

KVH *journal*

DIE BÜROKRATIE-FALLE

*Komplizierte Strukturen
bremsen die Corona-Testung*



CORONA-TESTUNG

Welches Testverfahren für welchen Anlass?

HEILMITTEL

Neue Regeln ab Januar

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 12/2020 (Dezember 2020)



Liebe Leserin, lieber Leser!

In diesem in jeder Hinsicht besonderen Jahr 2020 sind die Tage und Monate in Konzentration auf die Bewältigung der Anforderungen der Pandemie im Coronatunnel nur so ineinander geflossen. Zeit innezuhalten, um mich bei Ihnen, den ärztlichen und psychotherapeutischen Mitgliedern der KV Hamburg, und Ihren MFA, sehr herzlich für Ihre geleistete Arbeit zu bedanken.

Nicht nur für die Bevölkerung, sondern auch für Sie ist das Sars Cov 2 Virus, der Verlauf dieser Pandemie und die damit einhergehenden einschneidenden Veränderungen neuartig. Doch Sie sind für die Hamburger Bevölkerung der Fels in der Brandung und ein wirksamer Schutzwall in der Bekämpfung der Pandemie. Sie haben mit Ihren Praxisteams Bemerkenswertes geleistet. DANKE für Ihren Ideenreichtum, Ihre Flexibilität, Ihre tolle Initiative und Ihr großes Engagement. Sie können stolz auf sich sein.

Doch wir wissen auch: Das ist eine Ausnahmesituation, diese hohe Drehzahl kann man nicht endlos durchhalten. Deshalb begrüßen wir die Initiative der KBV, mittels lebhafter und kontroverser Diskussion der verschiedenen Fachdisziplinen dazu beizutragen, dass Deutschland über eine politische Akutstrategie hinaus an einer mittelfristigen Strategie arbeitet, damit wir alle besser mit dem Virus leben können.

Zu Recht gibt es Kritik an der Regelungswut der Behörden und an der bürokratischen Umsetzung der Test- und Abrechnungsvorgaben. Wenn ein großer Teil der Arbeit in den Praxen dafür aufgewendet werden muss, ständig geänderte Regelungen nachzuvollziehen, läuft etwas schief. Erste Verbesserungen für einfachere und pragmatischere Regelungen sind endlich erkennbar. Wir werden uns für eine weitere Verbesserung einsetzen.

Die Weihnachtszeit wird sich nicht nur für die Allgemeinbevölkerung, sondern auch für die Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten anders anfühlen als sonst: Hinter Ihnen wird ein Jahr mit besonderen Belastungen liegen, mit Tragödien und Verlusten, zeitweiliger Erschöpfung und erfüllender Arbeit. Hoffen wir, dass es von da an nicht mehr allzu lange dauert, bis wir sagen können: Der Ausnahmezustand ist vorbei, wir freuen uns, wieder in geregeltere Bahnen zurückzukehren.

Alles Gute für Sie und Ihre Familien, bleiben Sie gesund!

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: Wie organisieren Sie in Corona-Zeiten Ihre Praxis?
- 08_ Interview mit Dr. Björn Parey: Wird die Corona-Testung durch bürokratische Strukturen gebremst?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 12_ Fragen und Antworten
- 14_ Welche Corona-Tests gibt es? Testverfahren, Testeigenschaften, Indikationen und Zielgruppen
- 16_ Übersicht: Welche Personengruppen werden getestet?
- 18_ Corona-Testergebnis via App: Was zu beachten ist
Hamburg: Maskenpflicht bei Gesundheitsbehandlungen
- 19_ Informationsportal für Gesundheits-Apps

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 20_ Neue Regeln für die Heilmittel-Verordnung
- 23_ Auch Psychotherapeuten können Ergotherapie verordnen

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

- 24_** KV.dox: KBV bietet digitalen Kommunikationsdienst an

QUALITÄT

- 25_** G-BA plant Aussetzung des QS-Verfahrens Wundinfektion
Neu nach dem Qualitätsmanagement-System QEP zertifizierte Praxen

FORUM

- 26_** Doc-Hopping bei Benzodiazepin- und Pregabalinverordnungen

SELBSTVERWALTUNG

- 33_** Steckbrief:
Prof. Dr. Katharina Tiemann



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 28_** Risikokommunikation von COVID-19-Mortalitätsdaten

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 19_** Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

- 32_** Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik

TERMINKALENDER

- 34_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Marcelo Hernandez /Funke Foto Services;
Seite 9: Marco Grundt; Seite 11: Felix Faller/Alinea;
Seite 13: Fleur Priess; Seite 15: Ryanking999/Stock-Adobe.com; Seite 15, 17, 18: Re Gara/Stock-Adobe.com; Seite 19: Tadamichi/Stock-Adobe.com; Seite 32: Barbara Klemm; Seite 34: Michael Zapf;
Icons: iStockfoto

Wie organisieren Sie in Corona-Zeiten Ihre Praxis?



Dr. Claudia Haupt

Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Blankenese

Genauere Planung

In unserer Praxis haben wir schon früh die Patientenströme getrennt: Vormittags und nachmittags gibt es gesonderte Zeitfenster für infektiöse Personen. Corona-Tests führen wir täglich am Ende der Sprechstunde durch. Dabei arbeiten wir mit Vollschutz und sorgen dafür, dass es keine Kontakte zu den übrigen Praxismitarbeitern gibt.

Ganz grundsätzlich gilt: Im Wartezimmer befinden sich so wenig Leute wie möglich. Notfalls müssen die Familien im Treppenhaus warten oder eine Runde ums Haus drehen. Selbstverständlich achten wir auf die Einhaltung der Abstandsregeln, und es gibt einen Spuckschutz am Tresen.

Nach jeder Behandlung desinfizieren wir die Flächen und Türklinken der Räume. Die Lüftungsanlagen laufen stets auf höchster Stufe, zusätzlich wird stoßgelüftet. Bevor der nächste Patient hereinkommt, wird stark nachgeheizt. Kinder müssen ja oft unbedeckt untersucht werden.

Wir haben in der Praxis ein Schild angebracht mit der Aufschrift: „Vielen Dank, dass Sie Masken tragen.“ Das funktioniert völlig reibungslos. Eigentlich gilt die Regel nicht für unter Sechsjährige – aber viele kleine Kinder sind stolz, eine Maske zu haben.

Das Praxis-Personal trägt den ganzen Tag FFP-2-Masken – aus Eigenschutz und um den Praxisbetrieb möglichst sicher aufrechterhalten zu können. Mit dem Gesundheitsamt ist abgesprochen, dass es bei Befolgung dieser Regel auch dann keine Testung oder Quarantäne gibt, wenn sich herausstellt, dass wir mit einem unerkannten COVID-Fall in Berührung gekommen sind. ■



Dr. Maria Hummes
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 in Langenhorn

Strenge Taktung

Die Pandemie verlangt uns aktuell ein hohes Maß an zusätzlicher Arbeit ab, welche ich aber im Rahmen hausärztlicher Tätigkeit als notwendig ansehe. So müssen wir einiges an Organisationsaufwand leisten, um sicherzustellen, dass sich Infektpatienten und normale Patienten in der Praxis nicht begegnen.

Am Ende der Sprechstundenzeit behandeln wir COVID-Verdachtsfälle in einem separat gelegenen Teil der Praxis. **Die Zeit ist streng getaktet. Die Patienten erhalten nach telefonischer Anmeldung einen Termin und warten dann draußen vor dem Praxiseingang, bis sie hereingerufen werden.** Die Abstriche führen wir in Vollschutzmontur bei weit geöffnetem Fenster durch.

