

Nordlicht



Dezember 2020 | 23. Jahrgang

A K T U E I L



Digitalisierung im Gesundheitswesen

Neues Jahr, neue Abkürzungen

SERVICESEITEN
AB SEITE 43

TITELTHEMA

- 4 TI-Anwendungen am Start: elektronische Patientenakte und KIM – Kommunikation im Medizinwesen
- 6 Digitalisierung 2021: Was kommt noch?
- 8 Gebündelte Kommunikation als Ziel: KIM-Dienst der KBV unter der Lupe
- 10 Hintergründe: Was bringt die elektronische Patientenakte?

12 NACHRICHTEN KOMPAKT

GESUNDHEITSPOLITIK

- 14 Kommentar: Positive Bilanz

PRAXIS & KV

15 LESERBRIEF

- 16 Abgeordnetenversammlung: Corona-Impfzentren als neue Aufgabe für die Niedergelassenen
- 18 Honorarbericht 2019
- 20 Corona-Testzentren: KVSH-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliffke informierte sich vor Ort
- 21 Aufbau von Impfzentren
- 22 „Die seelische Gesundheit steht auf dem Spiel“: Interview mit Allgemeinärztin Dr. Christine Spingler zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie
- 24 Serie: Formulare richtig ausfüllen – Muster 36 und Muster 56
- 27 Serie: IT-Sicherheit in der ärztlichen Versorgung – PC am Arbeitsplatz
- 29 Serie – Versorgungsverträge: Disease-Management-Programme
- 31 Neue Heilmittel-Richtlinie ab Januar 2021
- 33 Psychotherapie: Stille Nacht, einsame Nacht? – Weihnachten unter Pandemie-Bedingungen

BEKANNTMACHUNGEN UND MELDUNGEN

- 39 HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

DIE MENSCHEN IM LAND

- 40 Hausbesuche auf einem „Franzosen“
- 42 Neu niedergelassen in Schleswig-Holstein

SERVICE

- 43 Sicher durch den Verordnungsdschungel
- 44 Sie fragen – wir antworten
- 45 Seminare
- 47 Termine
- 51 Kreisstellen der KVSH

Aus dem Inhalt

Die Digitalisierung im Medizinwesen hat in diesem Jahr auch als Folge der COVID-19-Pandemie weiter Fahrt aufgenommen. Gesetzliche Regelungen haben diesen Trend weiter verstärkt und auch für 2021 stehen neue digitale Anwendungen auf der Agenda. Das Titelthema erläutert die Hintergründe und erklärt, was die Einführung von ePA, KIM und Co. für die Praxen bedeutet.



04

Corona-Impfungen als neue Aufgabe. Personal für Corona-Impfzentren und mobile Teams gesucht: Die Abgeordnetenversammlung der KVSH stellt sich den kommenden Aufgaben.



16

40



Dr. Johannes Gerber macht sich die Fahrt zum Hausbesuch so angenehm wie möglich. Der Allgemeinmediziner aus Burg auf Fehmarn schwingt sich dazu am liebsten auf seine französische Velosolex (Baujahr 1976).

i

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



EDITORIAL

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

Liebe Leserinnen und Leser,

Licht am Ende des Tunnels?

Um ehrlich zu sein, ich will mein freies altes Leben zurück und da ich tendenziell ein Optimist bin, mag ich das in Kürze beginnende Impfen subjektiv überschätzen. Aber darf man nicht träumen, dass der Impfstoff ausreichend verfügbar ist, eine Wirkung von mindestens 90 Prozent hat, sich eine ausreichende Zahl der Bürger impfen lässt und es keine nennenswerten Nebenwirkungen gibt? Und um noch einen oben draufzusetzen, wie wäre die Erkenntnis, dass einer der kommenden Impfstoffe auch in den Praxen verimpfbar wäre? Dann könnten wir in 2021 mit dem Meisten durch sein.

All diese Optionen sind derzeit möglich, aber zur Eintrübung reicht auch nur eine Abweichung in den Annahmen. Wir werden in den nächsten Wochen schlauer werden. Die Vorbereitung in den Impfzentren läuft jedenfalls auf Hochtouren und es haben sich schon fast 1.000 Ärzte gemeldet, die sich in diesen Zentren engagieren wollen. Am ärztlichen Engagement wird es jedenfalls nicht scheitern, Ähnliches gilt für die über 500 angemeldeten Assistenzkräfte.

Anderes zu Corona? Ja, wir müssen leider aktuell vermelden, dass Handschuhe derzeit weltweit Mangelware werden (wir haben Lieferungen von über 11 Millionen Stück ausstehen). Und, ob der Schutzschirm gesetzlich für das 1. Quartal 2021 und folgende verlängert wird, hängt beim Gesetzgeber derzeit in den Seilen. Dort will man abwarten, wie und ob der Lockdown die Patienten immer noch von Praxisbesuchen abhält. Wir verstehen diese Haltung keinesfalls.

Um mit eigenen – wenn auch begrenzten – Mitteln übergangsweise entgegenzuwirken, haben wir in der letzten Abgeordnetenversammlung beschlossen, die Abstaffelung im PZV für zwei Quartale auszusetzen! Bedingung für das 1. Quartal 2021 ist aber die Anzeige von Infektsprechstunden. Die KVSH ist der Auffassung, dass in diesen Zeiten Unnormalem mit Unüblichem zu begegnen ist. Wir setzen darauf, dass dies auch für die Politik Schule macht. Wie gesagt: Ich bin ein latenter Optimist.

Bleiben Sie engagiert, zuversichtlich und gesund. Ich wünsche Ihnen ein erfülltes Weihnachten mit dem Blick auf das Licht in der Krippe oder auch am Ende des langen Tunnels.

Es grüßt Sie

Ihr

Ralph Ennenbach

KIM und ePA in den Startlöchern

Das deutsche Gesundheitswesen ist digital betrachtet immer noch Entwicklungsland. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will das mit aller Macht ändern und drückt spätestens seit der Amtsübernahme durch Jens Spahn ein Gesetz nach dem anderen durch, damit die Digitalisierung auch in den Praxen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten Einzug hält. Dabei setzt das BMG auf Sanktionsdrohungen, Fristen und strikte Terminvorgaben. Das mag populistisch funktionieren, bei den vielen heißen Eisen, die das BMG schmiedet, bleiben allerdings wichtige Fragen unbeantwortet. Zum Beispiel die nach einer ausreichenden Finanzierung der digitalen Anwendungen, um die Kosten für die Praxen abzudecken, oder zum Datenschutz. Mit KIM – Kommunikation im Medizinwesen – und der elektronischen Patientenakte (ePA) stehen zwei weitere Digitalanwendungen in den Startlöchern.



Mit dem Kommunikationsdienst KIM soll es für Praxen zukünftig möglich sein, medizinische Dokumente, wie Arztbriefe, Befunde, AU-Bescheinigungen oder auch die Abrechnung, elektronisch und sicher über die Telematikinfrastruktur (TI) zu versenden und zu empfangen. KIM ist wie ein normales E-Mail-System, nur werden dabei jede Nachricht sowie jedes Dokument verschlüsselt und erst beim Empfänger wieder entschlüsselt. Der Dienst firmierte vorher unter dem Namen KOM-LE. In Schleswig-Holstein soll KIM langfristig SafeMail, den E-Mail-Dienst der KVSH, ablösen. Erst einmal wird SafeMail aber weiterbetrieben. Und das auch über den

31. Dezember 2020 hinaus, bis KIM in der Fläche angekommen ist und die Nutzer umgestiegen sind. An KIM anschließen sollen sich künftig neben Praxen auch Krankenhäuser, Apotheken, die Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen sowie andere Einrichtungen. Ziel ist es, dass die gesamte elektronische Kommunikation künftig nur noch über KIM läuft.

Im Laufe des Jahres 2021 benötigen alle Praxen einen KIM-Dienst. Grundlage ist ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur mit dem sogenannten E-Health-Konnektor. Das dafür nötige Update wird

durch die Konnektor-Hersteller bereitgestellt. Um KIM nutzen zu können, brauchen Ärzte und Psychotherapeuten außerdem einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Dieser dient dazu, die Dokumente, die verschickt werden, zu unterschreiben. Ärzte und Psychotherapeuten sollten sich darum zeitnah an die Landesärztekammer beziehungsweise Landespsychotherapeutenkammer wenden. Diese sind als Herausgeber des eHBA die zuständigen Ansprechpartner.



KBV bietet eigenen KIM-Dienst an

Der KIM-Dienst wird in Zukunft von verschiedenen Herstellern angeboten. Praxen können den Anbieter dabei frei wählen, da jeder Dienst mit jedem Praxisverwaltungssystem kompatibel sein muss. So lautet die Vorgabe der gematik, die für die Zulassung der KIM-Dienste zuständig ist.



Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bietet mit „kv.dox“ künftig einen eigenen KIM-Dienst an. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz hat das KV-System erstmals die Möglichkeit erhalten, neben der Industrie eine Komponente der Telematikinfrastruktur den Praxen bereitzustellen. Praxen können den Dienst voraussichtlich ab Ende November dieses Jahres über das „kv.dox-Portal“ bestellen und auf ihren Praxisrechnern installieren. Die KBV stellt die Website gemeinsam mit dem Partner akquinet bereit. Der IT-Dienstleister mit Hauptsitz in Hamburg setzt kv.dox für die KBV technisch um und kümmert sich künftig um den technischen Support.



Die KBV wird ihren KIM-Dienst für acht Euro im Monat zuzüglich Mehrwertsteuer anbieten. Der erste Monat ist kostenfrei. Hinzu kommt eine Rechnungsgebühr für die Zahlungsabwicklung von 3,03 Euro plus Mehrwertsteuer einmal im Quartal. Laut KBV können Nutzer von kv.dox so viele Nachrichten empfangen und versenden wie gewünscht; das Datenvolumen sei nicht begrenzt. Im Preis enthalten seien außerdem die Einrichtungsgebühren, das kv.dox KIM-Clientmodul sowie der technische Support.

Elektronische Patientenakte startet in 2021

Eine weitere digitale Anwendung, mit der sich KV-Mitglieder demnächst auseinandersetzen müssen, ist die elektronische Patientenakte – kurz ePA. Zunächst einmal sind allerdings die Krankenkassen in der Pflicht. Das Patientendaten-Schutz-Gesetz sieht vor, dass Krankenkassen ihren Versicherten ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte anbieten müssen. Damit die ePA auch befüllt wird, erhalten Patienten einen Anspruch darauf, dass ihre Ärztin beziehungsweise ihr Arzt medizinische Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in die ePA einträgt, wenn die Patienten dies wünschen.



Ärzte sollen bis 30. Juni 2021 startbereit sein – anderenfalls drohen ihnen auch hier Sanktionen in Form von einem Prozent Honorarabzug. Sie sollten sich deshalb ab Jahresbeginn bei ihrem Konnektor-Hersteller um ein Update bemühen, um die Akte spätestens ab Juli befüllen zu können. Die Nutzung der ePA ist für den Versicherten freiwillig – nur er entscheidet, welche Daten gespeichert werden und welcher Arzt darauf zugreifen darf.



Ärzte, die die ePA erstmals befüllen, sollen hierfür zehn Euro bekommen. Für die Unterstützung der Versicherten bei der weiteren Verwaltung ihrer ePA erhalten Ärzte, Zahnärzte und Apotheker ebenfalls eine Vergütung. Deren Höhe wird noch zwischen KBV und Krankenkassen verhandelt.

Ab 1. Januar 2022 soll das strukturierte Speichern von Befunden, Arztberichten und Röntgenbildern sowie Mutterpass, dem gelben U-Heft für Kinder und dem Zahn-Bonusheft in der ePA möglich sein – zuvor ist das Speichern auch möglich, aber nur in „ungeordneter“ Form.



Auch das steht im Gesetz

Für das elektronische Rezept soll es ab Mitte 2021 eine App geben, mit der sich das eRezept direkt auf einem Smartphone anzeigen lässt. Der Patient kann es dann in einer Apotheke seiner Wahl einlösen.



Überweisungen zu Fachärzten sollen ebenfalls auf elektronischem Weg übermittelt werden können. Betreiber von Diensten und Komponenten der Telematikinfrastruktur müssen Störungen und Sicherheitsmängel unverzüglich an die gematik melden – bei Versäumnissen der Meldung droht ein Bußgeld von bis zu 300.000 Euro.

Weitere Informationen zu KIM – Kommunikation im Medizinwesen – gibt es im Internet unter www.kbv.de/html/kim.php und www.gematik.de/anwendungen/kim

Aktuelle Informationen zur elektronischen Patientenakte unter https://www.kbv.de/html/1150_47010.php

MARCO DETHLEFSEN, KVSH

Was kommt noch?

Die Telematikinfrastruktur (TI) soll alle Beteiligten im Gesundheitswesen, wie Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen miteinander vernetzen und eine schnelle sowie sichere Kommunikation zwischen ihnen ermöglichen. Das Versichertenstammdatenmanagement war 2019 der Einstieg in die TI, nach und nach kommen weitere Anwendungen hinzu. Zwar hat der Gesetzgeber für einige Anwendungen verpflichtende Starttermine festgelegt, doch es kommt vor, dass die Zeitpläne verschoben werden müssen, zum Beispiel wegen technischer Schwierigkeiten, langer Zulassungsverfahren oder Verzögerungen aus vorangegangenen Projektphasen. Die folgende Übersicht steht daher unter Vorbehalt.



Elektronischer Medikationsplan und Notfalldatenmanagement: Feldtests laufen noch

Der elektronische Medikationsplan (eMP) ist die digitale Weiterentwicklung des bereits im Oktober 2016 eingeführten bundeseinheitlichen Medikationsplans. Neu ist, dass künftig sowohl Haus- als auch Fachärzte den Plan aktualisieren müssen und ihn direkt auf der elektronischen Gesundheitskarte speichern können. So dient der Plan der Information aller, die am Medikationsprozess beteiligt sind. Der eMP gehört gemeinsam mit dem Notfall-

datenmanagement zu den ersten medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte. Wann die beiden TI-Anwendungen flächendeckend zum Einsatz kommen, steht noch nicht fest. Derzeit laufen noch Feldtests.

Gesundheits-Apps: Erste Anwendungen im DiGA-Verzeichnis

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat Anfang Oktober dieses Jahres die ersten „Apps auf Rezept“ in das neue Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

aufgenommen. Dabei handelt es sich um eine Tinnitus-App und eine Webanwendung für Patienten mit Angst- und Panikstörungen. Inzwischen sind im DiGA-Verzeichnis weitere erstattungsfähige Gesundheits-Apps gelistet (<https://diga.bfarm.de/de>).

Kommunikation im Medizinwesen: 2021 sollen Praxen über KIM-Dienst verfügen

KIM ist ein E-Mail-Dienst ausschließlich für Nutzer der Telematikinfrastruktur. Über ihn soll künftig die gesamte Kommunikation zwischen Ärzten in Praxen und Krankenhäusern, Psychotherapeuten, Apothekern, Zahnärzten und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen laufen. Im Laufe des Jahres 2021 benötigen alle Praxen einen solchen Kommunikationsdienst. Die KBV bietet voraussichtlich ab Ende November dieses Jahres mit „kv.dox“ einen eigenen KIM-Dienst für Ärzte und Psychotherapeuten an.

Elektronische Patientenakte: Praxen müssen bis 30. Juni 2021 startklar sein

Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten ab 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) anbieten. Damit diese auch befüllt wird, erhalten Patienten einen Anspruch darauf, dass ihre Ärztin beziehungsweise ihr Arzt medizinische Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext in die ePA einträgt, wenn die Patienten dies wünschen. Ärzte müssen bis 30. Juni 2021 startbereit sein – anderenfalls drohen ihnen Sanktionen in Form von einem Prozent Honorarabzug. Sie sollten sich deshalb ab Jahresbeginn bei ihrem Konnektor-Hersteller um ein Update bemühen, um die Akte spätestens ab Juli befüllen zu können.

Neben Befunden, Arztberichten oder Röntgenbildern lassen sich ab 2022 auch der Impfausweis, der Mutterpass, das gelbe U-Heft für Kinder und das Zahn-Bonusheft in der elektronischen Patientenakte speichern. Darüber hinaus sollen Versicherte dann auch die Möglichkeit bekommen, über ihr Smartphone oder Tablet für jedes in der ePA gespeicherte Dokument einzeln zu bestimmen, wer darauf zugreifen kann. Patienten können also zum Beispiel festlegen, dass ein Arzt zwar auf die ePA zugreifen darf, dass ihm aber bestimmte Befunde nicht angezeigt werden.

Elektronische AU: Schrittweise Einführung wohl erst ab 1. Oktober 2021

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz hatte Vertragsärzte verpflichtet, die Daten der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ab dem 1. Januar 2021 elektronisch über die Telematikinfrastruktur an die Krankenkassen zu übermitteln. Ab dann sollte auch die Pflicht, die Krankenkasse über die AU zu informieren, von den Versicherten auf die Vertragsärzte übergehen. Da die

technische Ausstattung jedoch nicht in allen Praxen bis zum Ende dieses Jahres verfügbar sein kann, hatte die KBV eine Übergangsregelung gefordert. Dem hat das Bundesgesundheitsministerium zugestimmt: Ärztinnen und Ärzte müssen demnach erst ab dem 1. Oktober 2021 die eAU nutzen. Eine Voraussetzung dafür ist jedoch die Zustimmung der Krankenkassen. Die Verhandlungen dazu dauern noch an.

Während die AU an die Krankenkassen ab Oktober 2021 nur noch digital übermittelt werden soll, bleiben papiergebundene AU-Durchschläge für Versicherte und Arbeitgeber nach derzeitigem Stand noch bis zum 31. Dezember 2021 bestehen. Versicherte müssen also zunächst weiterhin den Durchschlag an den Arbeitgeber versenden.

Ab dem Jahr 2022 soll dann auch die Weiterleitung der Daten an den Arbeitgeber nur noch digital erfolgen. Zuständig dafür sind aber nicht die Arztpraxen, sondern die Krankenkassen. Vertragsärzte sind allerdings gesetzlich weiterhin verpflichtet, ihren Patienten auf Wunsch eine vereinfachte AU-Bescheinigung – etwa für private Unterlagen – auf Papier auszudrucken.

Elektronisches Rezept: Flächendeckende Einführung Anfang 2022

Vollständig digitalisiert werden soll nach dem Willen des Gesetzgebers auch die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Ab dem 1. Januar 2022 ist das eRezept verpflichtend. Voraussetzung hierfür stellt ebenfalls die elektronische Signatur mit dem eHBA dar. Neben dem eRezept für verschreibungspflichtige Arzneimittel sollen zukünftig auch alle weiteren veranlassten Leistungen – wie etwa Heilmittel, Hilfsmittel oder häusliche Krankenpflege – elektronisch verordnet werden können.

Neue E-Health-Pläne aus dem BMG: Drittes Digitalisierungsgesetz soll kommen

Nach dem Digitalen-Versorgungs-Gesetz und dem Patientendaten-Schutz-Gesetz will das Bundesgesundheitsministerium das Gesundheitswesen mit einem Digitalisierungsgesetz weiter umkrempeln. Laut einem Eckpunktepapier sollen zum Beispiel Videosprechstunden auch während der sprechstundenfreien Zeiten stattfinden können, aber auf die Praxiszeiten anteilig angerechnet werden. Geplant ist außerdem, dass die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen künftig auch Termine für Online-Sprechstunden vermitteln sollen. Wann ein Gesetzentwurf vorliegt, ist noch unklar.

MARCO DETHLEFSEN, KVSH

kv.dox: KIM-Dienst der KBV kurz vor dem Start

VON DR. FLORIAN FUHRMANN UND VOLKER DENTEL, GESCHÄFTSLEITUNG KV.DIGITAL GMBH

Ab 2021 soll die Kommunikation innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) über KIM (Kommunikation in der Medizin) erfolgen. Warum bringt die KBV einen eigenen KIM-Dienst auf den Markt? Und was habe ich als Praxisinhaber davon? Diese und viele weitere Fragen sollen im Folgenden beantwortet und der strategische Aspekt dieser auch politischen Entwicklung verdeutlicht werden.



Ob Telemedizin oder Corona-Warn-App: Die Corona-Pandemie hat in keiner anderen Branche so viele digitale Innovationen und politische Neuerungen mit sich gebracht wie im Gesundheitswesen. Das KV-System hat die Notwendigkeit und strategische Bedeutung der Digitalisierung für die ambulante Versorgung bereits vor vielen Jahren erkannt und sich unter anderem durch die Gründung und den Aufbau der kv.digital darauf eingestellt und diese Entwicklung mitgestaltet. In den letzten Jahren wurden hier, neben der Onlineterminvergabe und der 116117.app, insbesondere KV-Connect, der Vorläufer von KIM, umgesetzt.

Sichere und einfache Kommunikation

Mithilfe eines KIM-Dienstes können Arztbriefe, Befunde oder AU-Bescheinigungen aktuell mit einer Dateigröße von bis zu 25 MB sicher und dennoch so einfach versendet werden wie eine E-Mail. Über den Dienst können Dokumente innerhalb der TI direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) an den ärztlichen Kollegen, genauso wie an den Apotheker, den Kollegen im Krankenhaus oder die Kassenärztliche Vereinigung verschickt werden. Das Besondere: Anders als bei einem herkömmlichen E-Mail-Programm sind sensible Patienten- und Arztdaten sicher und zuverlässig geschützt. kv.dox ist der KIM-Dienst der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und interoperabel mit allen, von der gematik zugelassenen, KIM-Diensten.



