

KOLLATERALSCHÄDEN

*Versäumen Patienten aus Angst vor Ansteckung
notwendige Behandlungen?*



Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern Einblick in dieses Heft.

IMPRESSUM

KVH-Journal
der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter

ISSN (Print) 2568-972X
ISSN (Online) 2568-9517

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Namentlich gezeichnete Artikel geben die
Meinung des Autors und nicht unbedingt
die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Politik und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 1/2021 (Januar 2021)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Muss das sein? Habt Ihr nichts Besseres zu tun? Einige Reaktionen auf die Nachricht, dass die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg den Auftrag der Stadt zu Aufbau und Betrieb eines Impfzentrums angenommen hatte, waren eher skeptisch. Unrecht hatten sie ja auch nicht: Impfungen sind vom Sicherstellungsauftrag nicht umfasst, der Betrieb eines Impfzentrums schon gar nicht.

Zudem erfordert die Erledigung dieses Auftrags eine ungeheure Arbeitsleistung. Knapp 10.000 qm umfassen beide Messehallen, die das Impfzentrum bergen, rund 600 Mitarbeiter sind einzustellen und in einen geordneten Betrieb zu integrieren, 7.000 Menschen sollen täglich durch die Hallen geschleust, einem komplexen Verwaltungsverfahren unterzogen und dann auch noch geimpft werden. Alles von der KV?

Ja – und es war die richtige Entscheidung. Denn die KV und vor allen Dingen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben bewiesen, dass sie solche Aufgaben bewältigen können. Das bundesweit einmalige Vorgehen zu Beginn der Pandemie war ein entscheidender Schritt zum „Cool-down“ des „Hotspots“ Hamburg. Die schnelle Reaktion der KV und der Ärzte hat das geänderte Testregime der Politik im Sommer innerhalb weniger Stunden umgesetzt. Und am Hauptbahnhof ist eines der größten Corona-Testcenter Deutschlands entstanden, mit dem eine hocheffiziente Testabwicklung sichergestellt wurde.

So wird es auch in den Messehallen sein. Das Zentrum ist „atmend“ konzipiert, kann sich den Bedingungen der Bereitstellung des Impfstoffes und der Einlassungspolitik schnell anpassen. Und wieder haben die Hamburger Ärztinnen und Ärzte ihr außergewöhnliches Engagement bewiesen: Innerhalb weniger Tage hatten Hunderte ihre Bereitschaft erklärt, im Zentrum arbeiten zu wollen – manchmal mitsamt dem ganzen Praxisteam.

So viel Engagement fällt auf. Bürgermeister Dr. Peter Tschentscher lobt die niedergelassenen Ärzte als „starke Truppe“ (siehe das Statement auf S. 15), die Gesundheitspolitiker aller Parteien bekunden der KV Respekt, und nur die KV Hamburg ist derart umfassend in die Impfarbeit einbezogen worden.

Muss das sein? Ja, unbedingt. Weil wir es können, weil sich Politik und Bevölkerung auf die Niedergelassenen in Hamburg verlassen – und weil es das Ansehen der Vertragsärzteschaft weiter stärkt.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



VERSORGUNG

- 14_** Vorbereitung für Corona-Impfzentrum
- 15_** Tschentscher: "Die Hamburger Ärzteschaft ist eine starke Truppe"
- 16_** Notfallpraxen Altona und Farmsen sind jetzt reine Infektpraxen
Eröffnung einer kinderärztlichen Notfallpraxis am AKK
- 17_** Online-Buchung von Infektterminen für Patienten

SCHWERPUNKT

- 06_** Nachgefragt: Haben Patienten aus Angst vor Ansteckung notwendige Behandlungen versäumt?
- 08_** Interview mit Gesundheitswissenschaftlerin Dr. Sandra Mangiapane: Welche Auswirkungen hat die Corona-Pandemie auf die ambulante Versorgung?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_** Fragen und Antworten
- 19_** BKK-Vertrag zur ambulanten Erbringung der elektrischen Kardioversion

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 20_** Verordnungsempfehlung für HIV-Therapeutika

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg.

TELEMATIK

- 22_** Adress-Verzeichnisdienst der Telematikinfrastuktur
- 22_** Elektronische AU ab Oktober 2021 verpflichtend

FORUM

- 28_** ÄrzteNetz Hamburg testete Mitglieder auf Corona-Antikörper
- 30_** Zi-Befragung zur wirtschaftlichen Situation von MVZ verlängert
Hamburger Versorgungsforschungstag: MVZ-Projekt mit dem Zi

SELBSTVERWALTUNG

- 31_** Steckbrief: Florian Fließ

**NETZWERK****EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 24_** Covid-19: Schutz der besonders vulnerablen Gruppen geboten

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
- 03_** Editorial

KOLUMNE

- 32_** Zwischenruf von Dr. Matthias Soyka

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 33_** Bekanntmachungen im Internet

TERMINKALENDER

- 34_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 9: Andrea Katheder;
Seite 13: Yuris Arcurs Photography / Fotolia; Seite 14 und 15: Florian Sonntag; Seite 16: Anna Mutter;
Seite 17: KV Hamburg; Seite 19: Fleur Priess;
Seite 34: Michael Zapf; Seite 36: Markoagentur.de;
Icons: iStockfoto



Haben Patienten aus Angst vor Corona notwendige Behandlungen versäumt?



Dr. Erik Engel

Internist, Hämatologe und Onkologe in der Hämatologisch-Onkologischen Praxis Altona (HOPA)

Niemand geht »verloren«

Es wurde öffentlich darüber spekuliert, ob die Pandemie zu einer Einschränkung der notwendigen Versorgung von Krebspatienten geführt habe. Das können wir nicht bestätigen. In der ersten Phase der Pandemie gab es zwar Unsicherheiten: Man wusste noch wenig über das Virus. Es fehlte Schutzausrüstung. Einige Patienten verschoben Nachsorgetermine oder wir selbst haben zeitlich unkritische Behandlungen verlegt, um laufende Tumorthapien verzugsfrei auch unter Coronabedingungen sicherzustellen. Dies führte vorübergehend zu einer geringen Fallzahlreduktion, während die Anzahl der durchgeführten Tumorthapien aber demgegenüber sogar zugenommen hat. Deshalb war die Versorgung der aktuell an Krebs erkrankten Patienten zu jedem Zeitpunkt vollständig gewährleistet. Wir begleiten unsere Patienten meist über lange Zeiträume, da geht niemand „verloren“. Wenn ein Patient, der behandelt werden muss, seinen Termin versäumt hat oder ihn verlegen möchte, fragen wir aktiv nach. **Für die meisten krebserkrankten Patienten steht die Angst vor Corona aber gar nicht im Mittelpunkt ihrer Sorgen, wenngleich diese zusätzlich belastet. Konkreter ist das Anliegen, dass die lebenswichtige Behandlung ihrer bestehenden Erkrankung trotz der Pandemie sicher durchgeführt wird.** Neben rigiden Hygienemaßnahmen haben wir deshalb auch organisatorische Maßnahmen ergriffen. So arbeiten wir beispielsweise derzeit in zwei voneinander getrennten Behandlungsteams, um sicherzustellen, dass die Versorgung selbst dann aufrechterhalten werden kann, falls in der Praxis Quarantänemaßnahmen ergriffen werden müssten. ■



Dr. phil. Gudrun Wiborg

Psychologische Psychotherapeutin und therapeutische
Zentrumsleitung des MVZ Colonnaden



Dr. Heinz Breuer

Internist, Kardiologe und Angiologe
im Cardiologicum Hamburg

Mehr Begleitung per Video

Das Leistungsangebot unseres MVZ umfasst Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die seit Pandemiebeginn aus Angst vor Ansteckung nicht in unser Zentrum kommen, ist insgesamt gering, und überwiegend ist in diesen Fällen die Angst vor der Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln der primäre Hinderungsgrund. Wir haben bereits im März 2020 tiefgreifende Hygiene- und Schutzmaßnahmen vor Ort umgesetzt, um Patientinnen und Patienten sowie das Team einem geringstmöglichen Ansteckungsrisiko auszusetzen. **Einer der derzeitigen Hauptgründe für das Wegbleiben von Patientinnen und Patienten sind angeordnete Quarantänemaßnahmen.**

Zum Wohle der Patientinnen und Patienten, die nicht vor Ort behandelt werden können, ist es von zentraler Bedeutung, den Patientenkontakt individuell so zu gestalten, dass der therapeutische Prozess soweit wie möglich fortgesetzt werden kann. **Dazu haben wir unsere technische Infrastruktur stark erweitert, sodass wir unsere Patientinnen und Patienten unter anderem auch über Videotherapie zuverlässig begleiten können.** ■

Die meisten lassen sich überzeugen

Es kommt immer wieder vor, dass Patienten Termine absagen wollen, weil sie Angst vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 haben. Wir erklären dann, dass unsere Praxis ein sicherer Ort ist, weil wir sehr umfangreiche und effektive Schutzmaßnahmen etabliert haben. Diese Erläuterung bekommt jeder in Abhängigkeit von der Schwere der Grunderkrankung. Zum Beispiel haben gefährdete, vom Gerät abhängige Schrittmacher/Defipatienten oder Patienten mit einer Symptomatik wie Angina Pectoris oder Herzschwäche mit Luftnot ein erhöhtes Risiko, wenn sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen. **Versäumte Termine und schlecht eingestellte Patienten können das Risiko eines schweren Verlaufs bei einer Coronaerkrankung erhöhen. Die meisten Patienten lassen sich von uns überzeugen – aber nicht alle. Etwa fünf Prozent der primär vereinbarten Termine werden aus Gründen der Angst vor Ansteckung mit Corona nicht wahrgenommen.** Dies kann je nach Verlauf der Epidemie noch weiter zunehmen. Wir tun unser Bestes, um insbesondere den durch die Grunderkrankung gefährdeten Patienten die Angst vor dem Praxisbesuch zu nehmen. ■

INTERVIEW

»Die Praxen halten die Stellung«

Welche Auswirkungen hat die Corona-Pandemie auf die ambulante Versorgung? Gesundheitswissenschaftlerin **DR. SANDRA MANGIAPANE** über die Schutzwall-Funktion der Praxen und den vorübergehenden Einbruch der Fallzahlen in der ersten Phase der Pandemie.

In der ersten Phase der Pandemie wurden vier von fünf Corona-Fällen ambulant versorgt. Hat sich dieser Anteil verändert?

MANGIAPANE: Ja, er hat zugenommen. In den Sommermonaten ist der Anteil ambulant versorgter Corona-Fälle auf mehr als 90 Prozent angestiegen. Aktuell sind es sogar 94 Prozent. Das zeigen die Meldedaten des RKI zum stationären Bereich.

Wie groß ist der Anteil ambulant versorgter Corona-Fälle in anderen europäischen Ländern?

MANGIAPANE: Dort ist die Situation anders. Aus Auswertungen des Fachgebiets „Management im Gesundheitswesen“ der TU Berlin geht hervor, dass in der ersten Pandemiephase in Großbritannien 59 Prozent der Corona-Fälle stationär behandelt wurden. In Frankreich waren es 72 Prozent, das heißt: Nur 28 Prozent

der Patientinnen und Patienten wurden rein ambulant versorgt.

Wie kommt das?

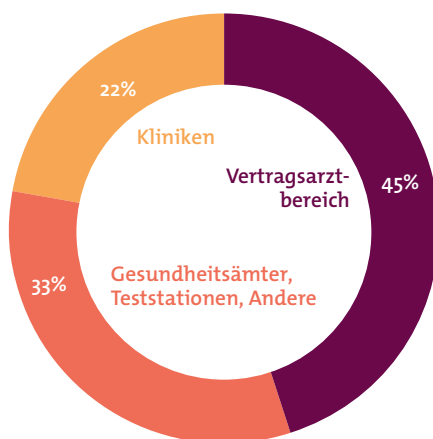
MANGIAPANE: Die Gesundheitssysteme sind anders strukturiert. In Deutschland gibt es ein engmaschi-

ges, dezentrales Netz hausärztlicher und fachärztlicher Praxen. Länder, in denen die Versorgung vor allem an den Kliniken konzentriert ist, sind in dieser Pandemie-Situation ganz offensichtlich im Nachteil.