Die Regularien zu den Test-Anlässen und zur Abrechnung sind sehr kompliziert geraten. Eine Mitarbeiterin hat sich darin eingearbeitet und behält die KV-Website mit den Neuerungen im Blick.

Ich bin dankbar, dass wir über den KV-Shop auf unkomplizierte Weise Schutzausrüstung bestellen können. Wir müssen derzeit an so vieles denken und so viel organisieren – da ist es eine Erleichterung, dass wir nicht auch noch im Internet nach geeigneten Masken, Handschuhen und Kitteln suchen müssen. Ich weiß, dass nicht jede KV ihren Mitgliedern ein solches Angebot macht. ■



Dr. Stefanie Fix, Fachärztin für Innere Medizin
Torsten Fix, Facharzt für Allgemeinmedizin
 in Rahlstedt

Optimierte Abläufe

Als Erstes einmal ein Dankeschön an die KV Hamburg, dass sie sich um Schutzausrüstung für die Praxen erfolgreich bemüht und ebenso die Telefonanfrageflut der Bevölkerung zu bewältigen sucht. In unserer Praxis beantworten wir auch täglich viele solcher Fragen, erschwert und gedämpft durch die von Mund-Nasen-Schutz und Schutzschild verursachte Schalldämpfung.

Die Sprechstundenabläufe mussten umgestellt und an die neuen Hygieneregeln angepasst werden, all das erfordert psychisch und physisch mehr Kraft als die Arbeit vor der Pandemie, immer auch die Sorge um unsere – teils multimorbiden – Patienten im Hinterkopf habend.

Erschwerend kommt die – sich gefühlt monatlich verkomplizierende – Dokumentation hinzu: Mindestens drei verschieden Diagnose-Kodierungen und eine DIN-A-4-Seite voll verschiedener möglicher Ziffern-Kodierungen für einen einzigen Patienten, der einen COVID-19-Abstrich erhalten soll, sind eine echte Herausforderung.

Wir konnten jedoch Ressourcen optimieren, indem wir jeweils am Ende der Sprechzeit eine Infektsprechstunde eingerichtet haben, in der eine MFA dokumentiert, während ein Arzt die Anamnese, Untersuchung und den Abstrich durchführt. Auch konnten wir Warte- und Behandlungsbereich für – möglicherweise – Infizierte von den übrigen Patienten räumlich trennen. ■

INTERVIEW

»Geht's noch komplizierter?«

Wird die Corona-Testung durch bürokratische Strukturen gebremst? **DR. BJÖRN PAREY** über mühsame Abrechnungswege, überlastete Gesundheitsämter und die ungeklärte Zuständigkeit für die Bevorratung von Schutzausrüstung

Sie arbeiten in der hausärztlichen Praxis und fahren im Arztruf Hamburg. Was sind Ihre Erfahrungen mit den Regelungen für die Corona-Testung?

PAREY: Problematisch finde ich die unnötige Komplexität der Abrechnungsabläufe. Es ist schwer nachvollziehbar, warum wir Ärztinnen und Ärzte mit so viel bürokratischem Aufwand belastet werden zu einer Zeit, in der wir ohnehin am Limit arbeiten und unsere Zeit für die Patienten bräuchten. Es gibt etwa ein Dutzend verschiedene Abrechnungswege für Corona-Testungen. Es gibt verschiedene Formulare: 10, 10C, OEGD. Alles muss unterschiedlich dokumentiert

werden. Geht's noch komplizierter? Völlig irre. Für die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) veranlassenen Tests gibt es unterschiedliche Institutskennzeichen und VKNR. Ich soll gucken, welches Gesundheitsamt für den Patienten zuständig ist. Warum machen das nicht die Gesundheitsämter unter sich aus? Warum ist das meine Aufgabe als Arzt? Dabei geht es bei allen Testanlässen um ein und dieselbe Tätigkeit – und abgesehen von den Tests für Schul-Angestellte wird am Ende ohnehin alles aus GKV-Mitteln oder dem Gesundheitsfonds bezahlt. Ich verstehe nicht, warum man nicht eine einzige Abrechnungsziffer für den Abstrich definiert – und die

Verwaltung kümmert sich darum, woher das Geld kommt.

Es geht dabei wohl um die Nachvollziehbarkeit und Kontrollierbarkeit der Testanlässe ...

PAREY: Der Versuch, die Testanlässe zu kontrollieren, ist unsinnig. Wer einen Abstrich haben will, bekommt ihn auch. Er muss doch nur behaupten, er habe Husten. Wir nehmen dem ÖGD für geringes Honorar die Arbeit ab. Und dann sollen wir die kleinteilige Bürokratielogik gleich mit übernehmen?

Welche Erfahrungen haben Sie bei der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern gemacht?



Dr. Björn Parey ist stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg und Schatzmeister des Hamburger Hausärzterverbandes. Er ist niedergelassener Hausarzt in Volksdorf und fährt im Arztruf Hamburg.

PAREY: Die Meldewege sind schwierig, weil die technischen Voraussetzungen in den Gesundheitsämtern fehlen. Anschlüsse an die Telematikinfrastruktur gibt es nicht. Man kann froh sein, wenn die FAX-Übertragung funktioniert. Telefonisch sind die zuständigen Personen in den Gesundheitsämtern schlecht bis gar nicht zu erreichen. In allen anderen Bereichen des Gesundheitssystems funktioniert der kollegiale Austausch auch in Zeiten der Pandemie. Er funktioniert mit den Fachärzten, mit den Krankenhausärzten – aber er funktioniert nicht mit den Kollegen

in den Gesundheitsämtern. Dabei tauchen im Alltag immer wieder Fragen auf, die geklärt werden müssen. Ein Beispiel: Wir sollen im Auftrag des Gesundheitsamtes eine Person

»Es gibt etwa ein Dutzend Abrechnungswege für Corona-Testungen – das ist völlig irre.«

zu Lasten der GKV testen. Sie hat aber gar keine Symptome. Oder wir haben Nachfragen zu den Quarantäneregeln eines Gesundheitsamtes: Ein Praxismitarbeiter hatte Kontakt zu einer positiv getesteten Person. Muss er sofort

in Quarantäne, obwohl er Schutzkleidung trug? Oder: Was tun, wenn eine Kontaktperson 1 keine Quarantäne-Anordnung des ÖGD bekommen hat, wegen Symptomfreiheit nicht krankgeschrieben werden kann, und der Arbeitgeber bei Nichterscheinen mit Ärger droht? Oder: Darf ein Patient raus aus der Quarantäne, wenn sein Test negativ ist? Man hat nicht immer

den Eindruck, dass die verschiedenen Gesundheitsämter oder auch nur die Mitarbeiter eines einzelnen Gesundheitsamtes eine abgestimmte Linie verfolgen. Doch eine Klärung ist oft nicht möglich, weil die →

→ Amtsärzte nicht erreichbar sind und unsere Rückrufbitten ignorieren. Ich höre übrigens immer wieder, dass es Patienten genauso geht: Die Gesundheitsämter sind nicht ansprechbar. Sie schotten sich ab.

Die Ämter sind überlastet ...

