

KVH *journal*

BARRIEREFREIHEIT

Wo finden Patienten mit Behinderung eine für sie zugängliche Praxis?



SARS-COV-2

Testzentrum am Hauptbahnhof eröffnet

TELEMATIK

Zeitplan für die digitalen Anwendungen

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 10/2020 (Oktober 2020)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Ein halbes Jahr nach Ausrufung der Pandemie durch die WHO haben die Amtschefs eine Beschlussvorlage für die 93. Gesundheitsministerkonferenz zu Erfahrungen und Schlussfolgerungen der Pandemiebekämpfung vorgelegt. Sie erkennen zwar eine grundlegende lenkende Funktion des ambulanten Bereichs, machen den Erfolg der ausgebliebenen Überlastung der Krankenhäuser jedoch an den Freilenkungen der Betten fest. Dabei hat der ambulante Bereich nachgewiesenermaßen als Schutzwall für die Krankenhäuser gewirkt und dabei sogar noch den öffentlichen Gesundheitsdienst unterstützt.

Hier einige eindrucksvolle Zahlen: Die Niedergelassenen haben mit ihren Medizinischen Fachangestellten sechs von sieben Corona-Patienten versorgt, zuletzt sogar 19 von 20. In Hamburg hat der Arztruf seit dem 11. März 2020 bis heute 141.000 Anrufe in der Notdienstzentrale bearbeitet, 41.000 ärztliche Telefonberatungen und 82.000 Hausbesuche durchgeführt. Zur Trennung der symptomfreien und der symptomatischen Patienten wurden Infektpraxen und -sprechstunden auf die Beine gestellt. Die KV Hamburg hat die Schutzausrüstung beschafft und verteilt, die andere versprochen und erst sehr verspätet und in mangelnder Qualität geliefert haben. Nach den Hamburger Sommerferien waren es wieder wir, die – teilweise über Nacht – Testzentren für Reiserückkehrer installiert haben.

Insgesamt können wir stolz auf das gemeinsam Geleistete sein. Bei dieser Gelegenheit möchte ich Ihnen und Ihren Medizinischen Fachangestellten ausdrücklich danken!

Die Amtschefs sehen Verbesserungsbedarf im ambulanten Bereich: Sie wollen die Praxen und Ärzte stärker lenken, zum Beispiel mittels Kriterienerstellung für Ausstattung und Ausbildung des Personals und auch zur Praxisorganisation. Darüber hinaus empfehlen sie ein (zahn-)ärztliches Meldesystem, um Versorgungsengpässe frühzeitig erkennen zu können – sowie eine zentrale Steuerung von Testzentren.

Wir liefern funktionierende Selbstverwaltung in der Pandemie – und bekommen Staatsmedizin als Antwort? Weil die sich zum Beispiel in Großbritannien bewährt hat?

Wir vermissen nach wie vor die Wertschätzung von Politik, Ländern und Krankenkassen für den von den Niedergelassenen aufgestellten Schutzwall. Und wir fordern eine adäquate finanzielle Unterstützung für notwendige Investitionen in Digitalisierung sowie für Daten- und Cybersicherheit. Bei den Krankenhäusern nimmt die Politik mit großem Selbstverständnis Milliarden in die Hand. Das erwarten wir auch für die Niedergelassenen.

Mit Blick auf Herbst und Winter fordern wir politische Entscheidungen auf Basis einer Beratung wissenschaftlicher Experten vieler verschiedener Fachrichtungen sowie von Praktikern und Entscheidungsträgern aus dem Gesundheitswesen, die die Maßnahmen nachher umsetzen müssen. Wir brauchen einen nationalen Pandemierat, in dem die Vertragsärzteschaft einen ständigen Sitz hat.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende 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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Barriere-Check gemacht?
- 08_ Wegweiser für Patienten mit Behinderung: Gemeinsames Projekt von Patienten-Initiative und KV Hamburg
- 10_ Interview mit Kerstin Hagemann und Karen Müller über das Beratungskonzept der Patienten-Initiative

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 14_ Corona-Testzentrum am Hauptbahnhof
- 16_ Fragen und Antworten

TELEMATIK

- 18_ Medizinische Daten versenden mit KIM
- 20_ Fahrplan für die Einführung digitaler Dienste im Rahmen der TI

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.



ABRECHNUNG

- 21_** TSS-Fall und HA-Vermittlungsfall – was ist der Unterschied?

QUALITÄT

- 22_** Aus eins mach zwei: Bisherige Abteilung Qualitätssicherung spaltet sich auf
BDRh: Rheumatologen mit eigenem Labor für Hospitationsprogramm gesucht

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 23_** Neues Osteoporosemittel
Romosozumab
- 24_** Grippeimpfung: Vorrang für Risikogruppen
Start der neuen Heilmittel-Richtlinie auf Anfang 2021 verschoben

SELBSTVERWALTUNG

- 33_** Steckbrief: Thiemo Kurzweg



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 26_** Risikokommunikation zu COVID-19 in den Medien

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 24_** Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

- 25_** Zwischenruf
von Dr. Bernd Hontschik

FORUM

- 30_** Leserbrief, Replik und Stellungnahme der Redaktion

TERMINKALENDER

- 34_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Marcelo Hernandez/Funke Foto Services;
Seite 9: Cobalt/AdobeStock; Seite 11 und 12:
Michael Zapf; Seite 13: Yuris Arcurs Photography/
Fotolia; Seite 14, 15 und 17: Felix Faller/Alinea;
Seite 18: dem10/iStockphoto; Seite 25: Barbara
Klemm; Seite 34: Felix Faller/Alinea; Seite 36:
Markoagentur.de; Icons: iStockfoto

Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Barriere-Check gemacht?



Dennis Davidson
Praxismanager der Radiologie Hoheluft

Hilfreiche Bestandsaufnahme für Patienten

Die Patienten-Initiative führte in Bezug auf Barrierefreiheit eine Begehung und Bestandsaufnahme in unserer Praxis durch. **Wir haben zugestimmt, dass diese Daten auf der App „Plan B“ veröffentlicht werden. Die App soll Menschen mit Behinderung eine Orientierung geben, an wen sie sich wenden und wo sie sich wohlfühlen könnten. Dabei geht es um Menschen mit bestimmten Bedürfnissen, nicht nur um Rollstuhlfahrer, sondern auch beispielsweise um Menschen mit Rollator oder Sehbehinderung.** Ein differenziertes und verlässliches Verzeichnis ist bei der Suche nach einer passenden Praxis hilfreich – das unterstützen wir gern. ■



Dr. Eike Rosenau

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Winterhude

Sachkundiger Blick von außen

Ich habe sehr gute Erfahrungen mit dem Barriere-Check gemacht. Der Zeitaufwand hielt sich in Grenzen: **Karen Müller von der Patienten-Initiative begutachtete die Praxis sehr selbstständig, sodass unsere normalen Arbeitsabläufe kaum gestört wurden. Anschließend präsentierte sie uns die Ergebnisse. Der sachkundige Blick von außen war nützlich:** Wir erfuhren, was gut und was vielleicht noch verbesserungsfähig ist. Und wir erklärten uns damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in die App „Plan B“ aufgenommen werden. Ich bin Unfallchirurg. Eine möglichst barrierefreie Praxis ist im Interesse der Patienten – und für eine Praxis wie unsere auch aus wirtschaftlichen Gründen erstrebenswert. ■



Christine Neumann-Grutzeck

Internistin in der diabetologischen Schwerpunktpraxis Harburg

Sensibilisierung für unterschiedliche Bedürfnisse

Die Praxis, in der ich angestellt bin, hat sich im Frühjahr 2018 einem Barriere-Check unterzogen. Das Fazit? Wir haben uns nochmal mit dem Thema auseinandergesetzt und wurden sensibilisiert für unterschiedliche Bedürfnisse der Patienten, die Beeinträchtigungen haben. Dabei hat sich unser Blick sehr geweitet. Als erste Konsequenz des Checks haben wir einen Rollstuhl für die Praxis angeschafft. Das macht es sehr viel einfacher für mobilitätseingeschränkte Patienten, die beispielsweise erst zur Blutabnahme und dann ins Behandlungszimmer müssen. **Mein Appell an die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen: Machen Sie mit! Man bekommt sinnvolle Hinweise, und es gibt einen guten Überblick für Patienten mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen.** ■

Wegweiser für Patienten mit Behinderung

Mit einem gemeinsamen Projekt versuchen Patienten-Initiative und KV, mehr Transparenz zur Barrierefreiheit von Praxen zu schaffen.

Wo sind Menschen mit Behinderung willkommen?

Welche Praxen sind für Rollstuhlfahrer geeignet?

An wen können sich gehörlose oder blinde Menschen wenden?

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verpflichtet alle KVen, Angaben zur Barrierefreiheit der Praxen zu veröffentlichen. Diese Informationen fragt die KV bei ihren Mitgliedern anhand von bundesweit vorgegebenen Kategorien im Onlineportal ab. Mit dem Thema „Barrierefreiheit“ müssen sich die



Motorik-Einschränkungen /Rollstuhl

KV-Mitglieder also nun in jedem Fall beschäftigen.

Im Rahmen eines gemeinsamen Projekts der Patienten-Initiative und der KV Hamburg können Praxen kostenlos eine Beratung in Anspruch nehmen, die anhand der im Onlineportal vorgegebenen Kategorien durchgeführt wird.

Auf Anfrage kommt eine Expertin der Patienten-Initiative in die Praxisräume, führt eine Bestandsaufnahme durch, und erstellt einen Antwortkatalog, den die Praxisinhaberin oder der Praxisinhaber dann nur noch ins Onlineportal übertragen muss. Allerdings ist die bundesweit vorgegebene



Seh-beeinträchtigt / blind

Systematik verhältnismäßig grob – deshalb sieht der zwischen KV Hamburg und Patienten-Initiative abgeschlossene Vertrag noch die Möglichkeit vor, detailliertere Bestandsaufnahmen durchführen zu lassen.

Auch diese Art von Begehungen ist für die KV-Mitglieder kostenlos. Der Zeitaufwand, den die Praxis ein-



Hör-beeinträchtig / gehörlos

kalkulieren muss, variiert zwischen zwanzig Minuten und einer Stunde – je nachdem, wie intensiv sich die Praxen über die Bestandsaufnahme hinaus beraten lassen wollen.

Wenn die Praxisinhaberin oder der Praxisinhaber einverstanden ist, werden die Angaben zur Barrierefreiheit der Praxis in einer von der Patienten-Initiative entwickelten webbasierten App veröffentlicht.

Die App „Plan B“ (<https://planb.hamburg>) soll Menschen mit Behinderung erstmals die Möglichkeit geben, systematische, verlässliche und detaillierte Informationen darüber zu erhalten, welche Praxen in ihrer Nähe sie ohne Probleme aufsuchen können.

Nur wenige Praxen sind „rundum“ barrierefrei – also für Menschen mit Behinderungen jedweder Art passend. Ist die Praxis nur über eine Treppe erreichbar, kann sie dennoch für blinde Patienten geeignet sein. Eine für Rollstuhlfahrer völlig barrierefreie Praxis ist möglicherweise nicht auf gehörlose Patienten eingestellt.

Das erste Anliegen dieses Projekts ist es deshalb, für Menschen mit Behinderung Transparenz zu schaffen: Bei welchen Ärztinnen und Ärzten sind sie willkommen, und welche Praxen sind auf ihre spezielle Art der Beeinträchtigung eingestellt?