In wiefern?

MANGIAPANE: Wenn ein Großteil der Corona-Patienten in den Kliniken versorgt wird, steigt das Infektionsrisiko. So hat man beispielsweise in der Lombardei mitverfolgen können, wie Krankenhäuser plötzlich zu „Hot-Spots“ und somit zum Ausgangspunkt für weitere Infektionen wurden. Natürlich hängt die Entscheidung, ob ein an Covid erkrankter Patient stationär behandelt werden muss, von Verlauf und Schwere der Erkrankung ab. Doch wenn der ambulante Sektor es schafft, über das kontinuierliche Monitoring der Patienten die Notwendigkeit einer

WER FÜHRT CORONA-PCR-TESTS DURCH?



Quelle: RKI, Laborbasierte Surveillance von SARS-CoV-2, Wochenbericht vom 17.11.2020



Dr. Sandra Mangiapane: "Offenbar gab es keine Praxisschließungen oder krankheitsbedingte Ausfälle in nennenswertem Umfang."

stationären Aufnahme rechtzeitig einzuleiten, bis dahin aber die Krankenhäuser von Infektpatienten zu entlasten, ist das ein riesiger Vorteil. Und genau das ist bisher gelungen. Bisher hatte Deutschland im europäischen Vergleich eher niedrige Fallzahlen sowie einen geringen Anteil intensivmedizinisch betreuter Covid-Patienten und Covid-assoziierten Todesfälle. Dazu hat der ambulante Schutzwall einen großen Beitrag geleistet.

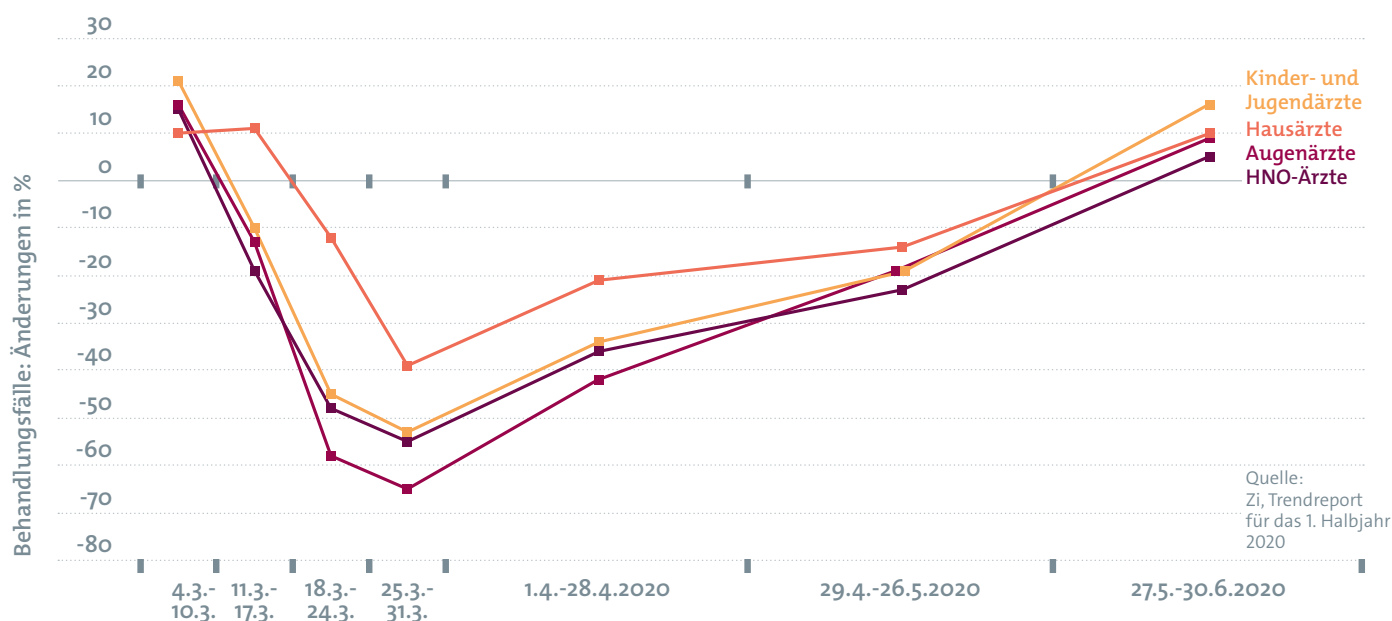
Welche Rolle spielen die Krankenhäuser und der öffentliche Gesundheitsdienst bei der Corona-Testung?

MANGIAPANE: Die Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2020 zeigen, dass

in Hamburg wie auch im Bundesdurchschnitt rund 94 Prozent der gegenüber den KVen abgerechneten PCR-Tests im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt wurden, nur 6 Prozent der PCR-Tests wurden ambulant von Krankenhäusern abgerechnet. Will man Aussagen zum gesamten Testgeschehen machen, muss man die RKI-Publikationen hinzuziehen. Auf das gesamte Testgeschehen bezogen haben Gesundheitsämter und Testzentren aktuell einen Anteil von 33 Prozent, der Vertragsarztbereich liegt bei 45 Prozent. Die Testungen werden also in Deutschland zu einem ganz wesentlichen Anteil von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten durchgeführt.

Wie haben sich die Zahl der PCR-Testungen und die Positivquoten entwickelt?

MANGIAPANE: Bis Ende April wurden in Deutschland weniger als 400.000 PCR-Tests wöchentlich durchgeführt. Der bisherige Höchststand wurde in der letzten Oktoberwoche mit über 1,6 Millionen erreicht, seither gehen die Zahlen etwas zurück. Es wird wieder gezielter getestet. Das zeigt sich auch an der Positivquote: Etwa 9 Prozent der Tests fallen derzeit positiv aus. Damit ist die Positivquote, die in den Sommermonaten teilweise bei unter einem Prozent lag, wieder auf das Niveau von Ende März gestiegen. →



FACHGRUPPEN: RELATIVE VERÄNDERUNG DER ANZAHL DER BEHANDLUNGSFÄLLE (MIT GRUND- UND VERSICHERTENPAUSCHALEN) IM VERGLEICH ZUM VORJAHRESZEITRAUM

→ Welche Kollateraleffekte hatte die Corona-Pandemie bisher?

MANGIAPANE: Wir haben für den aktualisierten Trendreport zur Covid-Krise die Abrechnungsfrühinformationen der KVen zum ersten Halbjahr 2020 ausgewertet. Dabei stellten wir fest, dass entsprechend den Vorgaben der Kontaktbeschränkungen die Behandlungsfälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt im Verlauf des März deutlich gesunken sind – und zwar über alle Fachgruppen hinweg und insbesondere bei verschiebbaren Leistungen, wie Krankheitsfrüherkennung. Im April und Mai ist dann eine langsame Erholung der Versorgung zu beobachten. Im Juni liegen die Fallzahlen über denen im Vorjahreszeitraum – teilweise werden wohl versäumte Behandlungen nachgeholt. Die stärksten Behandlungsfallrückgänge wäh-

rend der ersten Pandemie-Phase erkennen wir bei den Augenärzten, den HNO-Ärzten, den Phoniatern und den Kinder- und Jugendärzten. Hier gab es Rückgänge zwischen 53 und 65 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum. Auch bei den Nephrologen war ein Rückgang in dieser Größenordnung zu beobachten – nicht aber in der Versorgung dialysepflichtiger Patienten. Das haben wir uns gesondert angesehen: In diesem Bereich konnten wir keine signifikante Veränderung in der Leistungsentwicklung gegenüber dem Vorjahr erkennen.

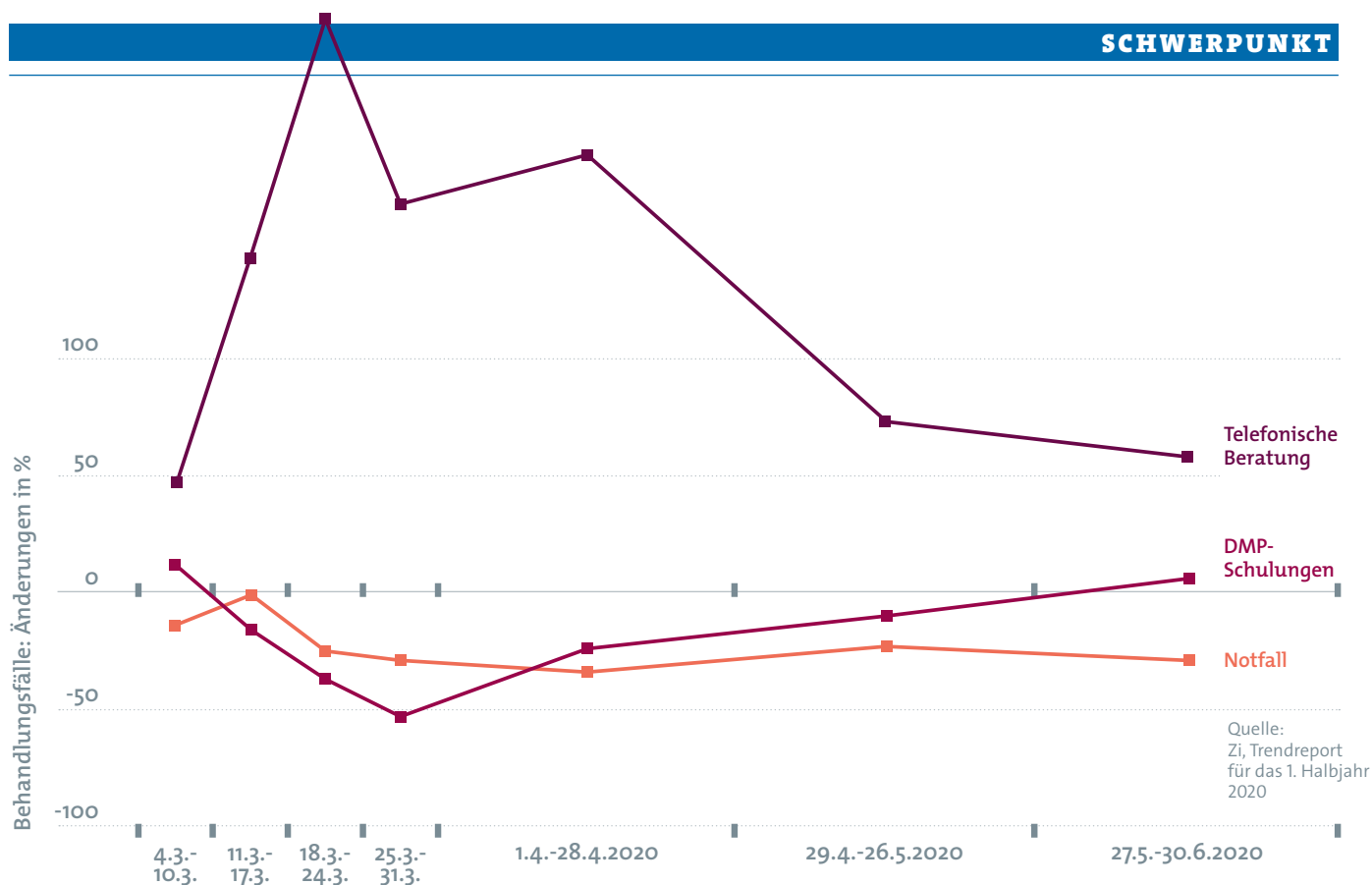
Sind auch die Fallzahlen im Notfall- und Bereitschaftsdienst gesunken?

