadia Mikhaïmer - halbtags -

**Folgende Ärzte/Psychotherapeuten/Institute wurden ermächtigt bzw. bei folgenden Ärzten/Psychotherapeuten/Instituten haben sich Änderungen ergeben (Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Ermächtigungsverzeichnis auf [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de)):**

Name	Fachgruppe	Ort
Dr. med. Sven Hemme	Orthopädie und Unfallchirurgie	Neustadt
Dr. med. Patrick F. Thomsen	Orthopädie und Unfallchirurgie	Itzehoe
Dr. med. Andrzej Kuszka	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Preetz
Dr. med. Urte Büßen	Kinder- und Jugendmedizin	Schleswig
Dr. med. Peter Iblher	Anästhesiologie	Fehmarn OT Burg
Dr. med. Björn Birkenhauer	Orthopädie/Rheumatologie	Nieüll
Dr. med. Clemens von Reusner	Innere Medizin/Kardiologie	Wyk auf Föhr
Klinik Rendsburg der imland Kliniken gGmbH	./.	Rendsburg
Prof. Dr. med. Torsten Loop	Anästhesiologie	Nieüll
Ibrahim Colak	Neurochirurgie	Damp
PD Dr. med. Georgia Schilling	Innere Medizin/Hämatologie/Onkologie	Sylt OT Westerland
Jörn Meinke	Urologie	Itzehoe
Dr. med. Martin Claussen	Innere Medizin/Pneumologie	Großhansdorf
Dr. med. Karin Maass-Poppenhusen	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Kiel
Katrin Meier	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Rendsburg
Anke Kanand	Chirurgie	Heide
Prof. Dr. med. Erik Schlöricke	Chirurgie	Heide
Dr. med. Thorsten Wygold	Kinder- und Jugendmedizin	Heide
Dr. med. Sandra Köhncke	Orthopädie und Unfallchirurgie	Kiel
Saskia Epstude	Radiologie	Flensburg
Dr. med. Mohammed Abuazab	Gefäßchirurgie	Bad Segeberg
Dr. med. Volker Geist	Innere Medizin/Kardiologie	Bad Segeberg

## Honorarvereinbarung 2020

Die Honorarvereinbarung für das Jahr 2020 kann unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) unter **Praxis ▶ Verträge ▶ Honorarvereinbarung** eingesehen und heruntergeladen werden. Die Vereinbarung gilt seit dem 1. Januar 2020.

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

## Dimini – Diabetes mellitus? Ich nicht!

Der Vertrag zum Innovationsfondsprojekt Dimini mit der AOK NordWest, der BARMER, der DAK-Gesundheit und der Techniker Krankenkasse endet zum 30. September 2020.

Das Dimini-Projektteam dankt allen teilnehmenden Ärzten und Praxisteams für ihre Teilnahme. Im Oktober und November wird noch die Evaluation des Projektes erfolgen. Über die Ergebnisse werden wir berichten.

## HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 26. September 2020 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 beschlossen.

Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Website [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de). Auf Anforderung wird der Text der Bekanntmachung in Papierform zur Verfügung gestellt, Tel. 04551 883 486.

## Anpassung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) zum 1. Juli 2020

Die Qualitätssicherungsvereinbarung IVM nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V wurde zum 1. Juli 2020 an einigen Stellen angepasst. Wir stellen Ihnen nachfolgend vor, was sich gegenüber der bis zum 30. Juni gültigen Fassung geändert hat.

### Erweiterungen der Indikationen

Durch die Indikationserweiterung des Medikaments Lucentis kann die intravitreale Medikamenteneingabe ab 1. Juli 2020 auch bei Vorliegen einer proliferativen diabetischen Retinopathie (PDR) durchgeführt werden. Die Neuaufnahme der Indikation erfolgte dazu in Paragraph 1 Absatz 1 Nummer 7 der QS-Vereinbarung IVM.