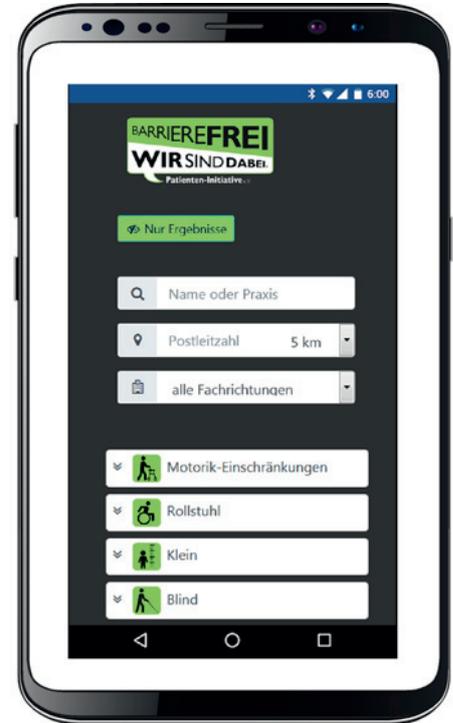
Darüber hinaus geben die Expertinnen der Patienten-Initiative den Praxisinhabern Tipps, wie die Barrierefreiheit der Praxis verbessert werden kann – beispielsweise, indem ein Stockhalter am Tresen befestigt oder einige Garderobenhaken so abgeseht werden, dass sie für Rollstuhlfahrer und Kleinwüchsige besser erreichbar sind.



Klein / Lernschwierigkeiten

Selbstverständlich berät die Patienten-Initiative auch, wenn die Praxis ihre Barrierefreiheit durch umfangreichere Maßnahmen verbessern will. ■

Ansprechpartner für Praxen, die das Angebot der Patienten-Initiative nutzen wollen:
KV Hamburg, Sabine Daub /
Abteilung Beratung und Information,
Tel: 22802-659
E-Mail: sabine.daub@kvhh.de



App „Plan B“ – Arztpraxis finden nach Kriterien der Barrierefreiheit:
<https://www.planb.hamburg/#/>

Patienten-Initiative e.V. Hamburg im Internet:
<https://patienteninitiative.de/>

INTERVIEW

Was heißt „bedingt barrierefrei“?

KERSTIN HAGEMANN und **KAREN MÜLLER** von der Patienten-Initiative über schwammige Begriffe, das Beratungskonzept ihrer Organisation und die zunehmende Sensibilität für Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung

Weshalb wurde das Thema „Barrierefreiheit“ zu einem zentralen Anliegen der Patienten-Initiative?

HAGEMANN: Ich bin Rollstuhlfahrerin, und für mich war immer klar: Ich kann Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung nicht frei wählen. Alles hängt davon ab, ob ich in eine Praxis reinkomme oder nicht. Vor einigen Jahren haben wir, die Mitarbeiterinnen der Patienten-Initiative, das Problem am Beispiel des Fachbereichs Gynäkologie recherchiert. Wir wollten wissen: Gibt es eine Praxis in Alsterdorf, die für eine Rollstuhlfahrerin zugänglich ist und ein barrierefreies WC hat? Dabei fiel uns auf, dass die verfügbaren Arztsuch-Portale nur wenige brauchbare Informationen liefern. Da tauchen schwammige Begriffe auf wie „bedingt barrierefrei“, „rollstuhlfreundlich“ oder „behindertengerecht“. Was damit konkret gemeint ist, bleibt unklar. Außerdem sind die Angaben zu einzelnen Praxen widersprüchlich. Damit wurde deutlich: Das erste, was Patienten mit einer Behinderung in der ambulanten Versorgung brauchen,

sind verlässliche und detaillierte Informationen darüber, welche Praxen sie besuchen können.

Weshalb reichen die verfügbaren Informationen nicht aus?

HAGEMANN: Beim Thema „Barrierefreiheit“ ist der Blick vor allem fokussiert auf die Rollstuhl-Rampe oder auf den Fahrstuhl. Doch wenn es in einer Gynäkologie-Praxis keine Umsetzhilfe gibt, um von Rollstuhl auf den gynäkologischen Stuhl zu kommen, ist die Praxis

"Ich kann Ärztinnen und Ärzte nicht frei wählen. Alles hängt davon ab, ob ich in eine Praxis reinkomme oder nicht."

für Patientinnen mit bestimmten Behinderungen nicht nutzbar. Es gibt ja auch bei Personen mit motorischen Einschränkungen große Unterschiede.

MÜLLER: Was für den einen passt, ist für die andere eine unüberwindliche Hürde. Menschen, die einen Rollator benutzen, können vielleicht einige Stufen bewältigen. Dasselbe gilt für Patienten

mit Sport-Rollis, die manchmal sogar Treppen hoch und durch schmale Türen hindurch kommen. Doch es gibt auch schwere, elektrisch betriebene Rollstühle, die man nicht per Hand schieben kann. Personen, die E-Scooter fahren, brauchen Aufzüge und breite Türrahmen. Deshalb ist es beispielsweise sinnvoll, wenn die Breite der Türrahmen exakt in der Arztsuche angegeben ist. Und es gibt ja nicht nur Menschen mit motorischen Einschränkungen. Für blinde Personen sind Treppengeländer mit taktilen Informationsschildern hilfreich. Die Bevölkerung wird älter, und immer mehr Personen werden schwerhörig. Deshalb werden künftig immer

mehr Praxen mobile Hörverstärker nutzen, die mit Hörgeräten korrespondieren. Natürlich würden wir uns mehr barrierefreie Praxen wünschen. Doch nicht jede Praxis muss alle Ansprüche erfüllen. Es gibt beispielsweise eine ganz hervorragende Praxis, die für Rollstuhlfahrer unzugänglich ist, in der aber hauptsächlich in Gebärdensprache kommuniziert wird.



Karen Müller und Kerstin Hagemann: "Es gibt zu wenig verlässliche Informationen darüber, an welche Praxen sich Menschen mit einer bestimmten Behinderung wenden können."

Sie haben eine App namens „Plan B“ aufgebaut, in der Sie detaillierte Informationen zu jenen Hamburger Praxen veröffentlichten, die dazu ihr Einverständnis gegeben haben. Welche Erfahrungen haben Sie bei den bisherigen Begehungen von Praxen gemacht?

MÜLLER: Bisher sind in der App 156 Hamburger Praxen erfasst. Manche Praxisinhaber haben gleich gesagt: „Natürlich, selbstverständlich können Sie kommen.“ Je mehr Praxen in der App beschrieben sind, desto besser und passgenauer verteilen sich Personen mit Behinderung im Hamburger Stadtgebiet auf die Praxen. Die Patienten können sich informieren: „Aha, diese Praxis passt nicht 100-prozentig für mich, aber eine andere ist sehr gut geeignet.“ Andere Praxisinhaber

verhalten sich ablehnend. Behinderte Patienten zu versorgen ist aufwändig, deshalb sind sie nicht überall willkommen. Es gibt auch Praxisinhaber, die fürchten, man wolle sie gleich zu umfangreichen und teuren Umbaumaßnahmen überreden. Doch wir werten nicht, wir führen eine Bestandsaufnahme durch. Wenn es gewünscht wird, machen wir Verbesserungsvorschläge.

HAGEMANN: Es gibt ja viele Maßnahmen, die sich ohne viel Aufwand umsetzen lassen. Älteren Menschen beispielsweise, die schlecht gucken können, ist mit einer kontrastreichen Beschriftung geholfen. Ein Hörverstärker, der mit den Hörgeräten von Patienten korrespondiert, kostet 200 bis 300 Euro. Bei unseren Beratungen geht es oft lediglich darum,

den Blick für die Bedürfnisse der verschiedenen Patientengruppen zu schärfen. Selbst auf DIN-Normgerechten Behinderten-WCs sind die Spiegel oftmals auf Augenhöhe des Klempners angebracht, sodass man als Rollstuhlfahrerin nicht hineinschauen kann. Das fällt dem Praxisteam manchmal nicht sofort auf. Es gibt viele solcher Aspekte der Barrierefreiheit, die man nicht ohne Hilfe erkennt.

Wie läuft eine von der Patienten-Initiative durchgeführte Beratung ab?

MÜLLER: Die „kleine“ Beratung führen wir analog zur bundesweit vorgegebenen Systematik durch, die auch im Online-Portal der KV Hamburg abgefragt wird. Wenn die Praxis eine tiefere Beratung wünscht, betrachten wir ebenso



Kerstin Hagemann und Karen Müller in einem Behandlungsraum: "Natürlich würden wir uns mehr barrierefreie Praxen wünschen. Doch nicht jede Praxis muss alle Ansprüche erfüllen."

wie das Gebäude und die Praxis selbst auch die Umgebung. Wir erheben also beispielsweise, wo die nächste barrierefreie Haltestelle ist, wie der Fußweg zur Praxis beschaffen ist und ob es Behindertenparkplätze gibt. Die Datenerhebung in der Praxis selbst dauert etwa 20 bis 30 Minuten. Wir kommen mit einem Messgerät, messen die Türbreiten, wie groß der Bewegungsraum vor der Toilette ist und so weiter. Für Fragen und Gespräche stehen wir währenddessen und danach zur Verfügung. Am Ende hat die Praxis in jedem Fall alle Daten, die sie braucht, um die Fragen im Online-Portal der KV Hamburg zuverlässig beantworten zu können. Aus unserer Sicht ideal ist es, wenn die Praxis die tiefergehende

Beratung wählt und einwilligt, dass die gewonnenen Daten in unserer App veröffentlicht werden. Die in "Plan B" zusammengetragenen Informationen sind de-

"Im Online-Portal der KV müssen die Praxen jetzt ohnehin Auskunft über den Stand ihrer Barrierefreiheit geben."

tailliert genug, um den Personen mit Behinderung einen echten Nutzwert zu bieten.

Haben Sie den Eindruck, dass das Bewusstsein für Barrieren zugenommen hat?

HAGEMANN: Ja. Seit 2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention in Kraft. Das war ein wichtiges

Zeichen. Im öffentlichen Sektor hat sich seither einiges getan. Die Regeln sind nicht bindend für die Privatwirtschaft, dennoch sehen wir beispielsweise in Apotheken und Krankenhäusern einige Fortschritte. Inzwischen lebt ja jeder zehnte Erwachsene mit einer Behinderung, dieser Anteil nimmt auch aufgrund des demographischen Wandels zu. Deshalb achten

auch Praxen zunehmend auf Barrierefreiheit. Wir freuen uns, dass die KV Hamburg uns als unabhängige Institution mit der Beratung der Praxen im vertragsärztlichen Bereich betraut hat. Und wir hoffen, dass sich möglichst viele Praxen an diesem gemeinsamen Projekt der Patienten-Initiative und der KV beteiligen. ■



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



Corona-Testzentrum am Hauptbahnhof

In dem aus sechs Containern und einem Zelt bestehenden Komplex können bis 2000 Testungen am Tag durchgeführt werden.

Die KV Hamburg hat Anfang September 2020 ein großes Corona-Testzentrum am Steintorplatz zwischen Hauptbahnhof und ZOB eröffnet.

Das neue Zentrum besteht aus sechs miteinander verbundenen Containern und einem großen Zelt, das als Wartebereich dient.

Mit bis zu acht aktiven Anmelde-Countern und vier Teststationen bietet das Zentrum Kapazitäten für bis zu 2000 Testungen am Tag. Der Komplex wurde in enger Abstimmung mit der Sozialbehörde, dem Bezirksamt Mitte und zahlreichen anderen Institutionen geplant und errichtet.

„Damit haben wir die Voraussetzungen geschaffen, um für den kommenden Herbst und Winter gut gerüstet zu sein, wie auch immer sich das Infektionsgeschehen entwickelt“, sagte Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg, auf der Pressekonferenz zur Eröffnung.