MANGIAPANE: Ja. Die Fallzahlen im Notfall- und Bereitschaftsdienst sind mit Beginn der Corona-Pandemie Anfang März stark zurück-

gegangen und lagen bis Ende Juni mit minus 23 bis minus 34 Prozent deutlich unter den Vorjahreswerten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen des AKTIN-Notaufnahmeregisters. Daraus geht hervor, dass die Fallzahlen in den Notaufnahmen auch in den Sommermonaten weiter unter den Vorjahreswerten lagen und mit Beginn der zweiten Welle ab Mitte Oktober wieder stärker sinken. Aktuell liegen die Notaufnahmeverstellungen 20 Prozent unter den Vorjahreswerten.

Wurde notwendige Versorgung wegen der Pandemie auf die lange Bank geschoben?

MANGIAPANE: Das können wir noch nicht sagen. Bei der Versorgung im Rahmen der Onkologievereinbarung, also der qualifizierten onkologischen Betreuung krebskranker Patienten, ist die Fallzahl



LEISTUNGSBEREICHE: RELATIVE VERÄNDERUNG DER ANZAHL DER BEHANDLUNGSFÄLLE IM VERGLEICH ZUM VORJAHRESZEITRAUM

in der letzten Märzwoche gegenüber dem Vorjahr um 40 Prozent abgesunken. Anfang Juni kommen wir auf einen Zuwachs gegenüber dem Vorjahr von 10 Prozent. Für die Kardiologie haben wir ähnliche Zahlen. Diese Ergebnisse sind

schwer zu interpretieren, denn die Diagnose- und Patienten-bezogenen Auswertungen liegen uns noch nicht vor. Das Wissenschaftliche Institut der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) hat eine Auswertung vorgelegt,

wonach im zweiten Quartal 2020 die Anzahl der in den onkologischen Schwerpunktpraxen versorgten Krebspatienten im Vergleich zum Mittelwert der drei vorherigen Jahre sogar leicht zugenommen hat (siehe Kasten).

WINHO: AMBULANTE VERSORGUNG VON KREBSPATIENTEN AUCH IN PANDEMIEZEITEN GEWÄHRLEISTET

Das Wissenschaftliche Institut der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (WINHO) hat das Versorgungsgeschehen in den onkologischen Schwerpunktpraxen während der ersten Pandemie-Phase analysiert. In der Studie wird zwischen „allen Patienten“ und der Untergruppe „Krebspatienten“ unterschieden. Erstere Gruppe umfasst auch Patienten, die wegen elektiver Leistungen die Schwerpunktpraxen aufsuchen. Als „Krebspatienten“ werden nur jene Patienten bezeichnet, die aktuell eine medikamentöse Tumorthherapie im

Rahmen der Onkologie-Vereinbarung erhalten. Den ausgewerteten Abrechnungsdaten zufolge gab es im zweiten Quartal 2020 im Vergleich zum Mittelwert der Vorjahre (2017 – 2019) ein Rückgang der Gesamtgruppe der Patienten um 8,2 Prozent. Zugleich war jedoch ein Anstieg der Untergruppe der „Krebspatienten“ um 8,3 Prozent zu verzeichnen. Das WINHO folgert daraus, dass die Versorgung von Patienten mit einer Krebserkrankung durch niedergelassene Hämatologen und Onkologen auch in Pandemiezeiten jederzeit gewährleistet gewesen sei.

Wie sieht es bei der Versorgung chronisch Kranker aus?

MANGIAPANE: Bisher können wir lediglich sagen, dass die DMP-Schulungen im März und April entsprechend den Empfehlungen deutlich zurückgefahren wurden. Die Auswertung von DMP-Dokumentationsbögen zeigt, dass die Betreuung der DMP-Patienten insgesamt ab April relativ schnell wieder angelaufen ist. Allerdings gibt es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum deutlich weniger Erstdokumentationen. Es wurden also vorübergehend weniger neue

Patienten in die DMP-Programme eingeschrieben.

Und die psychotherapeutische Versorgung?

MANGIAPANE: Bis Mitte April kam es bei den Einzeltherapien zu einem starken Rückgang gegenüber dem Vorjahr, aber bereits ab Ende April waren die Fallzahlen fast schon wieder auf dem Vorjahresniveau. Bei der Gruppentherapie sieht es komplett anders aus: Hier sanken die Fallzahlen sogar im April noch um 60 Prozent im Vergleich zum Vorjahreswert, und auch bis Ende Juni konnte noch kein Anstieg auf das Vorjahresniveau erreicht werden.

Konnte der Rückgang an Fällen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt durch telefonische Beratung und Videosprechstunden ausgeglichen werden?

MANGIAPANE: Im gesamten vertragsärztlichen Bereich sind die Fälle mit telefonischer Beratung oder per Videosprechstunde mit Beginn der Kontaktbeschränkungen ab März 2020 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum deutlich gestiegen. Wir sehen in den Abrechnungsfrühinformationen, dass im Zeitraum vom 4. März bis 30. Juni 2020 insgesamt rund 3,1 Millionen ausschließlich telefonische Beratungen abgerechnet wurden. Das sind gut 1,6 Millionen mehr als im Vorjahreszeitraum. Hinzu kamen weitere rund 500.000 Stunden für telefonische Beratung, die über die im 2. Quartal 2020 in den EBM eingeführten Zuschläge vergütet wurden. Auch die Videosprechstunde wurde in wesentlich größerem Ausmaß in Anspruch

genommen. So wurden von Anfang März bis Ende Juni insgesamt 1,24 Millionen Videosprechstunden durchgeführt, im Vorjahreszeitraum lag diese Zahl bei wenigen tausend. Unterm Strich konnte der Zuwachs an telefonischer Beratung oder Videosprechstunden den Fallzahlrückgang aber sicher nicht ausgleichen. Im 2. Quartal 2020 beispielsweise gab es im Vergleich zum Vorjahresquartal rund eine Million mehr Fälle mit Telefon- und Videoversorgung, aber rund 12 Millionen weniger Fälle mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt. Telefon- oder Videoversorgung ist während einer Pandemie sicher eine wertvolle Ergänzung, um auch innerhalb einer Arztpraxis Kontakte zu reduzieren und Ansteckungen zu verhindern, sie kann jedoch wesentliche Bestandteile der ärztlichen Versorgung nicht ersetzen.

Ist der erhöhte Umfang der Telefon- und Videoversorgung ein dauerhaftes Phänomen?

MANGIAPANE: Wir können sowohl bei der Videosprechstunde als auch bei der telefonischen Beratung erkennen, dass mit Abflachen der 1. Welle Ende April auch der Zuwachs an telefonisch oder per Video durchgeführten Beratungen abnimmt. Unserer Meinung nach lässt sich daraus schlussfolgern, dass die Ärzte und Psychotherapeuten die Versorgung der Patienten adäquat auf die jeweilige Notwendigkeit angepasst haben. Wo es nötig war, die Kontakte zu beschränken, hat man auf Video und Telefon umgestellt, und als es dieses Erfordernis nicht mehr gab,

ist man zum persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zurückgekehrt.

Ist der Fallzahlrückgang auf ein vermindertes Angebot an ambulanter Versorgung zurückzuführen?

MANGIAPANE: Ein ganz klares „nein“. Die Anzahl abrechnender Praxen hat sich im ersten Halbjahr gegenüber dem Vorjahreszeitraum fast nicht verändert. Offenbar gab es keine Praxisschließungen oder krankheitsbedingte Ausfälle in nennenswertem Umfang. Man kann also sagen: Die Praxen haben die Stellung gehalten, doch ein Teil der Patienten hat das unvermindert bestehende Angebot während der ersten Hochphase der Pandemie nicht angenommen. In vielen Fällen war die Reduzierung persönlicher Kontakte ja wahrscheinlich durchaus rational und indiziert im Sinne der Pandemie-Eindämmung. Allerdings müssen wir im weiteren Verlauf genau beobachten, wie sich der vorübergehende Rückgang der Leistungsanspruchnahme auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und insbesondere auf die Chroniker auswirkt. ■

DR. SANDRA MANGIAPANE

Gesundheitswissenschaftlerin am Zentralinstitut für die ambulante Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi)

Die vollständige Studie „Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Pandemie“ finden Sie im Internet: www.zi.de → Publikationen → Trendreport Covid-Krise



Patientenberatung

bei allen Fragen rund um die Gesundheit.

Unser Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Sozialversicherungsfachangestellten und einer Psychologin. Wir beraten Patientinnen und Patienten kompetent und unabhängig – und wir erleichtern Ärztinnen und Ärzten die Arbeit:

Sie wollen Patienten mit ihren Fragen zu Einrichtungen und besonderen Leistungen an uns verweisen?

Sie haben grundsätzliche Fragen zur Versorgung oder zu den Leistungen gesetzlicher Krankenkassen?

Sie wollen an einen Kollegen oder eine Einrichtung mit einer besonderen Spezialisierung überweisen, wissen aber nicht, wohin?

Rufen Sie uns an!

040 / 20 22 99 222

www.patientenberatung-hamburg.de

Telefonische Sprechzeiten:

montags u. dienstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
mittwochs	9 – 12	Uhr
	14 – 18	Uhr
donnerstags	9 – 13	Uhr
	14 – 16	Uhr
freitags	9 – 12	Uhr

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit.
Bitte informieren Sie uns darüber!

Fax 040 / 20 22 99 490

Bitte geben Sie die Telefonnummer der Beratung auch an Ihre Patienten weiter.

patientenberatung@aekhh.de

www.patientenberatung-hamburg.de



Vorbereitung für Corona-Impfzentrum

Bürgermeister, Sozialsenatorin und KV-Vorstand besuchten Baustelle auf dem Messegelände



Führung durch Halle A3: Architekt Olaf Schindel (rechts) erläutert den Besuchern die Ausbaupläne.

Anfang Dezember 2020 liefen unter hohem Zeitdruck die Vorarbeiten für die Inbetriebnahme des zentralen Impfzentrums auf dem Messegelände. Die Einrichtung steht unter der organisatorischen und ärztlichen Leitung der KV Hamburg.

Bürgermeister Dr. Peter Tschentscher, Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard sowie die KV-Hamburg-

Vorstände Walter Plassmann und Caroline Roos besuchten die Halle A3, um sich ein Bild vom Stand der Arbeiten zu machen.

Sobald ein Impfstoff zugelassen ist, werden im Impfzentrum etwa 200 Ärztinnen und Ärzte zum Einsatz kommen. Die Stadt will zusätzlich mobile Teams einsetzen, um Bewohner von Pflegeeinrichtungen zu imp-

fen. Wenn ausreichend Impfstoff zur Verfügung steht, der unter normalen Bedingungen verarbeitet werden kann, soll ein Großteil der Impfungen in die Praxen verlagert werden.

Falls Sie Interesse haben, im Impfzentrum mitzuarbeiten, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail: telegramm@kvvh.de

»DIE HAMBURGER ÄRZTESCHAFT IST EINE STARKE TRUPPE«

Bürgermeister Tschentscher dankt den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten für ihren Einsatz während der Pandemie (Wortlaut-Zitat aus dem Pressestatement beim Besuch des künftigen Impfzentrums)

„Das Hamburger Gesundheitswesen ist sehr gut aufgestellt. Die Hamburger Ärzteschaft ist eine starke Truppe - organisiert in der Ärztekammer und in der Kassenärztlichen Vereinigung mit 100 Jahren Erfahrung. Und genau deshalb haben wir sehr gerne mit Ihnen, Herr Plassmann, mit der Kassenärztlichen Vereinigung dieses gemeinsame Konzept [zum zentralen Impfzentrum] erarbeitet, weil wir auf die Zuverlässigkeit, die Kompetenz der Hamburger Ärzteschaft setzen. Es hat sich



Dr. Peter Tschentscher

auch in der Pandemie gezeigt, dass die Kassenärztliche Vereinigung einiges dazu beigetragen hat, dass wir gut durch diese Zeit gekommen

sind. Vieles davon hat nicht in Zeitungen gestanden, was hervorragend vorbedacht und organisiert worden ist. Und deswegen danke ich der Kassenärztlichen Vereinigung nochmal sehr herzlich für das Engagement in den letzten Monaten, für die großartige Hilfe und diesen großartigen Beitrag, die Pandemie in Hamburg zu bekämpfen. Und nochmal im Voraus auch herzlichen Dank für das, was Sie in den nächsten Wochen, vielleicht Monaten hier in diesem Zentrum leisten.“



In der Halle werden Wände und Türen eingezogen für Wartebereiche, Impfboxen und Ruhezone. Insgesamt soll das Impfzentrum aus acht Modulen bestehen, die unabhängig voneinander in Betrieb genommen werden können.