Im vergangenen Jahr erfolgte eine Indikationserweiterung für Iluvien – ein intravitreales Implantat – für die Prävention eines Rückfalls bei rezidivierender, nicht infektiöser Uveitis, welche den hinteren Augenabschnitt betrifft. In der QS-Vereinbarung IVM ist diese Indikation ab 1. Juli durch die Indikation einer nicht infektiösen Entzündung des posterioren Augensegments (Uveitis intermedia und/oder posterior) nach Paragraph 1 Absatz 1 Nummer 6 umfasst.

### Überprüfung der ärztlichen Dokumentation

Die neue Indikation PDR ist anhand der bisherigen Kriterien für die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation äußerst schwierig zu überprüfen. Aus diesem Grund erfolgte bisher noch keine Änderung in Paragraph 6. Die Vertragspartner haben sich in einer Protokollnotiz darauf verständigt, ab dem 1. Januar 2023 zu prüfen, ob insbesondere in Paragraph 6 Anpassungen aufgrund der Aufnahme der PDR vorgenommen werden müssen. Grundlage hierfür bilden die Ergebnisse der Dokumentationsprüfungen.

Außerdem ist beim gleichzeitigen Vorliegen einer PDR und einer Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems (DMÖ) als Indikation für die intravitreale Medikamenteneingabe im Rahmen der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation der Entscheidungsgang zur Indikationsstellung für das DMÖ zu überprüfen.

Die aktuelle Qualitätssicherungsvereinbarung finden Sie unter [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) ▶ **Praxis ▶ Qualität und Fortbildung ▶ Genehmigungspflichtige Leistungen**

# 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: Tatjana Schröder  
 GEBURTSDATUM: 22. März 1983  
 GEBURTSORT: Dortmund  
 FAMILIE UND FREUNDE: verheiratet, zwei Töchter  
 FACHRICHTUNG: Gynäkologie und Geburtshilfe  
 SITZ DER PRAXIS: Ratzeburg  
 NIEDERLASSUNGSFORM: Berufsausübungsgemeinschaft

**Neu niedergelassen seit dem 1. Oktober 2019**

## 1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

In der ambulanten Versorgung kann eine sehr vertrauensvolle Beziehung zum Patienten langsam wachsen. Mir gefällt diese langjährige, intensive Begleitung von Patienten. Außerdem wollte ich mehr eigenen Gestaltungsspielraum haben. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist dabei natürlich auch ein wichtiger Punkt.

## 2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Wenn Patienten positive Rückmeldungen geben.

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

Was man für die Niederlassung wissen muss, lernt man in keinem Studium und in keiner Klinik. Das Wissen muss man sich stückweise aus verschiedenen Quellen zusammensuchen. Man sollte sich nicht scheuen, so lange zu fragen, bis man das Gefühl hat, die Dinge wirklich zu verstehen. Unbedingt schon niedergelassene Kollegen ansprechen, auch mal aus anderen Fachrichtungen. Die meisten geben ihr Wissen gerne weiter. Man muss schon bereit sein, Zeit zu investieren und sich auch mit Fragen der Abrechnung und Betriebswirtschaft auseinanderzusetzen. Die KVSH stellt dazu eine ganze Buchreihe kostenfrei zu Verfügung.

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

Junko Tabei, die erste Frau auf dem Gipfel des Mount Everest. Ich würde gerne wissen wollen, wie man einen solchen unglaublichen Kampfgeist entwickeln kann.

## 5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Meine Kinder sorgen stets für ausreichend Zerstreuung. Wir sind gerne in der Natur und spazieren um unseren schönen Ratzeburger See.

## 6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

Ich lese gern, daher wechselt das häufig. Aktuell vielleicht Ocean Vuong: „Auf Erden sind wir kurz grandios“

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

Alle Ärzte empfehlen ihren Patienten gerne frische Luft und viel Bewegung. Im Land zwischen Nord- und Ostsee gibt es keine guten Ausreden, diese Empfehlung nicht umzusetzen. Wir leben da, wo andere Urlaub machen.

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

Ehrlich gesagt, habe ich niemals ernsthaft einen anderen Beruf erwogen.