QUELLE: KV.DIGITAL

Die Erfahrung ermöglicht uns diese Chance

Über die bisherigen sicheren (weil Ende-zu-Ende verschlüsselten) Kommunikationskanäle der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, KV-Connect und KV SafeMail, werden heute schon jährlich Millionen von medizinischen Dokumenten (eArztbriefe, Labordaten, Abrechnungsdaten, DMP-Daten uvm.) versendet. Nun gehen KBV und die kv.digital GmbH einen Schritt weiter und bieten den KV-Mitgliedern verschlüsselte Kommunikation nicht mehr nur innerhalb des Sicheren Netzes der KVen (SNK) an, sondern erweitern ihr Angebot auf die gesamte TI, in dem sie im ersten Schritt Provider für den gematik-Standard KIM werden.

Die langjährige Erfahrung im Aufbau und in der Verbreitung sicherer Kommunikationslösungen in den Praxen hat den Gesetzgeber dazu bewogen, der KBV die Möglichkeit einzuräumen, selbst einen KIM-Dienst für die Vertragsärzte parallel zur Industrie anzubieten. Die rechtliche Grundlage dazu brachte im Dezember 2019 die Neuaufnahme des Satzes 3 in den Paragraph 291b, Abs. 1e SGB V mit sich: Erstmals ermöglicht er der KBV als Anbieter eines KIM-Dienstes aufzutreten. Da für die Bereitstellung des Dienstes nur ein halbes Jahr zur Verfügung stand, waren KBV und kv.digital GmbH im Rahmen eines europaweiten Vergabeverfahrens auf der Suche nach einem Umsetzungspartner, der technisch bereits eine Lösung vorweisen konnte. Die Wahl fiel auf die Firma „akquinet health service GmbH“ aus Hamburg.

Schnell ein gutes Produkt

Nach der erfolgreichen Herstellerzulassung durch die gematik befindet sich kv.dox nun seit November im sogenannten Feldtest. Der Dienst muss hier dem Praxistest mit 50 Ärzten, 16 Zahnärzten, 4 Kassenzahnärztliche Vereinigungen und einem Krankenhaus standhalten. Erst dann erfolgt die offizielle und finale Zulassung, die voraussichtlich Dezember 2020 erfolgen soll.

Mit kv.dox bringen KBV und kv.digital ein gutes Produkt auf den Markt. Und wie gut ist dieses Produkt tatsächlich?

- **Der KIM-Dienst von Ärzten für Ärzte:** Als Interessenvertretung kennt die KBV die Bedürfnisse und auch die Probleme der Praxen. Deswegen wurde ein passgenaues Angebot entwickelt, bei dem gerade Interoperabilität, Flexibilität und Stabilität die wichtigsten Kriterien waren.
- **Unbegrenzte Anzahl an Nachrichten:** Im Gegensatz zu anderen Anbietern gibt es bei kv.dox keine Kontingentbeschränkung: Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten können unbegrenzt Nachrichten, Arztbriefe oder AU-Bescheinigungen digital versenden.
- **Transparenter und fester Preis:** Eine KIM-Adresse. Ein Preis. Der Preis liegt mit 6,55 Euro zzgl. MwSt. im Rahmen der Finanzierungspauschale, die die KBV mit den Krankenkassen für KIM-Dienste ausgehandelt hat. In diesem monatlichen Festpreis ist alles enthalten. Es fallen außer einer Rechnungspauschale von 3,03 Euro im Quartal keine zusätzlichen Bereitstellungs- oder Einrichtungsgebühren an.
- **Hohe Flexibilität und kostenloser Service:** kv.dox ist kompatibel mit jedem von der gematik als KIM-konform bestätigtem PVS und jedem zugelassenen Konnektor mit einem eHealth-Update. WICHTIG: kv.dox ist monatlich kündbar und den Abonnenten steht ein kostenloser Support telefonisch und per E-Mail zur Verfügung.

Die konkrete Umsetzung

Wenn kv.dox Dezember von der gematik final zugelassen wird, geht zeitgleich das kv.dox-Portal www.kvdox.kbv.de online. Hier können die Mitglieder der KVen ihre kv.dox-Adresse selbst oder mithilfe eines IT-Dienstleisters beauftragen und wie folgt einrichten. Eine entsprechende Kurzanleitung steht über das Portal zur Verfügung.

- 1. Beauftragung:** Nach Vertragsabschluss und der Registrierung über das kv.dox-Portal erhält der niedergelassene Arzt oder Psychotherapeut einen Registrierungscode.
- 2. Installation:** Nun kann mit wenigen Klicks das kv.dox KIM Clientmodul installiert werden.
- 3. Registrierung der KIM-Mail-Adresse:** Über den Accountmanager im kv.dox-Portal und den in Schritt 1 erhaltenen Registrierungscode kann die KIM-Mail-Adresse im zentralen Verzeichnisdienst der TI angelegt werden.
- 4. Anbindung an das PVS:** Nachdem kv.dox als KIM-Dienst eingerichtet ist, muss er noch in das PVS eingebunden werden.
- 5. E-Mails versenden:** Über das PVS können nun sicher E-Mails und Dokumente versendet und empfangen werden.

Am Ende geht es weiter

Um zu vermeiden, dass Praxen KV-Connect und den KIM-Dienst dauerhaft parallel im Einsatz haben, plant die kv.digital GmbH eine sukzessive Migration aller 17 bereits bestehenden KV-Connect Anwendungen für die medizinische Kommunikation auf den neuen Standard. Im ersten Schritt migriert die sogenannte Arzt-zu-Arzt-Kommunikation: eNachricht, eArztbrief und Labordatenkommunikation sind bereits umgestellt. Digitale Muster sind aktuell in Bearbeitung. 2021 folgen 1-Click, die abrechnungsbegleitende Dokumentation (abD) und die eDoku. Die Arzt-zu-Datenannahmestelle-Anwendungen (DMP) werden migrieren, sobald die Datenannahmestellen in die TI kommen dürfen. Generell werden alle Anwendungen eins-zueins von KV-Connect zu KIM übertragen, denn das wichtigste ist, dass diese Migrationen aufwandsarm für Praxen und Softwarehäuser ablaufen. Das steht für uns im Fokus.



Dr. Florian Fuhrmann



Volker Dentel

Die kv.digital GmbH (ehemals KV Telematik GmbH) ist eine Tochtergesellschaft der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die drei Säulen der kv.digital sind die Kommunikationsplattform kv.connect (für die Arzt-zu-Arzt-Kommunikation und der KIM-Dienst kv.dox), die Patientenplattform 116117.app (inklusive dem eTerminservice) sowie die Austauschplattform kv.digital hub.

Mehr Informationen unter: www.kv.digital

(Warum) brauchen wir eine elektronische Patientenakte?

VON DR. PHILIPP STACHWITZ, DIRECTOR MEDICAL CARE, HEALTH INNOVATION HUB, BERLIN

Jede Ärztin, jeder Arzt kennt diese Situation: Im Anamnesegespräch, während der Untersuchung oder bei der Frage nach der richtigen therapeutischen Entscheidung wird deutlich, dass Vorbefunde zum Patienten existieren, die wichtige Hinweise liefern können. Das Ergebnis einer Untersuchung, der Arztbrief eines stationären Aufenthaltes, ein Laborbefund, ein durch einen Kollegen verordnetes Medikament. Die Liste lässt sich beliebig erweitern. All dies würde jetzt helfen, die aktuellen Beschwerden und die anamnestischen Angaben besser einordnen zu können, Entscheidungen mit größerer Sicherheit zu treffen, einen Verlauf zu beurteilen oder vielleicht auch nur die Frage eines Patienten besser beantworten zu können.



Die Lösung für dieses Problem ist einleuchtend: Eine einrichtungsübergreifende, dem jeweiligen Patienten zugeordnete Sammlung aller ihn betreffenden medizinischen Dokumente in elektronischer Form. Eine grundsätzlich lebenslange Sammlung der Dokumentation seiner Krankengeschichte unter seiner Kontrolle, bei der er bestimmt, was darin enthalten ist und wem er darauf wann und in welchem Umfang Zugriff gewährt.

Und genau das ist die Idee der elektronischen Patientenakte (ePA), so wie sie bereits seit mehr als einem Jahrzehnt im SGB V festgeschrieben ist, die aktuell mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) noch einmal deutlich präzisiert wurde und die nun ab dem Jahr 2021 schrittweise in

die Umsetzung gelangen wird.

Das Problem ist nur: Die Information ist eben jetzt und hier nicht verfügbar. Und der Grund für das Problem liegt auf der Hand: In unserem Gesundheitswesen mit seiner über die Fläche verteilten ambulanten und stationären Versorgung liegt auch die Dokumentation verteilt vor. Und auch wenn – nicht selten aber leider nur in der Theorie (!) – beim Hausarzt eigentlich alle Unterlagen verfügbar sein sollten, so ist der Zugriff auf dessen Dokumentationen gerade dann gar nicht möglich, wenn sie an anderer Stelle benötigt werden. So also muss der Patient selbst in aller Regel die Aufgabe wahrnehmen, seine Unterlagen zu sammeln, zu sortieren und abzuheften und immer dann mitzubringen, wenn sie benötigt werden. Aber wie wenig und wie schlecht das häufig funktioniert, wie oft Patienten mit dieser Aufgabe überfordert sind oder selbst gar keine Kopien von Behandlungsunterlagen erhalten, davon können Ärzte ein Lied singen.

Wichtige Anforderungen müssen erfüllt sein

Zuallererst muss technisch und organisatorisch der Schutz dieser höchst sensiblen und schützenswerten Informationssammlung gewährleistet werden. Hier darf es keine Abstriche geben. Die gesetzlichen Grundlagen und die Realisierung, so wie jetzt konzipiert, sehen dies alles vor. So wie auch die Beteiligung des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) und der Datenschutzbeauftragten, die ihre Aufgabe in diesem Feld sehr aktiv und besonders auf der Bundesebene ausgesprochen öffentlichkeitswirksam wahrnehmen.

Die Freiwilligkeit für die grundsätzliche Anlage einer elektronischen Patientenakte ist eine weitere Voraussetzung. So wie auch die Möglichkeit des Patienten, den Zugriff auf die Daten im Einzelnen zu steuern. In Deutschland ist schon für die Anlage einer ePA

der explizite Wunsch des Versicherten gegenüber seiner Krankenversicherung Voraussetzung. Wer eine ePA nicht ausdrücklich will, bekommt auch keine! Und wer eine ePA hat, kann dann bestimmen, was sich darin befinden soll, was nicht, was er vielleicht sogar wieder löschen will und wem er wie lange Zugriff erteilen und vielleicht auch wieder entziehen will. Für all dies schaffen die Krankenversicherungen jetzt die Voraussetzungen nicht nur durch Systeme im Hintergrund, sondern auch durch Apps und Anwendungen, mit denen ihre Versicherten zukünftig ihre ePA verwalten können.

Neben der unbedingt notwendigen Erfüllung dieser Grundvoraussetzungen stellen sich wichtige Fragen aus ärztlicher Sicht:

Kann eine Informationssammlung, deren Umfang der Patient bestimmt, überhaupt als Grundlage für ärztliche Entscheidungen dienen?

Meine Antwort lautet: Ja, sie kann. Nicht alleine (!) – aber sie kann. Denn eine ePA ersetzt nicht die Anamnese, sondern sie ergänzt sie. Da wo es notwendig ist und dem Arzt sinnvoll erscheint. Und sie ersetzt schon gar nicht die eigene Dokumentation eines Arztes oder eines Krankenhauses. Auch wenn die Ähnlichkeit des Begriffs „Patientenakte“ es vielleicht suggeriert: Die ePA nach SGB V darf nicht verwechselt werden mit der vollständigen Dokumentation einer Behandlungsepisode, wie sie z. B. in einem Krankenhaus erfolgt. Die ePA stellt vielmehr die elektronische Variante des Aktenordners mit medizinischen Unterlagen dar, den manche Patienten zur Behandlung mitbringen (und der dann mitunter eine wertvolle Unterstützung beim Anamnesegespräch darstellt).

Der Aktenordner des Patienten als Bild legt mindestens zwei weitere Fragen aus ärztlicher Sicht nahe: Wie finde ich was ich suche und muss ich immer alles ansehen, was der Patient mir – zukünftig mit Hilfe seiner ePA – zur Verfügung stellt?

Die Antwort auf die erste Frage ist eindeutig. Die Systeme, mit denen Ärzte auf die ePA zugreifen werden, die Praxisverwaltungssysteme (PVS) im ambulanten und die Krankenhausinformationssysteme (KIS) im stationären Bereich, werden diese Aufgabe bestmöglich unterstützen müssen. Die Voraussetzungen dafür sind gegeben durch die Anforderungen der gematik an die technische Form der in der ePA zu speichernden Dokumente: Diese werden zukünftig nach Datum, Fachgebiet oder Art (z. B. Arztbrief, Röntgenbefund etc.) sortiert oder gesucht werden können. Denn nur so und durch eine gute Umsetzung in PVS und KIS werden die Informationsmengen der ePA für Ärztinnen und Ärzte handhabbar sein.

Und auch die Antwort auf die zweite Frage ist klar: Bei einer ePA geht es – so wie heute, wenn ein Patient umfangreiche Unterlagen von Vorbehandlungen mitbringt – darum, gezielt in der konkreten Behandlungssituation medizinische Dokumente einzusehen. Und nicht etwa darum, alles und jedes zu studieren, was der Patient mitbringt. So, wie wir dies ja heute auch nicht tun.

Wichtig erscheint abschließend noch ein weiterer Aspekt: Wenn es die ePA unseres Patienten ist – was haben wir Ärzte damit zu tun?

Ist es sinnvoll und notwendig, dass Ärzte ihre Patienten bei Nutzung und Pflege ihrer ePA unterstützen? Zum Beispiel durch die vom Gesetzgeber geforderte Speicherung von Informationen zu Befunden, Diagnosen, Therapiemaßnahmen und Medikation in

die ePA? Oder werden wir dadurch, so wie in der Vertreterversammlung der KBV im Mai 2019 pointiert kritisch angemerkt, „die Sekretäre für unsere Patienten“?

Die Antwort auf diese Frage ergibt sich aus der Antwort auf die eingangs gestellte Frage: Brauchen wir eine elektronische Patientenakte?

Die Antwort lautet aus meiner Sicht ganz klar: Ja! Selbstverständlich müssen wir dem Patienten endlich die Möglichkeit geben, eine auf ihn bezogene, einrichtungsübergreifende und longitudinale Sammlung seiner Behandlungsdokumentation anzulegen. Wir arbeiten in einem räumlich hochverteilten und sich immer weiter ausdifferenzierenden System der medizinischen Versorgung mit modernster Technik und auf höchstem Niveau im ambulanten und stationären Bereich. Aber bei der Vernetzung, bei der Zurverfügungstellung von Informationen dort, wo und dann, wenn sie in der Versorgung benötigt werden, setzen wir unverändert im Wesentlichen darauf, dass der Patient und seine Angehörigen, wie Briefträger in eigener Sache, Kopien von Papierdokumenten sammeln und diese von A nach B und nach C tragen. Das kann nicht sein! Das kostet viel Zeit, verschwendet Ressourcen, die wir nicht haben, und schadet potenziell der Qualität der medizinischen Versorgung.

Und wenn man zu diesem Schluss kommt, ergibt sich die Antwort auf die Frage, ob wir Ärzte an der elektronischen Patientenakte mitwirken und die Patienten zukünftig bei deren Nutzung unterstützen sollten, ganz von selbst: Unsere aktive Mitwirkung ist völlig alternativlos. Auch wenn sie uns – gerade zu Beginn – viel Zeit und Mühe kosten wird. Auch wenn die „ePA 1.0“ alles andere als perfekt sein wird. Auch wenn wir mehr als einmal fluchend vor dem Computer sitzen werden, und auch wenn wir heute noch nicht alle Antworten auf die wichtigen Fragen haben, wie die ePA die medizinische Versorgung verändern wird.

Der Anfang wird jetzt – endlich – gemacht. Jede Ärztin, jeder Arzt und die Ärzteschaft als Ganzes sollten den Prozess in den nächsten Jahren aktiv und konstruktiv begleiten. Denn die Einführung der ePA bietet uns die Chance, die Behandlung der Patienten häufiger mit noch größerer Sicherheit, mit noch höherer Qualität und mit weniger Zeitverlust durch Beschaffung von Vorinformation und damit am Ende auch mit höherer Arbeitszufriedenheit für uns Ärztinnen und Ärzte durchzuführen.

Dr. med. Philipp Stachwitz ist Facharzt für Anästhesie, spezielle Schmerztherapie und neben seiner Tätigkeit im Health Innovation Hub des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) weiterhin ambulant ärztlich tätig in einer Praxis für Schmerztherapie in Berlin. Mit der Digitalisierung der Medizin befasst er sich seit mehr als 20 Jahren, unter anderem als ehemaliger Leiter der Stabsstelle Telematik, heutiges Dezernat „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“ der Bundesärztekammer, als Berater der gematik, von Industrieunternehmen und Gesundheits-Start-ups sowie vieler anderer Akteure im Gesundheitswesen.



WARTEZIMMER

Patientenmagazin „Zimmer Eins“ erscheint digital

Berlin – Das Patientenmagazin „Zimmer Eins“ erscheint angesichts der Corona-Pandemie nicht als Print-Ausgabe, sondern digital. Patienten können dann von einem Poster in der Praxis den darauf enthaltenen Barcode scannen und das Magazin online lesen. Damit hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf die besondere Pandemie-Situation reagiert, um das Infektionsrisiko so gering wie möglich zu halten. Praxen erhalten per Post die entsprechenden Poster samt Aufsteller, die sie dann im Wartezimmer platzieren können. Im Fokus der aktuellen Ausgabe steht das Thema „Tag & Nacht“. Unter diesem Motto berichten Ärzte, wie sie zu später Stunde im Bereitschaftsdienst medizinische Hilfe leisten. Zudem erklärt ein niedergelassener Schlafmediziner Schlafstörungen und was man dagegen tun kann. Weitere Aufsteller und Poster für die erste digitale Ausgabe können unter versand@kbv.de bestellt werden.



STUDIE ZUR DIGITALISIERUNG Licht und Schatten

Berlin – Die niedergelassenen Ärzte und -Psychotherapeuten sind für eine sinnvolle Digitalisierung im Gesundheitswesen. Voraussetzung ist allerdings, dass der Mehrwert der Digitalisierung klar erkennbar sei. Das geht aus dem PraxisBarometer Digitalisierung 2020 hervor, das das IGES-Institut im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchgeführt hat. Laut der Befragung ist eine große Mehrheit der Praxen der Meinung, dass sich z. B. die Videosprechstunde gut bzw. sehr gut für die Besprechung von Untersuchungsergebnissen, Arzt-Patienten-Gespräche ohne Untersuchung und die Anamnese eignet. An ihre Grenzen stoße sie bei der Diagnosestellung und der weiteren Veranlassung: Nur 16 Prozent halten sie dafür geeignet. Dies zeigten auch die Ergebnisse beim Thema Fernbehandlung. Etwas mehr als die Hälfte der Praxen lehnten Fernbehandlungen dann ab, wenn sie den Patienten nicht unmittelbar zuvor persönlich gesehen haben. Als großes Hemmnis der Digitalisierung nannten mehr als 80 Prozent der Befragten die Fehleranfälligkeit der EDV-Systeme. Ein knappes Drittel der Praxen bemängelte monatliche technische Fehler der Telematikinfrastruktur, bei einem weiteren Drittel treten diese wöchentlich und bei nahezu jedem Zehnten sogar täglich auf.

Mehr Informationen zur Umfrage unter
www.kbv.de/html/praxisbarometer.php

BIX 2020

Zusätzlicher Bürokratieaufwand durch Corona



Berlin – Der Bürokratieaufwand in den Praxen ist im Vergleich zum Vorjahr um 1,3 Prozent gestiegen. Dabei hat vor allem die Corona-Pandemie die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zusätzlich belastet. Das hat der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) veröffentlichte Bürokratieindex 2020 ergeben. Nach einem leichten Abfall der Bürokratiebelastung in den vergangenen Jahren sei diese nun wieder etwas angestiegen, erklärte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel. Allerdings läge das nicht an neuen Richtlinien oder Anforderungen, sondern an der steigenden Fallzahl. Darüber hinaus verwies Kriedel auf den zusätzlichen bürokratischen Aufwand, der durch die Corona-Pandemie entstanden sei. Dies hätten Fokusgruppen-Interviews gezeigt, in denen Haus- und Fachärzten aus ganz Deutschland die Erfahrungen ihrer Praxen im Umgang mit SARS-CoV-2 thematisiert hatten.

ZI

Befragung zur wirtschaftlichen Lage von MVZ verlängert

Berlin – Die bundesweite Befragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) zur wirtschaftlichen Lage von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist um eineinhalb Monate bis zum 15. Januar 2021 verlängert worden. Dazu waren bereits im September rund 3.660 Einrichtungen angeschrieben worden. Erfragt werden Angaben zu Organisation und Kooperation sowie zu Aspekten des Versorgungsauftrags. Teilnahmeberechtigt sind alle MVZ, die 2019 ein vollständiges Geschäftsjahr hatten. Die nunmehr dritte MVZ-Erhebung des Zi erfolgt im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen und wird durch den Bundesverband Medizinische Versorgungszentren unterstützt.