PAREY: Es ist doch selbstverständlich, dass die Gesundheitsämter zu Beginn einer Pandemie nicht genug Personal haben. Eine Pandemie tritt nur alle paar Jahre oder Jahrzehnte auf – und es wäre unsinnig, dauerhaft Personal für Ausnahmesituationen vorzuhalten. Zwischen den Pandemien hätte man immer zu viele Amtsärzte – und in einer Pandemie dennoch zu wenig. Man muss also eine Lösung finden, damit die Gesundheitsämter flexibel mit unterschiedlichen Anforderungen zurechtkommen. Abstriche bei symptomlosen Patienten durchzuführen, ist eigentlich Aufgabe des ÖGD. Wir helfen den Gesundheitsämtern derzeit im großen Stil. Wir testen in den Praxen symptomlose Personen. Wir bauen Testzentren auf. Die selbstständigen, freiberuflichen Ärztinnen und Ärzte sind in der Lage, ihren Leistungsumfang flexibel hochzuführen. Es gibt in Hamburg 5.000 Vertragsärztinnen und Vertragsärzte – jeder von ihnen macht derzeit viele Überstunden. Damit entstehen innerhalb kürzester Zeit mehr Kapazitäten, als die Gesundheitsämter normalerweise insgesamt anbieten können.

Wahrscheinlich wäre es sinnvoll, auch andere Aufgaben der Gesundheitsämter im Pandemiefall nach

außen zu verlagern. Nehmen wir die Kontaktverfolgung: Eine Person ist positiv getestet worden und wird gefragt, welche Kontakte sie während der vergangenen sieben Tage hatte. Muss das Gesundheitsamt für diese Aufgabe wirklich selbst Leute anlernen? Das könnte doch auch ein professionelles Call-Center oder ein anderer externer Dienstleister übernehmen.

Gibt es feste Kommunikationsstrukturen zwischen den Gesundheitsämtern und dem niedergelassenen Bereich?

PAREY: Es gibt eine Taskforce, in der alle wesentlichen Player der Gesundheitsversorgung in Hamburg vertreten sind – unter anderem auch die KV, der Hausärzteverband und der ÖGD. Das dort Besprochene wird allerdings offenbar in den

»Kollegialer Austausch mit den Amtsärzten ist oft nicht möglich, weil niemand erreichbar ist und Rückrufbitten ignoriert werden.«

Gesundheitsämtern nicht einheitlich umgesetzt. Wichtig wäre eine direkte Kommunikationsstruktur zwischen ÖGD und Niedergelassenen – ein regelmäßiger Austausch oder zumindest die Einrichtung einer eigenen Telefonnummer in den Gesundheitsämtern für ärztliche Kollegen. Außerdem bräuchten wir Zugang zu Informationen, die für uns Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wichtig sind. Meines Erachtens sollten die Gesundheitsämter veröffentlichen,

nach welchen Kriterien sie die Menschen in Quarantäne schicken und in wiefern sie sich dabei an den RKI-Kriterien orientieren. Es gibt ja sicherlich Verfahrensabläufe, anhand derer neu eingestellte Mitarbeiter eingearbeitet werden. Auch die von den Ämtern vorgegebenen Kriterien zur Nachverfolgung von Kontakten zu kennen, wäre für uns Hausärzte hilfreich.

Können die selbstständigen, freiberuflichen Praxen schneller auf Veränderungen reagieren als staatliche Organisationseinheiten?

PAREY: Davon bin ich überzeugt. Wir Hausärztinnen und Hausärzte haben jeden Winter eine kleine Inflation der Arbeit. Wir sind Fluktuation und Schwankung gewohnt und können damit umgehen. Die meisten Praxen haben sich innerhalb kürzester Zeit gut auf die Pandemie eingestellt. Wir kennen unsere Mitarbeiter, wir kennen unsere Patienten. Es ist immer besser, wenn die Leute, die es betrifft, selbstständig und eigenverantwortlich agieren. Nicht jede Praxis kann gleich arbeiten: Ein hausärztlicher Kollege beispielsweise

hat gesonderte Räume, in denen er Infektsprechstunden durchführen kann. Er übernimmt mehr Infektpatienten als ein Kollege, der selbst zur Risikogruppe gehört oder dessen Räumlichkeiten das nicht hergeben. Staatliche Regelungen würden solche Ausnahmen vor Ort nicht berücksichtigen. Keine andere Struktur kann im ambulanten Bereich so flexibel reagieren wie ein Netzwerk aus selbstständigen, freiberuflichen Ärztinnen und Ärz-



Dr. Björn Parey im ärztlichen Notfalldienst (mit Rettungssanitäterin Nataly Gollnow)
 "Es war ein wichtiges und gutes Signal, dass die KV Hamburg gesagt hat: Ja, wir brauchen Schutzausrüstung – und wir kümmern uns selbst darum."

ten. Der Staat muss nur für einige Rahmenbedingungen sorgen.

Müsste die Zuständigkeit für die Beschaffung und Bevorratung von Schutzausrüstung gesetzlich geregelt werden?

PAREY: Vor Beginn der Pandemie war ich davon überzeugt, dass der Bund umfangreiche Bestände an Schutzausrüstung angelegt hat, dass es Depots gibt, in denen Material für den Katastrophenfall gehortet wird. Aber diese Bestände gab es nicht. Ich gehe davon aus, dass der Mangel an Schutzausrüstung in der ersten Phase der Pandemie tatsächlich Leben gekostet hat – vor allem unter den Pflegeheim-Bewohnern. Die ungehinderte Übertragung des Virus in den Pflegeheimen ist meines Erachtens ein Grund dafür, dass wir in der ersten Jahreshälfte so viele Todesfälle hatten. Fast alle Hausärzte versorgen Patienten in Pflegeheimen. Wir wissen, dass die

Pflegeheime die Hygienemaßnahmen ganz wunderbar umsetzen können, wenn sie Schutzausrüstung haben. Doch sie hatten keine.

Wer ist für die Schutzausrüstung in den Praxen zuständig?

PAREY: Im Normalfall müssen die Praxen ihre Schutzausrüstung selbst besorgen – die Kosten dafür sind in den Honoraren enthalten. Das gilt aber natürlich nicht für den Pandemiefall, wenn riesige, im EBM nicht eingepreiste Mengen erforderlich sind. Für den Pandemiefall muss es eine zentrale Beschaffung und Bevorratung von Schutzausrüstung geben.

Der KV wurde vorgeworfen, Panikkäufe zu überhöhten Preisen getätigt zu haben. Wie sehen Sie das?

PAREY: Es war ein wichtiges und gutes Signal, dass die KV Hamburg gesagt hat: „Ja, wir brauchen Schutzausrüstung, und wir kümmern uns selbst darum. Das rettet Leben, das

gibt Sicherheit für die Arztpraxen und für die Patienten.“ Es handelte sich keineswegs um Panikkäufe. Die Angebote wurden sorgfältig auf Qualität geprüft, es gab eine Zusammenarbeit mit dem TÜV. Es wurde nicht irgendwas gekauft, sondern gute, sichere Schutzausrüstung – unter Einsatz umfangreicher personeller und finanzieller Mittel. Das waren hohe Kosten, und sie wurden am Ende von den Kassen übernommen. Bitte erinnern Sie sich: Ende März war der Mangel an Schutzausrüstung eines der größten Probleme in der ambulanten Versorgung. Medizinisches Personal und Ärzte sind krank geworden und gestorben – meines Wissens nicht in der ambulanten Versorgung in Hamburg, aber anderswo. Eine solche Situation darf sich nicht wiederholen. Deshalb: Ja, auf Dauer sollte rechtlich geklärt werden, wer für die zentrale Bevorratung von Schutzausrüstung im Pandemiefall verantwortlich ist. ■

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

PRAXISSCHLIESSUNG WEGEN CORONA

In unserem Praxisteam gab es einen Corona-Fall. Das Gesundheitsamt hat für die Ärzte und Mitarbeiter eine Quarantäne angeordnet, und unsere Praxis musste schließen. Wie habe ich mich zu verhalten und wie kann ich meinen Verdienstausschlag geltend machen?