# Happy Birthday oder: Arbeiten, wo andere Urlaub machen

*Es gibt wohl keine Praxis in Schleswig-Holstein, die sich nicht mit den Folgen der Corona-Pandemie auseinandersetzen muss. Das gilt auch für die Praxis an der Mühle von Dr. Claudia Derichs, Dr. Peter Totzauer und Florian Teige in Nebel/Amrum. Lesen Sie den Erfahrungsbericht der Inselärztin.*



1. August 2020, 7.40 Uhr am frühen Samstagmorgen, in meiner Praxis für Allgemeinmedizin auf Amrum: Mangelndes Talent ersetze ich durch Lautstärke: „Happy birthday to you, happy birthday tooo youuuu“ schmetterte ich, während ich mir die Hände gründlich mit Seife einschäume. Mara, 16-jähriges Inselkind und seit zehn Minuten meine neue Auszubildende zur Medizinischen Fachangestellten, schaut mir fragend dabei zu. Das ist die äußerst wichtige Hygieneunterweisung – das muss geübt werden. Zweimal hintereinander „Happy Birthday“ singen und schon hat man sich ausreichend lange die Hände gewaschen. Bei Mara klappt es – auch ohne lauten Gesang – sofort problemlos. Sehr gut! Jetzt das korrekte An- und Ablegen des FFP2-Mund-Nasen-Schutzes und der Einmalhandschuhe sowie die hygienische Händedesinfektion, alles wird gemeinsam geübt. Kurz noch das SARS-CoV-2-Virus vorgestellt: Tröpfcheninfektion, hochansteckend, manche werden davon schwer krank und manche sterben daran. Soviel wissen wir.

## **Besondere Insel-Situation**

Wir tun alles dafür, unsere Patienten in der Praxis vor einer Ansteckung zu schützen und auch wir selbst, das Praxisteam und damit nun auch Mara, müssen geschützt werden. Krank werden und in Quarantäne gehen zu müssen, ist keine Option für unsere Praxis – die muss für die Versorgung der Patienten einsatzbereit bleiben. Neben den Amrumern versorgt unsere Praxis auch die zahlreichen Urlaubsgäste. Im Sommer sind die 10.000 Gästebetten ausgebucht. Da ist viel zu tun für unser Team aus drei Fachärzten (zweimal Allgemeinmedizin und Anästhesie sowie einmal Innere Medizin/hausärztlich), eine Weiterbildungsassistentin im 4. Jahr und fünf MFA. Da es auf Amrum kein Krankenhaus gibt, versorgen wir Notfälle aller Art: Vom kranken Kleinkind über die Muschelschnittverletzung nach der Wattwanderung bis zum Herzinfarkt. Der ärztliche Bereitschaftsdienst und die Besetzung des Notarzteinsetzfahrzeugs des Rettungsdienstes – an 365 Tagen im Jahr – gehören ebenfalls zu unseren Aufgaben. Auch ohne



die Corona-Pandemie war es in den vergangenen Jahren seit der Praxiseröffnung 2010 nie langweilig bei uns. Aber 2020 ist alles etwas spezieller.

### Rückblick auf das Frühjahr

Am 16. März wurde die Insel per Beschluss der Landesregierung für Urlauber komplett gesperrt und die Amrumer waren zum ersten Mal seit Beginn des Tourismus in den 1960er Jahren an den Osterfeiertagen ganz unter sich. Traumhaftes Wetter und menschenleerer Strand – wunderschön eigentlich! Da jedoch auf Amrum fast alle Einwohner vom Tourismus leben, gab es natürlich große Sorgen um die Existenz und die finanzielle Situation. In unserer Praxis haben wir die etwas ruhigere Zeit intensiv genutzt, um das Hygienekonzept anzupassen, eine Infektsprechstunde in einem gesonderten, von der Gemeinde bereitgestellten Gebäude einzurichten und die Praxisräume so umzugestalten, dass alle Patienten einzeln an der Vordertür hereingeholt und nach der Behandlung durch den Hinterausgang durch den Garten hinausbegleitet werden können. Hierzu musste ein Sprechzimmer ins bisherige Wartezimmer umziehen. So kreuzen sich die Wege der Patienten nicht. Zudem haben wir ein striktes Abfrageschema für die telefonische Anmeldung entwickelt und untersuchen jeden Patienten mit Fieber oder respiratorischen Symptomen konsequent in der getrennten Infektsprechstunde. Dort werden auch die COVID-Abstriche genommen.