ABRECHNUNGSDATEN

Wichtige Rolle der ambulanten Versorgung in der Pandemie

Berlin – Eine Auswertung von PCR-Test-Abrechnungsdaten der Monate Januar bis März 2020 des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat die hohe Bedeutung der ambulanten Versorgung während des ersten COVID-19-Pandemie-schubs im Frühjahr unterstrichen. Im ersten Quartal 2020 sind danach fast 94 Prozent der PCR-Tests zur Verdachtsabklärung einer potenziellen COVID-19-Infektion ambulant im haus- und fachärztlichen Bereich erbracht worden. „Lediglich gut sechs Prozent aller ambulant durchgeführten Testungen sind von den Notaufnahmen der Krankenhäuser gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet worden“, erläuterte der Vorstandsvorsitzende des Zi, Dominik von Stillfried.

Die vom Zi ausgewerteten Abrechnungsdaten umfassen die Monate Januar bis März 2020. Nach einer gemeinsamen Umfrage des Zi mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin haben niedergelassene Ärzte für pandemiebezogene Aufgaben im Schnitt rund 25 Stunden pro Woche aufgewendet. Davon entfielen knapp acht Stunden auf die Beantwortung telefonischer Anfragen zu COVID-19 und Testungen sowie rund zehn Stunden auf Tests und Dateneingaben. Bei den positiv getesteten Patienten haben die Praxen durchschnittlich fast drei Stunden pro Woche für die Kommunikation mit Gesundheitsämtern, zur Patientenberatung und zum Monitoring gebraucht. Mehr als drei Stunden wurden für Abrechnungs- und Organisationsfragen aufgewandt. Das Praxisteam war im Schnitt zusätzlich rund neun Stunden die Woche gebunden.

WARNHINWEIS

Brüche im Prothesenhalsbereich bei implantierten Hüftschäften

Berlin – Dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) liegen Meldungen vor, in denen über Brüche im Prothesenhalsbereich eines im Rahmen einer endoprothetischen Versorgung implantierten Hüftschafes aus Titanlegierung berichtet wird. Die Brüche traten demzufolge auf, nachdem bei den betroffenen Patienten bereits ein Wechseleingriff mit Austausch der Gleitpaarungskomponenten durchgeführt wurde. Im Bereich des Bruchausgangspunktes konnten danach Oberflächenveränderungen festgestellt werden, die wahrscheinlich durch den Einsatz eines Hochfrequenz-Chirurgie-Instruments (HF-Gerät) verursacht wurden, welche bei der vorausgegangenen Revision zum Einsatz kam.

Weitere Informationen des BfArM unter:

www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/hueftprothese_hf-chirurgie.html

NIEDERLASSUNG

Infotag 2021 erstmals online als Webinar



Bad Segeberg – Die einen wollen sich niederlassen, die anderen ihre Praxis abgeben. Seit über zehn Jahren haben die Deutsche Apotheker- und Ärztebank, die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein beide Seiten auf ihren gemeinsamen Informationstagen, die sich speziell an Existenzgründer und Praxisabgeber richteten, zusammengebracht. Leider musste der Infotag 2020 coronabedingt ausfallen. Die Veranstalter wollen ihn deshalb im Jahr 2021 zumindest vorübergehend bzw. ersatzweise in einem neuen Format als Webinar präsentieren.

**Save The Date: Samstag, 13. März 2021
von 9 Uhr bis ca. 17 Uhr online**

Auf dem Programm sollen wie immer Vorträge zu den Themen Praxisgründung und -übergabe, Zulassungsrecht, Steuertipps und Vermögensplanung für den Ruhestand stehen und es wird die Möglichkeit geben, den Experten Fragen zu stellen.

Alle potenziellen Teilnehmer werden eine Einladung erhalten, unter anderem mit Informationen zur Online-Anmeldung auf dem Webportal der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (www.univiva.de).

AUGENÄRZTE

Führungsspitze gewählt

Bad Segeberg – Dr. Bernhard Bambas ist von den Mitgliedern des Berufsverbands der Augenärzte in Schleswig-Holstein in seinem Amt als Landesvorsitzender bestätigt worden. Für den Bad Segeberger ist es die sechste Amtszeit. Zu seinem Stellvertreter wurde Dr. Jan Reichelt aus Rendsburg gewählt. Neu auf der Position des 2. Stellvertreters: Dr. Mark Tobis aus Eckernförde.



Positive Bilanz

In Krisenzeiten bewährt es sich, kühlen Kopf zu bewahren. Unbestritten bewegen wir uns weiter in einer Pandemie und suchen nach gangbaren Wegen, um die Infektionszahlen zu bremsen. Und fraglos haben wir uns vom November Lockdown mehr versprochen, als erreicht wurde. Ebenso klar ist es, dass wir auf dem eingeschlagenen Kurs weiterfahren müssen, wenn die Inzidenz nicht ausufern soll – notfalls bis zum Frühlingsanfang. Mag das Regelwerk, das uns die Politik bis Weihnachten verordnet hat, zum Teil widersprüchlich und als Zumutung erscheinen, so bleibt unter den gegebenen Umständen dennoch ein positives Resümee. Dabei ragen die rasanten Fortschritte für einen Impfstoff ebenso heraus, wie die unaufgeregte Professionalität der Akteure im Gesundheitswesen – von den Krankenhäusern, über die Selbstverwaltung, die Hilfsorganisationen und Gesundheitsämter bis zu den Ärzten vor Ort. Wie wenig selbstverständlich das ist, lehrt immer wieder der Blick zu unseren Nachbarn.

Dennoch begegnet man in den Debatten in der Öffentlichkeit und in der veröffentlichten Meinung einem Rigorismus, der erschreckt. Nicht nur die Apostel, die angeblich querdenken, irritieren eine durch die Auswirkungen der Pandemie verunsicherte Öffentlichkeit. Auch die notorische Rechthaberei zahlreicher Interessengruppen und ihrer Verbände belasten das notwendige Grundverständnis, dass die aktuellen Herausforderungen nur gemeinsam, aber niemals im Alleingang zu bewältigen sind. Die Anrufung der Gerichte steht auch in einer Krise jedem zu. Wer aber das Ende der Demokratie an die Wand malt, weil die Politik mit ihren Entscheidungen in Vorlage geht, versteht das Prinzip der Gewaltenteilung nicht. Denn so sicher die Politik das erste Wort hat, so selbstverständlich haben Gerichte das letzte Wort. Im Interesse des Grundvertrauens aller Bürger in die Institutionen unseres Staates, sollten darum auch die Politiker die Kirche im Dorf lassen, bei denen das Aufmerksamkeitsdefizit im Moment besonders ausgeprägt ist.

Auf der Habenseite der Jahresbilanz steht neben Impfstoffentwicklung und Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung vor allem der Entwicklungsschub in der Digitalisierung der Medizin – und zwar quer durch alle Ebenen. Allmählich setzt sich auch bei den erklärten Gegnern von Apps und elektronischer Aktenführung die Erkenntnis durch, dass alles, was sich digitalisieren lässt, auch digitalisiert wird. Alle Bereiche von Wirtschaft und Gesellschaft haben diesen Lernprozess auf sich genommen und in vielen Fällen davon profitiert. Welche Chancen sich in der Medizin bieten, zeigen die in diesem Heft geschilderten Beispiele. Wer da zu spät kommt, den bestraft der Erfolg der anderen. Und es kommt hinzu, dass die Anleitung zur Nutzung der digitalen Helfer heute nicht mehr einem Aufbauplan für ein Ikea-Möbelstück ähnelt, dass man nach drei Fehlversuchen ins Jenseits wünscht.

„Wer aber das Ende der Demokratie an die Wand malt, weil die Politik mit ihren Entscheidungen in Vorlage geht, versteht das Prinzip der Gewaltenteilung nicht.“

Als einen von mehreren politischen Pluspunkten sollte der Mut unseres Ministerpräsidenten Daniel Günther erwähnt werden, der dem Druck der Kanzlerin und aller seiner Amtskollegen widerstanden hat und an der geltenden Besuchsregelung ohne weitere Begrenzung bis Weihnachten festhält. Das trägt zur Verständlichkeit und Akzeptanz der Bürger bei und nimmt den Kritikern den Wind aus den Segeln, die zu Recht fragen, wer eine solche Regelung überhaupt kontrollieren soll. Sicher zählt Schleswig-Holstein nicht zu den Corona Hot-Spots der Republik. Andererseits verhindert eine gleichbleibende Besuchsfrequenz schon in der Adventszeit, dass Weihnachten die Besucherströme losbrechen und umso sicherer zum familiären Infektions-Hot-Spot führen, wie es in anderen Ländern zu befürchten ist.

Mehr Mut und mehr Realismus möchte man der Politik mit Blick auf die Wirtschaft empfehlen. Insbesondere die Einschränkungen für den Einzelhandel sind überzogen, fast wirklichkeitsfremd. Schon jetzt herrscht in den Innenstädten tagewiese gähnende Leere. Gerade für die größeren Geschäfte eine reduzierte Käuferzahl vorzuschreiben, treibt auch noch die letzten Kunden aus dem Laden. Und wer Sorge hat, vor Weihnachten bei seinem Supermarkt draußen Schlange stehen zu müssen, der geht dann schon vorher hamstern. Gerade das müsste nicht sein und könnte noch rechtzeitig korrigiert werden.

Saldiert man dieses erste Corona-Jahr, dann sollte man auf den Wunschzettel schreiben, dass wir auch 2021 so gut wie bisher durch die Krise kommen. Die Aussichten, dass der Wunsch erfüllt wird, sind gut. Ach ja, und wer einen neuen Fernseher braucht, sollte sich ein Gerät mit einer „Lauterbach-Unterdrückungstaste“ wünschen. Vielleicht gibt es die ja auch schon als Bausatz zum Nachrüsten. Das Strahlen des Beschenkten dürfte lange anhalten und zu etwas mehr Gelassenheit in den Debatten über den richtigen Kurs in der Gesundheitspolitik im neuen Jahr beitragen.

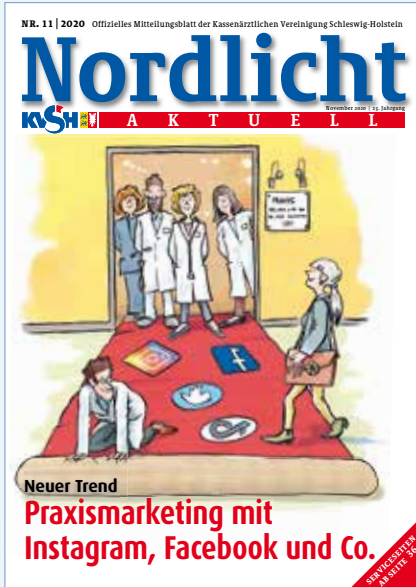
PETER WEIHER, JOURNALIST

LESERBRIEF

Leserbriefe sind keine Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns vor, die Texte zu kürzen. Bitte geben Sie Ihren Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen Ihre Telefonnummer an. Wir freuen uns auf Ihre Leserbriefe. Bitte schicken Sie diese per E-Mail an: nordlicht@kvsh.de, per Post: KVSH Redaktion Nordlicht, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg, per Fax: 04551 883 396

NORDLICHT 11 | 2020

SOCIAL MEDIA IN DER ARZTPRAXIS | SEITE 4



Meine Praxis ist seit 2017 auf Facebook. Ich habe seitdem beobachtet, dass viele meiner Patienten Facebook regelmäßig nutzen, auch die älteren Patienten. Ich kann meine Patienten über Facebook erreichen, kontaktieren und schnell informieren, z. B. über Urlaubszeiten, Praxisschließungen oder die aktuelle Pandemie-Lage. Ich beschreibe dort auch die Leistungen meiner Praxis, z. B. die IGELE-Leistungen. Ich habe über eine Stellenanzeige auf Facebook eine qualifizierte Mitarbeiterin gefunden. Das war sehr zeitsparend. Die Terminbuchung funktioniert auch, aber leider nicht immer reibungslos und erfordert dann extra Arbeit und Zeit. Facebook und die sozialen Medien bedeuten insofern eine Erleichterung für die Patienten verbunden mit etwas mehr Arbeit und Zeit für den Arzt. Es sind gute Kontaktmedien, um mehr Patienten zu erreichen und für die Praxis zu werben, jedoch sind sie nicht dafür geeignet, medizinische Angaben und Patientendaten auszutauschen.

DR. ARAFAT AL ATAWNEH, FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN, KIEL

Corona-Impfungen rücken näher

KVSH übernimmt ärztliche Verantwortung in den Impfzentren des Landes.



Waren die vorherigen Abgeordnetenversammlungen von Fragen des ärztlichen Managements der anhaltenden Corona-Pandemie geprägt, konnte die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke, beim November-Treffen verkünden, dass eine neue Phase unmittelbar bevorstehe. Schon ab Mitte Dezember, so berichtete sie, könne es in Schleswig-Holstein erste Impfungen zum Schutz vor COVID-19 in eigens eingerichteten Impfzentren geben. Auf die Niedergelassenen komme eine neue und große Aufgabe zu, denn das Land habe die KVSH gebeten, die ärztliche Verantwortung in den Zentren zu übernehmen.

„Gigantische Aufgabe“

Dies sei eine „gigantische Aufgabe“, eine Herausforderung, die „alles toppt, was wir als KVSH und Ärzteschaft je mit dem Notdienst zu tun hatten“. Sie verdeutlichte das anhand von Zahlen: Rund 2,5 Millionen Schleswig-Holsteiner würden sich in den nächsten Monaten impfen lassen wollen. Da der Impfstoff jeweils zweifach verimpft werden müsse, seien dies fünf Millionen Impfdosen. In einem ersten Schritt würden rund 170.000 bis 400.000 Impfdosen zur Verfügung stehen. Zu jenen, die zuerst geimpft werden sollen, zählten die 110.000 Menschen in medizinischen Berufen, darun-

ter auch die Ärzte und ihre Teams in den Praxen, sowie die rund 36.000 Heimbewohner in Schleswig-Holstein. Die KVSH werde für die Ärzte und ihr Personal das Management der Impfungen übernehmen und habe dem Land angeboten, dies auch für das Pflegepersonal und die Heimbewohner zu tun, erläuterte Schliffke. Ziel ist es, das medizinische Personal sowie die Heimbewohner mit zwei Impfungen bis Ende März geimpft zu haben.

Impfzentren als logistische Herausforderung

Da der zunächst zur Verfügung stehende Impfstoff der Firma BioNTech Tiefkühlketten erfordere und spezielle Vorgaben zu Lager- und Verarbeitungszeiten habe, könne er „nur zentral und mit einer lückenlosen Logistik verimpft werden“, legte Schliffke dar. Die Bundesländer, darunter auch Schleswig-Holstein, ließen sich derzeit von den Kreisen mögliche Standorte nennen und arbeiteten daran, die notwendige Logistik für das Impfen mit der Hilfe verschiedener Akteure umzusetzen. Für den medizinischen Part, also das eigentliche Impfen, werde die KV zuständig sein. Das Impfen solle durch einen Arzt geschehen, zumindest in Supervision, schilderte sie die geplanten Abläufe, da es sich um einen neuen Impfstoff handele.

Sie machte deutlich, wie groß die Aufgabe sein werde: Die KVSH habe errechnet, dass bei zuerst nur einem Impfzentrum pro Kreis landesweit 60 bis 80 Ärzte pro Tag gebraucht würden. Hinzu kämen 10 bis 15 Ärzte pro Zentrum, um mit Mobilteams die Impfung von Heimbewohnern zu übernehmen. „Diese Zahl setzt den Wünschen der Kreise nach möglichst vielen Impfzentren eine deutliche Grenze“, stellte Schliffke klar.

Angeichts der hohen Zahl der erforderlichen Ärzte werde für die KVSH „nichts gehen, wenn sie nicht eine breite Unterstützung durch ihre Mitglieder erfährt“. Darüber hinaus sei auch die Hilfe von Pensionären, Elternzeitärzten, momentan nicht tätigen Ärzten, Ärzten in anderen Berufszweigen und Klinik- oder Reha-Ärzten an ihren Ausgleichstagen erforderlich.

Schliffke machte aber auch deutlich, dass kein Vertragsarzt „zu irgendetwas verpflichtet“ werde, und dass das Aufrechterhalten der Regelversorgung die Kernaufgabe der Niedergelassenen bleibe. „Aber wir brauchen jeden, auch samstags und sonntags, immer in 4- oder 5-Stunden-Schichten, um diese Mengen zu schaffen. Wir brauchen auch Ärzte, die sich für ein Impfzentrum in eine verantwortliche regionale Leitungsposition begeben“, warb sie um Unterstützung.

Geänderte Teststrategie entlastet die Labore

Die Vorstandsvorsitzende warf aber auch einen Blick auf die Gegenwart der Pandemiebewältigung. Die Bitte von Land und KVSH um ein Zurückfahren der Laboranforderungen auf die dringenden Testungen hätte den Laboren wieder „etwas Luft“ gegeben, so Schliffke. Die Auslastung sei Mitte November von zuvor 105 Prozent auf 97 Prozent gefallen, was allerdings im Wesentlichen nur bedeute, „dass die Tests nicht mehr vier bis fünf Tage liegen, sondern wieder innerhalb maximal zwei Tagen verarbeitet werden können.“ Eigentlich sollte die Laborauslastung nicht über 85 Prozent hinausgehen.

Auch auf die Zahl der aktuell Erkrankten ging Schliffke ein. Die Zahl der COVID-positiven Fälle liege momentan zwischen 1.400 und 1.500. In der ersten Welle im April habe diese Zahl bei maximal 500 Fällen gelegen. Einen Rückgang gebe es nach dem Hochschnellen der Zahlen im Oktober noch nicht, „allenfalls eine Plateaubildung“. Aus Monitoring-Zahlen ließen sich jedoch Erkenntnisse gewinnen. So liege die Quote der stationären Einweisungen bei knapp vier Prozent. Schwere Komplikationen würden nicht mehr am siebten bis neunten Tag auftreten, sondern bereits früher, je nach Alter des Erkrankten zwischen 3,2 und 3,4 Tage nach Isolationsbeginn. „Wir werden das weiter beobachten, wir haben mit dem strukturierten Monitoring bereits einen Datensatz, der über die Zeit einige Aussagen zulassen wird“, stellte Schliffke fest.

Verlängerung des Schutzschirms für die Praxen offen

Dass die Pandemie auch weiterhin spürbare Auswirkungen auf die Honorare hat, wurde im Bericht des stellvertretenden KVSH-Vorstandsvorsitzenden, Dr. Ralph Ennenbach, deutlich. So sei auch Mitte November unverändert unklar, wie Ennenbach schilderte, ob es eine Verlängerung des Schutzschirms für die Praxen geben werde, um deren wirtschaftliche Lage zu stabilisieren. Minister

Spahn habe zwar in Berlin „Verständnis“ für die Situation der Niedergelassenen geäußert, berichtete er, wolle aber „noch abwarten“. Leider sei nicht absehbar, ob und wann mit einer Anschlussregelung zu rechnen sei. Möglicherweise werde die Politik erst im Januar entscheiden, auch die Ausgestaltung einer denkbaren Verlängerung des Schutzschirms sei nach wie vor unklar.

Es gab aber auch eine gute Nachricht aus Berlin. Die grundsätzliche Regelung, wonach die pandemiebedingten Zusatzkosten der KVen weiterhin refinanziert werden, werde verlängert. Auch die Erstattung der Kosten, die der KVSH zum Beispiel für die Testzentren und die Busse des Ausbruchsmanagements entstehen, sei gesichert. Damit seien weiterhin die Grundlagen gegeben, dass Schutzausrüstung für die Praxen beschafft und an die Ärzte abgegeben werden könne.

Abgeordnete stimmen Aussetzung der Budgetierung im Winterhalbjahr zu

Um den Praxen, unabhängig von möglichen Entscheidungen auf der Bundesebene, im Winterhalbjahr mehr Kalkulationssicherheit zu geben, legte Ennenbach den Vorschlag vor, im vierten Quartal 2020 und im ersten Quartal 2021 den Restpunktwert auf den Orientierungswert (OW) anzuheben und damit in diesen Quartalen faktisch die Budgetierung auszusetzen. Im letzten Quartal 2020 solle dies für alle Praxen gelten, im ersten Quartal des neuen Jahres nur für Praxen mit Infektsprechstunden, erläuterte Ennenbach. Dies seien mittlerweile rund 65 bis 70 Prozent aller Praxen.

Diese Maßnahme würde für das vierte Quartal des laufenden Jahres Kosten von rund 10 bis 12 Millionen Euro verursachen, für das Folgequartal rund sechs bis acht Millionen. Vorhandene Honorarrücklagen der KVSH würden die Spielräume eröffnen, jetzt so zu handeln. Diese abzubauen sei auch im Interesse der KVSH und ihrer Mitglieder, erläuterte Ennenbach. Die Abgeordneten stimmten der Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes, mit der das Vorhaben umgesetzt wird, zu.

Verwaltungs- und Investitionshaushalt beschlossen

Auf der Tagesordnung stand auch der Investitions- und Verwaltungshaushalt der KVSH. Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Hans Irmer, gab seinen Kollegen einen Überblick über die Zahlen des Haushaltsjahres 2019 und legte die Planungen der KVSH für das Jahr 2021 dar. Die Abgeordneten fassten die erforderlichen Beschlüsse, um das Haushaltsjahr 2019 endgültig abzuschließen, und bestätigten mit ihrem Votum die Planungen für das nächste Jahr.

Dank für langjähriges Engagement

Zum Abschluss der November-Tagung gab es eine Verabschiedung. Für den Abgeordneten Dr. Kurt Hügelmann war es die letzte Sitzungsteilnahme, da er Ende des Jahres seine Praxis abgeben wird. Der Vorsitzende der Abgeordnetenversammlung, Dr. Christian Sellschopp, dankte dem Hausarzt aus Kiel, der dem Gremium seit 2014 angehörte, im Namen der Mitglieder der AV für sein langjähriges ehrenamtliches und berufspolitisches Engagement.