Um einen Überblick über die Versorgungssituation zu haben und gegebenenfalls rechtzeitig reagieren zu können und gefährliche Versorgungsengpässe zu vermeiden, benötigen wir unbedingt Ihre Rückmeldung. Bitte füllen Sie daher unseren Online-Fragenbogen im Online-Portal (www.ekvhh.de oder portal.kvhh.kv-safenet.de) aus.

Der Online-Fragebogen befindet sich im Onlineportal unter der Rubrik „Coronavirus“.

Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten haben nach §56 des Infektionsschutzgesetzes Anspruch auf Entschädigung, wenn der Praxisbetrieb aus infektionsschutzrechtlichen Gründen untersagt wird. Anspruch haben sowohl Praxisinhaber als auch angestellte Mitarbeiter. Die Abläufe, wie in solchen Fällen vorgegangen wird (z. B. Antragstellung), bestimmt die zuständige Gesundheitsbehörde. Wenden Sie sich daher bitte zunächst an das zuständige Gesundheitsamt, um alles Weitere zu erfahren. Wie hoch die Entschädigung ausfällt, richtet sich bei Selbstständigen nach ihrem Verdienst-

ausfall. Grundlage ist der Steuerbescheid (nach § 15 SGB IV). Angestellte haben in den ersten sechs Wochen Anspruch auf die Höhe des Nettogehaltes, danach auf Krankengeld. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage (www.kvhh.net → Corona Information für Praxen → Praxisschließung).

AU FÜR PATIENTEN IN QUARANTÄNE

Ich bin Hausärztin. Regelmäßig erreichen uns Anrufe von Patienten, die sich derzeit in Quarantäne befinden und eine Krankschreibung verlangen. Wann dürfen wir eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) ausstellen und wann nicht?

Grundsätzlich gilt:

- Ist Ihr Patient krank, weil er zum Beispiel Schnupfen und leichte Halsschmerzen hat, stellen Sie eine AU-Bescheinigung aus.
- Liegen keine Symptome vor, dürfen Sie keine AU-Bescheinigung ausstellen. Das gilt auch, wenn die Person auf das SARS-CoV-2-Virus positiv getestet wurde. In diesem Fall reicht der Patient den behördlichen Bescheid über die Anordnung der Quarantäne beim Arbeitgeber ein.

Zu Ihrer Information: Die Ärzte des Arztrufs Hamburg (116117) sind seit dem 16. Oktober nicht mehr dazu befugt, AU-Bescheinigungen auszustellen. Symptomatische Patienten können aktuell per Telefon eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für bis zu sieben Kalendertage erhalten. Voraussetzung ist, dass es sich um eine leichte Erkrankung der oberen Atem-



wege handelt. Die telefonische AU-Bescheinigung kann bei fortdauernder Erkrankung telefonisch einmal um 7 Kalendertage verlängert werden. Eine rückwirkende Ausstellung ist nach Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie bis zu drei Kalendertage möglich.

CORONA-SONDERREGELUNGEN

Im Zuge der Corona-Pandemie gibt es eine Reihe von Sonderregelungen. Gibt es eine Zusammenfassung der aktuell geltenden Sonderregelungen?

Auf unserer Homepage finden Sie einen Link zu einer aktuellen Übersicht der KBV: www.kvhh.de → Corona Informationen für die Praxis → (ganz nach unten scrollen) Vorübergehende Ausnahmeregelungen → Übersicht aller Sonderregelungen für die ambulante Versorgung



ÜBERSICHT TESTMÖGLICHKEITEN

Gibt es eine Übersicht, in der die verschiedenen Testmöglichkeiten und Anlaufstellen für Patienten zusammengefasst werden?

Ja, auf unserer Homepage finden Sie eine aktuelle Übersicht: www.kvhh.de → Corona Information für Praxen → (zur Zwischenüberschrift „Wichtige Dokumente“ scrollen) → Übersicht Corona-Testmöglichkeiten

Sollten Ihre Patienten weiterführende Fragen haben, teilen Sie gern die Telefonnummer unserer Patientenberatung mit. Tel: 20 22 99 - 222

Infocenter Tel: 22802-900



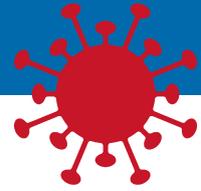
Ihre Ansprechpartner im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Susanne Tessmer, Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Robin Schmidt, Christine Pöpke

Welche Corona-Tests gibt es?

Hier ein Überblick zu Testverfahren, Testeigenschaften, Indikationen und Zielgruppen

	PCR-Test	PoC-Antigentest
Was kann nachgewiesen werden?	Direkter Nachweis des Virus	Direkter Nachweis des Virus
Wie läuft die Testauswertung ab?	Das Erbgut des Virus wird mit Hilfe der Polymerase-Kettenreaktion (PCR) aufgespürt. Die PCR vervielfältigt das Erbgut, bis es nachgewiesen werden kann. Je mehr Zyklen für einen Nachweis nötig sind (ct-Wert – cycle threshold), desto geringer ist die Viruslast.	Proteine (Antigene) des Virus werden nachgewiesen, indem die Probe auf einen Teststreifen aufgebracht wird – ähnlich wie bei einem Schwangerschaftstest. Sind genügend Virus-Proteine in der Probe, zeigt sich eine Markierung.
Wie verlässlich ist der Test?	PCR-Tests gelten als Goldstandard für die Diagnostik. Negative Ergebnisse können falsch sein, wenn Abstriche mangelhaft oder zu spät durchgeführt werden und die Viruslast zu niedrig ist. Positive Ergebnisse gelten als sehr verlässlich.	Antigen-Tests sind unzuverlässiger als PCR-Tests. Wiederholte Testung erhöht die Zuverlässigkeit. Ein positives Ergebnis eines Antigen-Tests muss grundsätzlich mittels PCR-Test bestätigt werden.
In welcher Phase der Infektion schlägt der Test an?	Während einer akuten Infektion	Während einer akuten Infektion
Welches Körpermaterial wird benötigt?	Abstriche aus Mund, Rachen, Nase	Abstriche aus Mund, Rachen, Nase
Wo wird das Material ausgewertet?	Im Labor	Schnelltest: Am Point-of-Care (PoC), z.B. Arztpraxis, Krankenhaus
Wie lange dauert es, bis ein Ergebnis vorliegt?	Mit Transport ins Labor: 24 bis 72 Stunden	15 bis 30 Minuten
Wer wird getestet?	<ul style="list-style-type: none"> ● symptomatische Personen ● Kontaktpersonen ● Personen nach Ausbrüchen (z.B. in Pflegeheimen, Krankenhäusern und Arztpraxen) ● Personen vor ambulanter OP, Dialyse oder Krankenhausbehandlung sowie vor Aufnahme in Pflegeheim oder Reha-Einrichtung ● Rückkehrer aus ausländischen Risikogebieten ● Beschäftigte an Hamburger Schulen <p>(zur Kategorisierung der Personengruppen siehe Seite 16)</p>	<p>Symptomfreie Personen, die regelmäßig aus Präventionsgründen getestet werden sollen - sowie Personen, bei denen ein schnelles Resultat notwendig ist</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Präventive Testung von Mitarbeitern, Patienten/Bewohnern und Besuchern in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen (z.B. Einrichtungen des ambulanten Operierens, Dialyse, Krankenhäuser, Pflegeheime, Reha) ● Präventive Testung des Personals in Arztpraxen oder Praxen anderer med. Heilberufe (Physiotherapie, Ergotherapie) <p>(zur Kategorisierung der Personengruppen siehe Seite 16)</p>
Frequenz	Akut (einmalige Wiederholung)	Regelmäßig (z.B. einmal pro Woche) – abhängig vom Testkonzept

Wir bedanken uns bei Dr. Michael Späth für die labormedizinisch-fachliche Beratung bei der Erstellung der Übersicht.