### Intensive Auslastung der Praxis

Am 18. Mai wurde die Insel dann wieder für Urlauber geöffnet. Seitdem sind die Patientenzahlen in der Praxis genauso hoch wie in anderen Jahren. Die zunehmende Zahl an älteren Gästen mit schweren Vorerkrankungen, der hohe Anteil an Kindern während der Sommerferien, die ungeübten Radfahrer, die gerne mit dem gemieteten E-Bike verunfallen, die Sommerhitze, die am schnee-weißen Sandstrand nicht jeder gut verträgt – all das führt in der Hauptsaison zu einer starken Auslastung der Sprechstunden, des Bereitschaftsdienstes und des Rettungsdienstes. Trotz des deutlich erhöhten Aufwandes bei der Organisation der Sprechstunde und der verstärkten Hygienemaßnahmen haben wir überwiegend gute Erfahrungen mit unserem strikten Konzept gemacht. Die Insulaner wurden in einem Artikel in der Onlinezeitung „AmrumNews“ sowie in zahlreichen persönlichen Gesprächen über die Hygieneregeln informiert; auch die AmrumTouristik hat unsere Empfehlungen veröffentlicht und informiert fortlaufend

die Urlaubsgäste und die Vermietungsbetriebe. Die Amrumer sind sich der Wichtigkeit der Schutzmaßnahmen sehr bewusst und verhalten sich äußerst diszipliniert. Die Urlauber sind ... nun ja ... im Urlaub und damit manchmal etwas lässiger. Da auf Amrum jedoch draußen in der Natur genug Platz für alle ist und in den Lokalen und Geschäften sehr gut aufgepasst wird, läuft es insgesamt doch recht gut.

### Personelle Verstärkung gesucht

Die Arbeit in der Praxis ist in diesem Jahr auch deshalb eine besondere Herausforderung, weil die Praxisorganisation und -entwicklung trotz Corona weiter gehen muss: Die Einarbeitung neuer Teammitglieder und der jüngsten Auszubildenden genauso wie die Ausschreibung einer ärztlichen Stelle, da unser Kollege (und mein Lebensgefährte) Dr. Peter Totzauer Ende 2021 mit dann 67 Jahren in den Ruhestand gehen möchte. Aufgrund der besonderen Anforderungen der Inselpraxis suchen wir eine Ärztin oder einen Arzt mit breitgefächelter Erfahrung in Allgemeinmedizin und Notfallmedizin und ganz viel Lust auf das Leben und Arbeiten auf Amrum.