KV-Notfallpraxen in Altona und Farmsen sind jetzt reine Infektpraxen

Die Notfallpraxen der KV Hamburg in Altona und Farmsen sind seit Anfang Dezember reine Infektpraxen: Bis auf Weiteres können sich dort nur noch Patientinnen und Patienten mit Erkältungssymptomen behandeln und bei Indikation auf Corona testen lassen. Parallel dazu stehen die Notfallpraxen am UKE, in Harburg und in Reinbek nur noch für die Versorgung von Menschen ohne Erkältungssymptome zur Verfügung. Mit dieser zielgruppen-spezifischen Aufteilung hat die KV Hamburg angesichts steigender Infektionszahlen eine Versorgungsstruktur geschaffen, die konsequent auf die Trennung symptomatischer und asymptomatischer Menschen ausgerichtet ist. ■

Öffnungszeiten der Notfallpraxen:

Mo, Di, Do, Fr: 19 bis 24 Uhr

Mi: 13 bis 24 Uhr

Sa, So: 7 bis 24 Uhr

Eine vorherige Terminvereinbarung ist nicht notwendig.

Kinder-Notfallpraxis am AKK eröffnet

Die KV Hamburg hat eine neue kinderärztliche Notfallpraxis am Altonaer Kinderkrankenhaus (AKK) in Betrieb genommen und weitet damit ihren bisherigen pädiatrischen Notfalldienst deutlich aus. Die neue Notfallpraxis erstreckt sich auf sechs Behandlungsräume in der Zentralambulanz des AKK. Der kinder-



V.l.n.r.: Dr. Stefan Renz, Vorsitzender des Hamburger Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, Caroline Roos, stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg und Christiane Dienhold, Geschäftsführerin des Altonaer Kinderkrankenhauses

ärztliche Bereitschaftsdienst an der KV-Notfallpraxis Altona in der Stresemannstraße wird eingestellt. Eltern, die ihre Kinder bislang dort haben behandeln lassen, werden gebeten, sich künftig an die neue ausschließlich pädiatrische Notfallpraxis am AKK zu wenden. ■

**Kinderärztliche Notfallpraxis
am Altonaer Kinderkrankenhaus (AKK)
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg**

Öffnungszeiten:

Mo, Di, Do: 19 bis 23 Uhr

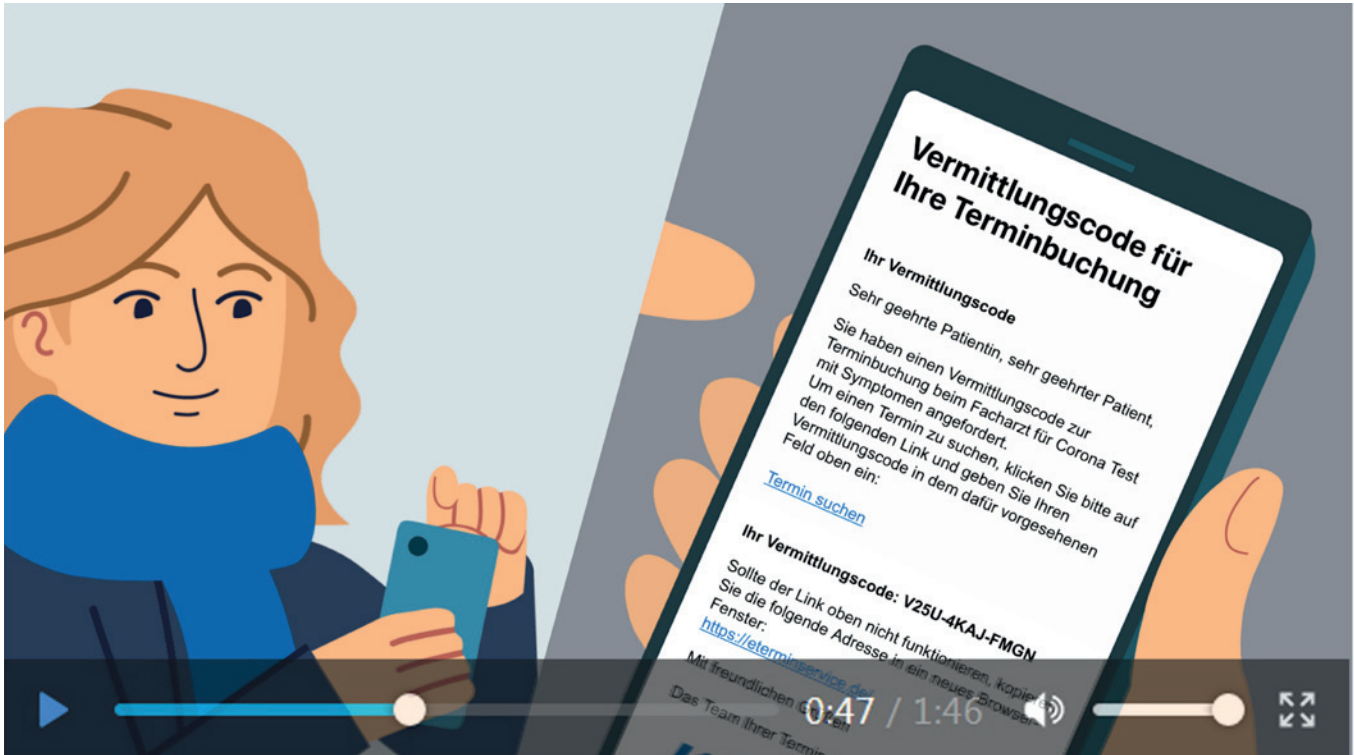
Mi: 14 bis 23 Uhr

Fr: 16 bis 23 Uhr

Sa u. feiertags: 8 bis 24 Uhr

So: 8 bis 23 Uhr

Eine vorherige Terminvereinbarung ist nicht notwendig.



Info-Video: Anleitung zur Nutzung der Arztruf-Hamburg-App

Online-Buchung von Infekterminen für Patienten

Patientinnen und Patienten mit Erkältungssymptomen, die keinen Arzt haben, können einen Termin für eine Infektsprechstunde in einer Hamburger Arztpraxis einfach online buchen. Der Service kann über die App.116117 oder über die Webseite 116117.de genutzt werden. Er ergänzt die entsprechende telefonische Terminvermittlung über die Hotline 116117.

Die KV hat für Patienten eine detaillierte Anleitung zur Online-Buchung veröffentlicht und ein Info-Video erstellt, in dem das Buchungs-Prozedere erklärt wird (siehe Bild).

Bei der Online-Buchung über 116117.de ist zu beachten, dass Patienten zunächst auf den Button „Jetzt Termin finden“, daraufhin auf „Corona-Test“ drücken müssen und sich dann weiter durch das Menü führen lassen. Nach der Eingabe der Postleitzahl und dem aus Datenschutzgründen notwendigen Empfang einer Bestätigungsmail

erhält der Nutzer einen Code, der ihn berechtigt, einen Termin zu buchen. Dieser Code sollte notiert und zu dem Termin in die Praxis mitgenommen werden. ■

Weitere Infos, die Anleitung zur Online-Buchung sowie das Info-Video zum Buchungs-Prozedere:
www.arztruf-hamburg.de.



Fragen und Antworten

In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an.

Infocenter Tel: 22802-900

BESTÄTIGUNG VON TSS-TERMINEN

Es kommt in letzter Zeit vermehrt vor, dass unsere TSS-Patienten die vermittelten Termine nicht bestätigen. Wie kann ich dem entgegenwirken?

Wir empfehlen Ihnen das Setzen von „Allgemeinen Praxishinweisen“ oder „Terminprofilhinweisen“ in der eTS-Datenbank, um Missverständnissen vorzubeugen. Wünschen Sie beispielsweise die telefonische Bestätigung des Termins durch den Patienten, formulieren Sie bitte einen entsprechenden Hinweis. Auch Hinweise zu Untersuchungsgeräten, nicht ausgeübten Facharztspezialisierungen etc. können an dieser Stelle sinnvoll sein. Zudem empfehlen wir Ihnen die Aktivierung der Benachrichtigungsfunktion (per Email oder Fax).

Eine Anleitung zur Einrichtung und Freischaltung der Benachrichtigungsfunktion finden Sie hier: www.kvhh.net → (rechts oben) Menü → „Praxis“ ausklappen → Terminservicestelle → (nach unten scrollen) Informationen für Praxen → (jeweilige Gruppe) „Anleitung zum Eintragen von Terminen in den digitalen Kalender der Terminservicestelle“

ZUSCHLÄGE TSS-PATIENTEN

Wann bekomme ich Honorar-Zuschläge, wenn ich Patienten von der Terminservicestelle übernehme, und wie kennzeichne ich diese richtig?

Seit September 2019 können Sie für die von der Terminservicestelle (TSS) vermittelten Patienten einen Zuschlag auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale abrechnen. Für die Zuschläge wurden neue Gebührenordnungspositionen in den jeweiligen Kapiteln des EBM etabliert. Diese sind zusätzlich mit den Buchstaben A, B, C oder D - je nach Zeit zwischen Anruf des Versicherten bei der TSS und dem Behandlungstermin - zu kennzeichnen und bestimmen die Höhe des Zuschlags.

A: 50 Prozent: Termin innerhalb von 24 Stunden (TSS-Akutfall)

Der TSS-Akutfall setzt voraus, dass seitens der Terminservicestelle eine medizinische Ersteinschätzung der Dringlichkeit der Behandlung erfolgt ist.

B: 50 Prozent: Termin innerhalb von acht Tagen (TSS-Terminfall)

C: 30 Prozent: Termin innerhalb von neun bis 14 Tagen (TSS-Terminfall)

D: 20 Prozent: Termin innerhalb von 15 bis 35 Tagen (TSS-Terminfall)

Eine Übersicht zu den arztgruppenspezifischen TSS-Vermittlungszuschlägen finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.net → (rechts oben) Menü → „Praxis“ ausklappen → TSVG → „Übersicht zum Terminservice- und Versorgungsgesetz“

BENACHRICHTIGUNG

ZUR TSS-TERMINVERMITTLUNG

Wie erkenne ich, ob und wann ein Patient durch die Terminservice-stelle an mich vermittelt wurde?

Die Terminservice-stelle informiert Sie über die Terminvereinbarung, sofern Sie die Benachrichtigungsfunktion per E-Mail oder Fax aktiviert haben. In dem Benachrichtigungsschreiben werden die Initialen des Patienten, der Tag der Kontaktaufnahme sowie der errechnete Vermittlungszuschlag mitgeteilt.

ÜBERWEISUNG

INNERHALB PRAXISGEMEINSCHAFT

Ich bin Hausarzt und arbeite mit einem Facharzt in einer Praxisgemeinschaft. Darf ich meine Patienten in dringenden Fällen an meinen Praxisgemeinschaftspartner überweisen?

Ja, das ist zulässig. Jedoch sollten hierbei die Plausibilitäts-Richtlinien zu identischen Patienten bei Praxisgemeinschaften beachtet werden. Bei fachungleichen Praxisgemeinschaften gilt eine Patientenidentität von mehr als 30 Prozent als Aufgreifkriterium für eine Plausibilitätsprüfung.

NEUPATIENTEN NACH TSVG

Muss ich die Neupatienten selbst identifizieren oder übernimmt die KV die Kennzeichnung?

Die Kennzeichnung der Neupatienten erfolgt automatisiert durch die KV nach Übermittlung der Abrechnung.