Antikörper-Test

Nachweis einer Immunreaktion des Körpers auf das Virus

Antikörper, die das Virus bekämpfen, werden im Blutserum des Patienten nachgewiesen. Sind Antikörper in der Probe vorhanden, binden sie an im Labor synthetisierte Antigene. Diese Komplexe werden gemessen.

Negative Ergebnisse gelten als verlässlich. Falsch-positive Ergebnisse können auftreten, wenn der Test zu früh durchgeführt wird oder wenn die Person nicht mit SARS-CoV2, sondern anderen (schon länger kursierenden) Coronaviren infiziert war.

In der Endphase einer Infektion oder nach einer Infektion

Blut

Im Labor

Mit Transport ins Labor:
24 Stunden

Vornehmlich für infektionsepidemiologische Fragestellungen / Studien geeignet



In einigen Konstellationen können statt PCR-Tests ersatzweise PoC-Antigentests verwendet werden – z. B. bei begrenzter PCR-Kapazität oder falls ein schnelles Resultat notwendig ist. Siehe: www.rki.de → COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) → (nach unten scrollen) Diagnostik und Teststrategie → Nationale Teststrategie

Informationen zur Abrechnung finden Sie in unserer aktuellen Übersicht: www.kvhh.de → Corona Informationen für Praxen → (zur Zwischenüberschrift "Wichtige Dokumente" scrollen → Übersicht Corona-Tests in der Arztpraxis

Weitere Infos zum Einsatz von PoC-Antigentests

- Die Beschaffung von PoC-Antigentests erfolgt durch die Arztpraxis. Bitte nur Antigentests verwenden, die das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte ausweist: www.bfarm.de → Antigentests auf SARS-CoV-2
- 15 Euro Honorar für den Abstrich; Sachkosten in Höhe der Beschaffungskosten (maximal 7 Euro je Test). Bei Testung des eigenen Praxispersonals werden die Abstriche nicht vergütet, nur die Sachkosten.
- 70 Euro Honorar für die Schulung des mit präventiver Testung beauftragten Personals nicht-ärztlich geführter Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen
- Die erhöhten Arbeitsschutzanforderungen bei der Weiterverarbeitung des Abstrichs in der eigenen Arztpraxis sind zu beachten: www.baua.de

Fortsetzung auf Seite 16

Wer wird getestet?

Übersicht zur Kategorisierung der Zielgruppen und Testanlässe
(Fortsetzung der Tabelle von Seite 15)

SYMPTOMATISCHE PERSONEN

Bei symptomatischen Personen kommt weiterhin der PCR-Test zum Einsatz. Allerdings hat das Robert Koch-Institut Anfang November die Testkriterien modifiziert. Um eine Überlastung der Arztpraxen und Laborkapazitäten in den Herbst- und Wintermonaten zu verhindern, sollen nicht mehr alle Patienten mit einer akuten respiratorischen Symptomatik auf das SARS-CoV-2 getestet werden.

Der Fokus liegt auf Patienten mit schwerer oder sich verschlechternder respiratorischer Symptomatik. Sie sollen getestet werden – ebenso Patienten mit Geruchs- und Geschmackstörungen sowie Infektpatienten mit Kontakt zu einem bestätigten Fall.

Patienten mit leichterer Symptomatik wie Schnupfen oder Halsschmerzen sollen dagegen nur getestet werden, wenn zusätzliche Kriterien erfüllt sind. Dazu zählen Personen, die zu einer Risikogruppe gehören oder in einer Pflegeeinrichtung, Arztpraxis oder einem Krankenhaus tätig sind. Ein zusätzliches Kriterium kann auch der Kontakt zu vielen Personen, insbesondere zu Risikogruppen, sein (siehe Kasten).

Patienten mit leichter Erkrankung, die nicht getestet werden, sollten möglichst fünf Tage zu Hause bleiben, ihre Kontakte reduzieren und mindestens 48 Stunden symptomfrei sein, bevor sie die häusliche Isolation verlassen, rät das RKI. Bei sekundärer klinischer Verschlechterung wird eine sofortige Testung auf SARS-CoV-2 empfohlen.

ASYMPTOMATISCHE PERSONEN

Die am 15. Oktober 2020 in Kraft getretene Rechtsverordnung regelt die Testung von asymptomatischen Personen. Dabei wird im Wesentlichen zwischen drei Kategorien von Testungen unterschieden: Testungen von Kontaktpersonen, Testungen von Personen nach Ausbrüchen und rein präventive Testungen.

1. TESTUNG VON KONTAKTPERSONEN

Kontaktpersonen werden mit einem PCR-Test getestet. Die Testung von Kontaktpersonen in Arztpraxen erfolgt unter vereinfachten Rahmenbedingungen: Hier genügt es, dass die Person gegenüber dem Arzt darlegt, dass ein behandelnder Arzt oder der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) festgestellt hat, dass sie Kontakt zu einer auf SARS-CoV-2 positiv getesteten Person hatte.

In der Praxis wird dies in der Regel dadurch erfolgen, dass der Patient sagt, ihm sei mitgeteilt worden, er solle sich als Kontakt testen lassen. Häufig handelt es sich auch um Fälle, in denen der Arzt die Infektion festgestellt hat und nun Kontaktpersonen wie Familienmitglieder testet. „Darlegen“ heißt, es muss für den Arzt schlüssig sein.

Als Kontaktperson gilt unter anderen, wer in den letzten zehn Tagen mindestens 15 Minuten engen Kontakt mit einem Infizierten, insbe-

RKI-Testkriterien bei Patienten mit Symptomen

Schwere respiratorische Symptome (z. B. akute Bronchitis, Pneumonie, Atemnot oder Fieber) **ODER**

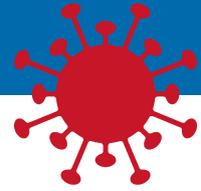
Störung des Geruchs- und Geschmackssinns **ODER**

Symptome und Kontakt (Kontaktperson 1) mit bestätigtem COVID-19-Fall **ODER**

Verschlechterung des klinischen Bildes nach anhaltenden akuten respiratorischen Symptomen **ODER**

akute respiratorische Symptome jeder Schwere **UND**

- Zugehörigkeit zu Risikogruppe **ODER**
- Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus **ODER**
- nach Exposition, zum Beispiel Veranstaltungen mit unzureichender Einhaltung der AHA+L-Regeln **ODER**
- Kontakt zu Personen mit akuter respiratorischer Erkrankung (im Haushalt oder Cluster ungeklärter Ursache **UND** 7-Tages-Inzidenz > 35/100.000) **ODER**
- während Symptomatik Kontakt zu vielen Personen **ODER**
- weiterhin (prospektiv) enger Kontakt zu vielen Personen oder Risikopatienten



sondere in einer Gesprächssituation, hatte oder mit ihm im selben Haushalt lebt. Auch Personen, die sich in räumlicher Nähe zu einer infizierten Person, zum Beispiel bei Feiern, beim gemeinsamen Singen oder Sporttreiben in Innenräumen, aufgehalten haben, gehören dazu. Ebenso Personen, die einen Warnhinweis der Corona-Warn-App erhalten haben.