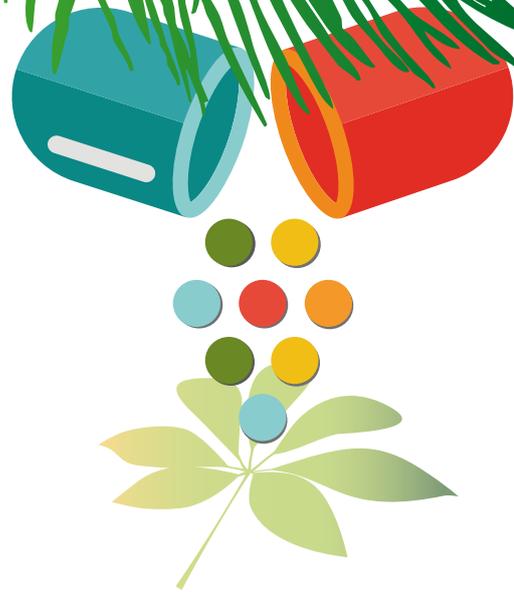
### Praxisjubiläum mit Abstand

Eine besondere Lösung war auch zum zehnjährigen Jubiläum der Praxis im Juni gefragt: Da wir nicht, wie geplant, gemeinsam mit unseren Patienten feiern konnten, haben wir im engsten Kreis des Praxisteams am Strand in einem Kreis aus Strandkörben mit jeweils zwei Metern Abstand zueinander gefeiert und in Erinnerungen an die zehn gemeinsamen Jahre geschwelgt. Das hatten wir uns vorher zwar nicht so vorgestellt, aber mit Händehygiene, Mund-Nasen-Schutz und Abstand geht es auch – „Happy Birthday“ mal anders. Wir sind also optimistisch, als eingespieltes Team auch den zukünftigen Herausforderungen mit hoher Einsatzbereitschaft und Freude an unserer Arbeit begegnen zu können und freuen uns auf interessierte Kolleginnen und Kollegen, die uns kennenlernen möchten.



DR. CLAUDIA DERICHS, FACHÄRZTIN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, NEBEL AUF AMRUM

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

## Flüssignahrung zulasten der Krankenkassen

Nach der Arzneimittelrichtlinie ist die Verordnung von Lebensmitteln zulasten der Krankenkassen grundsätzlich ausgeschlossen, da die Ernährung nicht zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen gehört. Hiervon gibt es jedoch – wie bereits bekannt sein dürfte – Ausnahmen.

Hierzu gehören:

- Eiweißhydrolysate,
- Aminosäuremischungen,
- Elementardiäten und
- Sondennahrung in medizinisch notwendigen Fällen.

Grundvoraussetzung für die Verordnung zulasten der Krankenkassen sind:

- Fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit zur ausreichenden Ernährung, wenn alle anderen Maßnahmen erschöpft sind.

Vorrangige Maßnahmen sind zum Beispiel:

- Schlucktraining,
- Lagerung des Patienten,
- ausreichende Mundhygiene,
- intensive Zuwendung (mehrfach am Tag Nahrung anbieten) und
- hochkalorische Nahrung mit handelsüblichen Lebensmitteln selbst hergestellt.

Wenn alle diese Maßnahmen erfolglos waren, kann zulasten der Krankenkassen verordnet werden.

Um Ihnen die Prüfung der Voraussetzungen und die Dokumentation zu erleichtern, haben wir auf unserer Website einen Fragebogen hinterlegt ([Praxis](#) ▶ [Verordnungen](#) ▶ [Arzneimittel](#) ▶ [Arzneimittel A bis Z](#) ▶ [Fragebogen zur Dokumentation für Ernährung zulasten der Krankenkassen](#)). Auf Anfrage stellen wir Ihnen auch gerne einen Tagesplan für hochkalorische Ernährung sowie Rezepte für hochkalorische Flüssignahrung zur Verfügung.

THOMAS FROHBERG, KVSH

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

# INFO-TEAM

i

Sie fragen  
wir antworten

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

## INFO-TEAM

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

***Wenn ich einen praxisfremden Vertreter während meines Urlaubs in meiner Praxis beschäftige, kann dieser dann genehmigungspflichtige Leistungen abrechnen?***

Sofern der zu vertretende Arzt eine Genehmigung für die Leistungen hat und dieser sich davon überzeugt hat, dass der Vertreter die Qualifikation hat, diese Leistungen zu erbringen, kann der Vertreter die Leistungen erbringen und über die LANR des zu vertretenden Arztes abrechnen.

***Gibt es für die Impfberatung eine Abrechnungsmöglichkeit?***

Nein, die Ziffer 99015 wurde ersatzlos gestrichen, somit gibt es für die reine Impfberatung keine Abrechnungsmöglichkeit mehr.

***Können die Ziffern GOP 02300-02302 EBM im Quartal bei derselben Wunde mehrfach abgerechnet werden, wenn es sich nur um die Wundversorgung und keinen operativen Eingriff handelt?***

Diese Ziffer beinhaltet die primäre Wundversorgung und kann daher nicht für die weitere Versorgung derselben Wunde abgerechnet werden.