„Die KV macht hier ein verlässliches Testangebot, das auch dazu beiträgt, Klarheit für Patientinnen und Patienten zu schaffen“, so Dr. Melanie Leonhard, Sozialsenatorin der Hansestadt. Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der KV-Vertreterversammlung, betonte die Effizienz der vertragsärztlichen Selbstverwaltung. „Das System erweist sich auch hier wieder als flexibel und schlagkräftig“, so Heinrich. „Das ist ein wesentlicher Vorteil bei der Bewältigung der Corona-Krise.“

Im neuen Testzentrum am Hauptbahnhof können sich Personen kostenlos testen lassen, die symptomfrei sind und zu den berechtigten Gruppen gehören: Hierzu zählen:

- Einreisende aus Risikogebieten (siehe Hamburger Eindämmungsverordnung),
- Personen mit behördlicher Anordnung
- Personen, deren Corona-Warn-App ein „erhöhtes Risiko“ anzeigt sowie
- Angestellte an Hamburger Schulen



Pressekonferenz zur Eröffnung: KV-Pressesprecher Dr. Jochen Kriens, KV-Chef Walter Plassmann und KV-Vertreterversammlungs-Vorsitzender Dr. Dirk Heinrich (v.l.n.r)

Eine vorherige Anmeldung ist nicht erforderlich. Mitzubringen sind (wenn vorhanden) der Personalausweis (oder Reisepass), die elektronische Gesundheitskarte sowie eine Berechtigungsbescheinigung (z. B. Zug-, Bus- oder Flugticket, Hotelrechnung, Berechtigungsschreiben, Warn-App oder Ähnliches).

Das Testzentrum der KV Hamburg ist ausschließlich symptomfreien Personen vorbehalten; Patienten mit Erkältungssymptomen, die eine Abklärung wünschen, sollen entweder telefonisch Kontakt mit ihrer Arztpraxis aufnehmen oder den „Arztruf Hamburg“ über die 116117 kontaktieren.

Die Corona-Testzentren an den KV-Notfallpraxen in Altona und Farmsen wurden Mitte September geschlossen. Hintergrund ist die Entscheidung des Gesetzgebers, dass Einreisende aus Nicht-Risikogebieten keinen Anspruch mehr auf kostenlose Corona-Testung haben. ■

Corona-Testzentrum Hauptbahnhof Steintorplatz, 20099 Hamburg (auf dem Parkplatz vor dem Museum für Kunst und Gewerbe) täglich 8 - 20 Uhr



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

ZAHLUNGSTERMINE

Wie sind die geltenden Auszahlungstermine?

Auf die vierteljährliche Abrechnung werden **monatlich vorläufige Abschlagszahlungen an folgenden Terminen geleistet:**

Januar	am 23.1 eines Jahres
Februar	am 7.3 eines Jahres
März:	am 23.3. eines Jahres
April	am 23.4. eines Jahres
Mai	am 7.6. eines Jahres
Juni	am 23.6 eines Jahres
Juli	am 23.7 eines Jahres
August	am 7.9. eines Jahres
September	am 23.9. eines Jahres
Oktober	am 23.10. eines Jahres
November	am 7.12. eines Jahres
Dezember	am 21.12. eines Jahres

Zahlungstermine der Restzahlungen:

für das 1. Vierteljahr	am 23.8. des Jahres
für das 2. Vierteljahr	am 23.11. des Jahres
für das 3. Vierteljahr	am 22.2 des Folgejahres
für das 4. Vierteljahr	am 23.5. des Folgejahres

Zahlungstermine für die Auszahlungen der Pauschalen für die Telematikinfrastruktur:

für das 1. Vierteljahr	am 15.6. des Jahres
für das 2. Vierteljahr	am 15.9. des Jahres
für das 3. Vierteljahr	am 15.12. des Jahres
für das 4. Vierteljahr	am 15.3. des Folgejahres

PSYCHOTHERAPIE

Ich bin eine psychologische Psychotherapeutin. Eine Krankenkasse wies mich darauf hin, dass ich das Therapieende nicht mehr über das PTV12-Formular anzeigen darf. Stimmt das?

Ja, seit dem 1. Juli 2020 muss die Beendigung einer Richtlinienpsychotherapie mit einer Zusatzziffer in der Abrechnung gekennzeichnet werden.

- Ziffer 88130 für die Beendigung einer Psychotherapie ohne anschließende Rezidivprophylaxe
- Ziffer 88131 für die Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe

Das PTV12-Formular darf seit dem 1. Juli nur noch für die Anzeige einer Akutbehandlung genutzt werden.

Wie bereits in der KVH-Journal-Ausgabe 07/2020 mitgeteilt, wurden alle Psychotherapie-Formulare (PTV) aufgrund der Einführung der systemischen Therapie zum 1. Juli angepasst.

Seither dürfen nur noch die neuen Formblätter (Stand 7.2020) verwendet werden. Alte Formulare, Umschläge oder Leitfäden können nicht aufgebraucht bzw. weiter genutzt werden.

KEUCHHUSTENIMPFUNG

Darf ich meine schwangere Patientin gegen Keuchhusten impfen lassen? Ihre letzte Impfung gegen Pertussis ist erst ein Jahr her.

Ja, der Gemeinsame Bundesausschuss hat die aktualisierte Empfehlung der STIKO zur Impfung gegen Pertussis in die Schutzimpfungs-Richtli-



nie übernommen. Danach sollen alle schwangeren Frauen zu Beginn des 3. Trimenons gegen Pertussis geimpft werden – unabhängig vom Abstand zu einer vorher verabreichten Pertussis- Impfung und in jeder Schwangerschaft.

Durch diesen Beschluss ändert sich nichts an der bekannten Abrechnungsnummer.

ABRECHNUNG

Ich habe gehört, dass es seit dem 1. Juli 2020 neue Versandkostenpauschalen gibt. Welche Gebührenordnungspositionen nutze ich nun hierfür?

Für den Versand von Arztbriefen und anderen Unterlagen per Post gibt es seit Juli eine neue Porto-Kostenpauschale. Es handelt sich hierbei um die GOP 40110 EBM, welche mit 81 Cent bewertet ist.

Die bisherigen Kostenpauschalen GOP 40120 bis 40126 EBM für das Porto sowie die Kostenpauschale 40144 für Kopien wurden in diesem Zusammenhang gestrichen.

Ebenfalls neu seit dem 1. Juli ist die Fax-Kostenpauschale GOP 40111 im EBM. Bis zum 30. Juni 2021 beträgt die Bewertung 10 Cent. Danach erfolgt eine Abwertung auf 5 Cent je Fax.

Beide Kostenpauschalen (GOP 40110 / GOP 40111 EBM) unterliegen einem gemeinsamen, arztgruppenspezifischen Höchstwert je Arzt bzw. Psychotherapeut pro Quartal, welcher der nebenstehenden Tabelle entnommen werden kann.

EBM-Kapitel	Arztgruppe	Höchstwert in €
13	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	34,83
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	38,88
4	Kinder- und Jugendmedizin	38,88
5	Anästhesiologie	29,97
6	Augenheilkunde	42,12
7	Chirurgie	115,02
8	Gynäkologie	45,36
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	68,85
10	Dermatologie	53,46
11	Humangenetik	93,96
13.2	Innere Medizin fachärztliche Internisten ohne SP	198,45
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	239,76
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	294,03
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	264,06
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	278,64
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	309,42
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	126,36
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	367,74
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	317,52
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	22,68
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23,49
16	Neurologie, Neurochirurgie	149,04
17	Nuklearmedizin	405,81
18	Orthopädie	150,66
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	108,54
21	Psychiatrie	51,84
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	141,75
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5,67
23	Psychotherapie	6,48
24	Radiologie	445,50
25	Strahlentherapie	133,65
26	Urologie	140,94
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	73,71

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Monique Laloire, Antonia Schmidt-Lubda, Petra Timmann, Susanne Tessmer, Katja Egbers

Medizinische Daten versenden mit KIM

Über den neuen Dienst soll künftig die gesamte digitale Kommunikation im Gesundheitswesen abgewickelt werden



Arztbriefe, Befunde oder eine Nachricht an die Kollegen in der Facharztpraxis oder im Krankenhaus digital versenden: Mit dem neuen Standard für die „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) ist das auf gesicherte Weise möglich. Über KIM läuft künftig die gesamte elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen. Das geht genauso einfach wie mit einem E-Mail-Programm, nur mit dem Unterschied,

dass jede Nachricht, jedes Dokument verschlüsselt und erst beim Empfänger wieder entschlüsselt wird. Über KIM können medizinische Daten über alle Grenzen hinweg – Einrichtungen, Systeme und Sektoren – sicher ausgetauscht werden. Alle Teilnehmer in KIM sind identitätsgeprüft. Der Zugriff auf ein zentrales Adressbuch mit allen an KIM angeschlossenen Partnern des Gesundheitswesens ist möglich.

WOFÜR MAN DEN KIM-DIENST BENÖTIGT

eArztbrief: Der „normale“ Arztbrief auf Papier gilt als Auslaufmodell. Wer Arztbriefe per Post verschickt, erhält nur noch eine Pauschale. Die Pauschale für die Erstellung von Kopien wurde gestrichen. Der Versand elektronischer Arztbriefe hingegen wird gefördert. Für jeden Brief, den Ärzte und Psychotherapeuten elektronisch versenden, erhalten sie 28 Cent (GOP 86900). Hinzu



kommt eine Strukturförderpauschale (GOP 01660) von einem EBM-Punkt (10,99 Cent) je eArztbrief. Für den Empfang (GOP 86901) gibt es 27 Cent.

Der eArztbrief darf eigentlich nur noch über einen KIM-Dienst verschickt werden. Weil aber bis vor Kurzem noch nicht alle nötigen Komponenten verfügbar waren, gibt es eine Übergangsfrist, in der weiterhin andere Dienste wie KV-Connect genutzt werden können – voraussichtlich bis Mitte Februar 2021.

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU): Ab Anfang 2021 (mit Übergangsfrist voraussichtlich bis 1. Oktober 2021) sind die Ärztinnen und Ärzte dazu verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über einen KIM-Dienst elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln.

VORAUSSETZUNGEN IN DER PRAXIS

Zur Übermittlung von eArztbriefen sind neben dem KIM-Dienst folgende Komponenten in der Vertragsarztpraxis notwendig:

● **Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA):** Die Ärztin oder der Arzt benötigt einen elektronischen Arztausweis

der Generation 2 für die rechtsverbindliche elektronische Unterschrift (qualifizierte elektronische Signatur – QES). Zum eHBA siehe *KVH-Journal* 9/2020, Seite 16.

● **eHealth-Konnektor:** Der bereits in der Praxis vorhandene TI-Konnektor bekommt ein Software-Update – und wird so zu einem „eHealth-Konnektor“. Bitte fragen Sie Ihren Konnektor-Anbieter, wann er das Update bereitstellt. Die Praxen erhalten für das Update des Konnektors eine einmalige Pauschale von 530 Euro und für den laufenden Betrieb pro Quartal eine Pauschale von 23,40 Euro.

● **Anpassung des PVS:** Im Praxisverwaltungssystem müssen die notwendigen Funktionalitäten implementiert und für die Nutzung freigeschaltet werden.

KIM-ANBIETER

Bis zum Jahresende 2020 sollen alle Praxen einen KIM-Anbieter wählen, um sicher kommunizieren zu können. Jeder KIM-Dienst ist mit jedem PVS und jedem Konnektor kompatibel. Ärzte und Psychotherapeuten können also unabhängig von ihrem PVS-Anbieter und ihrem Konnek-

tor-Anbieter entscheiden, welcher KIM-Dienst für sie der richtige ist – er muss nur von der Gematik zugelassen sein. Die KBV bietet mit kv.dox einen eigenen KIM-Dienst an.