DOLF KRÖGER, KVSH

Honorarbericht 2019

Der diesjährige Bericht hat sich die Effekte des TSVG im Jahr 2019 zum Sonderthema genommen. In Zeiten der Pandemie können wir uns kaum erinnern, welche Wellen dieses Gesetz verursacht hat. Bürokratischer Aufwand, Eingriff in die Praxisorganisation und nicht zuletzt die Komplexität zwischen Bereinigung und extrabudgetärer Vergütung haben es nicht zum Vertragsarzts Liebling werden lassen.

Das Gesetz tröpfelte zunächst in die Praxen. Ab dem 11. Mai 2019 begannen die TSS-Termin- und hausärztlichen Vermittlungsfälle. Zum 1. September gesellten sich die zahlenmäßig bedeutenden Fälle der Neupatienten und der offenen Sprechstunde hinzu. Nur das 4. Quartal 2019 kann hinsichtlich der TSVG-Effekte als repräsentativ betrachtet werden.

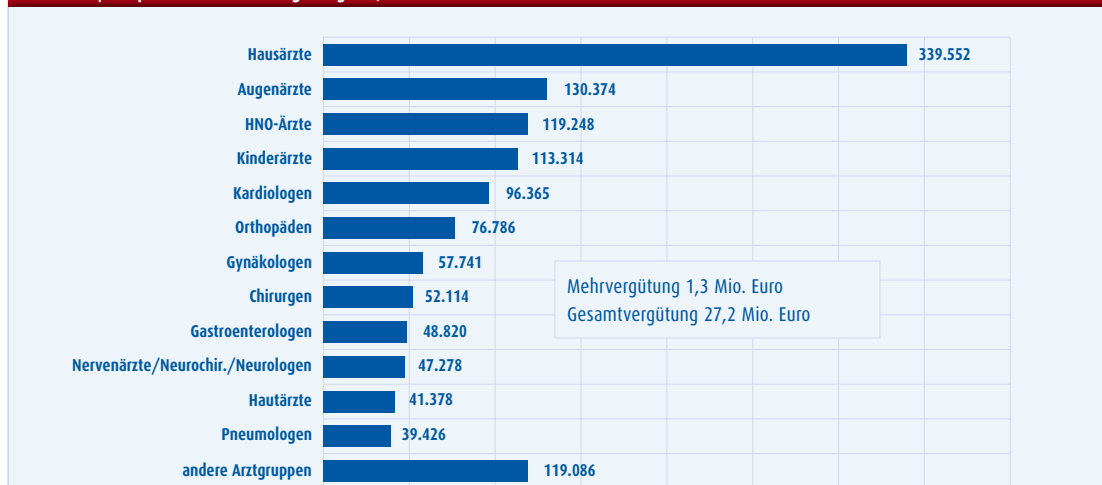
Tab. S. 1 | TSVG-Konstellationen 2019

	2/2019	3/2019	4/2019	Summe
	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro
Neupatient	-	9,7 Mio.	27,2 Mio.	36,9 Mio.
Offene Sprechstunde	-	1,1 Mio.	3,2 Mio.	4,3 Mio.
Hausarzt-Vermittlungsfall	291.000	504.000	359.000	1,2 Mio.
TSS-Terminfall	72.000	191.000	243.000	506.000
Summe	363.000	11,5 Mio.	31,0 Mio.	42,9 Mio.

Wenn das 4. Quartal auf ein Jahr hochgerechnet wird, können wir in Schleswig-Holstein von einem TSVG-Umsatz in Höhe von etwa 124 Millionen Euro p. a. ausgehen. Im Gegenzug ist einmalig die MGW um etwa 118 Millionen Euro bereinigt worden. Das ergibt einen geschätzten Zuwachs von gut 6 Millionen Euro. Beispielfhaft zeigt sich das bei der Konstellation Neupatient.



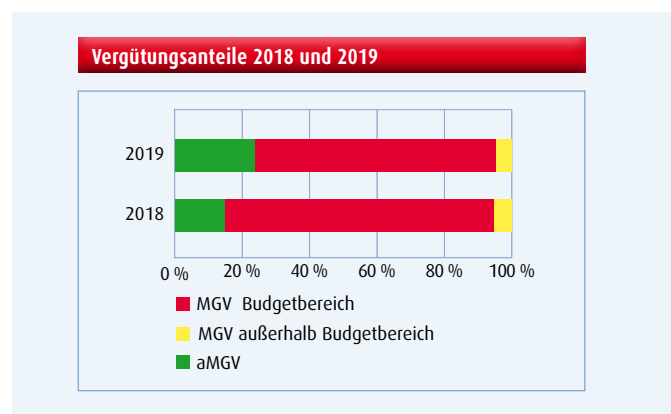
Abb. S. 1 | Neupatienten – Mehrvergütung 4. Quartal 2019 in Euro



Der Zuwachs macht sich insbesondere in den Arztgruppen bemerkbar, die sowohl von der Neupatienten- und der Offenen-Sprechstunden-Regelung profitieren. In den grafischen Darstellungen der Vergütungsstruktur können wir das nachvollziehen. Mit dem vorliegenden Bericht haben wir das Kreisdiagramm der Umsatzstruktur farblich neu gestaltet. Rot steht für den budgetierten Bereich der PZV und LAV. Gelb bis Gelbgrün sind die Leistungen, die innerhalb der MGV zu 100 Prozent vergütet werden. Grün bis Grünblau steht für extrabudgetäre Leistungen (aMGV).



Neu ist das Balkendiagramm, welches die Farbenlehre des Kreises zusammenfasst und mit dem Vorjahr vergleicht. An diesem Beispiel ist bereits in 2019 zu erkennen, dass für diese Gruppe der Rotanteil ab- und der Grünanteil zunimmt.



Seit dem 1. September 2020 sind die TSVG-Fälle komplett extrabudgetär zu vergüten. Dass eine pandemiebedingte Korrektur erfolgen wird, zeichnet sich ab. Weil wir in Schleswig-Holstein von Amts wegen die Neupatienten herausgefiltert haben, wird die Korrektur bei uns wohl nicht so stark wirken wie in anderen KVen.

Es bleibt zu hoffen, dass der Komplementärkontrast im Honorar sich weiter Richtung Grün verschiebt. Der Honorarbericht 2020 wird es zeigen.

EKKEHARD BECKER, KVSH

Vorstandsvorsitzende informiert sich vor Ort

Zum Start der stationären Corona-Testzentren hat die Vorstandsvorsitzende der KVSH die Standorte Schwentinetal und Rendsburg besucht



Dr. Monika Schliffke ließ sich in Schwentinetal von dem dortigen Standortleiter erläutern, wie der Ablauf funktioniert und wo es gegebenenfalls hakt, und machte sich Notizen, um bei Bedarf gezielt nachsteuern zu können. Im Anschluss daran besuchte sie den Standort in Rendsburg auf dem Norla-Gelände.

Pünktlich zur Eröffnung um 13.00 Uhr waren bereits einige Autos auf dem Gelände eines ehemaligen Max-Bahr-Baumarktes im Ostseepark in Schwentinetal vorgefahren. Zwei Spuren führen an den überdachten Container-Stellplätzen vorbei. Die zu testenden Personen können im Auto sitzen bleiben und werden von geschulten Personal abgestrichen. „Das Gelände ist optimal für diese Vorgehensweise“, lobt Standortleiter Robin Cyriacks vom

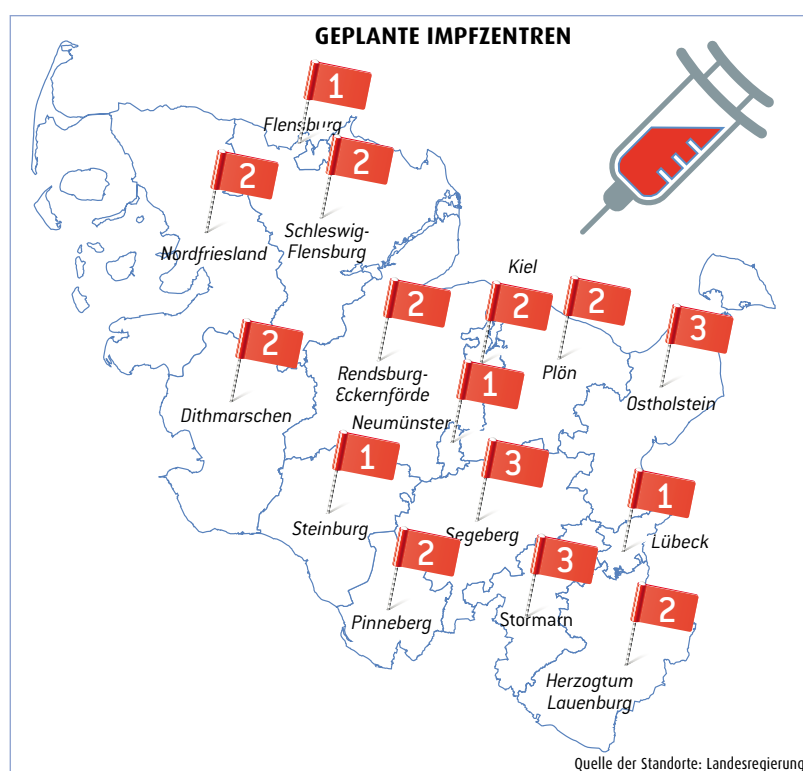
DRK-Ostholstein. Geplant sei noch, die Durchfahrten mit einer Plane bzw. einer Schiebevorrichtung abzutrennen, damit bei widrigen Wetterverhältnissen Schnee und Regen nicht die Arbeit beeinträchtigen.

Auch in Rendsburg ist auf dem derzeit wenig genutzten Norla-Gelände viel Platz. Testpersonen kommen hier auch schon einmal mit dem Fahrrad. Insgesamt 29 Mitarbeiter, die der DRK-Kreisverband rekrutiert hat, sorgen dafür, dass der Betrieb hier täglich läuft. „Wir sind gut aufgestellt und die Mitarbeiter sind hochmotiviert“, so der Geschäftsführer des DRK-Kreisverbandes Rendsburg-Eckernförde, Thomas Stritzl.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

Aufbau von Impfzentren

Gemeinsam mit dem Land, den Kommunen, der Bundeswehr sowie weiteren Beteiligten, wie dem Technischen Hilfswerk (THW), arbeitet die KVSH zurzeit am Aufbau von Impfzentren. Zentrale Aufgabe der KVSH ist zunächst die Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten sowie MFA, die sich für eine freiwillige Übernahme des Impfdienstes in den Zentren auf der Internetseite der KVSH registrieren können.



tagen Dienste übernehmen können. „Der Aufbau der Zentren ist eine logistische Mammutaufgabe zahlreicher verschiedener Akteure von der Terminierung über die Beschaffung und Lagerung des Impfstoffes bis hin zum Datencontrolling, in der den Ärztinnen und Ärzten die Aufgabe des Arztgesprächs und der Impfung zukommt“, sagte KVSH-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliffke auf der Pressekonferenz. Es müsse sichergestellt sein, dass der Prozess der Impfung reibungslos und entsprechend medizinischer Kriterien wie beispielsweise der Aufklärung über die Impfung und der Abklärung von Akuterkrankungen ablaufe. Die Ärzte würden daher in den Impfzentren von medizinischem und administrativem Assistenzpersonal unterstützt werden. Das Anmeldeformular, mit dem man sich freiwillig zur Teilnahme an der Impfung bereiterklären kann, ist auf der Internetseite der KVSH abrufbar.

Vorbehaltlich der Verfügbarkeit des Impfstoffes können in den Zentren insgesamt bis zu 300.000 Impfungen pro Monat durchgeführt werden. Weitere Personen sollen in Krankenhäusern und über mobile Impfteams in Pflege- und ähnlichen Einrichtungen geimpft werden können. Nach aktuellem Planungs-

Bereits in den ersten Tagen kamen über 1.500 Freiwillige zusammen. Unmittelbar nach dem Beschluss des Landeskabinetts stellte Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg auf einer gemeinsamen Pressekonferenz das Konzept der insgesamt bis zu 29 landesweiten Impfzentren vor und bedankte sich in dem Zusammenhang insbesondere auch für die ausgezeichnete Zusammenarbeit mit der KVSH, was, wie er aus zahlreichen Videokonferenzen mit seinen Kolleginnen und Kollegen aus anderen Bundesländern wisse, keineswegs selbstverständlich sei, vielmehr häufig als vorbildlich gelobt werde. Die Vorbereitungen für die Errichtung der Impfzentren laufen seit Ende November auf Hochtouren. „Wir werden bereit sein, sobald ein COVID-19-Impfstoff verfügbar ist. Bis zum 15. Dezember sollen die Strukturen stehen“, versicherte Garg und betonte noch einmal, dass die Teilnahme an der Impfung freiwillig sei.

Derzeit hat die KVSH damit begonnen, Ärzte und medizinisches Fachpersonal anzuwerben. Dabei richtet sie sich neben den Mitgliedern auch an pensionierte Ärztinnen und Ärzte, Ärztinnen und Ärzte in Elternzeit, Ärztinnen und Ärzte, die momentan nicht tätig sind, Ärztinnen und Ärzte in anderen Berufszweigen (z. B. Pharmaindustrie und Unternehmensberatung) sowie Ärztinnen und Ärzte im Klinik- und Rehabereich, die an ihren Ausgleichs-

stand soll das Impfgeschehen nach spätestens sechs Monaten in den Regelbetrieb, also die Hausarztpraxen, überführt werden. Dies könnte abhängig von der Impfstoffentwicklung und den Anforderungen an den Impfstoff, wie z. B. die Tiefkühlung, auch früher erfolgen. Die einzelnen Impfzentren sollen nach derzeitigem Stand jeweils über mehrere parallele „Impflinien“ verfügen, an denen pro Linie 120 bis 150 Impfungen täglich durchgeführt werden können – bei beispielsweise 10 Impflinien wären das also 1.500 Personen in einem Zentrum täglich. Eine „Impflinie“ beschreibt alle notwendigen Schritte einer Impfung, die vor Ort von einem Team durchgeführt werden, wie Anmeldung/Registrierung, Indikationsstellung, Aufklärung, Impfung, Dokumentation und Nachbeobachtung. Die Impfung wird priorisiert erfolgen. Diese wird durch die im Einzelnen noch festzulegenden Kriterien der ständigen Impfkommission (StiKo) in Abstimmung mit dem Ethikrat erfolgen. Eine Regelung hierzu wird dann das Bundesgesundheitsministerium im Rahmen einer Verordnung (nach Paragraph 20i Absatz 3 Ziffer 1a SGB V) treffen. Impfungen werden mit Termin sowie Nachweis einer entsprechenden Impfberechtigung durchgeführt werden können. Zum genauen Anmeldeverfahren und den Voraussetzungen soll noch informiert werden.

NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

„Alle Ängste ernst nehmen“

Seit über 16 Jahren praktiziert Dr. Christine Spingler als Allgemeinärztin in einer Gemeinschaftspraxis in Bad Oldesloe. Seit vielen Monaten beobachtet sie in ihrer Praxis die zunehmende Verängstigung und Verunsicherung der Patienten aufgrund der derzeitigen Situation. Das erneute Herunterfahren des öffentlichen Lebens, gerade im Kulturbereich, nehme den Menschen einen Ausgleich und eine dringend benötigte Ablenkung. Die Aufrufe prominenter Künstler wie Till Brönner hätten sie sehr nachdenklich gemacht, weswegen sie sich eine solidarische Aktion mit der Kulturszene wünschen würde. Denn auf dem Spiel stehe auch die seelische Gesundheit der Menschen. Die Gründe erläutert die Ärztin im Gespräch mit dem Nordlicht.



Nordlicht: Was war der Anlass für Sie, eine Diskussion darüber anzustoßen, was die Pandemie – neben ihren unbestrittenen gesundheitlichen Auswirkungen für die Bevölkerung – mit den Menschen auch aufgrund ihrer anhaltenden Dauer macht?

Dr. Christine Spingler: Der Anlass war mein letzter Besuch im Theater. In der gleichen Woche habe ich im Radio das Statement von dem Jazzmusiker und Trompeter Till Brönner gehört, das mich sehr nachdenklich gemacht hat. Gleichzeitig bin ich auf die Diskussion in den Medien aufmerksam geworden, die es rund um den Lockdown light gab. Das hat in mir den Wunsch ausgelöst, dies einmal zum Thema zu machen.

Nordlicht: Wie haben Sie in den vergangenen Monaten nach dem ersten Lockdown die Pandemie in Ihrer Allgemeinarztpraxis erlebt?

Spingler: Natürlich verhalten sich die Menschen sehr unterschiedlich. Was sie aber doch in ihrem Verhalten eint, ist eine große Verunsicherung. Es hängen überall Schilder mit Verhaltensanweisungen, die Praxis darf nicht mehr betreten werden, sondern erst, wenn man aufgerufen wird. Das verunsichert

viele Patienten, wenngleich meine Beobachtung ist, dass der überwiegende Teil dies befolgt und widerspruchlos hinnimmt. Auch eine Rücksichtnahme nehme ich in unserem Bereich der Praxis wahr.

Nordlicht: Können Sie konkrete Erlebnisse beschreiben?

Spingler: Die Menschen formulieren vor allem ihre Ängste. Dabei lassen sich drei Angstformen unterscheiden: das Virus, die eigene Existenzsicherung und die Zukunftsangst, das heißt die Befürchtung, dass man danach vor einem Scherbenhaufen stehen könnte. Diejenigen, die über ihre Ängste sprechen, sind oft auch Menschen, die soziale Kontakte haben und pflegen. Dann gibt es aber auch jene Gruppe, die darüber nicht so viel spricht und die in der Regel wenig sozialen Kontakt hat. Hier haben diese Ängste natürlich noch einmal eine ganz andere Wirkung, da sie eben nicht ausgesprochen werden.

Nordlicht: Meinen Sie damit, dass dies eine Wirkung auf die seelische Gesundheit hat? Dass Menschen zu wenig über ihre Ängste reden, sich mit ihnen auseinandersetzen und was heißt das genau?

Spingler: Deutlich lässt sich das vielleicht an dem Beispiel aus einem Pflegeheim machen. Dort sind wenig soziale Kontakte vorhanden und diese sind dann streng reguliert. Dass man dort Hygieneregeln einhalten muss, finde ich wichtig. Aber wenn man die Menschen fragt, wie sie das erleben, erhält man die Antwort: „Ja, was haben wir dann noch, wenn wir unsere Enkel und Kinder nicht mehr treffen dürfen. Was bleibt uns dann noch?“ Da schwingt Verzweiflung und Aussichtslosigkeit mit – das ist für das seelische Wohlbefinden fatal und hat mit Empathie nichts zu tun, wie ich finde. Daher ist es von großer Bedeutung, sich über die Auswirkungen solcher Maßnahmen Klarheit zu verschaffen. Denn es gibt einen sehr schmalen Grat zwischen Fürsorge und Bevormundung. Bevormundung bedeutet ja auch eine gewisse Entmachtung, was wiederum die Gefahr des Missbrauchs – aus Sicht des Bevormundeten – in sich birgt. In unserem Zusammenleben darf man Fürsorge nicht mit Bevormundung verwechseln. Gerade, weil diese Situ-

ation für uns alle neu ist, müssen wir uns auch darüber kritisch Gedanken machen. Auch deshalb, weil ja, selbst wenn diese Pandemie eines Tages vorbei sein sollte, gefährliche Viren nicht aus unserer Welt verschwinden.

Nordlicht: *Kommen wir auf Ihr Anliegen, der Solidarität mit den Künstlern und der Kulturszene zu sprechen. Wieso glauben Sie, dass dieser zweite abgespeckte Lockdown die Menschen auch in ihrer seelischen Verfassung treffen wird?*

Spingler: Zunächst einmal wurde im kulturellen Bereich sehr viel getan, um die Grundregeln des AHA+L einzuhalten. Dass es dort Hotspots gegeben hat, ist mir nicht bekannt. Ich möchte in diesem Zusammenhang einmal den Dirigenten Daniel Barenboim zitieren. Er fragt: „Wie sind die Menschen geprägt, wenn die Pandemie vorbei sein wird? Man darf nicht vergessen, dass der Mensch auch einen Geist hat. Unsere Zeit aber ist geistlos, wenn Musik und Kultur kaum noch eine Rolle spielen.“ So geschrieben in der „ZEIT“ vom 5. November 2020. Und er ist erschrocken darüber, wie wenig Bedeutung Musik und Kultur im gesellschaftlichen Diskurs haben, wobei doch auch die Kultur nicht nur zum geistigen Wohlergehen der Menschen, sondern auch zum wirtschaftlichen nicht unerheblich beiträgt. Schon Friedrich Schiller hat in seiner berühmten Rede von der „Schaubühne als moralische Anstalt“ die Notwendigkeit gesehen, darauf hinzuweisen, dass Theater eben nicht nur Orte der Zerstreuung und Kurzweil sind, sondern dass ihnen eine wesentliche Rolle im gesellschaftlichen Leben zukommt, da von ihnen eine wichtige intellektuelle, moralische und emotionale Wirkung auf die Besucher ausgeht.