2. TESTUNG VON PERSONEN NACH AUSBRÜCHEN

Hier geht es um PCR-Testungen von Personen, die in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen tätig oder untergebracht sind, betreut oder gepflegt werden. Dazu zählen beispielsweise Pflegeheime, Krankenhäuser und Arztpraxen.

Diese Personen können in der Arztpraxis getestet werden, wenn sie gegenüber dem Arzt darlegen, dass die Einrichtung oder der ÖGD in der Einrichtung einen Ausbruch festgestellt haben. Für Personen, die dort behandelt, untergebracht, gepflegt oder betreut wurden, gilt dies sogar für zehn Tage im Nachhinein – auch wenn sie die Einrichtung bereits verlassen haben.

3. REIN PRÄVENTIVE TESTUNGEN

Rein präventive Testungen, also Testungen, ohne dass ein Bezug zu einer Corona-Infektion besteht, sind zur Verhütung der Verbreitung des Corona-Virus in bestimmten Fällen möglich.

Testung vor Aufnahme in Einrichtungen

Einen Anspruch auf Testung haben Personen, die in eine Gesundheits-

oder Pflegeeinrichtung aufgenommen werden. Tests können also durchgeführt werden vor einer ambulanten OP, vor einer ambulanten Dialyse, vor einer ambulanten Krankenhausbehandlung – und außerdem vor Aufnahme in ein Pflegeheim oder eine Reha-Einrichtung. Voraussetzung ist, dass die Person gegenüber dem Vertragsarzt darlegt, dass die Testung durch den ÖGD oder die betreffende Einrichtung verlangt wurde. Die nationale Teststrategie sieht in diesen Fällen den Einsatz von PCR-Tests vor, um einen Eintrag der Infektion in die vulnerablen Gruppen zu verhindern.

Testung in Einrichtungen

Sollen Mitarbeiter, Patienten/ Bewohner und Besucher in Krankenhäusern, Einrichtungen des ambulanten Operierens, Dialyseeinrichtungen und Pflegeheimen regelmäßig vorsorglich getestet werden, müssen die Testkonzepte mit dem ÖGD abgestimmt werden. Für diese Testungen sind PoC-Antigentests vorgesehen.

Nach Auskunft der Hamburger Sozialbehörde hat das „Institut für Hygiene und Umwelt“ ein Modell-Testkonzept ausgearbeitet, das den Verbänden der Einrichtungsträger zur Verfügung gestellt wird. Personal in nicht ärztlichen Einrichtungen soll geschult werden, um die Schnelltests anwenden zu können – hierbei ist eine Beteiligung von Vertragsärzten denkbar.

Testung des Personals in Praxen

Vertragsärzte können vorsorglich Praxispersonal testen: das eigene

Praxispersonal, das Personal anderer Arztpraxen oder das Personal von Praxen anderer humanmedizinischer Heilberufe (wie Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie). Dabei kommen PoC-Antigentests zum Einsatz oder, sobald verfügbar, Antigen-Labortests, die zur Auswertung ins Labor geschickt werden. Vertragsärzte müssen das Testkonzept für ihre Praxis nicht mit dem ÖGD abstimmen.

Testung von Reiserückkehrern

Wer aus einem ausländischen Risikogebiet einreist, muss unverzüglich das Gesundheitsamt kontaktieren und sich für zehn Tage in häusliche Quarantäne begeben. Das Gesundheitsamt kann den Reiserückkehrer dazu auffordern, ein negatives Testergebnis vorzulegen oder einen Test zu machen. Die Quarantäne endet frühestens ab dem fünften Tag nach der Einreise, wenn ein negatives Testergebnis vorgelegt wird. Bei Reiserückkehrern sollen bevorzugt PCR-Tests zum Einsatz kommen, auch PoC-Antigentests sind möglich. Ausländische Risikogebiete weist das Robert Koch-Institut auf seiner Internetseite aus:

<https://rki.de/covid-19-risikogebiete>

Sonderregelung Hamburg: Testung von Beschäftigten an Hamburger Schulen

Alle Beschäftigte an Hamburger Schulen (z.B. Lehrer, Sekretariatskräfte oder Hausmeister) können sich kostenlos mittels PCR testen lassen. ■



Corona-Testergebnis via App

Was Praxen und App-Nutzer beachten sollten, damit das Verfahren funktioniert

Mit der Corona-Warn-App können Testergebnisse schneller übermittelt werden. Die Testperson erhält dazu einen QR-Code, um den Befund digital einlesen zu können. Was muss beachtet werden, damit das Verfahren funktioniert?

WAS PRAXEN BEACHTEN SOLLTEN

- Nutzen Sie für die Testung auf SARS-CoV-2 ausschließlich die eigens für diese Testung entwickelten Auftragsformulare Muster 10C oder Muster OEGD.
- Kopieren Sie auf keinen Fall das Auftragsformular. Der aufgedruckte QR-Code ist für jede Person individuell und kann nur einmal verwendet werden. Wird der QR-Code mehrmals verwendet, kann das Testergebnis nicht übermittelt werden.
- Achten Sie darauf, dass das Einwilligungsfeld zur Übermittlung des Testergebnisses in die Corona-Warn-App angekreuzt bzw. markiert ist, wenn die Testperson einverstanden ist. Ohne Einverständniserklärung wird der Befund nicht an die Corona-Warn-App übermittelt.
- Trennen Sie den unteren Teil des Auftragsformulars (Patientenabschnitt) ab, und händigen diesen dem Patienten aus. Erklären Sie, dass der

QR-Code auf dem Formular in die Corona-Warn-App eingelesen werden muss, um das Testergebnis über die App zu erhalten.

- Denken Sie frühzeitig an die Nachbestellung der Auftragsformulare Muster 10C oder Muster OEGD.

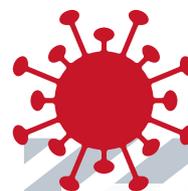
WAS APP-NUTZER BEACHTEN SOLLTEN

- Versicherte müssen zustimmen, wenn sie über das Testergebnis per App informiert werden wollen. Dafür setzt der Arzt ein Häkchen auf dem Formular 10C und OEGD. Ist das Häkchen gesetzt, darf das Labor die Daten an den App-Server übermitteln.
- Versicherte scannen den QR-Code, den sie von ihrem Arzt erhalten haben, ein. Dann wird ihnen das Testergebnis über die App zugestellt, sobald es verfügbar ist.
- Liegt ein positives Testergebnis vor, müssen Versicherte es aktiv über die App freigeben, damit andere App-Nutzer gewarnt werden können.

Für alle technischen und weiteren Fragen rund um die Corona-Warn-App können Sie sich direkt an die kostenfreie technische Hotline wenden.

Tel: 0800 754 0001

Mo. - Sa. von 7 bis 22 Uhr



Hamburg: Maskenpflicht bei Gesundheitsbehandlungen

Mit Änderung der Eindämmungsverordnung hat der Hamburger Senat zum 2. November 2020 eine Maskenpflicht bei Gesundheitsbehandlungen eingeführt. Demnach müssen Ärzte und Praxismitarbeiter sowie Patienten einen Mund-Nasenschutz tragen, wenn bei der Behandlung ein Mindestabstand von 1,5 Metern unterschritten wird. Der Mund-Nasenschutz darf vorübergehend abgelegt werden, wenn dies (zum Beispiel zur Durchführung der Behandlung) zwingend erforderlich ist. Eine Plexiglasabschirmung ersetzt den Mund-Nasenschutz nicht.