Anbieter	Website
KBV	www.kbv.de/html/kvdox.php
CGM	https://kim-shop.cgm.com/
i-Motion	www.i-motion.de (Button: TI)
DGN	www.dgn.de (geplant)

FINANZIERUNG

Mit der Finanzierungsvereinbarung, die die KBV mit den Krankenkassen abgeschlossen hat, sind die Kosten für KIM abgedeckt. Die TI-Pauschalen im Einzelnen:

- 100 Euro einmalig je Praxis für die Einrichtung der Praxis für den Versand von eArztbriefen und die Nutzung von KIM – Nachweis erforderlich.
- 23,40 Euro Betriebskostenpauschale pro Quartal je Praxis seit dem 1. April 2020: für den Übertragungsdienst – auch wenn noch kein KIM-Dienst verfügbar ist. ■

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



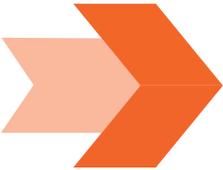
Zeitplan für die Einführung digitaler Anwendungen im Rahmen der TI

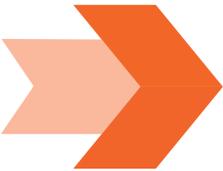
Die Telematikinfrastruktur soll zunehmend für eine sichere elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen genutzt werden. Hier eine chronologische Übersicht.

 **seit Juli 2020: elektronischer Medikationsplan (eMP).** Vertragsärztinnen und -ärzte stellen den eMP auf Wunsch für anspruchsberechtigte Versicherte aus und aktualisieren ihn. Der eMP wird auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert.
Voraussetzungen: eHBA 2.0, Update des Konnektors auf eHealth-Konnektor, PVS-Anpassung, eventuell zusätzliches Kartenterminal im Sprechzimmer

 **seit Juli 2020: Notfalldaten (NFDM).** Informationen für den Notfall auf der eGK. Anspruch auf einen Notfalldatensatz haben alle Versicherten mit Vorerkrankungen, Allergien oder ähnlichem, von denen Ärzte und medizinisches Personal in einem Notfall wissen sollten.
Voraussetzungen: eHBA 2.0, Update des Konnektors auf eHealth-Konnektor, PVS-Anpassung, eventuell zusätzliches Kartenterminal im Sprechzimmer

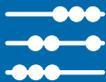
 **seit Mitte August 2020 (mit Übergangsfrist vsl. bis Mitte Februar 2021): elektronischer Arztbrief (eArztbrief)** darf nur noch über einen KIM-Dienst verschickt werden.
Voraussetzungen: eHBA 2.0, KIM-Dienst, Update des Konnektors auf eHealth-Konnektor, PVS-Anpassung

 **Januar 2021 (mit Übergangsfrist vsl. bis 1. Oktober 2021): elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU).** Praxen sind verpflichtet, die AU-Bescheinigungen elektronisch an die Krankenkassen zu senden.
Voraussetzungen: eHBA 2.0, KIM-Dienst, Update des Konnektors auf e-Health-Konnektor, PVS-Anpassung

 **1. Januar 2021: elektronische Patientenakte (ePA).** Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine ePA anbieten. Ärztinnen und Ärzte müssen die ePA auf Wunsch der Patienten mit Daten befüllen – ab 30. Juni 2021 verpflichtend.
Voraussetzungen: eHBA 2.0, PVS-Anpassung, Update auf eHealth-Konnektor sowie ePA-Konnektor-Update. Patient: eGK und mobile App

 **1. Januar 2022: elektronisches Rezept (eRezept)** verpflichtend nach Patienten-Datenschutz-Gesetz. Gematik soll eine E-Rezept-App entwickeln, mit der die Versicherten ihre digitalen Verordnungen an Apotheken weiterleiten können. ■

Die Auflistung gibt den aktuellen Stand wider. Der Zeitplan kann sich ändern. Weitere Informationen: www.kbv.de → Service → Service für die Praxis → Praxis IT → Telematikinfrastruktur → Anwendungen



TSS-Fall und HA-Vermittlungsfall – was ist der Unterschied?

In letzter Zeit erhält das Infocenter häufig Fragen zum Unterschied zwischen einem „TSS-Terminfall“ und einem „Hausarzt-Vermittlungsfall“ (HA-Vermittlungsfall). Deshalb haben wir die markantesten Kennzeichen sowie die Abrechnungsbesonderheiten beider Fall-Konstellationen für Sie gegenübergestellt.

TSVG-Kennzeichnung	TSS-Terminfall	HA-Vermittlungsfall
Voraussetzung	<p>Ein TSS-Terminfall liegt dann vor, wenn...</p> <ul style="list-style-type: none"> ● der Patient/ die Patientin durch die Terminservicestelle an Sie vermittelt wurde <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> ● der Termin spätestens 35 Kalendertage nach Vermittlung zu Stande kommt <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> ● das PTV11, bzw. ein Überweisungsschein mit Überweisungscode vorliegt (ausgenommen Haus-, Kinder-, Augen- und Frauenärzte sowie psychotherapeutische Sprechstunde) 	<p>Ein HA-Vermittlungsfall liegt dann vor, wenn...</p> <ul style="list-style-type: none"> ● eine Haus- oder Kinderarztpraxis einen direkten Termin für den Patienten (mit dringender Behandlungsnotwendigkeit) in Ihrer Facharztpraxis vereinbart <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> ● dieser Termin spätestens 4 Kalendertage nach Vermittlung zu Stande kommt <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> ● der Überweisungsschein des Haus-, bzw. Kinderarztes vorliegt
Vergütung	Alle Leistungen im Arztgruppenfall werden extrabudgetär vergütet (ausgenommen Leistungen Kap. 32 EBM)	Der weiterbehandelnde Facharzt/ die weiterbehandelnde Fachärztin erhält alle Leistungen im Arztgruppenfall extrabudgetär vergütet (ausgenommen Leistungen Kap. 32 EBM)
Können neben der Kennzeichnung weitere Zuschläge abgerechnet werden?	Ja, neben der Kennzeichnung „TSS-Terminfall“ ist immer der TSS-Vermittlungszuschlag abrechnungsfähig. Hierbei ist die fachgruppenspezifische Zuschlagsziffer sowie das entsprechende Buchstabensuffix anzugeben.	Der zuweisende Haus- bzw. Kinderarzt kann den HA-Vermittlungszuschlag GOP 03008 bzw. GOP 04008 EBM abrechnen. Die beauftragten Fachärzte bzw. Psychotherapeuten nutzen die Kennzeichnung „HA-Vermittlungsfall“

Ausführliche Informationen zum Thema TSVG erhalten auf unserer Homepage unter www.kvhh.net → TSVG

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802- 900



Aus eins mach zwei: Bisherige Abteilung Qualitätssicherung spaltet sich auf

Der Vorstand der KV Hamburg hat im vergangenen Jahr eine Reform in den Verwaltungsstrukturen eingeleitet. Dabei wurde die bisherige Abteilung Qualitätssicherung zum 1. August 2020 aufgespalten in zwei Abteilungen: die Abteilung Genehmigung und die Abteilung Qualitätssicherung. Eine Übersicht der neuen Zuständigkeiten können Sie der Tabelle entnehmen.

Abteilung Genehmigung	Abteilung Qualitätssicherung
<ul style="list-style-type: none"> ● Bearbeitung aller Anträge auf Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen ● Qualitätszirkel / Arbeitskreise ● Fachkundebescheinigungen im Strahlenschutz 	<ul style="list-style-type: none"> ● Durchführung der Qualitätssicherungsverfahren zur Aufrechterhaltung einer erteilten Abrechnungsgenehmigung (Stichprobenprüfungen, Frequenz- und Strukturprüfungen, Hygieneprüfungen) ● Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V ● Sektorenübergreifende Qualitätssicherung sQS ● Qualitätsmanagement ● Ärztliche Stelle nach Strahlenschutzverordnung

Eine Aufstellung der zuständigen Ansprechpartner in den einzelnen Bereichen finden Sie auf unserer Internetseite. Hier erhalten Sie zudem detaillierte Informationen, z. B. welche Voraussetzungen für den Erhalt einer Abrechnungsgenehmigung zu erfüllen sind oder

welche Unterlagen zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung nachgewiesen werden müssen. Des Weiteren sind Genehmigungsanträge als Download verfügbar und können direkt am Bildschirm ausgefüllt und anschließend ausgedruckt werden. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900

Rheumatologen mit eigenem Labor für Hospitationsprogramm gesucht

Der Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh) sucht Rheumatologen mit eigenem Labor und entsprechender Abrechnungsgenehmigung, die bereit wären, jüngeren Fachkolleginnen und -kollegen Einblick in die rheumatologische Speziallabor-Diagnostik zu geben. Der BDRh möchte vor allem neu niedergelassene Rheumatologen dazu ermutigen, diesen Leistungsbereich selbst aufzubauen. Um

Hospitationen und Weiterbildungsmöglichkeiten zu vermitteln, baut der Berufsverband eine Plattform auf. ■

Rheumatologen mit eigenem Labor, die bereit wären, ihre Erfahrungen zu teilen, können sich auf der Homepage des BDRh anmelden: www.bdhr.de → Hospitationsprogramm rheumatologisches Labor



Neues Osteoporosemittel Romosozumab

Der im März neu im Arzneimittelmarkt eingeführte Sklerostin Antikörper Romosozumab (Evenity®) ist zugelassen zur Behandlung der manifesten Osteoporose postmenopausaler Frauen mit deutlich erhöhtem Frakturrisiko.

Die Wirksamkeit und Sicherheit von Romosozumab wurde in zwei Studien, einer Alendronat-kontrollierten (ARCH) und einer placebokontrollierten Studie (FRAME), untersucht.

Bewertung durch das IQWiG

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat für das Präparat im Vergleich zu einer Behandlung mit Alendronat (ein Jahr Romosozumab gefolgt von einem Jahr Alendronat im Vergleich mit zwei Jahren Alendronat) einen Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen gesehen. Basis dieser Bewertung war die RCT Studie ARCH.

In diese Studie wurden postmenopausale Frauen eingeschlossen, die mindestens eines der beiden folgenden Knochenmineraldichte (BMD)- und Fraktur-Kriterien erfüllten:

- BMD T-Score $\leq -2,5$ an der Hüfte oder am Oberschenkelhals und entweder mindestens 1 mittlere oder schwere vertebrale Fraktur oder mindestens 2 leichte vertebrale Frakturen
- BMD T-Score $\leq -2,0$ an der Hüfte oder am Oberschenkel-

hals und entweder mindestens 2 mittlere oder schwere vertebrale Frakturen oder 1 Fraktur des proximalen Oberschenkels, die innerhalb von 3 bis 24 Monaten vor der Randomisierung auftrat (1).

Keinen Zusatznutzen von Romosozumab verglichen mit Alendronsäure erkennt das IQWiG jedoch bei der Mortalität. Auch bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und bei den Nebenwirkungen lautet das Fazit: Kein Anhaltspunkt für einen Zusatznutzen.

Kontraindikationen

Weil durch die knochenanabole Wirkung von Romosozumab vorübergehend der Calciumspiegel zu stark absinken kann, sollten Patientinnen vor und während der Therapie ausreichend mit Calcium und Vitamin D versorgt sein. Besteht eine Hypocalcämie, darf die Behandlung nicht begonnen werden.

Da im Rahmen der durchgeführten Zulassungsstudien unter Romosozumab vermehrt kardiovaskuläre Ereignisse wie Schlaganfälle und Herzinfarkte aufgetreten sind, stellen diese anamnestisch eine absolute Kontraindikation für den Einsatz dieses neuen Wirkstoffs dar.