Nordlicht: *Können Sie noch einmal beschreiben, was Sie genau mit einer verbesserten seelisch-gesundheitlichen Verfassung meinen?*

Spingler: Studien, hauptsächlich aus China weisen, laut eines Berichts im Deutschen Ärzteblatt in der Ausgabe 38/2020 im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie auf eine Steigerung von depressiver, ängstlicher, posttraumatischer Belastungsstörung sowie Schlafstörungen hin. Ich glaube, dass Musik und Kultur sowie die Möglichkeit dies wahrzunehmen, sehr zur Verbesserung der seelischen und körperlichen Verfassung von Menschen beitragen. Besonders im Sinne von Ablenkung und einem positiven Empfinden, was ganz allgemein gesprochen den Gemütszustand verbessert. Darüber hinaus gibt es auch Untersuchungen, die zeigen, dass dies unser Immunsystem stärkt – also ganz konkrete biologische Verbesserungen zur Folge hat. Meine Idee war daher ursprünglich, eine Solidarisierungsaktion der Praxen mit der Kultur zu organisieren, um diesem Aspekt noch mehr Gehör zu verschaffen.

Nordlicht: *Diese Pandemie aber zeigt doch, dass die Erkrankung selbst und auch die möglichen Folgen schwerwiegend sein können. Spielt da die seelische Gesundheit nicht eine untergeordnete Rolle?*

Spingler: Es ist wichtig, Respekt vor dieser Erkrankung zu haben und auf jeden Fall die Grundregeln AHA+L einzuhalten. Selbstverständlich sind wir da auch Vorbilder. Ich bin aber der Überzeugung, dass es auch wichtig ist, die sogenannte SOS-Regel, die die RichterIn und SchriftstellerIn Juli Zeh formuliert hat, zu

beachten: Sensibilität im Umgang mit fremden Ängsten, Offenheit für abweichende Positionen und Sorgfalt beim Formulieren der eigenen Ansichten. Ich glaube, das würde Schärfe aus der Debatte und dem Diskurs nehmen und auch zu unserem Wohlbefinden beitragen.

Nordlicht: *Aber die Menschen haben – wie Sie es zu Beginn beschrieben haben – Angst vor einer möglichen Erkrankung an COVID-19.*

Spingler: Das ist richtig. Dies aber – wie beschrieben – ist nicht die einzige Angst. Auch das beschreibt Juli Zeh in ihrem Interview in der „Zeit“ vom 5. November 2020. Die Menschen haben zum einen eine Fundamentalangst vor Krankheit, Tod und dem Zusammenbrechen des Gesundheitssystems. Außerdem auch zusätzlich Ängste vor dem persönlichen oder auch volkswirtschaftlichen Ruin – das ist auch eine fundamentale Existenzangst. Und die Menschen beschreiben auch eine politische Angst, die aus der Art und Weise der Virusbekämpfung erwachse und in ihrer Vorstellung zur Abschaffung der Demokratie und dem schrittweisen Übergang in eine Vor- und Fürsorgediktatur führe. Sie führt dies weiter aus, indem sie sagt: „wir streiten nicht nur darum, was vernünftigerweise getan werden muss, sondern auch darum, wessen Angst die Berechtigte ist“. Es lasse sich nicht mit Zahlen belegen, wer beim Angsthaben am meisten recht habe. Und so stellt sich die Frage, geben wir einer Angst die Priorität? Wie schaffen wir den Ausgleich, sofern wir alle gleich ernst nehmen und wie bewältigen wir diese neue Herausforderung der Komplexität? Darauf müssen wir Antworten finden. Dazu beitragen würde meines Erachtens unbedingt, dass kulturelle Erlebnisse möglich gemacht werden.

Nordlicht: *Können wir diese Komplexität bewältigen?*

Spingler: Sicher wird man nicht alles in der Pandemie jetzt untersuchen können. Ich habe mir in dem Zusammenhang mal ein Zitat von Voltaire gemerkt, der gesagt hat, es ist nicht so, dass es nichts zu messen gäbe, sondern es ist so, dass der menschliche Geist nicht ausreicht, dafür ein Messinstrument zu entwickeln.

Was ja aber wiederum ein Hoffnungsschimmer sein kann. Vielleicht versetzt uns ja die künstliche Intelligenz sowie die Möglichkeit, eine viel größere Anzahl von Daten verarbeiten zu können als zu Zeiten Voltaires, in die Lage, diese Messinstrumente zu entwickeln und in der nächsten Pandemie einzusetzen – wer weiß?

Das können wir nur hoffen. Und weiter können wir hoffen, dass vor allem gerade die jungen Menschen, die die Leistungsträger von morgen sind, es in der derzeitigen Situation schaffen, den Rückgang der sozialen Kontakte zu verarbeiten. Dass sie es lernen, mit ihren Ängsten umzugehen und dies künftig anzuwenden. Wir sollten allen, die etwas zu sagen haben, zuhören, versuchen unsere Ängste zu überwinden und uns unserer eigenen Verantwortung bewusst sein. Grundsätzlich ist Angst immer ein schlechter Ratgeber. Wir werden es schaffen, wenn wir uns klar darüber sind, dass wir die Instrumente in der Hand haben und dass wir fähig sind, sie auch anzuwenden.

DAS INTERVIEW FÜHRTE NIKOLAUS SCHMIDT, KVSH

Formulare richtig ausfüllen

Muster 36: Empfehlung zur verhaltensbezogenen Primärprävention gemäß Paragraph 20 Abs. 5 SGB V

Mit der Präventionsempfehlung kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt einer Patientin oder einem Patienten eine Maßnahme zur Primärprävention von Krankheiten in Form einer ärztlichen Bescheinigung zu Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum oder sonstigen Bereichen empfehlen. Der Patient kann mit der Präventionsempfehlung einen geeigneten Kurs bei seiner Krankenkasse beantragen. Ein Anspruch besteht dadurch zwar nicht, die Krankenkasse soll die Präventionsempfehlung bei ihrer Entscheidung, jedoch berücksichtigen.

1 Bewegungsgewohnheiten/Ernährung/Stressmanagement/Suchtmittelkonsum/Sonstiges

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt wählt ein oder mehrere Handlungsfelder aus, die sie oder er der Patientin oder dem Patienten empfiehlt. Unter „Sonstiges“ sind nähere Angaben zu nicht aufgeführten Handlungsfeldern zu machen.

2 Hinweise des behandelnden Arztes

Hier kann die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt Hinweise für den Patienten oder die Krankenkasse geben, sowie nähere Angaben zu empfohlenen Maßnahmen. Außerdem sollen bestehende Kontraindikationen für bestimmte Maßnahmen aufgeführt werden.“

Muster 56: Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining

I. Vordruck

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

II. Genehmigung

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

III. Hinweise für Vertragsarzt und Patienten

Rehabilitationssport

Rehabilitationssport dient der Krankheitsbewältigung, der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Erleichterung der sozialen Integration. Diese ergänzende Leistung zur Rehabilitation ergänzt damit auf sinnvolle Weise die ärztliche Behandlung

am Wohnort. Sie ersetzt jedoch nicht die gegebenenfalls erforderliche Heilmittelversorgung, z. B. Bewegungsübungen oder Krankengymnastik. Die Krankenkassen finanzieren Rehabilitationssport in anerkannten qualifizierten Gruppen und Vereinen, mit denen in der Regel entsprechende vertragliche Vereinbarungen bestehen. Die Übungsgruppen stehen unter fachkundiger Leitung von Übungsleitern. Der Rehabilitationssport soll unter anderem dazu dienen, dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln mit dem Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen.

Funktionstraining

Funktionstraining dient der Krankheitsbewältigung, der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Erleichterung der sozialen Integration. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und

SERIE

Bewegungsorgane angezeigt sein. Diese ergänzende Leistung zur Rehabilitation ergänzt damit auf sinnvoller Weise die ärztliche Behandlung am Wohnort. Sie ersetzt jedoch nicht die gegebenenfalls erforderliche Heilmittelversorgung, z. B. Bewegungsübungen oder Krankengymnastik.

Die Krankenkassen finanzieren Funktionstraining in anerkannten qualifizierten Gruppen, mit denen in der Regel entsprechende vertragliche Vereinbarungen über die Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings bestehen. Die Übungsgruppen stehen unter fachkundiger Leitung von Physiotherapeuten, Krankengymnasten und/oder Ergotherapeuten mit speziellen Erfahrungen und spezieller Fortbildung für den Bereich der rheumatischen Erkrankungen/Osteoporose, einschließlich Wassergymnastik und Atemgymnastik, und mit Kenntnissen und Erfahrungen in der psychischen und pädagogischen Führung. Diese müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den Patienten einzuschätzen. Das Funktionstraining soll unter anderem dazu dienen, dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln mit dem Ziel, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen.

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

IV. Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings

Rehabilitationssport

Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um sie möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern, das Selbstbewusstsein, insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen, zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Hilfe zur Selbsthilfe hat das Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen.

Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen geführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Vorausset-

zung, um Gruppendynamische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfekarakter der Leistung zu stärken. Auch Maßnahmen, die einem krankheits-/behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z. B. Entspannungsübungen) sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen, können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmer abzustellen.

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

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

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

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

- Bei chronischen Herzkrankheiten finanzieren die Krankenkassen 90 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten (Richtwerte), bei herzkranken Kindern und Jugendlichen 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten (Richtwerte).

Weitere Verordnungen für Rehabilitationssport in Herzgruppen sind möglich bei maximaler Belastungsgrenze $< 1,4 \text{ Watt/kg Körpergewicht}$ (Nachweis nicht älter als sechs Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen Ischämiekriterien.

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

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

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

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

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

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

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

Funktionstraining

Funktionstraining kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um sie möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. Zu diesen Personenkreisen gehören im Sinne der Rahmenvereinbarung auch chronisch kranke Menschen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist. Schwere Polyarthrosen Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und

psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Funktionstraining ist im Wesentlichen organorientiert. Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und ihn in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen.

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

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

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

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

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

Funktionstrainingsarten sind insbesondere

- Trockengymnastik
- Wassergymnastik

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

SERIE

IT-Sicherheit in der ärztlichen Versorgung

Teil vier der Serie und diesmal geht es um den Arbeitsplatz-PC.



Wieder eine Auswahl der Anforderungen, diesmal jedoch mit einigen Bildschirmbildern zum einfachen Nachbauen versehen.

SCHICHT: IT-SYSTEME [SYS]

INHALT: Hardware

SYS.2.1.A1 Sichere Benutzerauthentisierung

ANFORDERUNG: Nur berechtigte Nutzer sollen die PC benutzen können..

LÖSUNGSVORSCHLAG: Bei den modernen Betriebssystemen ist eine Anmeldung mit Benutzernamen und Kennwort zum Glück schon Standard. Der Benutzername „doc1“ und das Kennwort „doc1“ sind aber keine gute Wahl. Das BSI empfiehlt eine Länge von mindestens 8 Zeichen. Es sollten mindestens je ein Großbuchstabe, ein Kleinbuchstabe, ein Sonderzeichen und eine Ziffer enthalten.

TIPP: Bilden Sie „Elsbrücken“ für sichere Kennworte und seien Sie kreativ.

Eine Elsbrücke lautet z. B. „Mein erstes Auto war ein gelber Opel Ascona“

→ nur den ersten Buchstaben → MeAweg0A

→ Aus dem ersten A wird ein Ausrufezeichen und aus dem 0 wird eine Q (Ziffer Null)

→ Das sichere Kennwort lautet jetzt Me!weg0A – Da kommt keiner drauf.

SYS.2.1.A2 Rollentrennung

ANFORDERUNG: Es muss Admin-Konten (mit vielen Rechten) für die seltene Administration und Nutzer-Konten (mit wenigen Rechten) für die tägliche Benutzung des PCs geben.

LÖSUNG: Wenn Ihr System von einem Dienstleister betreut wird, hat er sicherlich genau das schon umgesetzt. Administrieren Sie, so sollten Sie die Zugriffs-, Ausführungs- und Installationsrechte der Nutzerkonten einschränken, damit nur Admins auch administrieren.

SYS.2.1.A3 Aktivieren von Autoupdate-Mechanismen

ANFORDERUNG: Die Programme sollten täglich nach Updates suchen und diese auch installieren dürfen.

LÖSUNG: Alle Betriebssysteme und auch viele Programme bieten diese Möglichkeit – nutzen Sie sie, denn es vergeht kaum ein Tag, an dem nicht Sicherheitslücken in Programmen bekannt und behoben werden. Heerscharen von Hackern verwenden solche bekannten Lücken, um Systeme anzugreifen, die noch nicht aktualisiert sind.

SYS.2.1.A4 Regelmäßige Datensicherung

ANFORDERUNG: Wenn wichtige Daten auf den PCs gespeichert werden, müsse diese auch gesichert (Backup) werden. Sprichwort bei kaputter Festplatte: Kein Backup – kein Mitleid!

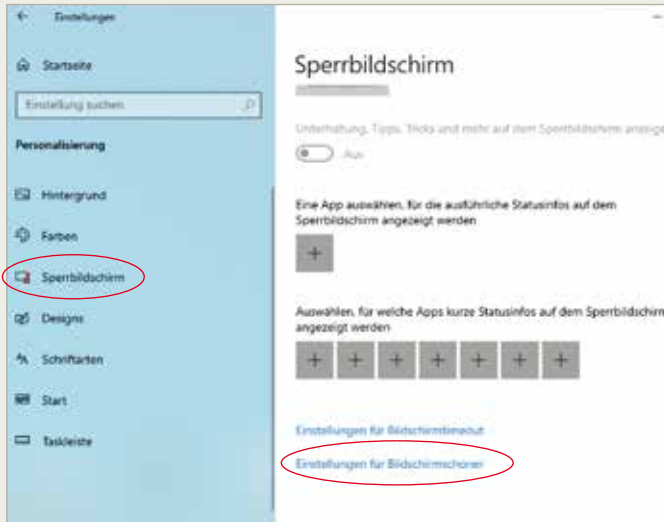
LÖSUNG: Es empfiehlt sich, alle wichtigen Daten auf einem zentralen File-Server zu speichern und diesen zu sichern. Geht das nicht, planen Sie ein tägliches Backup der PC. Und vergessen Sie nicht, die Vollständigkeit und Wiederherstellbarkeit der Backups zu prüfen.

TIPP: Schauen Sie doch in die **Nordlicht**-Ausgabe vom Juli. Dort finden Sie mehr Infos unter dem Punkt: CON.3.A5 Regelmäßige Datensicherung.

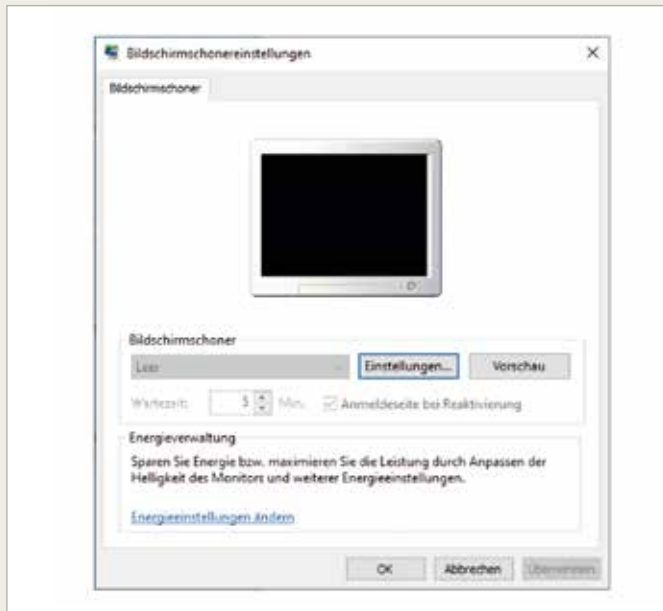
SYS.2.1.A5 Verwendung einer Bildschirmsperre

ANFORDERUNG: Wenn ein PC eingeschaltet ist, aber einige Minuten nicht benutzt wird, soll er automatisch den Bildschirminhalt verbergen und erst nach erfolgreicher Benutzeranmeldung wieder bedienbar sein.

LÖSUNG: Bei Windows 10 mit der rechten Maustaste auf den Desktop-Hintergrund klicken und im sich dann öffnenden Popup-Menü den untersten Punkt „Anpassen“ auswählen. Es erscheint das Einstellungs-Menü.



Dort auf der linken Seite „Sperrbildschirm“ und rechts „Einstellungen für Bildschirmschoner“ auswählen.



Hier dann eine angemessene kurze Zeit eingeben und unbedingt den Haken „Anmeldeseite bei Reaktivierung“ setzen.

TIPP: Es ist eine gute Angewohnheit, beim Verlassen des Arbeitsplatzes den Bildschirmschoner mit der Tastenkombination Windows-Taste+L sofort zu aktivieren.

SYS.2.1.A6 Einsatz von Viren-Schutzprogrammen

ANFORDERUNG: Wenn keine wirklich überzeugenden Gründe gegen die Verwendung eines Anti-Viren-Schutzprogramms auf dem PC sprechen, dann sollte er dort auch installiert sein. Sprichwort bei gehacktem PC: Kein Virenschutz – kein Mitleid!

LÖSUNG: Windows 10 bringt einen eingebauten Virenschutz mit. Wenn Sie den nicht verwenden können oder möchten, gibt es eine Vielzahl guter Lösungen auf dem Markt. Falls Ihnen Ihr Systemhaus noch zu keiner AV-Lösung geraten hat, fragen Sie nach.

Wichtig ist, dass die Software sich ständig aktualisiert (pro Sekunde entstehen ca. vier neue Computerviren), automatisch neue Dateien durchsucht und die Schutzsoftware nicht aus Versehen ausgeschaltet werden kann.

TIPP: Schauen Sie doch in **Nordlicht**-Ausgabe vom Juli. Dort finden Sie mehr Infos unter dem Punkt: OPS.1.1.4.A1 Erstellung eines Konzepts für den Schutz vor Schadprogrammen.

SYS.2.1.A8 Absicherung des Bootvorgangs

ANFORDERUNG: Der Startvorgang beim Einschalten des Geräts muss gegen Manipulation gesichert werden. So darf der PC sein Betriebssystem nicht einfach vom eingesteckten USB-Stick oder einer eingelegten CD/DVD eines Angreifers laden, da somit Sicherheitsmaßnahmen des PCs umgangen werden können.

LÖSUNG: Der Administrator legt im BIOS/UEFI/Bootloader fest, von welcher Datenquelle das Gerät gebootet wird, also von wo es seine Betriebssystemprogramme lädt. Das sollte vorzugsweise nur die lokale Festplatte sein. Nur für den konkreten Notfall, wenn also das Booten von der Datenquelle nicht funktioniert, sollte der Administrator das Booten von anderen Datenquellen einmalig zulassen. Somit startet der PC und wichtige Daten könnten evtl. noch gerettet werden.

Natürlich muss der Zugang zur Administration des BIOS/UEFI/Bootloaders durch ein Kennwort geschützt sein, sonst ändert der Angreifer das Bootmedium, wie es ihm gefällt.

Hilfreiche Links zum BSI

https://www.bsi.bund.de/DE/Themen/ITGrundschutz/ITGrundschutzKompodium/itgrundschutzKompodium_node.html

<https://www.bsi.bund.de> ▶ Publikationen ▶ BSI Standards ▶ Leitfaden Basisabsicherung

UDO KARLINS, KVSH

SERIE: VERSORGUNGSVERTRÄGE

Disease-Management-Programme

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



Disease-Management-Programme

Hiermit geben wir einen kurzen Überblick zu den Disease-Management-Programmen (DMP), strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen in Schleswig-Holstein.

Umgesetzte Indikationen

Asthma bronchiale
COPD
Brustkrebs
Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
Koronare Herzkrankheit

Indikationen in Planung

Chronische Herzinsuffizienz
Chronischer Rückenschmerz
Depression
Osteoporose
Rheumatoide Arthritis

Ziele der DMP Verträge

Eine kontinuierliche Behandlung der Patienten soll dazu beitragen

- eine Verschlechterung der Krankheit zu verhindern oder zu verlangsamen,
- Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden,
- die Selbstmanagementfähigkeiten von Patienten zu verbessern,
- die krankheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern,
- eine Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien durchzuführen.

Welche Patienten können daran teilnehmen?

Ein Patient kann an einem DMP teilnehmen, wenn

- seine Krankenkasse für das jeweilige DMP akkreditiert ist,
- das jeweilige DMP-Krankheitsbild auf ihn zutrifft,
- er zur aktiven Mitwirkung bei der Umsetzung der Programminhalte in der Lage ist,
- er im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Am DMP Asthma können Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr teilnehmen. Teilnahmeberechtigt für das DMP COPD sind Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Am DMP Brustkrebs können ausschließlich Patientinnen teilnehmen.

Teilnahme der Ärzte

In jedem DMP sind bestimmte Strukturvoraussetzungen fachlicher und organisatorischer Art festgelegt, die Ärzte für eine Teilnahme erfüllen müssen.

Wenn Sie an einem DMP teilnehmen möchten, finden Sie die entsprechenden Verträge, Voraussetzungen und Teilnahmeerklärungen unter den einzelnen Diagnosen auf der Internetseite der KVSH: www.kvsh.de ▶ **praxis** ▶ **vertraege** ▶ **dmp**

Besonderheit am DMP

Durch die DMP sollen die ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung von Patienten besser vernetzt werden. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit und Dokumentation der Behandlung von koordinierendem Arzt und Facharzt bildet hierbei die Grundlage. Hierbei ist es wichtig, dass alle Überweisungen von einem koordinierenden Arzt zu einem Facharzt eine Notiz „DMP“ tragen, damit der Facharzt über die Einschreibung des Patienten beim koordinierenden Arzt Bescheid weiß.

Abrechnung der Leistungen durch den Arzt

Die Abrechnung von erbrachten Leistungen erfolgt im Rahmen der Quartalsabrechnung. Es können nur Leistungen abgerechnet werden, für die eine Genehmigung anhand der Teilnahmeerklärung und Bestätigung der jeweils geforderten Strukturvoraussetzungen durch die Abteilung Qualitätssicherung erteilt wurde. Die Vergütung der Leistungen im DMP erfolgt extrabudgetär. Die jeweiligen Vergütungspositionen sind in den DMP-Verträgen unter „Weitere Informationen“ zusammengefasst hinterlegt.