BKK-VERTRAG ZUR AMBULANTEN ERBRINGUNG DER ELEKTRISCHEN KARDIOVERSION

Ab dem 1. Januar 2021 können Kardiologen aufgrund eines Vertrags der KV Hamburg mit dem BKK-Landesverband NORDWEST bei bestimmten BKK-Versicherten mit tachykar-den Herzrhythmusstörungen eine elektrische Kardioversion ambulant erbringen. Die Leistung darf nur nach Genehmigung, die bei der KV Hamburg zu beantragen ist, erbracht werden. Der Vertrag sieht ferner vor, dass auch Versicherte ihre Teilnahme am Vertrag erklären müssen.

Vertragstext, Teilnahmeformulare für Ärzte und Versicherte sowie die Liste der teilnehmenden BKK im Internet: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → „Praxis“ ausklappen → Recht und Verträge → Themen: Verträge → K → Kardioversion

BUCHUNGSABSTAND

Wie lange muss ich die gemeldeten TSS-Termine freihalten?

Den Buchungsabstand können Sie je Termin(-serie) in der eTS-Datenbank einrichten. Der Buchungsabstand sagt aus, bis wie viele Tage vor dem Termin dieser für die TSS zur Verfügung steht. Voreingestellt ist ein Buchungsabstand von sieben Tagen. Möglich ist eine Zeitspanne zwischen null und sieben Tagen vor dem Termin.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartner im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Susanne Tessmer, Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Christine Pöppe



Verordnungsempfehlung zu HIV-Therapeutika

Aufgrund der großen Einsparmöglichkeiten bei der medikamentösen antiretroviralen Therapie einer Infektion mit dem HI-Virus verhandelt die KV Hamburg mit den Kassen über ein neues Generikaziel für die Wirkstoffvereinbarung (WSV) 2021. Die Verhandlungen waren zu Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen. Einstweilen gilt das neue Ziel zu den HIV-Therapeutika als Verordnungsempfehlung der KV Hamburg.

Es geht um alle zur Behandlung von HIV-Infektionen zugelassenen Mono- und Kombinationsarzneimittel und zudem um die direkt antiviralen Mittel zur Behandlung der Hepatitis-B-Infektion.

Alle generikafähigen Wirkstoffe gelten als wirtschaftlich, das heißt: alle Generika und alle Altoriginale ohne Patentschutz. Für diese Wirkstoffgruppe empfehlen wir eine Zielquote von 36 % (entspricht dem Istwert aus dem 1. Halbjahr 2020). Patentgeschützte Originale zählen negativ. Auf Wunsch der Kassenseite werden rabattierte patentgeschützte Originalpräparate nicht positiv berücksichtigt.

Viele Wirkstoffe (Mono- als auch Kombinationspräparate) zur Behandlung und vor allem auch die Prä-Expositionsprophylaxe des HI-Virus sind inzwischen generisch verfügbar.

So sind die Mono- und Kombinationstherapeutika mit Tenofovirdisoproxil mit Ausnahme der Vierfach-Kombination (TDF/FTC/COBI/EVG) sowie der Dreifach-Kombinationen (TDF/FTC/RPV und TDF/Lamivudin/Doravirin) generisch verfügbar.

Stehen zum Erreichen eines Therapieziels mehrere gleichwertige Behandlungsstrategien zur Verfügung (siehe <https://daignet.de> → **Leitlinien und Empfehlungen** → **Leitlinien**), soll die nach Tagestherapiekosten und Gesamtbehandlungsdauer wirtschaftlichste Alternative gewählt werden (§ 9 Arzneimittelrichtlinie). Die Adhärenz der Patienten vorausgesetzt, kann aus wirtschaftlicher Sicht ggf. eine freie Kombination (Mehrdosenregime) einer fixen Kombination (Eindosenregime) vorgezogen werden.

Die Verordnung von Generika oder sogenannter Altoriginalen ohne Aut-idem-Kreuz unterstützt die Zielerreichung.

Wir informieren Sie darüber, wenn aus der Verordnungsempfehlung ein offizielles Ziel innerhalb der WSV geworden ist. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung,
Tel: 22802 - 571/-572

WELCHE WIRKSTOFFE SIND GENERISCH?

	ATC-Code	Wirkstoffnamen/ Kombinationen	Generikakennung*	Beispiele
Proteasehemmer	J05AE01	Saquinavir	1/2	Invirase®
	J05AE03	Ritonavir	1/2	Norvir® und Generika
	J05AE07	Fosamprenavir	0	Telzir®
	J05AE08	Atazanavir	1/2	Atazam® und Generika
	J05AE09	Tipranavir	1/2	Aptivus®
	J05AE10	Darunavir	1/2	Darunasta® und Generika

*Generikakennung nach WIDO: Patentgeschützte Originale: 0; Altoriginale ohne Patentschutz: 1; Generika: 2

	ATC-Code	Wirkstoffnamen/ Kombinationen	Generika-kennung*	Beispiele
Nukleosidale und nukleotidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase	Jo5AFo1	Zidovudin	1/2	Retrovir® und Generika
	Jo5AFo4	Stavudin	1/2	Zerit®
	Jo5AFo5	Lamivudin	1/2	Epivir®
	Jo5AFo6	Abacavir	1/2	Ziagen® oder Generika
	Jo5AFo7	Tenofoviridisoproxil (TDF)	1/2	Viread® und Generika
	Jo5AFo8	Adefovirdipivoxil	o	Hepsera®
	Jo5AFo9	Emtricitabin	1/2	Emtriva®
	Jo5AF10	Entecavir	1/2	Baraclude® und Generika
	Jo5AF13	Tenofoviralfenamid (TAF)	o	
Nicht-nukleosidale Inhibitoren der Reversen Transkriptase	Jo5AGo1	Nevirapin	1/2	Neviran® und Generika
	Jo5AGo3	Efavirenz	1/2	Sustiva®
	Jo5AGo4	Etravirin	o	Intelence®
	Jo5AGo5	Rilpivirin (RPV)	o	Edurant®
	Jo5AGo6	Doravirin	o	Pifeltro®
Antivirale Mittel zur Behandlung von HIV Infektionen, Kombinationen	Jo5ARo1	Zidovudin und Lamivudin	1/2	Combivir® und Generika
	Jo5ARo2	Lamivudin und Abacavir	1/2	Kivexa® und Generika
	Jo5ARo3	Tenofoviridisoproxil und Emtricitabin (FTC)	1/2	Truvada® und Generika
	Jo5ARo4	Zidovudin, Lamivudin und Abacavir	1/2	Trizivir®
	Jo5ARo6	Emtricitabin, Tenofoviridisoproxil und Efavirenz	1/2	Atripla® und Genrika
	Jo5ARo8	Emtricitabin, Tenofoviridisoproxil und Rilpivirin	o	
	Jo5ARo9	Emtricitabin, Tenofoviridisoproxil, Elvitegravir (EVG) und Cobistat	o	Stribild®
	Jo5AR10	Lopinavir und Ritonavir	1/2	Kaletra® und Generika
	Jo5AR12	Lamivudin und Tenofoviridisoproxil	1/2	Generika
	Jo5AR13	Lamivudin, Abacavir und Dolutegravir	o	Triumeq®
	Jo5AR17	Emtricitabin und Tenofoviralfenamid	o	Descovy®
	Jo5AR18	Emtricitabin, Tenofoviralfenamid, Elvitegravir und Cobistat	o	Genvoya®
	Jo5AR19	Emtricitabin, Tenofoviralfenamid und Rilpivirin	o	Odefsey®
	Jo5AR20	Emtricitabin, Tenofoviralfenamid und Bictegravir	o	Biktarvy®
	Jo5AR21	Dolutegravir und Rilpivirin	o	Juluca®
	Jo5AR22	Emtricitabin, Tenofoviralfenamid, Darunavir und Cobistat	o	
	Jo5AR24	Lamivudin, Tenofoviridisoproxil und Doravirin	o	Delstrigo®
	Jo5AR25	Lamivudin und Dolutegravir	o	Dovato®
Andere antivirale Mittel	Jo5AXo8	Raltegravir	o	Isentress®
	Jo5AXo9	Maraviroc	o	Celsentri®
	Jo5AX12	Dolutegravir	o	Tivicay®
Andere therapeutische Mittel	Vo3AXo3	Cobicistat (COBI)	o	Tyboost®
Antikörper	Jo5AX23	Ibalizumab	o	Trogarzo®

Alle Angaben ohne Gewähr. Kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Verzeichnisdienst der Telematikinfrastuktur

Adressdaten für den Nachrichtenversand über KIM

Im Dezember 2020 wird ein Verzeichnisdienst der Telematikinfrastuktur (kurz: TI-Verzeichnisdienst) eingerichtet. Er dient als zentrales Adressierungsverzeichnis – ähnlich einem allgemeinen Adressbuch – für die Anwendungen innerhalb der TI.

Der TI-Verzeichnisdienst kann beispielsweise für den Nachrichtenversand über den Dienst "Kommunikation im Medizinwesen" (KIM) oder die Berechtigungsvergabe der elektronischen Patientenakte genutzt werden.

Die Gematik ist als Betreiber des TI-Verzeichnisdienstes dafür zuständig, dass die Sicherheit der Daten gewährleistet wird. Jede KV ist dazu verpflichtet, die Daten der TI-Anwender zu übermitteln und aktuell zu halten.

Neben den Basisdaten einer Betriebsstätte (unter anderem BSNR, Name und Adresse, Fachgebietscodierung) wird auch der Zertifikatseintrag des SMC-B-Praxisausweises in den TI-Verzeichnisdienst aufgenommen. Der jeweilige Anbieter des Praxisausweises benachrichtigt die Praxis per E-Mail, wenn ein Eintrag erfolgt ist. ■

www.kvhh.net → (rechts oben) Menü → „Praxis“ ausklappen → Praxis IT & Telematik → (nach unten scrollen) TI-Verzeichnisdienst

Ansprechpartner:
KV Hamburg / Online-Services,
Tel: 22802 – 539 / -554 / -588
E-Mail: online-services@kvhh.de

Elektronische AU ab Oktober 2021 verpflichtend

Nicht zu Jahresbeginn, sondern erst ab Oktober 2021 wird die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) für alle Praxen Pflicht. Ab dann müssen Vertragsärzte die AU-Daten digital an die Krankenkassen übermitteln.

Die KBV hatte sich beim Bundesgesundheitsministerium für eine Verschiebung eingesetzt. Der Aufschub ändert nichts an der grundsätzlichen Kritik der KBV, dass das Ausstellen von AU-Bescheinigungen nur teilweise auf ein digitales Verfahren umgestellt wird. So müssen Vertragsärzte ab 1. Oktober 2021 neben der elektronischen Datenübermittlung an die Kassen Papier-Bescheinigungen ausdrucken, die der Patient für sich sowie für seinen Arbeitgeber erhält.

„Für die Ärzte bringt die eAU damit keinerlei Erleichterung“, kritisierte KBV-Vorstandsmitglied Thomas Kriedel. Erst ab 1. Juli 2022 seien die Krankenkassen zur elektronischen Weiterleitung der AU-Daten an die Arbeitgeber verpflichtet. Doch auch dann laufe das Verfahren nicht komplett papierlos ab. Der Patient bekomme weiterhin einen Ausdruck für seine Unterlagen.

Für eAU erforderlich:

KIM-Dienst, Update PVS und Konnektor, eHBA

Zur Übermittlung der eAU an die Krankenkassen benötigen Praxen einen Dienst für Kommunikation in der Medizin (KIM-Dienst), mit dem sie innerhalb der Telematikinfrastuktur sicher Daten versenden können. Außerdem sind ein Update des Praxisverwaltungssystems und des Konnektors erforderlich (Update zum E-Health-Konnektor). Für die elektronische Signatur benötigen Ärzte einen elektronischen Heilberufsausweis. ■



Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke
Drogenabhängige zu
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung
und eine erfüllende Aufgabe*

*Wir brauchen Sie,
liebe Kollegen.*

Bitte substituieren Sie!