Die Zweifel an der kardiovaskulären Sicherheit von Romosozumab waren der Grund, weshalb es das Präparat erst

im dritten Anlauf schaffte, den Humanarzneimittelausschuss der europäischen Zulassungsbehörde zu überzeugen.

Kosten

Die Jahrestherapiekosten beziffert das IQWiG mit etwa 10.800 Euro, für eine antiresorptive Behandlung mit Alendronsäure liegen die Kosten bei circa 200 Euro jährlich.

G-BA-Beschluss

In seinem Beschluss vom 3. September stellt der G-BA in der Gesamtschau einen Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen von Romosozumab gefolgt von Alendronsäure gegenüber Alendronsäure fest. Hintergrund ist die Gesamtbetrachtung der Ergebnisse der Parallelgruppenstudie ARCH, wonach einem deutlichen Vorteil in der Vermeidung von Frakturen negative Effekte bei den zerebrovaskulären Nebenwirkungen gegenüberstehen. (www.g-ba.de → **Bewertungsverfahren**)

Wirkstoffvereinbarung

Evenity® (Romosozumab - ATC: Mo5BX06) fällt in das Generikaziel 15 der Wirkstoffvereinbarung (Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen) und dient als patentgeschütztes Originalpräparat nicht der Zielerreichung. ■

Quelle: IQWiG; Romosozumab - Dossierbewertung v. 15.06.2020; www.iqwig.de

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



Grippeimpfung: Risikogruppen haben Vorrang

Die ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch-Instituts empfiehlt eine Influenza-Impfung vor allem für Menschen, die ein besonders hohes Risiko für schwere Verläufe einer Grippe-Erkrankung haben. Gefährlich ist die Grippe insbesondere für ältere Menschen, chronisch Kranke und immungeschwächte Personen.

Die Empfehlung gilt auch vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie, wie die STIKO in einer aktuellen Stellungnahme (Stand 30.07.2020) bestätigt. Da die Epidemiologie beider Erkrankungen hinsichtlich der Risikogruppen für schwere Krankheitsverläufe deutliche Parallelen aufweist, soll für die kommende Influenzasaison 2020/21 eine hohe Impfquote in den Risikogruppen erreicht werden, um neben dem individuellen Schutz auch eine Entlastung des Gesundheitssystems zu gewährleisten. Außerdem empfiehlt die STIKO eine Grippe-Impfung für ärztliches und pflegerisches Personal, für Schwangere und für Bewohner von Alters- oder Pflegeheimen. Eine Ausweitung der Impfeempfehlung auf die gesamte Bevölkerung lehnt die STIKO ab. ■

Start der neuen Heilmittel-Richtlinie auf Anfang 2021 verschoben

Der Start der neuen Heilmittel-Richtlinie ist auf den 1. Januar 2021 verschoben worden. Grund dafür ist, dass einige Softwarehäuser mehr Zeit benötigen, um die neuen Vorgaben im PVS umzusetzen.

Damit behalten die bisherigen Verordnungsformulare 13, 14 und 18 bis zum Jahresende ihre Gültigkeit. Ab 1. Januar 2021 müssen Praxen dann das neue Formular 13 einsetzen, das für die Verordnung sämtlicher Heilmittel gilt. ■

**Ansprechpartner für Fragen zu Arznei- und Heilmitteln: Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572**

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:

- 3. Nachtrag zur Vereinbarung nach § 132e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20i Abs. 1 i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Vereinbarung) mit der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Landesverband NORDWEST, der IKK classic und der KNAPPSCHAFT (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. 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).)
- 2. Nachtrag zur Impfvereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V i. V. m. § 20i Abs. 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von Impfleistungen im Rahmen von Auslandsreisen und sonstigen Indikationen als Satzungsleistung mit der BARMER (Hinweis: Die

Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. 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).)

- Vergütung der unparteiischen Vorsitzenden für die Vertretung des Beschwerdeausschusses vor Gericht gem. § 2 Abs. 4 der Wirtschaftlichkeitsprüfungsverordnung - WiPrüfVO - für die Amtsperiode vom 01.01.2020 bis 31.12.2021
- 1. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ II (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 9/2020 wurde der 2. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2020 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des 2. Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.
- Im Telegramm Nr. 70 vom 30. Juli 2020 wurde der Vertrag zur Durchführung von Testungen

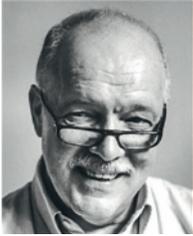
von Lehrkräften auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) mit der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde). veröffentlicht. Das Zustimmungsverfahren zu diesem Vertrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

Hinweis: aktualisierte Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

- In allen DMP-Verträgen gibt es neue Listen zu den teilnehmenden Betriebskrankenkassen. Es hat sich die Anschrift der Debeka BKK geändert.
- 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: 14. September 2020: Es hat sich die Anschrift der Debeka BKK geändert.

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

Ansprechpartner: Infocenter, Tel. 22802-900



Corona bringt es an den Tag

Kolumne von **Dr. Bernd Hontschik**, Chirurg in Frankfurt/Main

Anstatt in den Ruhestand zu gehen, eröffnete der Segeberger Hausarzt Dr. Uwe Denker vor zehn Jahren eine „Praxis ohne Grenzen“.

Dort werden alle Patienten umsonst behandelt. Ärztliches und Pflegepersonal arbeitet ehrenamtlich, telefonische Beratung findet jeden Tag statt, auch am Wochenende. Miete, Versicherungen, Anschaffungen und Medikamente, auch Krankenhausbehandlungen werden durch Spenden finanziert. Dr. Denker hatte Obdachlose, Menschen ohne Papiere und Flüchtlinge als Patienten erwartet. Die kamen zwar auch, aber dazu gesellte sich eine große Zahl von ehemaligen Mittelständlern und Selbständigen zwischen 50 und 60 Jahren.

Aus der einen Praxis sind inzwischen zehn geworden, verteilt über Norddeutschland.

Es ist weitgehend unbekannt, dass es in unserem Land Menschen gibt, die keine Krankenversicherung haben. Dass es sehr viele sind, hunderttausende, wahrscheinlich sogar mehr als eine Million, passt nicht zu unserem Selbstbild des lückenlosen Sozialstaats.

Als die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im Februar 2007 ihr „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vorstellte, sagte sie: „Jede und jeder ist künftig

gegen das Krankheitsrisiko versichert. Für Menschen ohne Schutz heißt es jetzt: Willkommen in der Solidarität!“

Das Problem schien gelöst. Aber daraus ist leider nichts geworden. Im Gegenteil. Eingeführt wurde mit ihrem Gesetz nämlich kein Recht auf Krankenversicherung, sondern nur eine Versicherungspflicht. Die führte aber nicht zum Schutz der bislang unversicherten Personen, sondern zu deren Insolvenz. Jetzt waren sie zwar alle versichert, aber sie konnten es nicht bezahlen, und so verloren sie den schönen neuen Versicherungsschutz gleich wieder. Es entstanden Beitragsrückstände von vielen Milliarden Euro.

Seit zehn Jahren fordert Dr. Denker, gemeinsam mit vielen anderen in ganz Deutschland, dass die medizinische Grundversorgung für alle Menschen ohne Vorbedingungen gewährleistet sein muss. Gute gesundheitliche Versorgung ist ein Menschenrecht. Die Notfallversorgung für Nichtversicherte in Praxen und Krankenhäusern müsse garantiert sein. Aber niemand hat je auf ihn gehört.

Zwar wurde er in einer großen Umfrage norddeutscher Medien zum „Helden des Nordens“ gewählt, und Anfang September hat der 81jährige sogar das Bundesverdienstkreuz erhalten. Diese Ehrun-

gen hat er verdient. Aber auch sein Bundesverdienstkreuz kann nichts daran ändern, dass Hunderttausende weiterhin unter uns leben, die ohne Aufenthaltsgenehmigung, ohne Papiere, ohne Krankenversicherung keine medizinische Versorgung erhalten. Viele leben versteckt und ängstlich, ein Arztbesuch könnte zur Abschiebung führen, denn das Sozialamt gibt die Daten an die Ausländerbehörde weiter.

Und dann kam Corona. Und plötzlich ist es evident, dass Geflüchtete, Obdachlose, Verarmte, Migrantinnen und alle anderen Menschen ohne Krankenversicherung keinerlei Zugang zu Coronatests haben, nicht erfasst und schon gar nicht behandelt werden. Die Pandemie macht den Skandal sichtbar. Die Pandemie macht keine Unterschiede. Dieses Problem lässt sich nicht mit Quarantäne lösen.

Dr. Denker und all die anderen Initiativen fordern die sofortige, ausnahmslose und dauerhafte Eingliederung aller unversicherten Menschen in das Krankenversicherungssystem. Haben wir es in diesen Tagen nicht immer wieder gehört, dass Gesundheit 100prozentige Priorität habe? Das kann nun nachhaltig bewiesen werden! Denn wie sagte schon Johann Heinrich Pestalozzi vor zweihundert Jahren: „Wohltätigkeit ist die Ersäufung des Rechts im Mistloch der Gnade“. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

In dieser Rubrik drucken wir abwechselnd Texte von Dr. Bernd Hontschik und Dr. Matthias Soyka.



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Risikokommunikation zu Covid-19 in den Medien

Fallzahlen ohne Bezugsgröße, unpräzise Bezeichnungen
und unzureichende Offenlegung von Unsicherheiten
erschweren das Verständnis.

VON PROF. DR. INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)

B

Bereits in zwei früheren Stellungnahmen zu COVID-19 hat das EbM-Netzwerk die Beachtung wissenschaftlicher Kriterien einer evidenzbasierten Risikokommunikation in der medialen Berichterstattung gefordert (1). Auch wenn es Verbesserungen im zeitlichen Verlauf gibt, besteht das Problem der missverständlichen Kommunikation weiterhin. Selbst in renommierten Medien wie beispielsweise der Süddeutschen Zeitung, im öffentlich-rechtlichen Fernsehen, aber auch international, etwa beim Fernsehsender der BBC oder CNN, werden die Informationen über COVID 19 oft in einer irreführenden Art und Weise berichtet. Andererseits finden sich auf den Websites mancher Leitmedien inzwischen auch qualitativ hochwertige Hintergrundinformationen.

WISSENSCHAFTSBASIERTE RISIKOKOMMUNIKATION

Seit nunmehr drei Jahrzehnten beschäftigen sich verschiedene internationale Arbeitsgruppen mit der Frage, wie Informationen zu Gesundheits- und Krankheitsfragen präsentiert werden sollen, damit sie von einer breiten Bevölkerungsschicht verstanden werden können. Auch das EbM-Netzwerk hat schon vor Jahren gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Medien, Medizin und Gesundheitssystem Kriterien für eine wissenschaftsbasierte und verständliche Risikokommunikation definiert. Es gibt dazu Publikationen wie die „Gute Praxis Gesundheitsinformation 2.0“ (2) und eine Leitlinie zur Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen (3). Die Kriterien finden sich inzwischen in den Methodenpapieren von Institutionen, die Gesundheitsinformationen erstellen, beispielsweise dem IQWiG (4), medizinischen Fachgesellschaften wie der AWMF oder der ÄZQ (Entwicklung von Patientenleitlinien) (5) oder anderen Entwicklern von Gesundheitsinformationen, etwa der Stiftung Gesundheitswissen (6).

Auch das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin hat immer wieder eine wissenschaftsbasierte Risikokommunikation zu Gesundheitsthemen in den Medien eingefordert. Ein aktueller Beitrag von Odette Wegwarth u.a. zur COVID-19-Risikokommunikation nennt eine Reihe relevanter Kriterien, wie sie auch vom

EbM-Netzwerk formuliert wurden (7). Die unzureichende Befolgung dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse der Risikokommunikation führt aktuell zu missverständlichen Informationen.