***Gibt es Kinderfrüherkennungsuntersuchungen, die über die „normalen“ U-Untersuchungen (U1-U9 bzw. J1) hinausgehen?***

Ja, mit den Krankenkassen TK, Knappschaft und AOK NordWest bestehen mit der KVSH Sonderverträge, in denen die Zusatzuntersuchungen U10, U11 und J2 enthalten sind. Diese Leistungen erfordern eine gesonderte Genehmigung der KVSH für Haus- und Kinderärzte. Die Inhalte dieser Verträge und wie die Zugangsvoraussetzungen für Ärzte sind, können Sie auf der Internetseite: [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de)

***Wann wird die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung von der KVSH zugesetzt?***

Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) wird einmal im Quartal gezahlt und zwar für jeden Behandlungsfall, bei dem der Arzt ausschließlich konservativ tätig ist und keine spezialisierten Leistungen durchführt. Welche Leistungen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der PFG führen, finden Sie im Anhang 3 des EBM.

WAS, WANN, WO?

# Seminare

*Nicht zu allen Seminaren  
wird persönlich eingeladen.*

## 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](mailto:dagmar.martensen@kvsh.de)



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

## KVSH

**4. NOVEMBER 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](mailto:bettina.fanselow@kvsh.de) oder [karin.ruskowski@kvsh.de](mailto:karin.ruskowski@kvsh.de)

Bettina Fanselow, Zulassung/Praxisberatung  
 Tel. 04551 883 255  
 Karin Ruskowski, Zulassung/Praxisberatung  
 Tel. 04551 883 430  
[www.kvsh.de](http://www.kvsh.de)

## Schleswig-Holstein

**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](mailto:franziska.mumm@malteser.org)  
[www.instagram.com/franziskusflensburg](https://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](mailto:kongress@notarzt-boerse.de)  
[info@notarzt-boerse.de](mailto:info@notarzt-boerse.de)  
[www.20jahre.notarzt-boerse.de](http://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](mailto:Mark.Ellrichmann@uksh.de)  
[www.uksh.de/innere1-kiel](http://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](mailto:vorname.nachname@kvsh.de)

## Vorstand

<b>Vorstandsvorsitzende</b>	
Dr. Monika Schliifke .....	206/217/355
<b>Stellvertretender Vorstandsvorsitzender</b>	
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

<b>Abrechnung</b>	
Andrea Werner (Leiterin) .....	361/534
Thomas Stefaniw (stellv. Leiter) .....	361/534
Fax .....	322
<b>Abteilung Recht</b>	
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
<b>Ärztlicher Bereitschaftsdienst</b>	
Dr. Hans-Joachim Commentz (BD-Beauftr. d. Vorstands) .....	579
Alexander Paquet (Leiter) .....	214
<b>Akupunktur</b>	
Kathrin Kramaschke .....	380
<b>Ambulantes Operieren</b>	
Stephanie Purrucker .....	459
<b>Arthroskopie</b>	
Stephanie Purrucker .....	459
<b>Ärztliche Stelle (Röntgen)</b>	
Kerstin Weber .....	529
Uta Markl .....	393
Tanja Rau .....	386
Alice Lahmann .....	360
Ines Deichen .....	297
Heidrun Reiss .....	571
Caroline Bock .....	458
<b>Ärztliche Stelle (Nuklearmedizin/Strahlentherapie)</b>	
Kerstin Weber .....	529
Nina Tiede .....	325
<b>Ärztliche Stelle (Mammographie)</b>	
Kerstin Weber .....	529
Uta Markl .....	393
<b>Arztregister</b>	
Anja Scheil/Dorit Scheske .....	254