Weitere Informationen:

www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → „Praxis“ ausklappen → Formulare →
Anträge, Dokumentationsbögen, Merkblätter → im Glossar unter „S“ →
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Covid-19: Schutz der besonders vulnerablen Gruppen geboten

Evidenz zu Maßnahmen in Alten- und Pflegeheimen weiterhin mangelhaft

VON PROF. DR. ANDREAS SÖNNICHSEN UND PROF. DR. GABRIELE MEYER
IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Im 3. Quartal 2020 kam es trotz umfangreicher Tests, Kontaktnachverfolgung, Maskenpflicht und weitreichender Einschränkungen zu einer beständigen Zunahme der Test-Positiven, der im Krankenhaus und auf Intensivstationen Behandelten sowie letztlich auch der Todesfälle durch COVID-19 [1,2].

Obgleich es an systematischen Zahlen fehlt, dürfte die kumulative Gesamt-Letalität der Pandemie ganz wesentlich durch die Sterblichkeit von Pflegebedürftigen in Langzeitpflegesettings bestimmt sein [3].

Schätzungen zu Folge sind etwa die Hälfte aller COVID-19-Todesfälle in Deutschland in der Gruppe der Alten- und Pflegeheimbewohner zu verzeichnen [4].

Ähnliche Zahlen werden für andere Länder wie zum Beispiel die USA berichtet [5]. Dem wirksamen

Schutz dieser äußerst vulnerablen Gruppe sollte daher höchste Priorität eingeräumt werden.

BEISPIELE AUS DEM AUSLAND

Doch wie kann dieser Schutz aussehen und welche Evidenz liegt vor zum Nutzen und Schaden von Schutzmaßnahmen?

In einer retrospektiven Kohortenstudie aus Frankreich wurden 17 Pflegeheime, deren Pflegende sich freiwillig mit den Bewohnern in den Heimen isoliert hatten (das Personal blieb abgesehen von wenigen Ausnahmen sieben Tage durchgehend im Heim, dann erfolgte ein Schichtwechsel), mit Heimen ohne diese Maßnahme aus einem nationalen Survey verglichen. Die Covid-19 assoziierte Todesfallrate lag um geschätzte 80 % unter der Rate der Heime ohne diese Maßnahme (Odds Ratio 0,22; 95 % CI 0,09-0,53) [6]. Das Studiendesign lässt jedoch keine belastbare Aussage zu. Prospektive kontrollierte Studien zu dieser Fragestellung wären dringlich.

Eine Studie aus den USA untersuchte die Wirksamkeit von präventivem Testen in 28 Pflegeheimen [7]. In 13 Pflegeheimen, in denen präventiv das gesamte Personal und alle Bewohner getestet wurden, erkrankten 17 von 1163 Personen (Personal und Bewohner) und drei Bewohner verstarben (0,26 %). In 15 Vergleichseinrichtungen, in denen erst nach Auftreten des ersten Erkrankungsfalls getestet wurde, erkrankten 723 von 1705 Personen und 109 verstarben (6,4 %). Aus diesen Zahlen

lässt sich schätzen, dass das präventive Testen die Todesrate relativ um 96 % (95 % CI 87,3-98,7) reduziert hat. Auch hier erlaubt das Studiendesign keine belastbare Aussage und es wäre dringend geboten, den Effekt präventiven Testens in einer Cluster-randomisierten Studie zu überprüfen.

Eine weitere Studie aus Frankreich verglich die Wirksamkeit des Unterteilens von Pflegeheimen in Bereiche und die strikte Zuteilung des Personals zu einzelnen Bereichen (n=74 Pflegeheime) versus Heime ohne diese Maßnahme (n=50). Die Odds Ratio, an COVID-19 zu erkranken, betrug für die Heime mit Bereichsunterteilung 0,19 (95 % CI 0,07-0,48). Aus den Zahlen lässt sich eine relative Risikoreduktion um 71 % (95 % CI 42,1-85,6) abschätzen [8].

Auch aus dieser Studie können natürlich keine belastbaren Aussagen abgeleitet werden, aber es wäre geboten, die Maßnahme in einer kontrollierten Studie zu evaluieren.

STUDIEN IN DEUTSCHLAND FEHLEN

Diese drei Studien zeigen, dass vergleichende Studien zur Prävention von COVID-19-Erkrankung und Sterblichkeit möglich sind. Die Effekte der gewählten Maßnahmen müssen wissenschaftlich abgesichert werden. Prospektive kontrollierte Studien, auch randomisierte kontrollierte Studien sind geboten, wenn es um die Reduktion der Unsicherheit geht, wie die besonders gefährdete Population älterer und pflegebedürftiger Menschen durch gezielte Maßnahmen geschützt werden kann. Noch ist die Evidenz für derartige Maßnahmen begrenzt.

Die sehr früh im Pandemiegeschehen formulierten Forderungen aus der Wissenschaft [9] nach einer soliden klinisch-epidemiologischen Datenbasis durch zielgerichtetes Testen, systematische Dokumentation, Aufbau eines Registers und Beforschung von Versorgungsmodellen, Einrichtung einer Task-Force für das koordinierte Handeln im Umgang mit dem Setting Pflegeheim sind bis heute hierzulande nicht umgesetzt. Jüngst empfohlen wurden präventive Schulungsteams in den Heimen, Krisen-Interventionsteams im Infektionsfall (bestehend aus Akteuren in den Heimen und außerhalb), pflegerische Notfalldienste (bei Personal-mangel aufgrund von Quarantäne und Krankenstand) und Test-Teams [3].

Weitere mögliche Maßnahmen zum Schutz von Pflegeheimen sind die konsequente Anwendung von FFP2-Masken durch alle Pflegenden während des unmittelbaren Kontaktes bei Pflegehandlungen, verpflichtendes Tragen von FFP2-Masken durch Besucher während des Aufenthalts in der Pflegeeinrichtung und der Einsatz von Antigen-Schnelltests bei Besuchern vor Betreten der Einrichtung. Zur Evaluation der Effekte des Einsatzes dieser Maßnahmen fehlen Studienprotokolle.

Zwar ist die Evidenz für die Überlegenheit von FFP2-Masken gegenüber chirurgischen Masken begrenzt, aber es konnte gezeigt werden, dass die Kontamination der Umgebung mit Viruspartikeln beim Husten infektöser Personen durch FFP2(N95-)Masken gegenüber chirurgischen Masken deutlich reduziert wird [10]. Es hätte sich angeboten, in randomisierten kontrollierten Studien Pflegeheime, die chirurgische Masken für das Personal und die Besucher nutzen, mit Einrichtungen zu vergleichen, in denen FFP2-Masken eingesetzt werden, und so aussagekräftige Ergebnisparameter zu untersuchen wie die Häufigkeit von Covid-19 Erkrankungen und assoziierten Todesfällen.

Bedeutung von Sozialer Teilhabe und Lebensqualität

Soziale Teilhabe und Lebensqualität müssen auch unter pandemischen Bedingungen konkurrenzlose Ziele der Langzeitpflege sein. Sie sind mit dem Infektionsschutz in Einklang zu bringen [11]. Statt Besuche pauschal zu verbieten und die Bewohner so von ihren Angehörigen und Freunden zu isolieren, sollten die oben beschriebenen Maßnahmen implementiert und evaluiert werden. Die Einrichtungen benötigen finanzielle Unterstützung durch die Politik. Tests und Masken müssen durch öffentliche Mittel finanziert und bereitgestellt werden. Ähnliche Maßnahmen sollten auch für die ambulante Pflege gelten.

Aussetzen der Dokumentation gefährdet die Bewohner

Selbstredend wird es mit einer auf die vulnerablen Gruppen fokussierten Strategie nicht gelingen, Pflegeheime gänzlich vor COVID-19-Infektionen zu schützen. Doch muss bei dieser Strategie das Augenmaß zwischen Einschränkung der Grundrechte und des sozialen



Lebens für die Betroffenen und dem Schutz vor der Erkrankung gewahrt werden [12].

Die Möglichkeiten für einen nachhaltigen und sozial verträglichen Schutz von vulnerablen Personen in der bisherigen Strategie der Pandemiebekämpfung sind bei weitem nicht ausgeschöpft und müssen dringend in den Vordergrund rücken, um die soziale „Tragödie“ der Pflegeheimbewohner nicht weiter willfährig zu tolerieren [13].

Pflegeheimbewohner sind ohnehin in ihren sozialen Kontakten depriviert und in besonderem Maße auf Kontaktpflege mit nahestehenden Menschen angewiesen. Eine Kontaktsperre über Wochen bis Monate verletzt ihre Persönlichkeitsrechte und die körperliche und psychische Unversehrtheit. Langzeitpflegebedürftige Personen haben unter pandemischen Bedingungen sehr wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko für Vernachlässigung, Gewalt und reduzierte Pflege- und Versorgungsqualität [14]. Auch die Qualitätsprüfungen des MDK sind weitgehend ausgesetzt und Dokumentationspflichten wurden gelockert. Es ist somit ein gefährliches Vakuum entstanden, in dem nicht einmal Angehörige und Besucher eine soziale Kontrolle wahrnehmen können.

lassigung, Gewalt und reduzierte Pflege- und Versorgungsqualität [14]. Auch die Qualitätsprüfungen des MDK sind weitgehend ausgesetzt und Dokumentationspflichten wurden gelockert. Es ist somit ein gefährliches Vakuum entstanden, in dem nicht einmal Angehörige und Besucher eine soziale Kontrolle wahrnehmen können.

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen

Leiter der Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin, Zentrum für Public Health an der Medizinischen Universität Wien

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Literatur

1. Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. AGES Dashboard COVID19 [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: <https://covid19-dashboards.ages.at/>
2. Robert-Koch-Institut. COVID-19-Dashboard [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Aug 19]; Available from: <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>
3. Schrappe M, François-Kettner H, Gruhl M, Hart D, Knieps F, Manow P, u. a. Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – der Übergang zur chronischen Phase – Ergänzende, aktualisierte Daten. [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/Abstracts/Abstract2020/MVF-05-20/pdf_0520/Schrappe_4-1_Aktualisierung
4. Rothgang H, Wolf-Ostermann K, Domhoff D, Friedrich A, Heinze F, Preuss B, u. a. Care homes and COVID-19: results of an online survey in Germany [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Nov 30]; Available from: <https://ltccovid.org/2020/07/16/care-homes-and-covid-19-results-of-an-online-survey-in-germany/>
5. Girvan G, Roy A. Nursing Homes & Assisted Living Facilities Account for 42% of COVID-19 Deaths [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Nov 30]; Available from: <https://freopp.org/the-covid-19-nursing-home-crisis-by-the-numbers-3a47433c3f70>
6. Belmin J, Um-Din N, Donadio C, Magri M, Nghiem QD, Oquendo B, u. a. Coronavirus Disease 2019 Outcomes in French Nursing Homes That Implemented Staff Confinement With Residents. JAMA Netw. Open 2020;3:e2017533.
7. Telford CT, Onwubiko U, Holland DP, Turner K, Prieto J, Smith S, u. a. Preventing COVID-19 Outbreaks in Long-Term Care Facilities Through Preemptive Testing of Residents and Staff Members - Fulton County, Georgia, March-May 2020. MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2020;69:1296–9.
8. Rolland Y, Lacoste M-H, de Mauleon A, Ghisolfi A, De Souto Barreto P, Blain H, u. a. Guidance for the Prevention of the COVID-19 Epidemic in Long-Term Care Facilities: A Short-Term Prospective Study. J. Nutr. Health Aging 2020;24:812–6.
9. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Corona-Virus in unseren Pflegeheimen – ein evidenzfreies Drama in drei Akten. Stellungnahme [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-corona-pflegeheime-20200428.pdf>
10. Kim M-C, Bae S, Kim JY, Park SY, Lim JS, Sung M, u. a. Effectiveness of surgical, KF94, and N95 respirator masks in blocking SARS-CoV-2: a controlled comparison in 7 patients. Infect. Dis. Lond. Engl. 2020;52:908–12.
11. Augurzy B, Busse R, Gerlach F, Meyer G. Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: <https://www.bifg.de/news/2020-corona-richtungspapier>
12. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP). Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Dez 3]; Available from: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-001l_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1.pdf
13. Krones T, Meyer G, Monteverde S. Medicine is a social science: COVID-19 and the tragedy of residential care facilities in high-income countries. BMJ Glob. Health 2020;5:e003172.
14. D’cruz M, Banerjee D. „An invisible human rights crisis”: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic - An advocacy review. Psychiatry Res. 2020;292:113369.



wir
schärfen
ihren

[v i • s u s]

/pharmakotherapieberatung

die gesundheit des patienten voranzustellen und dabei die regularien der wirkstoffvereinbarung und des wirtschaftlichkeitsgebots zu beachten, gestaltet sich im praxisalltag oftmals als herausforderung. erfahrene ärzte beraten sie ganz individuell in der pharmakotherapieberatung der kvh. fragen sie uns einfach!