Informationsportal für Gesundheits-Apps



Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat ein Informationsportal für Gesundheits-Apps online gestellt. Es bietet registrierten Ärzten und Psychotherapeu-

ten die Möglichkeit, sich über sämtliche in App-Stores gehostete Gesundheits-Apps zu informieren. Außerdem können Nutzer die Apps kommentieren und bewerten. Angemeldete Nutzergruppen haben die Möglichkeit,

ein ausführliches Gutachten zu Gesundheits-Apps beim Zi anzufragen.

Aktuell sind über 3.300 Gesundheits-Apps in der Datenbank katalogisiert. Auch alle Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) werden aufgenommen - also Gesundheits-Apps, die das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Medizinprodukte aufgenommen hat. Derzeit enthält das Verzeichnis fünf DiGAs. ■

Informationsportal für Gesundheits-Apps:
www.kvapp radar.de

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:

- Bestätigender Schriftwechsel über die Gripeschutz-Impfung für Kinder mit der AOK Rheinland/Hamburg, der IKK classic, der KNAPPSCHAFT, der Techniker Krankenkasse (TK), der BARMER und der Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Bestätigender Schriftwechsel 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 vertreten durch die Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB). (Hinweis: Die Zustimmung der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) steht noch aus.)
- 3. Nachtrag zum Vertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen der AG Vertragskoordination (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.)
- 3. Nachtrag zur Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Versorgung von Sprechstundenbedarf („Kontrastmittel“) (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 10/2020 wurde der 1. Nachtrag zum Vertrag vom 1. Juli 2020 über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulan-

ten Versorgung von Typ 2 Diabetikern nach § 137f SGB V unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des 1. Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren ist nunmehr abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 11/2020 wurde der 1. Nachtrag zum Vertrag zur Durchführung von Testungen von Lehrkräften auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) mit der Freien und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des 1. Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren ist nunmehr abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.
- Im KVH-Journal 11/2020 wurde der 3. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2020 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

Hinweis: aktualisierte Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

- 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: 6. Oktober 2020: Die Liste wurde wie folgt aktualisiert:
Ende zum 31.12.2020
actimonda Krankenkasse
atlas BKK ahlmann
Aktualisierung der Anschrift
Continental BKK

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



VON DR. RAINER ULLMANN

Neue Regeln für die Heilmittel-Verordnung

Am 1. Januar 2021 tritt die überarbeitete Heilmittel-Richtlinie in Kraft. Für die Verordnung von Heilmitteln gibt es nur noch ein Formular, das per Stichtagsregelung eingeführt wird.

Ziel der Neuregelung war es, die Verordnung von Heilmitteln zu vereinfachen und die Praxen zu entlasten. Hier die wichtigsten Änderungen bei der Heilmittelverordnung im Überblick.

Verordnungsfall und orientierende Behandlungsmenge statt Regelfallsystematik

Die komplizierte Regelfallsystematik wird abgelöst: Künftig wird nicht mehr unterschieden in „Erstverordnung“, „Folgeverordnung“ und „Verordnung außerhalb des Regelfalls“. Stattdessen ist der Verordnungsfall maßgeblich. Der Verordnungsfall umfasst alle Verordnungen

- einer Ärztin/eines Arztes
- auf Grund derselben Diagnose (3-stelliger ICD-Code, z.B. M50. Zervikale Bandscheibenschäden) und
- derselben Diagnosegruppe (z.B. WS), auch bei Wechsel der Leitsymptomatik oder der Heilmittel.

Bisherige Heilmittelverordnungen sollen erfragt werden. Ein neuer Verordnungsfall beginnt

- bei Arztwechsel,
- bei einer neuen Diagnose (z.B. M51. Sonstige Bandscheibenschäden), auch wenn sie zur selben Diagnosegruppe gehört,
- 6 Monate nach der Ausstellung der letzten Verordnung, unabhängig davon, wann die letzte Behandlung stattgefunden hat.

Es ist für die Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht relevant, ob die orientierende Verordnungsmenge überschritten wird oder ob ein neuer Verordnungsfall beginnt.

Für jede Diagnosegruppe wird jetzt eine „orientierende Verordnungsmenge“ angegeben. Der Begriff soll deutlich machen, dass sich die Ärztin

oder der Arzt bei der Verordnung an dieser Menge orientieren, aber je nach medizinischem Bedarf des Patienten davon abweichen kann.

Die Aufteilung der Heilmittel in „vorrangig“ und „optional“ ist aufgegeben worden. Die vorrangigen Heilmittel werden zusammengezählt; die „ergänzenden“ Heilmittel werden nur gezählt, wenn sie isoliert verordnet werden. Wenn diese orientierende Verordnungsmenge überschritten wird, weist das PVS darauf hin. Die weitere Verordnung muss nur noch in der Patientendatei (nicht mehr auf dem Formular) begründet werden. Die Genehmigungspflicht, auf die die meisten Krankenkassen ohnehin bereits verzichtet hatten, entfällt vollständig.

Bei Verordnungen für die Ausnahmeindikationen des langfristigen Heilmittelbedarfs dürfen wie bisher die für maximal 12 Wochen notwendigen Behandlungen verordnet werden. Das ist auch so bei den Verordnungen für vergleichbar schwere Schädigungen, die – wie bisher – von den Kassen genehmigt werden müssen. Jetzt gilt diese Regelung auch für die Indikationen des besonderen Verordnungsbedarfs entsprechend der zwischen KBV und GKV-SV konsentierten Diagnoseliste. Diese Diagnosen müssen bis zur 4. Stelle codiert werden. Die Verordnung bleibt auch gültig, wenn nicht alle Behandlungseinheiten in der 12-Wochenfrist erbracht worden sind.

Ein Formular für alle Heilmittelverordnungen

Die neue Version des Muster 13 ersetzt die alten Muster 13, 14 und 18. Dabei gilt eine Stichtagsregelung: Ab 1. Januar 2021 muss das neue Formular genutzt werden. Es ist über den Paul Albrechts-Verlag zu beziehen.