Teilnehmende Krankenkassen

Alle Primär- und Ersatzkassen außer der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) nehmen an den DMP-Verträgen teil.

Für die SVLFG gelten die Chronikerverträge, aus denen die DMP-Verträge entstanden sind, weiter.

Aktuelles

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) der Patienten gibt es aktuell noch zu jeder chronischen Erkrankung. Ab dem 1. April 2021 wird es für alle DMP nur noch eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung geben. Auf dieser sind alle DMP aufgelistet und die betreffende Erkrankung wird vom Arzt angekreuzt. Hierzu werden wir gesondert informieren.

Die Formulare sind zu bestellen unter Tel. 04551 883 250 oder E-Mail: formular@kvsh.de

Eine ausführliche und detaillierte Beschreibung der Abläufe und Voraussetzungen zu den DMP gibt Ihnen das indikationsspezifische Praxismanual unter www.kvsh.de ▶ **praxis** ▶ **vertraege** ▶ **dmp**. Darüber hinaus regelt die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) allgemeine Anforderungen an die DMP. Die krankheitsspezifischen Anforderungen sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) aufgeführt, Ausfüllanleitungen und Plausibilitätsrichtlinien zu den Dokumentationen finden Sie auch auf unserer Website zu den jeweiligen Indikationen.

HAGEN FRANKE, KVSH

ÄNDERUNGEN UND ÜBERBLICK SERVICEANGEBOTE

Neue Heilmittel-Richtlinie ab Januar 2021

Ob Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie: Ab 1. Januar wird die Verordnung von Heilmitteln bundesweit vereinfacht. Zur Unterstützung für Praxen stehen jetzt erste Serviceangebote bereit. Sie sollen Ärztinnen und Ärzten helfen, sich schnell und praxisnah mit den Neuerungen vertraut zu machen. Geplant sind außerdem zwei zertifizierte Fortbildungen. Was sich ab Januar ändert und welche Serviceangebote die Praxen unterstützen nachfolgend im Überblick.



Das ändert sich für Praxen

Klare und einfache Vorgaben lösen die komplizierte Regelfallsystematik und die aufwendige und trotzdem unsichere Bemessung der behandlungsfreien Intervalle ab. Außerdem wird der Heilmittelkatalog überschaubarer. Zur Verordnung gibt es nur noch ein Formular für alle Heilmittel und nicht mehr drei verschiedene.

Insgesamt sind die neuen Vorgaben zur Verordnung von Heilmitteln wesentlich besser zu überblicken. So sollen die verordnenden Ärztinnen und Ärzte entlastet werden.

Die wichtigsten Neuerungen betreffen:

- die Systematik,
- den Heilmittelkatalog,
- die Verordnungsoptionen,
- das Formular.

Systematik

- Systematisch sind drei Begriffe wichtig:
 - der Verordnungsfall
 - die orientierende Behandlungsmenge
 - das Verordnungsdatum
- Bezugsgröße ist ab Januar nicht mehr der Regelfall, sondern der Verordnungsfall. Er bezieht sich auf den verordnenden Arzt, die Erkrankung seines Patienten und das Verordnungsdatum.
- Ärzte müssen damit nicht mehr in Erfahrung bringen, wieviel Heilmittel andere Kolleginnen oder Kollegen demselben Patienten verordnet haben.
- Ein Verordnungsfall endet sechs Monate nach dem Verordnungsdatum – sofern der Arzt in dieser Zeit keine weitere Verordnung aufgrund derselben Erkrankungen für denselben Patienten ausstellt.
- Für jede Diagnosegruppe ist im Heilmittelkatalog eine sogenannte orientierende Behandlungsmenge angegeben. Mit ihr soll das Behandlungsziel erreicht werden. Sofern medizinisch notwendig, können Ärzte weitere Verordnungen ausstellen. Eine Begründung ist nicht mehr auf der Verordnung notwendig, sondern nur noch in der Patientenakte zu dokumentieren.
- Allerdings: Wie bisher gibt es für jede Verordnung Höchstmengen. Diese dürfen Ärzte nur in Ausnahmefällen überschreiten – etwa bei einem langfristigen Heilmittelbedarf oder bei einem besonderen Verordnungsbedarf.
- Sowohl die orientierende Behandlungsmenge als auch die Höchstmenge je Verordnung finden Ärzte im Heilmittelkatalog – ebenso wie die jeweils empfohlene Therapiefrequenz. Der Heilmittelkatalog steht ab Januar mobil in der App KBV2GO! zur Verfügung (siehe Serviceprodukte).

Heilmittelkatalog

- Insgesamt ist der Heilmittelkatalog übersichtlicher. Die Diagnosegruppen wurden zusammengefasst, vor allem im Bereich Physiotherapie.
- Innerhalb der Diagnosegruppen wird nicht mehr unterschieden zwischen kurzfristigem oder mittelfristigem beziehungsweise langfristigem Behandlungsbedarf.

- Was ebenfalls entfällt: das Aufrechnen der Verordnungsmengen von Vor-Verordnungen für verwandte Diagnosegruppen. Und: Ärzte brauchen nicht mehr formell zu wechseln zwischen verwandten Diagnosegruppen.

Verordnungsoptionen

- Auf der Verordnung können neuerdings mehrere Leitsymptomaten angegeben oder bis zu drei vorrangige Heilmittel zugleich verordnet werden.
- Auch können Ärzte die Verordnung als dringlich markieren.
- Besteht kein dringlicher Behandlungsbedarf, behält die Verordnung nun länger ihre Gültigkeit: nämlich 28 Tage lang, früher waren es nur 14 Tage. Das soll Patienten mehr Zeit geben, den richtigen Heilmitteltherapeuten zu finden und einen Termin zu vereinbaren.

Formular

- Das neue Formular 13 ist eine weitere Vereinfachung. Es löst die alten Formulare 13, 14 und 18 ab und wird zur Verordnung sämtlicher Heilmittel eingesetzt.
- Das Verordnungsformular ist übersichtlich aufgebaut und kann wie die anderen vertragsärztlichen Formulare regulär bestellt, beziehungsweise über die Praxissoftware abgerufen werden.

Serviceangebote für Praxen

Diese Serviceangebote können Praxen nutzen, um sich mit den Neuerungen vertraut zu machen:

- **PraxisWissen „Heilmittel“** – Die Broschüre stellt die wichtigsten Neuerungen anschaulich und praxisnah vor, bietet Hinweise zur Verordnung und Praxisbeispiele. Das Serviceheft liegt am 11. Dezember dem Deutschen Ärzteblatt bei und kann jetzt schon als Webversion kostenfrei abgerufen werden:
[www.kbv.de/Mediathek/PraxisWissen „Heilmittel“](http://www.kbv.de/Mediathek/PraxisWissen_Heilmittel)
- **Publikation „Die Heilmittel-Richtlinie“** – Darin sind die neue Richtlinie, der Heilmittelkatalog und die Diagnoselisten für den langfristigen Heilmittelbedarf und den besonderen Verordnungsbedarf enthalten. Die Webversion steht ebenfalls im Internet zum Abruf bereit:
[www.kbv.de/Service für die Praxis/Verordnungen/Heilmittel](http://www.kbv.de/Service_für_die_Praxis/Verordnungen/Heilmittel)
- **Themenseite im Internet** – Alle wichtigen Informationen und Serviceangebote sind auf der KBV-Themenseite „Heilmittel“ im Internet zu finden. Dort ist auch ein Ansichtsexemplar des neuen Verordnungsformulars abrufbar:
[www.kbv.de/Service für die Praxis/Verordnungen/Heilmittel](http://www.kbv.de/Service_für_die_Praxis/Verordnungen/Heilmittel)

Außerdem geplant:

- **Fortbildungen** – Die KBV hat zwei zertifizierte Online-Fortbildungen konzipiert: „Heilmittel: Grundsätze und Rahmenbedingungen“ sowie „Anwendung der Heilmittel-Richtlinie“. Bei erfolgreicher Teilnahme gibt es jeweils drei CME-Punkte. Die beiden Fortbildungen stehen voraussichtlich ab 11. Dezember im Fortbildungsportal der KBV bereit.

Hierfür ist ein Anschluss an das Sichere Netz oder an die Telematikinfrastruktur erforderlich:

<https://fortbildungsportal.kv-safenet.de>

- **Katalog in der App** – Voraussichtlich ab 1. Januar 2021 wird der neue Heilmittelkatalog in der App KBV2GO! enthalten sein und ist damit jederzeit mobil abrufbar. Nach dem Herunterladen der App kann der Heilmittelkatalog dort angeklickt und genutzt werden. Er bietet auch eine komfortable Suchfunktion:

[www.kbv.de/Mediathek/Apps & Tools](http://www.kbv.de/Mediathek/Apps_&Tools)

Auch Vertragspsychotherapeuten können die Serviceangebote zur neuen Heilmittel-Richtlinie nutzen. Denn auch sie dürfen ihren Patienten ab Januar bestimmte Heilmittel verordnen. Konkret betrifft dies die Ergotherapie. Mehr dazu in der KBV-Praxisinfo „Psychotherapeuten können ab Januar 2021 Ergotherapie verordnen“:

www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Ergotherapie.pdf

Heilmittelverordnung: Früher kompliziert, jetzt einfacher

Ob Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie: Über die Jahre sind die Regelungen für die Verordnung von Heilmitteln so komplex geworden, dass sie im Praxisalltag kaum noch zu überblicken waren und oft einen hohen Verwaltungsaufwand verursachten.

Für Ärztinnen und Ärzte belastend waren beispielsweise die vielen zeitaufwendigen Teilschritte, noch bevor das eigentliche Heilmittel verordnet werden konnte. So musste zwischen bis zu sieben verschiedenen Leitsymptomaten, zwischen Erst- und Folgeverordnung sowie zwischen vorrangigen, optionalen und ergänzenden Heilmitteln unterschieden werden.

Außerdem herrschte im Heilmittelkatalog eine starre Zuordnung von Heilmitteln zu Leitsymptomaten und den jeweiligen Therapiezielen. Diese Systematik orientierte sich viel zu wenig an den sich im Therapieverlauf oftmals verändernden Bedürfnissen.

Unnötig war zudem die „Rechenschieberei“ bei der Berechnung der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls, die immer dann angestellt werden musste, wenn die Therapie länger dauerte als ursprünglich geplant und die Diagnosegruppe gewechselt werden musste.

Deshalb wurden die Regelungen grundlegend überarbeitet und 2019 im Gemeinsamen Bundesausschuss eine neue Heilmittel-Richtlinie beschlossen. Die neuen Vorgaben gelten bundesweit ab 1. Januar 2021.

www.g-ba.de/themen/veranlasste-leistungen/heilmittel/

Liste der zertifizierten Heilmittelverordnungssoftware

Bereits seit 2017 dürfen Praxen nur eine von der KBV zertifizierte Heilmittelverordnungssoftware einsetzen. Die KBV hat dazu eine Liste veröffentlicht. Dort können Praxen sehen, ob ihre Software ab 1. Januar 2021 zertifiziert ist und gegebenenfalls bei ihrem Softwareanbieter nachfragen, wenn das verwendete Produkt nicht auf der Liste steht:

[ftp://ftp.kbv.de/ita-update/Service-Informationen/Zulassungsverzeichnisse/KBV_ITA_SIEX_Verzeichnis_Heilmittel.pdf](http://ftp.kbv.de/ita-update/Service-Informationen/Zulassungsverzeichnisse/KBV_ITA_SIEX_Verzeichnis_Heilmittel.pdf)

Auf der Themenseite www.kvsh.de ► **praxis** ► **verordnungen** ► **heilmittel** finden Sie aktuelle Informationen zur neuen Heilmittelverordnung zum Download, z. B. die KBV-Broschüre „PraxisWissen“, ein Heft mit der Heilmittelrichtlinie, eine Übersicht „Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf/besonderer Heilmittelbedarf“ und ein Erklärvideo.

WEIHNACHTEN IN PANDEMIE-ZEITEN

Stille Nacht, einsame Nacht?

Die Corona-Pandemie hat viele Gewohnheiten und Alltagsstrukturen auf den Kopf gestellt. Derzeit bereiten sich viele bereits auf die nächste Aufgabe vor: Weihnachten unter Pandemie-Bedingungen. Das Fest wird für viele anders sein als sonst – kleiner, vielleicht einsamer, improvisiert. Die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) hat Empfehlungen formuliert, die für psychische Entlastung sorgen können.



Traditionen und Rituale der Weihnachtszeit dienen aus psychologischer Sicht dazu, gemeinsame Identität und Zugehörigkeit zu stiften. Gerät dies ins Wanken, kann bei all der gesellschaftlichen Unsicherheit in der Pandemie eine zusätzliche psychische Belastung entstehen. Zudem ist in der „dunklen Jahreszeit“ das Risiko einer saisonalen Depression ohnehin erhöht.

Die DPTV empfiehlt daher:

1. Perspektiven schaffen. Unsere Psyche will wissen, was als Nächstes kommt. Die Kernfrage dieses Jahr ist: Wie verbringe ich Weihnachten, wenn mir meine sonst gewohnte soziale Gruppe nicht zur Verfügung steht? Seien es Familie, Freunde, der Kirchenbesuch, das Restaurant oder die Bar nebenan. Sprechen Sie rechtzeitig darüber, mit wem und wie Sie Weihnachten verbringen werden. Vermeiden Sie die Frage nicht, denn ein Hin- und-Hergerissen-Sein (kognitive Dissonanz) macht der Psyche zusätzlichen Stress. Überlegen Sie im Einzelfall auch, welche Möglichkeiten es gibt, mit einer freiwilligen Vorab-Quarantäne Risikopatienten besonders zu schützen und den Kontakt über Weihnachten zu halten. Machen Sie einen Plan.

2. Ideen hamstern. Auch Ideen lassen sich hamstern. Könnten Sie Plätzchen backen, Weihnachtsbaum schmücken auch per Videotelefonat? Würde sich jemand über Briefe, Fotos, Päckchen freuen? Stellen Sie emotionale Nähe statt physischer Nähe her. Wenn Sie Weihnachten nicht allein bleiben wollen, gehen Sie es jetzt aktiv an. Sprechen Sie andere Menschen an, erlauben Sie sich, um Unterstützung zu bitten.

3. Zeit statt Zeug. Einiges wird in der Pandemie neu gedacht und erlebt. Vielleicht auch unser Konsumverhalten in der Weihnachtszeit? Vielleicht ist es auch entlastend, nicht für viele Leute kochen zu müssen, weniger unterwegs zu sein, weniger „Feiertagsstress“ zu haben? Überlegen Sie, wie Sie sich bewussten Genuss und Zeit für Schönes gönnen können.

4. Radikale Akzeptanz. Es ist verständlich, dass Veränderungen in der Weihnachtszeit durch die Pandemie traurig oder wütend machen können. Das Konzept der Radikalen Akzeptanz beschreibt die aktive Entscheidung, Dinge, die man nicht beeinflussen kann, zu akzeptieren – und zwar radikal. Dies bedeutet nicht, etwas gutzuheißen oder einverstanden zu sein, sondern lediglich, die Realität so zu sehen, wie sie ist. Erfolgt dieser psychologische Prozess bewusst als Entscheidung, kann eine Radikale Akzeptanz Selbstwirksamkeit und das Erleben von Handlungsfähigkeit stärken und schleichender Frustration oder sogar Hilflosigkeit entgegenwirken.

5. Vorfreude durch Zukunftsprojektion. Auch diese Krise wird vorübergehen. Das bedeutet nicht, den Ernst der Lage zu verharmlosen. Es bedeutet auch nicht, „einfach“ positiv zu denken. Machen Sie weitere Pläne, was Sie nach der Pandemie machen wollen. Mit wem werden Sie dann feiern? Wohin in den Urlaub fahren? Von wem in den Arm genommen werden? Je genauer wir es uns vorstellen, je mehr Sinne wir dabei nutzen, umso stärker wirkt die Imagination. Denn unser Gehirn hat genug gute Erinnerungen gespeichert, um zu wissen, wie es sich anfühlt und kann dann darauf reagieren.

PM/REDAKTION

ICD-10 GM 2021 und Ergänzungen zur Verschlüsselung von COVID-19 für 2020	34
Vereinbarung zu den schlafbezogenen Atmungsstörungen	35
Ausschreibung eines Versorgungsauftrages	36
Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen – Vergütung ab 1. Januar 2021	39
HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen	39
Formularbestellungen online über das Portal eKVSH	
„Hallo Baby“	39

ICD-10 GM 2021 und Ergänzungen zur Verschlüsselung von COVID-19 für 2020

Seit dem 26. Mai 2020 ist das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Herausgeber amtlicher medizinischer Klassifikationen in das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingegliedert worden. Das BfArM ist eine Behörde, die dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstellt ist.

Wie schon zum Jahresende 2019 angekündigt ist der ICD-10 ein Auslaufmodell und wird in absehbarer Zeit durch den ICD-11 abgelöst werden. Dies hat die WHA (World Health Assembly der WHO) 2019 beschlossen. Änderungen struktureller Art am ICD-10 wird es nicht mehr geben, neue Entitäten wie z. B. COVID-19 werden selbstverständlich weiterhin in das vorhandene Gerüst eingefügt. Die Änderungsliste zur ICD-10 2021 kann unter www.dimdi.de heruntergeladen werden.

Im Rahmen der COVID-19 Pandemie wurden mit den der WHO vorbehaltenen vorläufigen Schlüsseln (U00 bis U49 zur Verschlüsselung von Krankheiten unklarer Genese) sogenannter Sekundärkodes mit ! geschaffen, die ergänzend zu einer Krankheit mit Primärkode ohne ! (Infekt der oberen Luftwege, Pneumonie etc.) hinzugefügt werden.

Beispiel:

- **J06.9G** Infekt der oberen Luftwege n.n.b.z.
- **U07.1!** labordiagnostischer Nachweis einer SARS-CoV-2 Infektion
- **U99.0!** Virusnachweis z. B. Kultur oder PCR)

Für das Jahr 2020 gelten folgende Sekundärkodes:

- **U07.1!** Labordiagnostischer Nachweis einer akuten SARS-CoV-2-Infektion
- **U07.2!** Klinisch-epidemiologisch bestätigte COVID-19-Erkrankung entsprechend der Falldefinition des RKI
- **U99.0!** Einsatz spezieller Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2 zum direkten Virusnachweis, z. B. Kultur oder PCR

Diese zusätzlichen weiteren Schlüssel im Zusammenhang mit COVID-19 gelten seit dem 11. November 2020:

- **U07.3 COVID-19** in der Eigenanamnese diese Schlüsselnummer, um eine frühere, bestätigte Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) zu kodieren, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflusst oder zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt, die Person aber nicht mehr an COVID-19 leidet.
- **U07.4! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet;** diese Schlüsselnummer ist zu verwenden, wenn bei einer anderenorts klassifizierten Störung angegeben werden soll, dass sie in Zusammenhang mit einer vorausgegangenen Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) steht. Diese Schlüsselnummer ist nicht anzuwenden, wenn COVID-19 noch vorliegt.
- **U07.5 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet**
 - „Kawasaki-like“-Syndrom
 - Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C)
 - Paediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS)
 - Zytokinsturm

In der neuen Fassung der ICD-10-GM 2021 mit Aktualisierung vom 11. November 2020 wurden die folgenden Codes als Primärkode angelegt. Erstes Geltungsdatum 1. Januar 2021!

- **U08.9 COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet**
- **U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet**

Folgender Kode wurde als Sekundärkode (Ausrufezeichenschlüsselnummer) angelegt:

- **U09.9! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet**

Die vollständigen neuen Codes finden Sie in der aktualisierten Onlinefassung zur ICD-10-GM 2021.

Die genauen Voraussetzungen zur Anwendung der jeweiligen ICD-10 Schlüssel sind in der Kodierhilfe des Zi, www.kodierhilfe.de übersichtlich hinterlegt und werden hiermit empfohlen.

Präzisierung von onkologischen Kodierungen und Hinweis auf Alpha-Kode

Im Kapitel II Neubildungen sind die Hinweise zur Verschlüsselung bösartiger Erkrankungen präzisiert und auf die Rolle des Alphabetischen Verzeichnisses des ICD-10 sowie des ICD-O (Onkologie) aufgenommen worden. Hingewiesen sei auch auf den sogenannten Alpha-Kode (Alpha-ID), der auf dem alphabetischen Verzeichnis des ICD-10 beruht. Im ICD werden Synonyme Bezeichnungen einer Krankheit als auch ähnliche Krankheiten in einer Klasse unter einem Kode zusammengefasst und sind deshalb für eine Dokumentation zu therapeutischen Zwecken nicht ausreichend differenziert.

In der Alpha-ID dagegen sind alle Synonyme und jede einzelne Krankheitsbezeichnung aus dem Alphabetischen Verzeichnis als eigenständige Bezeichnung zugelassen: Jeder Eintrag hat einen eigenen Alpha-ID-Kode – eine individuelle, eindeutige, nichtklassifizierende Identifikationsnummer.