VON DR. HANS-JÜRGEN JUHL UND DR. ANDREAS SCHÜßLER

ÄrzteNetz Hamburg testete Mitglieder auf Corona-Antikörper

Probanden wiesen eine vergleichsweise hohe Durchseuchung auf. Die Quote der positiv Getesteten sank im Zeitverlauf wieder ab.

Mit der erstmaligen Verfügbarkeit eines zertifizierten SARS-CoV-2-IgG-Antikörper-Tests im April 2020 startete das ÄrzteNetz Hamburg eine kleine Studie. Wir boten diesen Test unseren ärztlichen Mitgliedern an. Eine Auswertung der Ergebnisse sollte zeigen, welcher Anteil der Probanden bereits eine SARS-CoV-2-Infektion hinter sich hatte und somit möglicherweise gegen eine erneute Infektion immun war.

Fast die Hälfte der Ärztenetz-Mitglieder (162 von damals 328) nahm an der Studie teil. Es handelt sich um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, die in der ambulanten Hamburger Versorgung direkt am Patienten arbeiten. Unseres Wissens ist das die erste und bislang einzige Untersuchung zur SARS-Cov-2-Durchseuchung dieser Berufsgruppe.

Der erste Test-Durchgang fand im April 2020 statt. Es folgten weitere Testungen jeweils im Mai und im Juni, um eine Entwicklung der Positiv-Quote

ERGEBNISSE DER SARS-COV-2-ANTIKÖRPER-TESTS

	negativ	grenzwertig positiv	positiv
1. Testung	152	2	8
2. Testung	147	1	10
3. Testung	139	1	7

abbilden zu können. Drei Labore des Ärztenetzes werteten die Proben aus. Die von uns verwendete Testsubstanz SARS-Cov-2 ELISA IgG 96x01 EI 2606-9601 G der Firma Euroimmun aus Lübeck hat nach Herstellerangaben eine Spezifität von über 99 % und eine Sensitivität von mehr als 94,4 %.

Die Probanden beantworteten zudem einen Fragebogen unter anderem zu Alter, Impfschutz, vorherigen PCR-Testungen, Aufenthalt in Risikogebieten und Expositionen gegenüber Infizierten. Diese Angaben wurden den Testergebnissen anonymisiert zugeordnet.

Im ersten Durchgang wurden 8 Probanden (4,94 %) positiv getestet. Im zweiten Durchgang waren es 10 (6,32 %), im dritten Durch-

gang 7 (4,76 %). Der Anteil der positiv Getesteten stieg also zunächst an und sank dann wieder ab. Insgesamt erhielten 11 Probanden in mindestens einem der Durchgänge ein positives Ergebnis. Das ergab unter dem Strich für den gesamten Testzeitraum eine Positiv-Quote von 6,79 %. Die Ergebnisse waren für uns in mehrfacher Hinsicht überraschend:

- Wir hatten mit einer kontinuierlichen Zunahme der Positiv-Quote gerechnet. Doch bei einem Teil der Probanden bauten sich die Immunglobuline im Lauf der Zeit offenbar wieder ab. Ob mit dem Abbau der Antikörper auch ein Abbau der Immunität einhergeht, ist unklar. Neben der „humoralen Immunantwort“ gibt es noch ein ande-

res Gedächtnis im Körper für Infektionen: Die „zelluläre Immunantwort“ wird durch T-Lymphozyten ausgelöst und ist nicht abhängig vom Vorhandensein von Antikörpern. Diese zelluläre Immunität bleibt möglicherweise längerfristig bestehen (Crotty 2020).

● Die in der von uns getesteten Gruppe festgestellte SARS-CoV-2-Durchseuchung von 6,79 % ist höher als erwartet. In einer großen Studie an Blutspendern wurde die Durchseuchung serologisch mit 1,35 % bestimmt (RKI 2020). Dass die Positiv-Quote in unserer Studie so viel höher ist, mag einerseits am Reiseverhalten der Ärztinnen und Ärzte liegen. 39 der Getesteten hatten sich zuvor urlaubsbedingt in Risikogebieten aufgehalten, davon wurden 7 positiv und 2 grenzwertig positiv getestet. Andererseits spielt auch der vermehrte berufliche Kontakt mit SARS-CoV-

2-infizierten Patienten eine Rolle. Von den insgesamt 11 positiv Getesteten ist bei 4 eine berufliche Infektionsursache denkbar (36 % der positiv Getesteten). Obwohl sich 2 dieser 4 Personen auch in Risikogebieten befanden, ordneten sie die Infektionsquelle eher einem beruflichen Kontakt zu.

● In der von uns getesteten Gruppe gab es keinen schweren Krankheitsfall. 29 von 162 Probanden (18%) hatten „Corona“-typische Symptome. Von diesen boten nur 8 (28 %) ein positives und 2 (7 %) ein grenzwertig positives Testergebnis. Bei den übrigen Symptomträgern ließen sich keine Antikörper zum Zeitpunkt der Testung nachweisen. Demgegenüber verliefen 3 der 11 positiv getesteten Infektionen klinisch inapparent. Die Höhe des Antikörper-Titers lässt offenbar keinen Rückschluss darauf zu, ob ein symptomatischer oder asymptomatischer Krank-

heitsverlauf bestanden hat. Auch bei durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion kann der IgG-Antikörper-Titer negativ sein.

Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg genehmigt.

Wir bedanken uns für die gute Kooperation mit unseren Netzmitgliedern, den Netzlaboren Dr. Fenner & Kollegen, Dr. v. Froreich/Bioscientia, Dr. Heidrich & Kollegen, dem Biometriker Dr. Jonathan Woodsmith (Indivumed) und den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle des ÄrzteNetzes Hamburg. ■

DR. HANS-JÜRGEN JUHL

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
E-Mail: hans-juergen.juhl@aerztenetz-hamburg.de

DR. ANDREAS SCHÜßELER

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
E-Mail: dr.a.schuesseler@aerztenetz-hamburg.de

Literatur:

- Crotty S. et al., Antigen-Specific Adaptive Immunity to SARS-CoV-2 in Acute COVID-19 and Associations with Age and Disease Severity, September 16, 2020
- EUROIMMUN, Anti-SARS-CoV-2 ELISA (IgG and IgA)
- GeurtsvanKessel et al. Towards the next phase: evaluation of serological assays for diagnostics and exposure assessment: Preprint medRxiv.2020
- Streeck et al. Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection on a German community with a super-spreading event.2020
- EUROIMMUN, Literatur Sammlung, 23. September 2020
- Grifoni et al., Targets of T Cell Responses to SARS-CoV-2 Coronavirus in Humans with COVID-19 Disease and Unexposed Individuals, June 25, 2020
- J.Li, J.Wang et al., Mapping the Tcell response to Covid-19 (Nature signal Transduction and Targeted Therapy, 2020
- Robertson et al., SARS-CoV-2 antibody testing in a UK population: detectable IgG for up to 20 weeks post infection, October 1, 2020
- RKI, Serologische Untersuchung von Blutspenden auf Antikörper gegen SARS-CoV-2, Stand 30.6. und 5.11.2020



MVZ-Befragung: Teilnahme noch bis 15. Januar möglich

Die laufende Online-Befragung zur wirtschaftlichen Situation von MVZ durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) wird bis zum 15. Januar 2021 verlängert. Ziel des sogenannten „Zi-MVZ-Panel“ ist eine repräsentative Analyse von Wirtschafts-, Abrechnungs- und Strukturdaten der MVZ für die Versorgungsforschung und für die Verhandlungen mit den Krankenkassen.

Für die Teilnahme wird eine Aufwandspauschale von 350 Euro gezahlt. Die Teilnehmenden erhalten nach Abschluss einen individuellen Feedbackbericht mit Daten der Vergleichsgruppe. Die Befragung erfolgt im Auftrag der KBV und der KVen und wird unterstützt durch den Bundesverband Medizinische Versorgungszentren. ■

Weitere Informationen:

www.zi-mvz-panel.de

Hamburger Versorgungsforschungstag: MVZ-Projekt mit dem Zi

Der dritte Hamburger Versorgungsforschungstag findet COVID-19-bedingt mit etwas Verzögerung statt und ist für Mitte Juni 2021 geplant. Thema ist "Das MVZ in der Hamburger Gesundheitsversorgung". Dafür hat die KV Hamburg das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) gebeten, eine Analyse zu erstellen. Neben der Auswertung von Abrechnungsdaten und der Ergebnisse der laufenden Erhebung des „Zi-MVZ-Panels“ ist eine Sondererhebung im ersten Quartal des Jahres 2021 mit den MVZ in Hamburg geplant. Die Analyse des Zi soll der KV Hamburg dabei helfen, die Versorgungssituation zu beurteilen. Die Ergebnisse werden auf dem dritten Hamburger Versorgungsforschungstag präsentiert. ■

wir
regulieren
ihren

[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

so vielfältig ihr Praxisalltag, so vielschichtig die Vorgaben, die es dabei zu beachten gilt. Wie also patientenorientiert praktizieren, ohne dabei Dinge wie das Wirtschaftsgebot aus dem Blick zu verlieren? In der Praxisberatung der KVH finden Sie gemeinsam mit erfahrenen Ärzten und Apothekern Lösungen. Fragen Sie uns einfach!



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Florian Flüß**
Stv. Mitglied des Beratenden Fachausschusses Hausärzte

Name: **Florian Flüß**

Geburtsdatum: **7.3.1984**

Familienstand: **verheiratet, 3 Kinder**

Fachrichtung: **Kinder- und Jugendmedizin, Kindergastroenterologie**

Hobbys: **Windsurfen, Radfahren**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Erfreulicherweise, ja. Denn ich hatte (und habe) einen hohen Respekt vor dem Arztberuf. Das Wissen zu erwerben, medizinische Zusammenhänge so erklären zu können, dass Patienten eine gut informierte Entscheidung treffen können, war mir seit Beginn meines Studiums ein Anliegen. In der Pädiatrie scheint das besonders wichtig, ist oft auch Herausforderung – dafür aber umso lohnender. Welch enormer bürokratischer Aufwand im deutschen Gesundheitswesen betrieben wird, ist mir dahingegen erst im Studium, welche komplexen Regeln dies steuern, sogar erst in den letzten Jahren bewusst geworden.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Wenn man etwas nicht ganz durchschaut, es jedoch verstehen und nach seinen Vorstellungen entwickeln möchte, finde ich, sollte man Teil davon werden und aktiv mitgestalten. Sonst tun es andere.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? In unserem komplexen System sind nicht alle Prozesse auf Anhieb zu verstehen. Abläufe und Entscheidungen transparent und vor allem nachvollziehbar zu machen, scheint mir daher wichtig. Die geplante Änderung der für kaum jemanden zu verstehenden ILBs in für alle Kollegen einer Fachgruppe gleich geltende Garantiequoten kann hier als Beispiel dienen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Kinder- und Jugendärzte sind die Hausärzte einer besonderen Klientel: dem mündigen Mitbürger von morgen. Unseren Patienten dabei zu helfen gesund aufzuwachsen – seelisch und körperlich – bedeutet auch, unsere Zukunft mitzugestalten. Der besondere Aufwand, der dafür jedoch betrieben werden muss, wird oft zu wenig anerkannt: zeitlich und finanziell. Die Lobby unserer Patienten ist leider nicht sehr groß.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Ich möchte gern zusammen mit meiner Familie die Welt entdecken. ■



Warum ausgerechnet ich?