## Assistenz-Genehmigung

Janine Priegnitz .....	384
Renate Tödt .....	358
<b>Balneophototherapie</b>	
Nadine Pries .....	453
<b>Begleiterkrankungen Diabetes mellitus</b>	
Renate Krupp .....	685
<b>Chirotherapie</b>	
Heike Koschinat .....	328
<b>Datenschutzbeauftragter</b>	
Tom-Christian Brümmer .....	474
<b>Delegations-Vereinbarung</b>	
Kathrin Kramaschke .....	380
<b>Dermatohistologie</b>	
Michaela Schmidt .....	266
<b>Dialyse-Kommission/LDL</b>	
Katharina Specht .....	423
<b>Diabetes-Kommission</b>	
Aenne Villwock .....	369
<b>DMP-Team</b>	
Marion Froberg .....	444
Carolin Kohn .....	326
Nadine Pries .....	453
<b>Drogensubstitution</b>	
Astrid Patscha .....	340
<b>Dünndarm-Kapselendoskopie</b>	
Carolin Kohn .....	326
<b>EDV in der Arztpraxis</b>	
Timo Rickers .....	286
<b>Ermächtigungen</b>	
Evelyn Kreker .....	346
Maximilian Mews .....	462
<b>ESWL</b>	
Monika Nobis .....	938
<b>Formularausgabe</b>	
Sylvia Warzecha .....	250
<b>Fortbildung/Veranstaltungen</b>	
Tanja Glaw .....	332
<b>Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V</b>	
Timo Dröger .....	637
Anna-Sofie Reinhard .....	527
<b>Früherkennungsuntersuchung Kinder</b>	
Heike Koschinat .....	328
<b>Gesund schwanger</b>	
Monika Nobis .....	938
<b>Gesundheitspolitik und Kommunikation</b>	
Delf Kröger (Leiter Gesundheitspolitik) .....	454
Marco Dethlefsen (Leiter Kommunikation) .....	381
<b>Hautkrebs-Screening</b>	
Christina Bernhardt .....	470
<b>Hausarztzentrierte Versorgung</b>	
Heike Koschinat .....	328
<b>Heil- und Hilfsmittel</b>	
Ellen Roy .....	931

<b>Histopathologie im Rahmen Hautkrebs-Screening</b>	
Michaela Schmidt .....	266
<b>HIV/AIDS</b>	
Doreen Dammeyer .....	445
<b>Hörgeräteversorgung</b>	
Katharina Specht .....	423
<b>Homöopathie</b>	
Heike Koschinat .....	328
<b>HVM-Team/Info-Team</b>	
Stephan Rühle (Leiter) .....	334
<b>Info-Team/Hotline</b>	
Telefon .....	388/883
Fax .....	505
<b>Internet</b>	
Jakob Wilder .....	475
Borka Totzauer .....	356
<b>Interventionelle Radiologie</b>	
Daniela Leisner .....	578
<b>Intravitreale Medikamenteneingabe</b>	
Stephanie Purrucker .....	459
<b>Invasive Kardiologie</b>	
Christine Sancion .....	533
<b>Kernspintomografie</b>	
Daniela Leisner .....	578
<b>Koloskopie</b>	
Carolin Kohn .....	326
<b>Koordinierungsstelle Weiterbildung</b>	
Janine Priegnitz .....	384
<b>Krankengeldzahlungen</b>	
Doris Eppel .....	220
<b>Laborleistung (32.3)</b>	
Marion Frohberg .....	444
<b>Langzeit-EKG</b>	
Renate Krupp .....	685
<b>Mammographie (Screening)</b>	
Anja Liebethuth .....	302
<b>Mammographie (kurativ)</b>	
Anja Liebethuth .....	302
<b>Molekulargenetik</b>	
Marion Frohberg .....	444
<b>MRSA</b>	
Anna-Sofie Reinhard .....	527
<b>Neuropsychologische Therapie</b>	
Christine Sancion .....	533
<b>Niederlassung/Zulassung</b>	
Susanne Bach-Nagel .....	378
Martina Schütt .....	258
Christian Schrade .....	634
Daniel Jacoby .....	259
Michelle Teegen .....	596
Christian Riske .....	493
<b>Nordlicht aktuell</b>	
Borka Totzauer .....	356
Jakob Wilder .....	475
<b>Nuklearmedizin</b>	
Monika Nobis .....	938
<b>Onkologie</b>	
Stephanie Purrucker .....	459
<b>Otoakustische Emissionen</b>	
Katharina Specht .....	423
<b>Palliativmedizin</b>	
Doreen Dammeyer .....	445
<b>Personal und Finanzen</b>	
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
<b>PET/PET-CT</b>	
Monika Nobis .....	938
<b>Phototherapeutische Keratektomie</b>	
Stephanie Purrucker .....	459
<b>Photodynamische Therapie am Augenhintergrund</b>	
Stephanie Purrucker .....	459
<b>Physikalisch-Medizinische Leistungen</b>	
Heike Koschinat .....	328
<b>Plausibilitätsprüfung</b>	
Johannes Schlichte .....	256
Sabrina Bardowicks .....	691
Ulrike Moszeik .....	336
Rita Maass .....	467
<b>Polygrafie/Polysomnografie</b>	
Christina Bernhardt .....	470
<b>Pressesprecher</b>	
Marco Dethlefsen .....	381
Fax .....	396
<b>Psychotherapie</b>	
Katharina Specht .....	423
<b>Qualitätssicherung</b>	
Aenne Villwock (Leiterin) .....	369/262
Fax .....	374
<b>Qualitätszirkel</b>	
Dagmar Martensen .....	687
<b>Qualitätsmanagement</b>	
Timo Dröger .....	637
Angelika Ströbel .....	204
<b>QuaMaDi</b>	
Gabriela Haack .....	442
QuaMaDi-Hotline .....	887
<b>Radiologie-Kommission</b>	
Leif-Arne Esser .....	382
Daniela Leisner .....	578
Christine Sancion .....	470
<b>Rhythmusimplantat-Kontrolle</b>	
Nadine Pries .....	453
<b>Röntgen (Anträge)</b>	
Daniela Leisner .....	578
<b>Röntgen (Qualitätssicherung nach SGB)</b>	
Christine Sancion .....	533
<b>Rückforderungen der Kostenträger</b>	
Björn Linders .....	564
<b>Schmerztherapie</b>	
Kathrin Kramaschke .....	380
<b>Sonografie (Anträge)</b>	
Tanja Steinberg .....	315
Ramona Schröder-Berthold .....	611
<b>Sonografie (Qualitätssicherung)</b>	
Susanne Willomeit .....	228
<b>Sozialpädiatrie</b>	
Christine Sancion .....	533
<b>Sozialpsychiatrie-Vereinbarung</b>	
Doreen Dammeyer .....	445
<b>Soziotherapie</b>	
Doreen Dammeyer .....	445
<b>Sprechstundenbedarf</b>	
Heidi Dabelstein .....	353