IRREFÜHRENDE DARSTELLUNGEN IN DEN MEDIEN

Selbst in den Leitmedien wurden zur Beschreibung des Infektionsrisikos über Monate lediglich Fallzahlen ohne Bezugsgrößen und unter Verwendung unpräziser Bezeichnungen benutzt, etwa „Bisher gibt es X Infizierte und Y Todesfälle“. Dabei wird nicht zwischen Testergebnissen, Diagnosen, Infektionen und Erkrankungen differenziert. Üblicherweise handelt es sich um „gemeldete positive Testergebnisse“. Dabei bleibt unklar, ob das Testergebnis richtig positiv ist, also eine Infektion mit SARS-CoV-2 tatsächlich anzeigt. Auch wäre jeweils relevant, ob und wie schwer die Personen erkrankt sind. Diagnosen sind noch keine Krankheiten. Gerade für COVID-19 wäre wichtig zu wissen, wie viele Personen tatsächlich so krank sind, dass sie im Krankenhaus behandelt werden müssen. Die immer noch genutzte Aussage „Heute gab es X Infektionen“ ist falsch, da die Gesamtzahl der Infizierten unbekannt bleibt. Dazu bräuchte es eine zeitgleiche vollständige Testung einer repräsentativen Stichprobe aus der Bevölkerung. Eine korrekte Formulierung könnte lauten: „Heute wurden XY neue positive Testergebnisse gemeldet.“ Und „Die Anzahl der Testungen hat sich in der letzten Woche von AA auf BB erhöht.“

Die tägliche Berichterstattung der gemeldeten Fälle ist kaum interpretierbar, wenn nicht bekannt ist, wie viele Tests bei welchen Personen durchgeführt wurden. Je mehr getestet wird, umso häufiger finden sich auch richtig oder falsch positiv getestete Personen (8). Je häufiger gesunde und beschwerdefreie Menschen untersucht werden, umso eher gibt es auch positive Ergebnisse von fraglicher Bedeutung. Die Falsch-positiv-Rate müsste dementsprechend erwähnt werden.

MISSVERSTÄNDLICHE RANGLISTEN

Der amerikanische Präsident rühmte sich am 1. April 2020 mit der Meldung, dass nirgendwo in der Welt so viel auf das Coronavirus getestet würde wie in den USA. Gleichzeitig überschlugen sich die Medien in der Dramatisierung der Todesfälle in den USA – nirgend-

wo in der Welt würden aktuell so viele Menschen an Covid-19 versterben wie in den USA. Beide Meldungen sind höchst irreführend. Eine Bewertung der rohen Fallzahlen ist nicht möglich, da Bezugsgrößen wie die Gesamtzahl der Menschen, die in einem Land leben, nicht berücksichtigt werden.

In verschiedenen Medien wurden über Monate Ranglisten von Fällen präsentiert. Grafiken zeigten für die einzelnen Länder, Bundesländer oder Regionen Rohdaten ohne Bezug zur Bevölkerungsgröße. Die Listen mit Fallzahlen täuschen die Leserschaft, auch wenn die Quellen genannt werden und Seriosität vermitteln sollen. Es fehlen die Nenner. Die Angaben müssten sich auf eine konstante vergleichbare Größe beziehen, üblicherweise auf 100.000 Einwohner. Die Daten für Ländervergleiche sind verfügbar, z.B. über das ECDC (9). Damit ändern sich die Rangfolgen zum Teil erheblich. Mit Stand 19. August 2020 hat England bisher mit 62 Covid-19 assoziierten Todesfällen pro 100.000 Einwohner mehr Fälle gemeldet als die USA mit 52 pro 100.000, Deutschland verzeichnet 11 pro 100.000, Peru hingegen 82 pro 100.000. Es ist nicht ersichtlich, warum dennoch eine nicht interpretierbare Darstellungsform gewählt wird. Im ARD Fernsehen wird auch Anfang August noch behauptet, dass die am schlimmsten betroffenen Länder die USA und Brasilien wären.

Manche Ranglisten enthalten absurde Informationen. Die niedrigen Fallzahlen unterliegen starken Schwankungen. Ein numerischer Anstieg von 2 auf 4 Fälle wäre rein rechnerisch eine Zunahme um 100%. Die Süddeutsche Zeitung markierte dennoch über Wochen täglich die Veränderungen mit gelben bis roten Pfeilen. In der Ausgabe vom 30. Mai findet sich für Mecklenburg-Vorpommern in der Spalte „Neue Fälle“ die Zahl „0“. Der Pfeil in der Spalte „Trend“ ist rot und markiert einen Anstieg. Auch wenn es mathematisch korrekt sein mag, die Leserinnen und Leser können solche Informationen nicht einordnen.

Gelegentlich wird in letzter Zeit auch die Zahl der Genesenen berichtet, wodurch zumindest eine Abschätzung der aktuell als positiv getestet und gemeldeten Personen möglich ist. Genesene sind keine Kranken.

FEHLENDE VERGLEICHSGRUPPEN

Auch Angaben zu Covid-19 Fällen im Krankenhaus ohne Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Erkrankungen und



Todesursachen bleiben sinnentleert. Welche Botschaft soll vermittelt werden? Welche Bedeutung hat die tägliche Nennung der bisher gemeldeten Fälle? Wir interessieren uns auch nicht für die bisher und täglich gemeldeten Fälle von Grippeinfektionen, Schlaganfällen oder Unfalltoten, auch nicht wie viele Menschen sich von einer Grippe wieder erholt haben oder aus der Intensivstation entlassen wurden.

Die Nennung von Rohdaten ohne Bezug zu anderen Todesursachen führt zur Überschätzung des Risikos. In Deutschland versterben etwa 2500 Personen pro Tag, pro Jahr sind es fast eine Million Bürgerinnen und Bürger, die an den unterschiedlichsten Todesursachen versterben. Die Angaben zu den Todesfällen durch Covid-19 sollten daher beispielsweise auch die wöchentlich verstorbenen Personen mit Angabe der Gesamttodesfälle in Deutschland nennen. Auch ein Bezug zu Todesfällen durch andere akute respiratorische Infektionen sollte berichtet werden. Die Zuordnung zu Altersgruppen müsste möglich sein. So zeigen Daten des Statistischen Bundesamts für den Monat April 2020 eine etwa 10%ige Erhöhung der Gesamtsterblichkeit. Allerdings hatte in der Vergangenheit schon eine ‚einfache‘ Grippe-Welle deutlich höhere Sterblichkeitsanstiege verursacht (10).

DARSTELLUNG DES NATÜRLICHEN VERLAUFS

Ein wichtiges Kriterium einer verständlichen Risikokommunikation ist die Darstellung des sogenannten natürlichen Verlaufs einer Erkrankung bzw. im Fall von COVID-19 der Pandemie. Was würde passieren, wenn es keine Interventionen gäbe? Im Falle der SARS-CoV-2 Infektion – was wäre, wenn keine präventiven Maßnahmen umgesetzt worden wären? Zur Beschreibung des sog. Präventionsparadox gab es in den Medien gelungene Beispiele, wie „Aufspannen des Regenschirms und nicht nass werden“. Hochrechnungen nennen für Deutschland dazu Zahlen bis zu etwa 500.000 Todesfälle durch COVID-19, die durch die präventiven Maßnahmen verhindert werden konnten (11). Letztlich bleiben diese Schätzungen jedoch hoch spekulativ. Die Ausbreitung von SARS-CoV-2 unter natürlichen Bedingungen ist unbekannt. Theoretisch könnte das nur in einem Land analysiert werden, in dem keinerlei präventive Maßnahmen gesetzt würden und das zudem über eine vertrauenswürdige Dokumentation und Berichterstattung verfügt. Auch Schweden eignet sich nur bedingt als Beispiel, da

selbst dort unterschiedliche Maßnahmen zur Eindämmung der Epidemie empfohlen und umgesetzt wurden.

UMSTRITTENE EINZELFALLBERICHTE

Die Frage, inwieweit es gerechtfertigt ist, in den Medien exemplarisch schwer verlaufende Einzelfälle emotionsreich darzustellen, ohne Einordnung in das Gesamtspektrum von Krankheit und Tod, bleibt aus Perspektive der EbM umstritten. Aktuell werden Einzelfälle von schwer Erkrankten ausführlich präsentiert. Es wird auf spezifische Folgeerkrankungen aufmerksam gemacht, darunter äußerst seltene Krankheitsbilder bei Kindern. Für eine sinnvolle Einordnung der Beobachtungen wären jedoch Vergleiche notwendig. So gibt es auch bei Grippe schwere Folgeerkrankungen, insbesondere des Herzens. Jede Behandlung auf einer Intensivstation hat zudem ein bestimmtes Risiko von Folgeschäden. Inwiefern die Komplikationen auf die COVID-19 Erkrankung selbst oder die Behandlung auf der Intensivstation, eventuell aufgrund schwerer Grunderkrankungen, zurückzuführen sind, müsste systematisch im kontrollierten Vergleich untersucht werden.

Nur im kontrollierten Vergleich ließe sich beurteilen, welche Ereignisse spezifisch auf COVID-19 zurückzuführen wären. Einzelfallberichte können Hypothesen generieren, nicht jedoch ursächliche Zusammenhänge belegen. Für eine mediale Berichterstattung ohne umfassende Einordnung der Befunde erscheinen Falldarstellungen ungeeignet. Insgesamt ist die Sprache in der medialen Berichterstattung oft alarmierend. Es scheint, als würde die eigene Angst der Berichterstattenden in der Auswahl und Formulierung der wissenschaftlichen Daten mittransportiert.

BERICHTERSTATTUNG ÜBER NEBENWIRKUNGEN

Die Nennung von Nebenwirkungen präventiver Maßnahmen und die Abschätzung des Ausmaßes dieser Effekte wäre für eine ausgewogene Berichterstattung unverzichtbar. Es gibt unerwünschte negative, aber auch positive Nebenwirkungen. Eine verlässliche Beurteilung der Kollateraleffekte erscheint aktuell nicht möglich. Dazu braucht es eine systematische Dokumentation und Auswertung von medizinischen Diagnosen, Krankenhauseinweisungen und Todesursachen. Auch die Mitberücksichtigung nichtmedizinischer Effekte erfordert eine systematische wissenschaftliche Aufarbeitung. Eine seriöse Beurteilung der erwünschten und unerwünschten positiven und ne-

gativen Effekte der präventiven Interventionen wird erst in Laufe der nächsten Monate und Jahre möglich sein.

KOMMUNIKATION VON UNSICHERHEIT

Die große Unsicherheit, die eine neue Infektionskrankheit von pandemischem Ausmaß begleitet, erfordert eine verständliche Kommunikation dieser Unsicherheit zu allen Angaben. In der medialen Berichterstattung müsste auf die Unsicherheit der Daten immer wieder aufmerksam gemacht werden. Odette Wegwarth u.a. formulieren in ihrem Artikel einige Vorschläge für die Kommunikation dieser Unsicherheit. Zudem präsentieren sie eine Faktenbox zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit und Risiken einer Infektion mit Grippe- im Vergleich zu SARS-CoV-2-Viren (7). Allerdings müssen die Daten einer solchen Faktenbox auch regelmäßig aufgrund neuer Evidenz aktualisiert werden.

EBM NETZWERK FORDERT OFFENE DISKUSSION

Evidenzbasierte Medizin lebt von einer offenen Diskussion kontroverser wissenschaftlicher Ergebnisse. Ein öffentlicher Diskurs ungeklärter Fragen wäre wünschenswert. Aktuell werden die Kontroversen aus unserer

Sicht unzureichend in den etablierten Medien aufgegriffen. Die Präsentation der Daten erscheint einseitig, offene Fragen werden nicht angemessen angesprochen.