Kolumne von **Dr. Matthias Soyka**, Orthopäde in Hamburg-Bergedorf

Kaum etwas ist trauriger als ein Karate-Meister mit Rückenschmerzen. Neben dem Schmerz, den niemand braucht und haben will, quält ihn die Frage, warum es ausgerechnet ihn getroffen hat.

„Ich mache doch mein Leben lang Sport und jetzt auch noch Faszien-Yoga“, beklagt er sich bei mir. „Warum kriege ausgerechnet ich einen Bandscheibenvorfall?“

Der normale Couch-Potatoe glaubt, er selbst könne gegen den Rückenschmerz gar nichts unternehmen. Beim Sportler ist es meistens umgekehrt. Er glaubt unerschütterlich an eigene Aktivität und Spontanheilung. Das hört sich erstmal wie eine gute Bewältigungsstrategie an.

Meinem Karatemeister versuche ich zu erklären, dass nicht wenige Leute einen Bandscheibenvorfall erleiden, und dass die meisten davon gar nichts merken, weil ein Bandscheibenvorfall nur in den wenigen Fällen Schmerzen verursacht, in denen er dummerweise mit einem Nerven zusammenstößt. Ich zitiere Prof. Krämer, den Bandscheibenpapst der neunziger Jahre und erkläre, dass die Bandscheibendegeneration eine normale Begleiterscheinung des Alterns ist.

Das macht ihn auch nicht glücklicher, weswegen ich weiter aushole: Es gibt kaum eine bessere Anleitung zum Unglücklichsein über die Krankheit, die einen befällt, als die

Frage: „Warum ausgerechnet ich?“ Denn meistens impliziert diese Frage, dass man erstens so gesund gelebt und alles richtig gemacht hat, dass man eigentlich gar nicht krank werden kann, und dass zweitens die Krankheit genau aus diesem Grund eine grobe Ungerechtigkeit darstellt. Wer diesen Gedanken nicht wieder einpackt oder in den Griff bekommt, kann die Folgen seiner Krankheit nur noch mit Mühe beherrschen, denn er hadert dauerhaft mit seinem Schicksal. Das gilt für Rückenschmerzen genauso wie für Karzinome und Corona.

Sport zu treiben ist zwar gut, aber alles andere als eine Garantie für Gesundheit, erst recht beim Rücken. Denn ob man Rückenschmerzen bekommt oder nicht, hat nicht nur mit Glück, sondern zu einem guten Teil auch mit der Sitzhäufigkeit zu tun.

Ich kenne meinen Karatefreund schon lange. Er arbeitet beim Staat. Deswegen sitzt er viel.

Und wer viel sitzt, kann noch so viel Sport machen, seine Hüftbeuger verkürzen und seine kleinen Rückenmuskeln werden schlapp.

Sportler haben deshalb keineswegs weniger Rückenschmerzen als die Unsportlichen, im Gegenteil. Eine beachtenswerte Arbeit* in der Zeitschrift für Sportmedizin verglich die Häufigkeit von Rückenschmerzen in der Allgemeinbevölkerung mit der von Leistungssportlern.

Das Ergebnis für die 12-Monate-Prävalenz sieht zum Beispiel so aus:

- Elite-Athleten weltweit : 24-66%
- Kaderathleten Dt. Olympiastützpunkte: 65 (31-86)%
- Sportliche Kontrollgruppe (Sportstudenten): 58%
- Normalbevölkerung: 38 (10-65)%

Bei der Lebensprävalenz und der 7-Tage-Inzidenz zeigt sich das gleiche Resultat: Die Leistungssportler haben mehr Rückenschmerzen.

Mich wundert das nicht.

Nicht Sport, also ehrgeiziger Wettkampf mit Bewegung, ist das Gegenmittel zum vielen Sitzen, sondern achtsame Gymnastik. Wenn überhaupt weisen intelligente Übungen zur Dehnung der verkürzten Muskeln und der abgeschwächten kleinen Rückenmuskeln den Rückenschmerz in seine Schranken, wenige Minuten am Tag reichen oft schon. Das gilt für Couch-Potatoes ebenso wie für ehrgeizige Sportler – und natürlich auch für Ärzte, die sich oft nicht an das halten, was sie ihren Patienten empfehlen.

Deshalb erscheint diese Kolumne auch im Januar, der Zeit der guten Vorsätze. ■

Dr. Matthias Soyka ist Orthopäde und Buchautor. Aktuell im Buchhandel von ihm: „Dein Rückenretter bist du selbst“, Ellert&Richter, Hamburg. www.dr-soyka.de

* Trompeter K, Fett D, Brüggemann G-P, Platen P. Prevalence of back pain in elite athletes. Dtsch Z Sportmed. 2018; 69: 240-246. doi:10.5960/dzsm.2018.336



Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

Verträge:

- Vertrag zur mehrstufigen ambulanten Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen durch Kardioversion gemäß § 140a SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST ab 1. Januar 2021 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- 8. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der KNAPPSCHAFT und der AG Vertragskoordinierung ab 1. Januar 2021 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage K zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und dem BKK – Landesverband NORDWEST (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und der Techniker Krankenkasse (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes, sowie zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)

- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes, sowie zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und der IKK classic (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 11/2020 wurde der 1. Nachtrag zum Vertrag zur Durchführung von Testungen von Lehrkräften auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) auf Grundlage des § 75 Abs. 6 SGB V mit der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde). veröffentlicht.

Das Zustimmungsverfahren zu diesem Vertrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

Hinweis: aktualisierte Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

- Anlage 3 zum Vertrag gemäß § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation „Vitamin K-Antagonisten Therapie“ mit dem BKK-Landesverband NORDWEST mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 31. Dezember 2020:
Die Liste wurde wie folgt aktualisiert:
Ende zum 31.12.2020: actimonda Krankenkasse
- Anlage 1 zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 8. Dezember 2020:
Die Liste wurde wie folgt aktualisiert:
neu ab 01.01.2021: vivida BKK (Rechtsnachfolge-BKK aus Fusion vom 01.01.2021 zwischen atlas BKK ahlmann + Schwenninger BKK)

Hinweis: aktualisierte Anlagen in Verträgen

- Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gem. § 73c SGB V zwischen der SECURVITA BKK:
Die Anlage 2 (Teilnahmeerklärung für Versicherte) wurde ausgetauscht.
- Aktualisierte Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen:
In allen DMP-Verträgen gibt es neue Listen zu den teilnehmenden Betriebskrankenkassen.

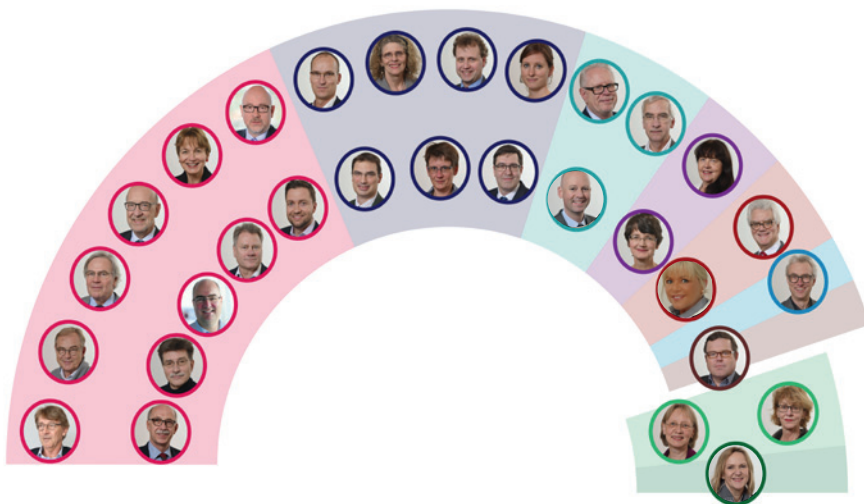
Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 18.2.2021 (19.30 Uhr)

Coronabedingt unter Ausschluss der Öffentlichkeit

Ärztehaus (Julius-Adam-Saal), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

**JEWEIFS VOM
1. BIS 15. KALENDERTAG DES
NEUEN QUARTALS**

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Hygiene

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren, welche Aufgaben ein Hygienebeauftragter hat, wie sich die Praxis auf Behördenbegehungen vorbereiten kann, wie Hygiene-, Reinigungs- und Hautschutzpläne erstellt werden u.v.m.

12 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 10.2.2021 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

Teambesprechungen effizient und motivierend durchführen (Webinar)

Wer trifft sich wo, wie oft und wie lange? Welche Themen werden besprochen? Wie setzt man Prioritäten? Welche Besprechungsregeln gelten? Wie definiert und erreicht man Ziele?

Wie verteilt man Verantwortlichkeiten?
Wie geht man richtig mit Protokollen um?

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 17.2.2021 (14 - 16 Uhr)

Gebühr: € 45

Einführungsseminar für Psychotherapeuten

Das Seminar richtet sich speziell an psychotherapeutische Praxen, die ihr QM-System unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und ihrer Praxisbesonderheiten aufbauen möchten. Im Seminar wird Ihnen gezeigt, wie der QEP-Qualitätszielkatalog aufgebaut, wie die Handhabung ist, aber auch wie Sie es in Ihren Praxisalltag anwenden können.

12 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 26.2.2021 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 190 inkl. Imbiss + Getränke

**Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Ansprechpartnerinnen:

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

Michael Bauer, Tel: 22802-388

Laura Goldmann, Tel: 22802-574

qualitaetsmanagement@kvhh.de

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de →

Fortbildung → Termine

Oder über QR-Code:



FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Sprechstundenbedarf

Für Praxismitarbeiter: Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenvereinbarung, Vermeidung von Regressen.

Mi. 17.2.2021 (15 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 25

Zi-DMP Diabetesschulung für nicht insulinpflichtige Patienten

Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Sa. 20.3.2021

9 - 12.45 Uhr (für Ärzte und Praxispersonal)

12.45 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Mi. 24.3.2021

9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Gebühr: € 220

Zi-DMP Diabetesschulung für insulinpflichtige Patienten

Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Sa. 12.6.2021

9 - 12.45 Uhr (für Ärzte und Praxispersonal)

12.45 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Mi. 16.6.2021

9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Gebühr: € 220

**Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer / Ebene 13
Weidestr. 122b, 22083 Hamburg**

Anmeldung:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Kurs-Namen eingeben

Ansprechpartnerin:

Bettina Rawald
Fortbildungsakademie

Tel: 202299-306

E-Mail: akademie@aekhh.de

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

"Brain at Work – Intelligenter arbeiten, mehr erreichen"

Wie wir mithilfe der Neurowissenschaft die Mechanismen unseres Gehirns effektiv nutzen und so zu Spitzenleistungen gelangen können

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 27.1.2021 (18 - 21 Uhr)

(unter Einhaltung der Corona-Abstandsregeln)

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin

E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2021!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Januar und Juni 2021 stattfinden, und gibt eine Vorschau auf das zweite Halbjahr. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNGEN

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neuesten Stand; sicher vor kostenpflichtigen Abmahnungen; auskunftssicher in Bezug auf die Patientenrechte; neue Arbeits- und Praxishilfen problemlos anwenden.

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 23.4.2021 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 27.8.2021 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 19.11.2021 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern

(unter Einhaltung der Corona-Abstandsregeln)

Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,

E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

www.neurologiewinterhude.de oder:

www.datenschutz.neurologiewinterhude.de

Bitte nutzen Sie ausschließlich die auf den Webpräsenzen veröffentlichten Anmeldeformulare.

wir
verbinden
ihre

[n e u • r o • n e n]

/infocenter

das infocenter gibt auskunft zu allem, was die kvh für sie tun kann, und schafft bei komplexen anliegen zügig verbindungen zu beratenden ärzten, apothekern und fachabteilungen. fragen sie uns einfach!