Beispiel: Für den ICD-10-GM-Kode „L30.8 Sonstige näher bezeichnete Dermatitis“ gibt es im Alphabetischen Verzeichnis 28 Einträge, die alle mit L30.8 verschlüsselt werden. In der Alpha-ID erhält jeder dieser Einträge einen eigenen Alpha-ID-Kode wie die nachfolgenden vier Einträge:

Alpha-ID-Kode	ICD-10-GM-Kode	Eintrag
I6158	L30.8	Ichthyosiformes Ekzem
I6159	L30.8	Nässendes Ekzem
I6154	L30.8	Nässender Nabel
I6142	L30.8	Trockenes Ekzem

Als Buchversion ist die ICD-10 2021 als systematisches Verzeichnis unter anderem beim Deutschen Ärzteverlag erschienen, ca. 800 Seiten, 14,8 x 21 cm, broschiert, ISBN 978-3-7691-3722-4.

Die vom Zi erstellten Haus- und Facharztthesauren 2021 stehen Ihnen neben anderen Hilfen zur Kodierung und Hinweisen zum ICD-10 unter kvsh.de > praxis > Verordnungen auf der Website der KVSH zur Verfügung.

Vereinbarung zu den schlafbezogenen Atmungsstörungen (Änderung seit 1. Oktober 2020)

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben die Vereinbarung zu den schlafbezogenen Atmungsstörungen zum 1. Oktober 2020 angepasst. Hintergrund ist eine Aktualisierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung, die es den folgenden Facharztgruppen ermöglicht, die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ zu erlangen:

- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie,
- Innere Medizin und Kardiologie
- sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Diese Facharztgruppen können in Zukunft ebenfalls eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung beantragen. Die Antragsformulare sind unter www.kvsh.de unter „Qualität und Fortbildung“ zu finden. Bei Fragen wenden Sie sich an Christina Bernhardt, Tel. 04551 883 470.

Ausschreibung eines Versorgungsauftrages

Ausschreibung eines Versorgungsauftrages im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gem. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL) und der Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

für eine/n zweite/n Vertragsärztin/Vertragsarzt zur gemeinsamen Ausübung mit dem bereits vorhandenen Programmverantwortlichen Arzt

für die Screening-Einheit Schleswig-Holstein 4 „Nördliches Schleswig-Holstein“ (Stadt Flensburg sowie die Kreise Schleswig-Flensburg und Nordfriesland)

Die Ausschreibung richtet sich an interessierte Ärzte der Fachgebiete:

- Diagnostische Radiologie
- Radiologische Diagnostik
- Radiologie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Präambel

Ziel des flächendeckenden Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie ist die möglichst frühe Erkennung und Behandlung von Brustkrebs und damit insgesamt die Verringerung der Sterblichkeit an Brustkrebs.

Nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie haben Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres alle 24 Monate Anspruch auf Leistungen zur Früherkennung von Brustkrebs im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Das Früherkennungsprogramm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, die den Gebietsgrenzen der Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechen.

Das regionale Versorgungsprogramm ist von der Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf Landesebene in einzelne Screening-Einheiten zu unterteilen, die in der Regel jeweils einen Einzugsbereich von 800.000 bis 1.000.000 Einwohner umfassen sollen.

Die Screening-Einheit SH 4 umfasst ungefähr 74.223 Frauen zwischen 50 und 70 Jahren in der Stadt Flensburg sowie den Kreisen Schleswig-Flensburg und Nordfriesland.

Bei der Versorgung dieser Frauen und der Durchführung des Programms ist eine Fortführung der seit Beginn des Screenings in dieser Region etablierten Organisation und geprägten Einladungssystematik erforderlich.

Eine Screening-Einheit besteht aus einer oder mehreren Mammographie-Einheiten, in der die Screening-Mammographieaufnahmen erstellt werden und einer oder mehreren Einheiten zur Abklärungsdiagnostik, in der die Abklärungsuntersuchungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms durchgeführt werden.

Eine Screening-Einheit wird grundsätzlich von einem Vertragsarzt geleitet, dem die Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilt worden ist, dem sog. Programmverantwortlichen Arzt. Der Versorgungsauftrag sollte aufgrund der steigenden Anzahl anspruchsberechtigter Frauen von zwei Ärzten übernommen werden.

Inhalt des Versorgungsauftrages

Um den hohen Qualitätsanforderungen, wie sie in den „Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ formuliert werden, gerecht zu werden, wurde für die Einführung des Programms in Deutschland die Übernahme eines Versorgungsauftrags durch den Programmverantwortlichen Arzt geregelt. Der PVA, bzw. zwei PVÄ, organisiert bzw. organisieren ein von ihm/ihnen geleitetes Team von Ärzten und radiologischen Fachkräften, das umfangreiche Screening-Leistungen in einer definierten Region (Screening-Einheit) erbringt. Dem PVA kommt eine besondere Verantwortung bei der Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu. Damit er seiner Verantwortung im Hinblick auf die notwendige ärztliche Betreuung der Frauen, ihre Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung gerecht werden kann, erbringt er die Screening-Leistungen in Kooperation mit anderen Vertragsärzten. Ferner wurde ermöglicht, dass im Krankenhaus tätige Ärzte an den in den Screening-Einheiten durchzuführenden prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen können, wenn sie eine entsprechende Ermächtigung durch die KV Schleswig-Holstein erhalten haben.

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä i.V.m. Abschnitt B Nr. 3 der KFE-RL umfasst der Versorgungsauftrag:

- Kooperation mit der Zentralen Stelle, der Kooperationsgemeinschaft, dem Referenzzentrum und der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 7 Anlage 9.2 BMV-Ä)
- Überprüfung des Anspruchs der Frau auf Teilnahme am Früherkennungsprogramm vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8 Anlage 9.2 BMV-Ä)
- Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9 Anlage 9.2 BMV-Ä)
- Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10 Anlage 9.2 BMV-Ä)
- Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11 Anlage 9.2 BMV-Ä)
- Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12 Anlage 9.2 BMV-Ä)
- Durchführung multidisziplinärer Fallkonferenzen (§ 13 Anlage 9.2 BMV-Ä)
- Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14 Anlage 9.2 BMV-Ä)
- Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15 Anlage 9.2 BMV-Ä)

Der Versorgungsauftrag ist umfassend und vollständig zu erfüllen. Die Erfüllung setzt voraus, dass die Versorgungsschritte im konsiliarischen Zusammenwirken mit den Ärzten, die vom Programmverantwortlichen Arzt veranlasste Leistungen mit entsprechender Genehmigung erbringen, durchgeführt werden.

Aufgaben des PVA

Kooperation mit

- Zentraler Stelle: Orts- und Terminabsprachen zur Screening-Untersuchung
- Referenzzentrum: regelmäßige Datenübermittlung
- KoopG: Daten und Statistiken zur Evaluation des Programms
- KV: Nachweis der Qualitätssicherung

Information und Überprüfung vor Erstellung der Mammographie-Aufnahmen

- Information über Ziele, Hintergründe und Vorgehensweise des Früherkennungsprogramms
- Sicherstellung des Anspruchs auf Teilnahme

Verantwortlich für die Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen

- Aufnahme der Anamnese anhand eines standardisierten Fragebogens sowie Erstellung der Mammographie-Aufnahmen durch eine radiologische Fachkraft

Verantwortlich für Doppelbefundung der Mammographie-Aufnahmen

- Sicherstellung der räumlich und zeitlich getrennten Befundungen
- Zusammenführung der Ergebnisse der Doppelbefundung
- Klärung auffälliger Befundung

Durchführung der Konsensuskonferenz

- mit dem Ziel einer abschließenden und möglichst einheitlichen Beurteilung der Screening-Mammographieaufnahmen
- bei unterschiedlicher Beurteilung trotz eingehender kollegialer Beratung dann Festlegung der abschließenden Beurteilung durch PVA sowie der weiteren Abklärungsdiagnostik

Durchführung der Abklärungsdiagnostik

- mindestens einmal pro Woche Durchführung einer Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik
- weitere Abklärung, Durchführung und Veranlassung von entsprechenden Untersuchungen

Durchführung von multidisziplinären Fallkonferenzen

- wöchentliche Durchführung von prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen
- Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Ergänzende ärztliche Aufklärung

- Verpflichtung zur Abklärung noch bestehender Fragen

Organisation und Durchführung der Qualitätsmaßnahmen

- fachliche sowie auch technische Qualitätssicherung

weitere Aufgaben

- verantwortlich für sämtliche Aufgaben der Praxisorganisation, Management und Koordination aller Abläufe in der Screening-Einheit, Personalwesen, Finanzwesen und Controlling, Datenmanagement, Dokumentation und Berichtswesen

Verfahren der Ausschreibung

Das Ausschreibungsverfahren wird gestuft durchgeführt (vgl. §§ 4, 5 Anlage 9.2 BMV-Ä).

1. Bei Erfüllung der grundsätzlichen Bewerbungsvoraussetzungen erhält der Bewerber die Ausschreibungsunterlagen zugesandt.
2. Nach Überprüfung der ausgefüllten Unterlagen wird bei Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen unter den am Ausschreibungsverfahren teilnehmenden Bewerbern nach pflichtgemäßem Ermessen die Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages durch die KV Schleswig-Holstein im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen erteilt.

Bewerbungsvoraussetzungen für die Ausschreibungsunterlagen

An der Übernahme des Versorgungsauftrages Interessierte erhalten auf schriftlichen Antrag hin die Ausschreibungsunterlagen, sofern sie als Angehörige der eingangs genannten Fachrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und folgende Voraussetzungen erfüllen und gegenüber der KV Schleswig-Holstein vollständig nachweisen:

- a) Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Diagnostische Radiologie“ (jetzt: „Facharzt für Radiologie“) oder „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“
- b) Fachkunde für den Strahlenschutz nach §§ 47 und 48 StrlSchV
- c) Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der „kurativen“ Mammographie gemäß der Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
- d) Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschall-diagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

Sollten diese Voraussetzungen bereits gegenüber der KV Schleswig-Holstein nachgewiesen worden sein, so ist ein erneuter Nachweis nicht erforderlich. Die Ausschreibungsunterlagen werden dennoch nur auf schriftlichen Antrag hin verschickt.

Angestellte Ärzte können sich ebenfalls bewerben (§ 3 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä).

Genehmigungsvoraussetzungen

Sofern die Voraussetzungen erfüllt sind und das Interesse an einer Bewerbung schriftlich mitgeteilt wurde, werden dem Interessenten die Ausschreibungsunterlagen zugesandt.

Darin wird der Interessent unter anderem aufgefordert, ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages einzureichen.

Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 5 Abs. 2b) und 2c) Anlage 9.2 BMV-Ä ist entbehrlich, sofern der in der Screening-Einheit vorhandene Programmverantwortliche Arzt und der/die Bewerber/in erklären, dass das bisherige Konzept der Screening-Einheit beibehalten werden soll sowie die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativen Ausstattung bereits durch den in der Screening-Einheit vorhandenen Programmverantwortlichen Arzt erfüllt und nachgewiesen wurden.

Der/die Bewerber/in muss detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 2a) Anlage 9.2 BMV-Ä machen. Im Fall der Nachfolge eines/einer Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifikation der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages.

Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist auch ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt einbinden lässt.

Unter mehreren Bewerbern, die an dem Ausschreibungsverfahren teilnehmen, hat die KV Schleswig-Holstein den Programmverantwortlichen Arzt/die Programmverantwortliche Ärztin nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen.

Die Genehmigung ist mit der Auflage zu erteilen, dass der Arzt sich verpflichtet, die Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß der KFE-RL und den Bestimmungen des BMV-Ä zu erfüllen, sowie an den festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Leistungserbringung erfolgreich teilzunehmen (§ 5 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä).

Die Einzelheiten des Programms, der Anforderungen und Nachweise sowie zum Ausschreibungsverfahren sind Abschnitt B III der KFE-RL und Anlage 9.2 des BMV-Ä zu entnehmen.

Bewerbungsadresse und -frist:

Die Frist für die Abgabe der vollständigen Bewerbung endet am 6. Januar 2021

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Abt. Qualitätssicherung
Ausschreibung Mammographie-Screening
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

E-Mail: Mammographie-Screening@kvsh.de

Bewerbungen, die unvollständig oder außerhalb der genannten Frist eingehen, können nicht berücksichtigt werden!

Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen – Vergütung ab 1. Januar 2021

Die Anlage 1 der Vereinbarung zur Kostenerstattung bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen zwischen den schleswig-holsteinischen Krankenkassen, dem Land Schleswig-Holstein und der KVSH wurde zum 1. Januar 2021 geändert. Damit sind die Vergütungen an den aktuellen Orientierungswert angepasst worden.

HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 18. November 2020 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. Januar 2021 beschlossen.

Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Website www.kvsh.de. Auf Anforderung wird der Text der Bekanntmachung in Papierform zur Verfügung gestellt, Telefon: 04551 883 486.

Formularbestellungen online über das Portal eKVSH

Aus Gründen der Prozessoptimierung stellen wir zum 1. Januar 2021 die Formularbestellungen aller Praxen auf die Onlineversion in der dafür bereitgestellten Seite im eKVSH-Portal um. Damit ist allen Praxen zukünftig eine bedarfsgerechte und unkomplizierte Bestellmöglichkeit von Formularen möglich. Sie können im eKVSH-Portal unter dem Menüpunkt „Formularbestellungen“ alles Erforderliche online auswählen.

Die Funktionen, die äußere Gestaltung und die Abläufe sind ähnlich angelegt wie auf kommerziellen Plattformen. Die maximalen Bestellmengen und Gültigkeitstermine orientieren sich an den einzelnen Arztgruppen und ihren Bedarfen. Die täglich eingehenden Bestellungen werden zeitnah durch unsere KVSH-Beschäftigten verpackt und versendet, um eine zügige Abwicklung zu gewährleisten.

Zur Erläuterung des Bestellvorgangs sind unsere Beschäftigten der Formularengabe unter der E-Mail-Adresse formularausgabe@kvsh.de erreichbar.

„Hallo Baby“

Die Vertragspartner von „Hallo Baby“ haben die Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme während der Zeit der Pandemie für die Abrechnungsziffer 81312 (Risikoauflärung und ärztliches Gespräch im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests) verlängert. Damit kann vorerst bis zum 31.03.2021 das ärztliche Gespräch auch telefonisch erfolgen.

Der 3. Nachtrag befindet sich derzeit im Unterschriftenverfahren und steht in Kürze auch auf der Website der KVSH zur Verfügung.

Französischer Charme auf zwei Rädern

Dr. Johannes Gerber aus Burg auf Fehmarn braust gern mit seiner liebevoll restaurierten Velosolex (Baujahr 1976) über die Ostseeinsel. Blaulicht und passendes Equipment inklusive. So macht der Hausbesuch doppelt Spaß.



Nur die Ente von Citroen ist als Markenzeichen französischer Lebensart so bekannt wie die Velosolex. Der Fehmaraner Allgemeinmediziner Dr. Johannes Gerber zählt seit sechs Jahren zu ihren Fans, als ihn ein langjähriger Freund aus Berlin zu seinem 40. Geburtstag auf „der Mutter aller Mopeds“ besuchte. Gerber setzte sich auf dieses einzigartige Gefährt, das in Zeiten von Hybrid und Elektroantrieb wie ein Relikt aus einer anderen Zeit wirkt, fuhr los und kam aus dem Grinsen nicht mehr heraus. „Das Fahren kommt einer absoluten Bewusstseinsenerweiterung gleich. Willkommene Nebenwirkung ist ein sehr hohes Suchtpotenzial. Zukünftige Velosolexisten können sich deshalb sehr gern mit mir in Verbindung setzen“, berichtet Gerber, der seit zehn Jahren auf der Ostseeinsel niedergelassen ist.

Emotion pur

Es dauerte dann zwar noch sechs Jahre, bis endlich das richtige Gefährt gefunden war, alles zusammenpasste und die Jungfernfahrt stattfinden konnte. Doch wann immer es Wind und Wetter

zulassen, macht Gerber seitdem seine Hausbesuche und manchmal sogar den Bereitschaftsdienst auf der Velosolex. Dabei unterstützt ihn ein kleines Blaulicht, das – als natürlich genehmigte – Sonderausstattung auf dem Vorderlicht angebracht ist. Dazu kommt eine stilechte Notdienstsatteltasche. Auf seinen Fahrten über die Insel sind der behelmte Hausarzt und sein Gefährt echte Hingucker. Häufig winken die Menschen ihm zu oder strecken den Daumen nach oben, berichtet er. Wenn er die Maschine abstellt, entwickeln sich dann oft spontan nette und etwas wehmütige Gespräche. Die Menschen denken dann an ihre eigene Maschine und berichten über schöne Erlebnisse aus ihrer Jugend. Kein Wunder, denn die Velosolex ist eine fahrende Legende. Älter als die legendäre Vespa, bot sie bis weit in die 60er und 70er Jahre hinein die günstigste Motorisierung. Man schlich zwar nur mit rund 20 km/h dahin, doch wichtiger als Geschwindigkeit war ihr Image als Ausdruck perfekter französischer Lebenskunst. Jacques Tati und besonders Brigitte Bardot machten sie in ihren Filmen weltweit bekannt.

Fahrspaß beim Hausbesuch

Die Konstruktion der Velosolex besticht durch ihre Einfachheit: Auf einen stabilen Fahrradrahmen ist ein Mini-Motor angebaut. Über Reibrollen treibt er das Vorderrad an. Im oft sehr dichten Verkehr auf der Ferieninsel Fehmarn kann die Velosolex ihre Stärken ausspielen. „Ich kann viel schneller navigieren, bin an der frischen Luft und komme nie verschwitzt beim Hausbesuch an. Außerdem bin ich viel entspannter und glücklich unterwegs. So werden sogar die schlecht vergüteten Hausbesuche zum Vergnügen“, erzählt Gerber. Manchmal ergibt sich sogar noch die Möglichkeit zu einem kurzen Abstecher zum Brombeerpflücken oder zur Rückfahrt entlang an der Ostseeküste. Feldwege und Schlaglöcher sind für die wendige Velosolex kein Problem. Zur Not fährt sie sogar ohne Motor nur mit Muskelkraft.

Sympathieträger

Auch Gerber verbindet mittlerweile viele Erlebnisse mit seiner Maschine, z. B. einen nächtlichen Hausbesuch im Sommer. Ein zwölfjähriger Junge hatte schweren Reizhusten und starke Halschmerzen. Die Eltern machten sich große Sorgen und wirkten am Telefon sehr angespannt. Die Familie erwartete den Hausarzt geschlossen auf der Auffahrt ihres Grundstückes. „Das Knattern und der verräterische Geruch der Velosolex waren wahrscheinlich schon von Weitem zu hören und zu riechen. In der letzten Kurve schaltete ich dann das kleine Blaulicht an. Die Familie starrte mich an, als ob ich ein Außerirdischer wäre“, so Gerber. Kurz darauf fing der Vater zu lachen an und schwärmte von seinem ersten fahrbaren Untersatz, natürlich einer Velosolex. Die Atmosphäre entspannte sich sofort, was sich auf die ganze Familie übertrug. Die Hustenattacken des Jungen wurden deutlich schwächer und er konnte völlig unkompliziert untersucht werden. Danach drehte zuerst der Vater allein, dann mit seinem Sohn gemeinsam noch ein paar Runden. „Am nächsten Tag berichteten beide, dass sie sehr gut geschlafen hätten: Ob es an der Velosolex oder den Medikamenten lag, lasse ich mal offen“, schmunzelt Gerber.

JAKOB WILDER, KVSH

Steckbrief Velosolex

Das rollende Kulturgut wurde von 1946 bis 1988 in Frankreich beim Vergaserhersteller Solex-Sinfac gebaut. Angetrieben wird es von einem kleinen Zweitakt-Motor, der an der Gabel befestigt ist. Dieser überträgt über eine Reiberolle den Antrieb auf das Vorderrad. Sie erreicht eine Geschwindigkeit von maximal 30 km/h. Bei Gegenwind oder Steigung kann die Geschwindigkeit aber auch einmal rapide auf 10 bis 15 km/h zurückgehen. Insgesamt wurden sechs Millionen Velosolex gebaut. Im Rekordjahr 1964 liefen allein 380.000 Stück in Courbevoie bei Paris vom Fließband. Der Benzinverbrauch liegt bei circa 1,2 l pro 100 km. Jeder mit einem Moped-Führerschein bzw. einer PKW-Fahrerlaubnis darf eine Velosolex fahren.



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: Sigrid Zurwellen
 GEBURTSDATUM: 11. Mai 1971
 GEBURTSORT: Wildeshausen
 FAMILIE UND FREUNDE: verheiratet
 FACHRICHTUNG: Kinder- und Jugendmedizin, Kindergastroenterologie
 SITZ DER PRAXIS: zunächst Heide, seit dem 1. Februar 2020 Wöhrden
 NIEDERLASSUNGSFORM: Einzelpraxis

Neu niedergelassen seit dem 1. Juli 2019

1. Warum haben Sie sich für die Niederlassung entschieden?

Nach 20 Jahren Kinderklinik inkl. Kinderchirurgie reizte mich eine neue Herausforderung mit selbstbestimmten Rahmenbedingungen.

2. Was ist das Schönste an Ihrem Beruf?

Kinder während des Aufwachsens begleiten zu dürfen und wenn nötig gesund zu machen.

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

Möglichst viele Erfahrungen sammeln.

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

Viele und wenn ich Ihnen gegenüberstehen würde, wäre ich vermutlich vor Respekt sprachlos.

5. Was ist Ihr persönliches Rezept für Entspannung?

Gartenarbeit und gegen den Wind Fahrrad fahren.

6. Was ist Ihr Lieblingsbuch?

„Traumstunde für Siebenschläfer“ von Janosch (weil auch ich überall schlafen kann)

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

Schleswig-Holstein ist das Bundesland mit der höchsten Lebenszufriedenheit und wir gehören dazu.

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

Gärtnerin.