Die aktuellen Daten zu COVID-19 sind mit großer Unsicherheit behaftet. Es ist zumutbar, der Bevölkerung diese Unsicherheit verständlich zu kommunizieren. Die Menschen wollen ehrlich und unmissverständlich informiert werden. Evidenzbasierte Medizin sieht dies als Kernelement der Kommunikation mit Bürgerinnen und Bürgern sowie mit Patientinnen und Patienten. Nur so kann in einer aufgeklärten Gesellschaft langfristig eine Vertrauensbasis hergestellt und aufrechterhalten werden, die ein rationales, auf wissenschaftlichen Fakten basierendes Handeln ermöglicht und die Kooperation der Bevölkerung im Katastrophenfall sichert. ■



**Univ.-Prof. Dr. med.
Ingrid Mühlhauser**
Universität Hamburg
MIN Fakultät
Gesundheitswissenschaften
E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de
Tel: 040 42838 3988

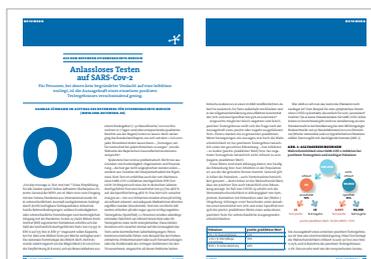
Literatur:

- 1) Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. COVID-19: Wo ist die Evidenz? Berlin, den 20.03.2020; Aktualisierung 15.04.2020. www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/stellungnahmen-pressemittelungen
- 2) Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. Gute Praxis Gesundheitsinformation 2.0. Stand 21.07.2016. www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/gpggi_2_20160721.pdf
- 3) Leitlinie Evidenzbasierte Gesundheitsinformation. www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/. Zugriff 21.08.2020
- 4) IQWiG. Allgemeine Methoden Version 5.0. 10.07.2017. www.iqwig.de/de/methoden/
- 5) ÄZQ. Methodenreport. Erstellung von Patientenleitlinien zu S3-Leitlinien/NVL im Rahmen der Leitlinienprogramme. Oktober 2019. www.aezq.de/mdb/downloads/nvl/methodik/erstellung-pll-mr-nvl-ol-2auf1-vers1.pdf
- 6) Stiftung Gesundheitswissen. Methodenpapier zur Erstellung und Evaluation von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen. Version 2.0 vom 1. Juni 2018. www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2018_12_07_Methodenpapier_2.pdf
- 7) Wegwarth O, Kendel F, Tomsic I, von Lengerke T, & Härter M. Risikokommunikation unter Unsicherheit. KompetenznetzPublic Health COVID-19. Bremen 2020. www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Corr_20200626_Kommunikation_Handreichung_COVID_Kommunikation_Unsicherheit_Risiken_Revision_FINAL_CLEAN.pdf
- 8) Lüthmann D. Anlassloses Testen auf SARS-Cov-2. KVH-Journal 9/2020. 28-30.
- 9) ECDC. www.ecdc.europa.eu/en
- 10) Statistisches Bundesamt. Sonderauswertung zu Sterbefallzahlen des Jahres 2020. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.htm
- 11) Flaxman S, Mishra S, Gandy A, Unwin HJT, Mellan TA, Coupland H, et al. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. Nature. 2020. <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2405-7>



Leserbrief

Zu „Anlassloses Testen auf SARS-Cov-2“,
KVH-Journal 9/2020, Seite 28



Spezifität ist komplett anders einzuschätzen

Die Autorin kommt in ihrem Artikel zu dem Schluss, dass ein positives Ergebnis eines Screening-(PCR)-Tests auf Covid-19 bei einer niedrigen Prävalenz (mit ca. 50 Infizierten pro 100.000 Einwohnern, was in der Größenordnung auf die aktuelle Situation in Deutschland zutrifft) unter "Alltagsbedingungen" einen extrem niedrigen positiv prädiktiven Wert hätte, nämlich gerade einmal 0,7%: Von über 5.000 positiv getesteten wären gerade einmal 35 Personen tatsächlich mit SARS-CoV-2 infiziert. Selbst unter "Laborbedingungen" erhielte man pro 100.000 Tests rund 1.000 falsch-positive bei lediglich knapp 50 richtig-positiven Ergebnissen.

Dass dieses eine falsche Schlussfolgerung ist, erschließt sich eigentlich jedem nach kurzem Nachdenken: In den letzten Wochen wurden bis zu 875.000 Tests wöchentlich durchgeführt. Legt man die Berechnung der Autorin zugrunde, hätten allein bei diesen Tests fast 44.000 falsch positive Ergebnisse unter "Alltagsbedingungen" und 8.750 falsch positive Ergebnisse unter "Laborbedingungen" anfallen müssen. Es gab aber in z.B. in der 33. KW bei deutschlandweit genau 875.524 gemeldeten Tests nur genau 8.407 positive Testergebnisse. Die folglich in der Interpretation der Autorin auch unter optimalen "Laborbedingungen" ermittelt so ziemlich alle falsch positiv sein müssten.

Wo liegt die Autorin falsch?
Der Autorin ist es offenbar nicht gelungen, die von ihr verwendeten Quellen richtig zu verstehen und zu interpretieren:
● Sie bezieht sich mit ihrer Quelle 5 auf einen Bericht der AG Laborkapazität beim RKI vom

7.7.2020, aus dem hervorgeht, dass die Spezifität der PCR-Tests auf Covid-19 in deutschen Laboren bei 98,6% läge. Diese Folgerung kann nicht getroffen werden: Es wurden Einrichtungen aus 36 Ländern getestet, bei 0,35% der entsprechenden Tests aus deutschen Einrichtungen wurden falsch positive Ergebnisse (in absoluten Zahlen: zwei falsch positive Ergebnisse) ermittelt. Auch wenn sie diese Zahl zugrunde legen und damit eine Spezifität von 99,65% annehmen würde, ist das immer noch eine Missinterpretation und falsche Schlussfolgerung: Wenn die Autorin nicht nur den Bericht des RKI, sondern auch den zugrundeliegenden Bericht der INSTAND e.V. gelesen hätte, wäre ihr klar geworden, dass in diesem Ringversuch nicht nur an der allgemeinen Versorgung teilnehmende Labore mit bereits zertifizierten Testsystemen überprüft wurden, sondern auch Entwicklungseinrichtungen mit Testsystemen, die erst zur Zertifizierung gebracht werden sollen. Dazu kommt, dass es in dem Ringversuch um single-Targets ging, in den zertifizierten Laboren werden aber dual- bzw. triple-Target-RT-PCRs durchgeführt.

● Mit Bezug auf ihre Quellen 6 und 7 – "Interpreting a covid-19 test result" (BMJ 2020; 369) bzw. die schlichte Übersetzung und Wiedergabe dieses Artikels im DÄB 117 (24) – meint sie, für Tests außerhalb von Kliniken und in der Allgemeinbevölkerung eine effektive Spezifität von 95% annehmen zu können.

Auch dies ist ein komplettes Missverständnis des Artikels. Der Artikel ist eine Propädeutik der grundsätzlichen Interpretation von Tests und eine Erklärung und Veranschaulichung der Begriffe Sensitivität und Spezifität und des Einflusses der Prävalenz – am Beispiel von Covid-19, aber unter Annahme hypothetischer Werte (die man in der Online-Version des Artikels im Übrigen beliebig anpassen kann, womit

einem grafisch veranschaulicht wird, wie eine konkrete Sensitivität und Spezifität die Verteilung von – jedweden – Testergebnissen beeinflussen). "For illustrative purposes" benutzen die Autoren einfach einmal Zahlen von 70% für die Sensitivität und 95% für die Spezifität eines hypothetischen Covid-19-Tests.

Die Problematik der eher zu niedrigen Sensitivität von Covid-19-Tests ist Gegenstand zahlreicher Diskussionen und Veröffentlichungen, die Gründe (Problematik des richtigen Zeitfensters des Virennachweises, Fehler bei der Probenentnahme, Probentransport ...) sind plausibel nachvollziehbar.

Die Spezifität der in der Versorgung in Deutschland eingesetzten PCR-Tests auf Covid-19 ist aber komplett anders einzuschätzen: Die Spezifität liegt deutlich oberhalb von 99,9%, das sind übereinstimmend die Angaben des RKI, das bestätigen die Qualitätssicherungsberichte diverser Großlabore und auch der Leiter des Nationalen Konsiliarlabors für Coronaviren. Letztlich macht genau das – die extrem hohe Spezifität von praktisch 100% – einen validen PCR-Test aus.

Es ist irritierend, dass es der Autorin offenbar nicht gelungen ist, die von ihr verwendeten Quellen richtig einzuordnen und die von ihr postulierten Schlussfolgerungen einem simplen Plausibilitäts- und Realitäts-Check zu unterwerfen.

Es ist aber fahrlässig, ignorant und komplett verantwortungslos, einen solchen Artikel offenbar vollkommen unreflektiert zu veröffentlichen. Es muss jedem klar sein, welchen Leuten man mit solchen "Ergebnissen" in die Hände spielt.

Dr. med. Florian Giensch,
Facharzt für Chirurgie
in Harburg

Replik der Autorin: Problem verschwindet nicht bei höherer Spezifität

Der Leserbrief des Verfassers Giensch offenbart, dass hier die Intention des Artikels fehlinterpretiert wurde: Es ging nicht darum, die Spezifität von PCR-Tests näher abzuschätzen oder gar eine Interpretation der derzeit in Deutschland festgestellten Infektionszahlen zu liefern. Unsere Absicht war es aufzuzeigen, wie sich im Kontext einer niedrigen Prävalenz – wie beim anlasslosen Testen gegeben – eine sehr geringfügige Veränderung der Spezifität stark auf die Aussagekraft des Testergebnisses auswirkt.

Wir konnten keine pragmatischen Studien finden, die die Testgütekriterien der PCR in einem alltagsnahen Kontext berichten. Daher wurden die beiden Zahlenwerte aus der Publikation im *British Medical Journal* mit einer Annahme einer Spezifität unter Alltagsbedingungen von 95% und aus der Veröffentlichung der RKI-AG Laborkapazität mit einer Angabe von 1,4% als nicht richtig-negativ bestimmten Proben als Grundlage für die Beispielrechnung herangezogen.

Die resultierende Botschaft unseres Beitrags ist, dass bei anlasslosem Testen die Aussagekraft (prädiktiver Wert) positiver Testergebnisse niedrig ist.

Um dem Argument zu begegnen, unter deutlich besseren Annahmen für die Spezifität sei das Problem nicht mehr vorhanden, haben wir nunmehr Beispielrechnungen für zwei unterschiedliche Szenarien angestellt:

1. Testen mit Anlass: Prävalenzannahme 0,15% (Grenzwert für Risikogebiet: 50 neue Fälle auf 100.000 Population binnen 7 Tagen; multipliziert mit 20, weil Nachweisbarkeit über ca. 20 Tage; gerundet)
2. Testen ohne Anlass: Prävalenzannahme 0,025% (derzeit täglich ca. 1000 Neuinfektionen auf 80 Mio. Einwohner in D = 0,00125%; multipliziert mit 20, weil Nachweisbarkeit über ca. 20 Tage) →



→ Bei der konstanten Annahme einer fiktiven Sensitivität von 95% wurden folgende Annahmen für die Spezifität gemacht: 99,9%, 99,99% und 99,999% (siehe Tabelle).