<b>Strahlentherapie</b>	
Monika Nobis.....	938
<b>Struktur und Verträge</b>	
Simone Eberhard (Leiterin).....	434
Fax.....	7331
<b>Telematik-Hotline</b> .....	888
<b>Teilzahlungen</b>	
Brunhild Böttcher.....	231
<b>Tonsillotomie</b>	
Doreen Dammeyer.....	445
<b>Vakuumbiopsie</b>	
Stefani Schröder.....	930
<b>Verordnung (Team Beratung)</b>	
Thomas Froberg.....	304
Stephan Reuß (Beratender Arzt).....	351
<b>Widersprüche (Abteilung Recht)</b>	
Gudrun Molitor.....	439
<b>Zulassung</b>	
Bianca Hartz (Leiterin).....	255
Fax.....	276
<b>Zytologie</b>	
Michaela Schmidt.....	266
<b>Zweitmeinungsverfahren</b>	
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

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

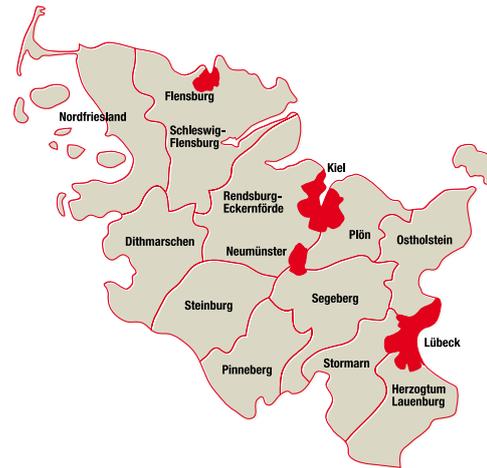
#### Anschrift der Redaktion

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](http://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