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

Verhütung zulasten der Krankenkassen

Die Schwangerschaftsverhütung gehört bis zum 22. Geburtstag zur Leistungspflicht der GKV. Bei der Auswahl der Produkte ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Es können auch Produkte wie die Kupferkette oder Spirale zu Kassenlasten verordnet werden, wenn diese im Vergleich zu einer hormonellen Verhütung unter Berücksichtigung des Anwendungszeitraumes nicht teurer sind. Häufig werden solche Produkte kurz vor Vollendung des 22. Geburtstages nachgefragt. In solchen Fällen ist zu prüfen, ob die Pille bis zum 22. Geburtstag wirtschaftlicher ist, da die Spirale oder auch Kupferkette deutlich längere Anwendungszeiträume haben.

Jardiance® - off-label-use

Das Präparat Jardiance® ist zur Behandlung von Typ 2-Diabetes zugelassen. Auch wenn das Produkt gute Erfolge in der Behandlung von Herzinsuffizienz zeigt und die Kliniken Patienten darauf einstellen, handelt es sich um off-label-use wenn die Patienten nicht zusätzlich Typ 2-Diabetiker sind.

Zielvereinbarung ACE-Hemmer

Die Anwendung der Single-Pill-Strategie in der Behandlung der arteriellen Hypertonie wird immer wieder kontrovers diskutiert, auch aus wirtschaftlichen Gründen. Leitlinien empfehlen solche Kombipräparate wegen der nachweislich hohen Adhärenz und guten antihypertensiven Wirksamkeit. Die fixen Kombinationen von ACE-Inhibitor/Sartan mit Amlodipin und einem Diuretikum sind trotz der lange aus dem Patentschutz ausgelaufenen preiswerten Einzelwirkstoffe bisher sehr kostenintensiv und durch die Zielvereinbarung mit den Krankenkassen 2020 auf 5 Prozent bei mehr als 0,90 Euro Tagestherapiekosten beschränkt.

Als Therapieoption stehen beispielsweise Dreifachkombinationen mit Ramipril, Amlodipin und HCT zur Verfügung, die unter diesen Tagestherapiekosten liegen.

THOMAS FROHBURG, KVSH

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel und Impfstoffe

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

Ihre Ansprechpartner im Bereich Arzneimittel, Heilmittel, Impfstoffe und Hilfsmittel

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

Ihre Ansprechpartnerin im Bereich Sprechstundenbedarf

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

Sie fragen
wir antworten

INFO-TEAM

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

INFO-TEAM

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

Ist bei einem Arztwechsel für die Weitergabe der Behandlungsunterlagen an den neuen Arzt eine Überweisung an den vorherigen Behandler erforderlich, damit der vorherige Arzt Porto abrechnen kann?

Da es sich hierbei um eine Leistung handelt, die keinen Patientenkontakt erfordert, ist eine Überweisung nicht zwingend erforderlich, sofern die Versicherteninformationen (Krankenkasse, Adresse, usw.) noch korrekt sind.

Darf ein Weiterbildungsassistent über seine eigene Lebenslange Arztnummer (LANR), über die er möglicherweise bereits verfügt, abrechnen?

Nein. Ein Weiterbildungsassistent darf nur über LANR seines Weiterbilders abrechnen.

Muss der Notfall-/Vertretungsschein ausgedruckt werden, obwohl die elektronische Gesundheitskarte eingelesen wurde?

Wenn die elektronische Gesundheitskarte eingelesen wurde, ist es nicht notwendig, den Schein zusätzlich auszudrucken. Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte reicht als Versicherungsnachweis aus. Die Befundmitteilung an den weiterbehandelnden Arzt kann auch formlos erfolgen.

In welchem Zeitraum kann der eAbrechnungs-Check durchgeführt werden?

Der eAbrechnungs-Check steht ab dem 20. des letzten Monats des Quartals bis zum Fristende der Abrechnungsabgabe, also dem 15. des ersten Monats des neuen Quartals, im Onlineportal der KVSH zur Verfügung.

Worin besteht der Unterschied zwischen den „Gesprächsleistungen“ des hausärztlichen Versorgungssektors GOP 03230 EBM und GOP 04230 EBM?

Die GOP 03230 EBM ist von Hausärzten (z. B. Fachärzten für Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten usw.) berechnungsfähig, während die GOP 04230 EBM nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin berechnet werden kann.

Wer ist berechtigt, die Sammelerklärung zu unterschreiben?

Die Sammelerklärung darf ausschließlich von dem Arzt unterschrieben werden, für dessen LANR die Sammelerklärung ausgestellt ist.

Auf der Sammelerklärung wird die persönliche Leistungserbringung bestätigt und kann somit von niemand anderem (auch nicht in Vertretung) unterschrieben werden.

WAS, WANN, WO?

Seminare

*Nicht zu allen Seminaren
wird persönlich eingeladen.*

FÜR ÄRZTE UND QM-MITARBEITER

THEMA: Qualitätsmanagement –
die G-BA-Richtlinie erfüllen

DATUM: 10. MÄRZ 2021, 14.00 BIS 18.00 UHR

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

In diesem Seminar werden unter anderem die folgenden Inhalte behandelt:

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

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

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

TEILNAHMEGEBÜHR: 50 Euro

FORTBILDUNGSPUNKTE: 5

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

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg

Angelika Ströbel

Tel. 04551 883 204

Fax 04551 883 7204

E-Mail angelika.stroebel@kvsh.de



© istock.com/Jacob Wackerhausen

FÜR ÄRZTE UND QM-MITARBEITER

THEMA: QEP®-Einführungsseminar

DATUM: 5. FEBRUAR 2021, 15.00 BIS 21.00 UHR
6. FEBRUAR 2021, 9.00 BIS 17.00 UHR

Mit QEP® stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein für Praxen spezifisches Qualitätsmanagementverfahren zur Verfügung. QEP® – „Qualität und Entwicklung in Praxen“ – wurde gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, QM-Experten und unter Einbeziehung von Berufsverbänden und Arzthelferinnen entwickelt. QEP® bietet Ihnen:

- konsequente Praxisorientierung
- einfache Anwendbarkeit
- viele Umsetzungsvorschläge und Musterdokumente
- die Möglichkeit zur Fremdbewertung/Zertifizierung

INHALTE DES SEMINARS:

- Vermittlung von Grundlagen des Qualitätsmanagements; Vorteile und Grenzen von QM
- Einstieg in das QM-System QEP® (Qualität und Entwicklung in Praxen)
- Intensive praktische Übungen mit den Materialien des QEP®-Systems (Qualitätszielkatalog kompakt/QEP®-Manual)
- Arbeitstechniken und Werkzeuge; erste Schritte für den Aufbau eines QM-Systems in der eigenen Praxis

TEILNAHMEGEBÜHR: 200 Euro, inkl. Kursmaterial (QEP®-Qualitätszielkatalog/QEP®-Manual) und Verpflegung

FORTBILDUNGSPUNKTE: 18

TEILNAHMEBEDINGUNGEN: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Verbindliche Anmeldungen werden in schriftlicher Form angenommen (Brief/Fax oder E-Mail) und in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt. Abmeldungen können schriftlich bis zehn Tage vor der Veranstaltung und im Krankheitsfall kostenlos erfolgen. Bei Absage bis drei Tage vor Seminarbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr von 50 Prozent der Teilnahmegebühr fällig. Die Benennung von Ersatzpersonen ist möglich. Spätere Absagen oder Nichterscheinen erfordern die volle Seminargebühr.

KONTAKT + ANMELDUNG

Abt. Qualitätssicherung

Bismarckallee 1–6, 23795 Bad Segeberg
Angelika Ströbel
Tel. 04551 883 204
Fax 04551 883 7204
E-Mail angelika.stroebel@kvsh.de



Veranstaltungen

Wir übernehmen nur für KVSH-Termine Gewähr.

KVSH

23. JANUAR 2021

Traineeprogramm für Ärzte in Weiterbildung als Webinar

Das Traineeprogramm für Ärzte in Weiterbildung soll erstmals online stattfinden. Moderieren wird wie bisher Dirk Schnack und auch ein Erfahrungsbericht eines Arztes soll nicht fehlen. Thematisch wird es um die Digitalisierung und die finanzielle Seite der Niederlassung gehen. Einzelheiten wird die Einladung enthalten, die wir rechtzeitig versenden werden.

Schleswig-Holstein

25. FEBRUAR 2021, 9.00 BIS 20.00 UHR

26. FEBRUAR 2021, 9.00 BIS 20.00 UHR

27. FEBRUAR 2021, 9.00 BIS 20.00 UHR

Medizin in besonderen Lagen & Mee(h)r

Ort: ATLANTIC Grand Hotel Travemünde, Kaiserallee 2, 23570 Lübeck-Travemünde

Info: Fortbildung in Theorie und Praxis zur medizinischen Versorgung unter erschwerten Bedingungen im Rahmen einer Evakuierung über See, Tagesgebühr pro Tag 200 Euro.
Ansprechpartner: Dr. med. Jörg Sandmann,
Tel. 04502 71717, Fax. 04502 77885

E-Mail: info@travedocs.de

Mecklenburg-Vorpommern

18. MAI 2021, 11.00 BIS 17.30 UHR

19. MAI 2021, 9.00 BIS 15.00 UHR

Ostsee-Workshop – Effizientes ERCP-Management 2021

Ort: Yachthafenresidenz Hohe Düne. Am Yachthafen 1, 18119 Rostock-Warnemünde

Info: Sekretariat Interdisziplinäre Endoskopie, E. Oguz/S. Schinke, Tel. 0431 500 22 371, Tel. 0431 500 22 372, Fax 0431 500 22 378

Eine schriftliche Voranmeldung wird aus organisatorischen Gründen bis zum 1. März 2021 erbeten.

Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern beantragt.

E-Mail: Mark.Ellrichmann@uksh.de
www.uksh.de/innere1-kiel



Ansprechpartner der KVSH

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

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

Vorstand

Vorstandsvorsitzende	
Dr. Monika Schliffke	206/217/355
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender	
Dr. Ralph Ennenbach	206/217/355

Geschäftsstelle Operative Prozesse

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

Justitiar

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

Selbstverwaltung

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

Abteilungen

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

Abteilung Recht

Klaus-Henning Sterzik (Leiter)	230/251
Maria Behrenbeck (stellv. Leiterin)	251
Alexandra Stebner	230
Hauke Hinrichsen	265
Tom-Christian Brümmer	474
Esther Petersen	498
Susanne Hammerich	686

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Dr. Hans-Joachim Commentz (BD-Beauftr. d. Vorstands)	579
Alexander Paquet (Leiter)	214

Akupunktur

Kathrin Kramaschke	380
--------------------------	-----

Ambulantes Operieren

Stephanie Purucker	459
--------------------------	-----

Arthroskopie

Stephanie Purucker	459
--------------------------	-----

Ärztliche Stelle (Röntgen)

Kerstin Weber	529
Uta Markl	393
Tanja Rau	386
Alice Lahmann	360
Ines Deichen	297
Heidrun Reiss	571
Caroline Boock	458

Ärztliche Stelle (Nuklearmedizin/Strahlentherapie)

Kerstin Weber	529
Nina Tiede	325

Ärztliche Stelle (Mammographie)

Kerstin Weber	529
Uta Markl	393
Ines Deichen	297
Caroline Boock	458

Arztregister

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

Assistenz-Genehmigung

Janine Priegnitz	384
------------------------	-----

Balneophototherapie

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

Begleiterkrankungen Diabetes mellitus

Renate Krupp	685
--------------------	-----

Chirotherapie

Heike Koschinat	328
-----------------------	-----

Datenschutzbeauftragter

Tom-Christian Brümmer	474
-----------------------------	-----

Delegations-Vereinbarung

Kathrin Kramaschke	380
--------------------------	-----

Dermatohistologie

Michaela Schmidt	266
------------------------	-----

Dialyse-Kommission/LDL

Katharina Specht	423
------------------------	-----

Diabetes-Kommission

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

DMP-Team

Marion Froberg	444
Carolin Kohn	326
Nadine Pries	453

Drogensubstitution

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

Dünndarm-Kapselendoskopie

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

EDV in der Arztpraxis

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

Ermächtigungen

Evelyn Kreker	346
Maximilian Mews	462
Michelle Teegen	291
Coline Greiner	590

ESWL

Monika Nobis	938
--------------------	-----

Formularausgabe

Sylvia Warzecha	250
-----------------------	-----

Fortbildung/Veranstaltungen

Tanja Glaw	332
------------------	-----

Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V

Timo Dröger	637
Anna-Sofie Reinhard	527

Früherkennungsuntersuchung Kinder

Heike Koschinat	328
-----------------------	-----

Gesund schwanger

Monika Nobis	938
--------------------	-----

Gesundheitspolitik und Kommunikation

Delf Kröger (Leiter Gesundheitspolitik)	454
Marco Dethlefsen (Leiter Kommunikation)	381

Hautkrebs-Screening

Christina Bernhardt	470
---------------------------	-----

Hausarztzentrierte Versorgung

Heike Koschinat	328
-----------------------	-----

Heil- und Hilfsmittel	
Ellen Roy.....	931
Histopathologie im Rahmen Hautkrebs-Screening	
Michaela Schmidt.....	266
HIV/AIDS	
Doreen Dammeyer.....	445
Hörgeräteversorgung	
Katharina Specht.....	423
Homöopathie	
Heike Koschinat.....	328
HVM-Team/Info-Team	
Stephan Rühle (Leiter).....	334
Info-Team/Hotline	
Telefon.....	388/883
Fax.....	505
Internet	
Jakob Wilder.....	475
Borka Totzauer.....	356
Interventionelle Radiologie	
Daniela Leisner.....	578
Intravitreale Medikamenteneingabe	
Stephanie Purucker.....	459
Invasive Kardiologie	
Christine Sancion.....	533
Kernspintomografie	
Daniela Leisner.....	578
Koloskopie	
Carolin Kohn.....	326
Koordinierungsstelle Weiterbildung	
Janine Priegnitz.....	384
Krankengeldzahlungen	
Doris Eppel.....	220
Laborleistung (32.3)	
Marion Froberg.....	444
Langzeit-EKG	
Renate Krupp.....	685
Mammographie (Screening)	
Anja Liebethuth.....	302
Mammographie (kurativ)	
Anja Liebethuth.....	302
Molekulargenetik	
Marion Froberg.....	444
MRSA	
Anna-Sofie Reinhard.....	527
Neuropsychologische Therapie	
Christine Sancion.....	533
Niederlassung/Zulassung	
Susanne Bach-Nagel.....	378
Martina Schütt.....	258
Daniel Jacoby.....	259
Michelle Teegen.....	596
Christian Riske.....	493
Nordlicht aktuell	
Borka Totzauer.....	356
Jakob Wilder.....	475
Nuklearmedizin	
Monika Nobis.....	938
Onkologie	
Stephanie Purucker.....	459
Otoakustische Emissionen	
Katharina Specht.....	423
Palliativmedizin	
Doreen Dammeyer.....	445

Personal und Finanzen	
Lars Schönmann (Leiter).....	275
Thorsten Heller (Stellvertreter Finanzen).....	237
Claudia Rode (Stellvertreterin Personal).....	295
Yvonne Neumann (Entgeltabrechnung).....	577
Sonja Lücke (Mitgliederbereich).....	288
Karin Hiller (Vergaberecht und Zentrale Angelegenheiten).....	468
Fax.....	451
PET/PET-CT	
Monika Nobis.....	938
Phototherapeutische Keratektomie	
Stephanie Purucker.....	459
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund	
Stephanie Purucker.....	459
Physikalisch-Medizinische Leistungen	
Heike Koschinat.....	328
Plausibilitätsprüfung	
Johannes Schlichte.....	256
Sabrina Bardowicks.....	691
Ulrike Moszeik.....	336
Rita Maass.....	467
Polygrafie/Polysomnografie	
Christina Bernhardt.....	470
Pressesprecher	
Marco Dethlefsen.....	381
Fax.....	396
Psychotherapie	
Katharina Specht.....	423
Qualitätssicherung	
Aenne Villwock (Leiterin).....	369/262
Fax.....	374
Qualitätszirkel	
Dagmar Martensen.....	687
Qualitätsmanagement	
Timo Dröger.....	637
Angelika Ströbel.....	204
QuaMaDi	
Gabriela Haack.....	442
QuaMaDi-Hotline.....	887
Radiologie-Kommission	
Leif-Arne Esser.....	382
Daniela Leisner.....	578
Christine Sancion.....	470
Rhythmusimplantat-Kontrolle	
Nadine Pries.....	453
Röntgen (Anträge)	
Daniela Leisner.....	578
Röntgen (Qualitätssicherung nach SGB)	
Christine Sancion.....	533
Rückforderungen der Kostenträger	
Björn Linders.....	564
Schmerztherapie	
Kathrin Kramaschke.....	380
Sonografie (Anträge)	
Tanja Steinberg.....	315
Ramona Schröder-Berthold.....	611
Sonografie (Qualitätssicherung)	
Susanne Willomeit.....	228
Sozialpädiatrie	
Christine Sancion.....	533
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	
Doreen Dammeyer.....	445
Soziotherapie	
Doreen Dammeyer.....	445
Sprechstundenbedarf	
Heidi Dabelstein.....	353

KONTAKT

Strahlentherapie	
Monika Nobis.....	938
Struktur und Verträge	
Simone Eberhard (Leiterin)	434
Fax	7331
Telematik-Hotline	888
Teilzahlungen	
Brunhild Böttcher.....	231
Tonsillotomie	
Doreen Dammeyer	445
Vakuumbiopsie	
Stefani Schröder	930
Verordnung (Team Beratung)	
Thomas Froberg.....	304
Stephan Reuß (Beratender Arzt)	351
Widersprüche (Abteilung Recht)	
Gudrun Molitor	439
Zulassung	
Bianca Hartz (Leiterin).....	255
Fax	276
Daniel Jacoby.....	259
Susanne Bach-Nagel.....	378
Martina Schütt	259
Melanie Teegen.....	291
Jeannina Tonn.....	596
Zytologie	
Michaela Schmidt	266
Zweitmeinungsverfahren	
Astrid Patscha.....	340

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

Klaus-Henning Sterzik.....	230
E-Mail: infoParagraph81aSGBV@kvsh.de	

Prüfungsstelle

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

Beschwerdeausschuss

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

Leiter der Dienststelle

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

Verordnungsprüfung

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

Sprechstundenbedarfs-, Honorarprüfung

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

Zentrale Stelle Mammographie-Screening

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

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

IMPRESSUM

Nordlicht aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

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

Anschrift der Redaktion

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

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

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

Kreisstellen der KVSH



Kiel

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

Tel 0431 93222

Fax 0431 9719682

Wolfgang Schulte am Hülse, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 0431 541771

Fax 0431 549778

E-Mail kreisstelle.kiel@kvsh.de

Lübeck

Kreisstelle: Parade 5, 23552 Lübeck

Tel 0451 72240

Fax 0451 7063179

Dr. Andreas Bobrowski, Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Tel 0451 610900

Fax 0451 6109010

E-Mail kreisstelle.luebeck@kvsh.de

Flensburg

Dr. Ralf Wiese, Facharzt für Anästhesiologie

Tel 0461 31545047

Fax 0461 310817

E-Mail kreisstelle.flensburg@kvsh.de

Neumünster

Jörg Schulz-Ehlbeck, Facharzt für Innere Medizin

Tel 04321 47744

Fax 04321 41601

E-Mail kreisstelle.neumuenster@kvsh.de

Kreis Dithmarschen

Burkhard Sawade, Praktischer Arzt und Facharzt für Chirurgie

Tel 04832 8128

Fax 04832 3164

E-Mail buero@kreisstelle-dithmarschen.de

Kreis Herzogtum Lauenburg

Raimund Leineweber, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04155 2044

Fax 04155 2020

E-Mail kreisstelle.lauenburg@kvsh.de

Kreis Nordfriesland

Björn Steffensen, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04884 1313

Fax 04884 903300

E-Mail kreisstelle.nordfriesland@kvsh.de

Kreis Ostholstein

Dr. Bettina Schultz, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Tel 04521 2950

Fax 04521 3989

E-Mail kreisstelle.ostholstein@kvsh.de

Kreis Pinneberg

Dr. Zouheir Hannah, Facharzt für Orthopädie

Tel 04106 82525

Fax 04106 82795

E-Mail kreisstelle.pinneberg@kvsh.de

Kreis Plön

Dr. Joachim Pohl, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04526 1000

Fax 04526 1849

E-Mail kreisstelle.ploen@kvsh.de

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Eckard Jung, Praktischer Arzt

Tel 04351 3300

Fax 04351 712561

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

Kreis Schleswig-Flensburg

Dr. Carsten Petersen, Facharzt für Innere Medizin

Tel 04621 951950

Fax 04621 20209

E-Mail kreisstelle.schleswig@kvsh.de

Kreis Segeberg

Dr. Ilka Petersen-Vollmar, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Tel 04551 9955330

Fax 04551-9955331

E-Mail kreisstelle.segeberg@kvsh.de

Kreis Steinburg

Dr. Axel Kloetzing, Facharzt für Allgemeinmedizin

Tel 04126 1622

Fax 04126 394304

E-Mail kreisstelle.steinburg@kvsh.de

Kreis Stormarn

Dr. Hans Irmer, Arzt

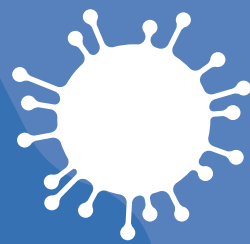
Tel 04102 52610

Fax 04102 52678

E-Mail kreisstelle.stormarn@kvsh.de

**Gemeinsam
gegen das
Coronavirus**

**Ärztinnen
und Ärzte für
Impfzentren
gesucht**



Mehr unter www.kvsh.de