Population	Prävalenz	Spezifität	Sensitivität	richtig positiv	falsch positiv	ppW*
1.000.000	0,150%	99,900%	95%	1425	999	58,8%
1.000.000	0,025%	99,900%	95%	238	1000	19,2%
1.000.000	0,150%	99,990%	95%	1425	100	93,5%
1.000.000	0,025%	99,990%	95%	238	100	70,4%
1.000.000	0,150%	99,999%	95%	1425	10	99,3%
1.000.000	0,025%	99,999%	95%	238	10	96,0%

*ppW = positiv prädiktiver Wert
(Anteil der richtig-positiven Testergebnisse an allen positiven Testergebnissen)

Die Ergebnisse zeigen zum einen durchgängig durch alle Annahmen die schlechtere Aussagekraft positiver Tests im Niedrigprävalenzbereich (anlassloses Testen). Zum anderen zeigen sie, dass erst oberhalb einer angenommenen Spezifität des Tests von 99,99% im Szenario der anlasslosen Tests der Anteil der falsch-positiven Testergebnisse an allen positiven Testergebnissen unter 30% sinkt.

Wie bereits betont, sind dieses nur Annahmen. Inzwischen weist sogar das *New England Journal of Medicine* (DOI: 10.1056/NEJMp2023830, 9.9.2020) darauf hin, solchermaßen theoretische Überlegungen bei der Interpretation von positiven Testergebnissen im Kontext von anlasslosem Testen zu bedenken. Selbstverständlich hoffen wir, dass die Testgüte der PCR-Tests unter Alltagsbedingungen tatsächlich eine fast 100%ige Spezifität erreicht. Diese Hoffnung bleibt jedoch zeitnah durch Ergebnisse valider, praxisnaher und ausreichend großer Studien zu bestätigen.

Dr. Dagmar Lühmann,
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Stellungnahme der Redaktion: Die Tests sind zuverlässiger, als der von uns formulierte Vorspanntext nahelegt. Wir bitten, diesen Fehler zu entschuldigen.

Der Vorspann des Artikels über anlassloses Testen auf SARS-Cov-2 lautet: „Für Personen, bei denen kein begründeter Verdacht auf eine Infektion vorliegt, ist die Aussagekraft eines einzelnen positiven Testergebnisses verschwindend gering.“ Dieser Satz wurde von der Redaktion formuliert – und ist irreführend. Die Beispielrechnungen der Autorin des Artikels beziehen sich auf Szenarien, denen bestimmte Annahmen zur Sensitivität und Spezifität der PCR-Tests zugrunde liegen. Schon weil es um Annahmen geht und nicht um gesicherte Werte, ist der von uns formulierte Vorspann in dieser Absolutheit unzulässig.

Hinzu kommt: Wenn die Spezifität tatsächlich 99% betrüge (wie in einer Beispielrechnung des Artikels), müsste selbst in einer Gruppe von Nicht-Infizierten stets 1% der Getesteten ein (falsch-)positives Ergebnis erhalten. Der tatsächliche Anteil der positiv Getesteten lag aber, wie Dr. Florian Giensch in seinem Leserbrief richtig anmerkt, in der Realität bisweilen darunter (siehe dazu auch: Holger Dambeck, Die Mär vom unzuverlässigen PCR-Test, Spiegel.de 12.9.2020). Die Tests sind also offenbar zuverlässiger, als der aus der Beispielrechnung abgeleitete Vorspanntext nahelegt.

Richtig ist die Kernaussage des Artikels: Je geringer die Vortestwahrscheinlichkeit, desto kleiner der positiv prädiktive Wert. Sofern die Spezifität des Tests nicht volle 100% beträgt, sind positive Ergebnisse beim anlasslosen Testen also unzuverlässiger als beim gezielten Testen von Verdachtsfällen.

Martin Niggeschmidt,
Redakteur KVH-Journal



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Thiemo Kurzweg**
 Stellvertretendes Mitglied des Beratenden
 Fachausschusses Fachärzte

Name: **Thiemo Kurzweg**

Geburtsdatum: **7.12.1980**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **HNO-Heilkunde**

Weitere Ämter: **stv. Vorsitzender des Ärztenetzes Hamburg e.V., stv. Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg**

Hobbys: **Oper, Kochen, Lesen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Wenn ich auf die Zeit der Wahl des Studienfaches Medizin zurückblicke, habe ich völlig andere Wünsche und Erwartungen gehabt als heute. Damals habe ich vor allem die direkte Patientenversorgung vor Augen gehabt. Mir war noch nicht klar, wie viele weitere Aspekte der Arztberuf beinhaltet. Meine Berufswahl hat mir rückblickend beides ermöglicht: Damalige Erwartungen zu erfüllen und die heutigen Anforderungen und Wünsche an ein zufriedenes Leben und einen erfüllenden Beruf zu realisieren.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Nur wer sich die Zeit nimmt, die Prozesse in der Selbstverwaltung zu begleiten, kann auch Einfluss nehmen und eigene Interessen einbringen. Ich schätze die offenen Diskussionen in den Gremien und die gute Information durch den Vorstand und die anderen Mitglieder. Das dadurch erzielte Verständnis für die komplexen Vorgänge hilft, berufspolitische Entscheidungen zu treffen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Mir ist der Erhalt der freiberuflichen Unabhängigkeit der Ärzte wichtig. Ich würde gern mehr junge Kolleginnen und Kollegen in den Gremien der Selbstverwaltung sehen. Die KV Hamburg hat im Umgang mit ihren Mitgliedern eine gute Kundenorientierung. Mir gefällt das enge juristische Regelungskorsett nicht, und ich würde mir mehr pragmatische Entscheidungen wünschen. Ich setze mich für eine gerechte Vergütung der ärztlichen Leistungen ein. Mich interessieren zudem die Chancen der Digitalisierung für vereinfachte und automatisierte Arbeitsabläufe, Entbürokratisierung und eine bessere Patientenversorgung.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Mich stört, dass ambulante Eingriffe bei Kindern noch nicht einmal kostendeckend im EBM abgebildet sind. Durch die Schließung eines OP-Zentrums könnte es zu einem Versorgungsengpass in Hamburg kommen. Die Pandemie fordert unsere Fachgruppe durch die Nähe zum Patienten und zum Viruspool.

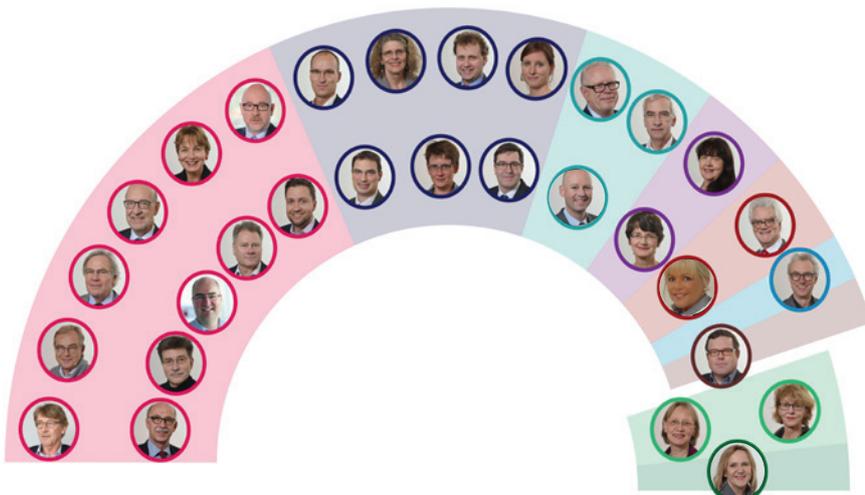
Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Ich hätte gern mehr Zeit, z.B. um Instrumente zu spielen und mich in Literatur zu vertiefen. ■

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Mi. 4.11.2020 (ab 19.30 Uhr)

Coronabedingt muss die Vertreterversammlung unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfinden.

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2020!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die in der zweiten Jahreshälfte 2020 stattfinden.

Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:
www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Ausbildung zum Datenschutzbeauftragten

Mit dieser viertägigen Ausbildung qualifizieren wir Sie zum/zur Datenschutzbeauftragten in der Arztpraxis. Wir vermitteln umfassende Kenntnisse von den gesetzlichen Grundlagen bis hin zu praktischen Umsetzungsmaßnahmen für den Praxisalltag. Dabei gehen wir auf alle im Gesundheitswesen relevanten Aspekte ein.

39 FORTBILDUNGSPUNKTE

Di. 20. bis Fr. 23.10.2020

Gebühr: € 560 inkl. Imbiss + Getränke

Datenschutz

In diesem Seminar werden Sie mit allen relevanten organisatorischen und technischen Aspekten des Themas "Datenschutz" vertraut gemacht. Schwerpunkte sind die gesetzlichen Grundlagen, der Umgang mit Patientendaten sowie Diskretion in der Praxis.

11 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 28.10.2020 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss + Getränke

Terminsystem

Wir zeigen Ihnen, wie Sie Ihre Terminvergabe optimieren können. Wer Termine vergibt, steuert den zukünftigen Sprechstundenablauf und plant die Zeit von Patienten, Ärzten und Kollegen. Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter am Telefon muss die medizinische Dringlichkeit zuverlässig einschätzen, intern vorgegebene Prioritäten beachten und bei Konflikten sicher reagieren können.

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 4.11.2020 (14-18 Uhr)

Gebühr: € 119 inkl. Imbiss + Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de
 → Fortbildung → Termine

Ansprechpartner:

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

Michael Bauer, Tel: 22802-388

Laura Goldmann, Tel: 22802-574

qualitaetsmanagement@kvhh.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

**Zi-DMP Schulung für Patienten mit
Hypertonie / KHK**

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

3 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 21.10.2020

**15 - 17.30 Uhr (für Ärzte und
Praxispersonal)**

17.30 - 19 Uhr (für Praxispersonal)

Mi. 28.10.2020

9 - 17 Uhr (für Praxispersonal)

Gebühr: € 165

Sprechstundenbedarf

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

Mi. 4.11.2020 (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

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

Anmeldung:

[www.aerztekammer-hamburg.org/
akademieveranstaltungen.html](http://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

"Kraft als Medikament"

Medizinische Kräftigungstherapie in der Behandlung neurologischer Krankheitsbilder

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Do. 5.11.2020 (18.30 Uhr)

(unter Einhaltung der Corona-
Abstandsregeln)

Ort: Ärztehaus (EG, Großer Saal)

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin

E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

**DATENSCHUTZ-
SCHULUNGEN**

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

Auf Datenschutzprüfungen gut vorbereitet sein; alle Dokumente auf dem neusten 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. 13.11.2020 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 49 pro Teilnehmer / € 129 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern

(unter entsprechenden Hygienebedingungen mit Abstand usw.)

Ort: Ärztehaus (EG, Großer Saal)

Humboldtstraße 56

22083 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,

E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

oder: [www.datenschutz.
neurologiewinterhude.de](http://www.datenschutz.neurologiewinterhude.de)

[www.datenschutz.
neurologiewinterhude.de](http://www.datenschutz.neurologiewinterhude.de)

Bitte nutzen Sie ausschließlich die auf den Webpräsenzen veröffentlichten Anmeldeformulare.

**ARBEITS- UND
GESUNDHEITSSCHUTZ**

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber sind für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Um den Arbeitsschutz selbst in die Hand nehmen zu können, muss sich der Praxisinhaber (oder ein von ihm beauftragter geeigneter Vertreter) schulen lassen.

BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 27.11.2020 (15 - 20 Uhr)

Fr. 11.12.2020 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung nach Grundschulung

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich. BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 20.11.2020 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und
Verkehrsmedizinische Untersu-
chungsstelle; Betriebsarztpraxis
Dr. Gerd Bandomer,

Tel: 278063-47, Fax: 278063-48

E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

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!