Das neue Formular ist für die Verordnung sämtlicher Heilmittel einzusetzen. Es darf nur ein Heilmittelbereich angekreuzt werden. Allerdings ist es möglich, an einem Tag mehrere Formulare auszustellen. Das ist bei vielen Diagnosen in den Listen „Langfristiger Heilmittelbedarf“ und „Besonderer Verordnungsbedarf“ notwendig. Der Vordruck ist systematisch aufgebaut:

- **Auswahl des Heilmittelbereichs**
Für jeden Heilmittelbereich muss eine gesonderte Verordnung ausgestellt werden
- **Relevante Diagnose nach ICD-Code**
Bei Eingabe des ICD-Codes gibt das PVS die Diagnose als Klartext an; sie kann ergänzt werden.
- **Diagnosegruppe**
Da nicht mehr nach der erwarteten Dauer des Behandlungsbedarfs unterschieden wird, gibt es weniger Diagnosegruppen. Wie bisher sind die angeführten Diagnosen als Beispiele genannt; die Diagnosegruppe gilt daher auch für ähnliche Diagnosen. Die „Krankhafte Störung des Schluckaktes“ ist jetzt eine eigenständige Diagnosegruppe und kann mit Schlucktherapie behandelt werden.
- **Leitsymptomatik**
Die Leitsymptomatik kann mit einem oder mehreren Buchstaben codiert oder frei beschrieben werden. Der von dem PVS für die Buchstabencodierung angebotene Klartext kann individuell bearbeitet werden.
- **Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs**
Es dürfen wie bisher nur die Heilmittel verordnet werden, die im Katalog genannt sind. Die früheren „optionalen Heilmittel“ sind jetzt bei den „vorrangigen Heilmitteln“ eingeordnet. Zusätzlich gibt es weiter die „ergänzenden Heilmittel“ Wärme-, Kälte- und Elektrotherapie. Diese dürfen auch isoliert verordnet werden, wenn sie im Ka-



Zuzahlungsfrei	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Zuzahlungspflichtig	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Unfallfolgen		
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr. Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr. Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code

Diagnosegruppe	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	<input type="checkbox"/> a	<input type="checkbox"/> b	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik
----------------	---	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittelverordnung 13

Physiotherapie
 Podologische Therapie
 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
 Ergotherapie
 Ernährungstherapie

Heilmittel nach Maßgabe des Katalogs

Heilmittel	Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

--	--

Therapiebericht Hausbesuch ja nein Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)

talog als ergänzende Heilmittel genannt werden. Die verordnungsfähigen Heilmittel werden von dem PVS angezeigt und dürfen kombiniert werden: bei Physio- und Ergotherapie maximal drei unterschiedliche Heilmittel, bei den logopädischen Heilmitteln bis zu drei verschiedene

Aus drei mach eins: Die alten Formulare werden durch das neue Muster 13 ersetzt.



Behandlungszeiten. Die Menge der zusätzlich ergänzend verordneten Heilmittel darf die Menge der vorrangigen Heilmittel nicht überschreiten.

Doppelbehandlungen sind jetzt ausdrücklich in medizinisch begründeten Ausnahmefällen erlaubt. Bevorzugt soll Gruppenbehandlung verordnet werden, Einzeltherapie nur, wenn sie medizinisch zwingend notwendig ist. Es können ergänzende Angaben gemacht werden (z.B. Doppelbehandlungen, Art der Wärmetherapie). Die Zahl der Massagetherapien ist jetzt auf 12 (vorher 10) im Verordnungsfall begrenzt. Das PVS erlaubt eine Überschreitung nicht.

Die Gesamtzahl der Behandlungseinheiten für die vorrangigen Heilmittel je Verordnung ist im Heilmittelkatalog festgelegt; auch hier erlaubt das PVS keine Überschreitung. Standardisierte Heilmittelkombinationen dürfen wie bisher nur bei komplexen Schädigungsbildern verordnet werden, aber jetzt mit bis zu 12 statt vorher 10 Behandlungseinheiten im Verordnungsfall. Es müssen mindestens drei Heilmittel eingetragen werden; die Entscheidung darf aber auch den Therapeutinnen überlassen werden.

Das PVS wird das Feld Therapiefrequenz mit „1-3x wöch.“ belegen; das vermindert Rückfragen der Heilmittel-Therapeuten. Die Frequenz darf aber auch ärztlich festgelegt werden. Ein Hausbesuch darf wie bisher nur verordnet werden, wenn er aus medizinischen Gründen notwendig ist.

- **Behandlungsbeginn**

Die Verordnung ist 28 Tage gültig, aber nur 14 Tage, wenn das Feld „Dringlicher Behandlungsbedarf“ markiert wird.

Unabhängig von der Novellierung der Heilmittel-Richtlinie gibt es zwei Neuerungen:

Änderungen bei der Podologie: Bereits seit dem 1. Juli 2020 darf Podologische Therapie auch bei Gefühls- oder Durchblutungsstörungen bei Neuropathien (NF) und beim Querschnittssyndrom (QF) verordnet werden, die dem Diabetischen Fußsyndrom vergleichbar sind (wie bisher nur beim Wagner-Stadium 0). Neu ist die Verordnungsmöglichkeit bei eingewachsenem Zehennagel Stadium 1.

Psychotherapeuten dürfen ab Januar 2021 Ergotherapie verordnen (siehe Kasten rechts).

Übergangsregelungen

Verordnungen, die vor dem 1. Januar 2021 ausgestellt worden sind, gelten nach diesem Tag weiter, bis alle Behandlungen erbracht wurden. Alle Verordnungen ab dem 1. Januar 2021 gelten als neuer Verordnungsfall.

Die für die vorgesehenen Blankoverordnungen notwendigen Verträge zwischen dem GKV-SV und den Heilmittelerbringern, bei denen die KBV beteiligt ist, sollen bis zum Frühjahr 2021 abgeschlossen sein. Wir werden Sie informieren.

Keine wesentlichen prüfungsrelevanten Änderungen

Die Prüfverfahren sind von den Änderungen nicht betroffen. Nach der alten Regelung sollten Verordnungen außerhalb des Regelfalls von den Kassen genehmigt werden; damit wären sie wirtschaftlich gewesen. Jetzt gibt es das Genehmigungsverfahren nicht mehr. Die meisten Kassen hatten schon lange auf dieses Verfahren verzichtet.

Für die Wirtschaftlichkeitsprüfung werden die Verordnungskosten addiert. Kosten für die Behandlung der Krankheiten, die in der Liste

„Langfristiger Heilmittelbedarf“ genannt und der Krankheiten, die auf Antrag des Patienten von der Kasse als „vergleichbar schwere Schädigung“ anerkannt sind, erscheinen nicht in der Wirtschaftlichkeitsberechnung. Krankheiten auf der Liste „Besonderer Verordnungsbedarf“ werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anerkannt.

Bei diesen Gruppen darf der Bedarf für jeweils 12 Wochen verordnet werden; die Verordnung bleibt auch gültig, wenn die Behandlungen nicht in dieser Zeit erbracht wurden.

Fazit: Der bürokratische Aufwand ist in der neuen Version der Heilmittel-Richtlinien etwas geringer (ein Formular, weniger Diagnosegruppen, kein Genehmigungsverfahren mehr). Das PVS zeigt jetzt die möglichen Eintragungen an, verhindert Überschreitungen der erlaubten Verordnungsmengen pro Formular und erleichtert so das Ausfüllen. Für einen Patienten dürfen und sollen zu Lasten der GKV wie bisher die Heilmittel verordnet werden, die für diesen Patienten notwendig sind. ■

DR. RAINER ULLMANN, beratender Arzt in der Praxisberatung der KV Hamburg

Weitere Informationen: **Broschüre „Praxis-Wissen Heilmittel“** www.kbv.de → Mediathek → Publikationen → Praxis-Wissen → „Praxis-Wissen Heilmittel“

Die Broschüre liegt am 11. Dezember 2020 auch dem Deutschen Ärzteblatt bei.

Ausfüllanleitung für das neue Muster 13: www.kbv.de/media/sp/Muster_13_Vordruckerlaeuterungen.pdf

Auch Psychotherapeuten können Ergotherapie verordnen

Ab 1. Januar 2021 können auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Ergotherapie verordnen, wenn psychische Erkrankungen beziehungsweise bestimmten Erkrankungen des zentralen Nervensystems oder Entwicklungsstörungen vorliegen. Die KBV bietet hierzu eine Praxisinformation an.

Hintergrund der Neuregelung ist das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Damit wurden die Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erweitert.

Möglichkeiten der Ergotherapie: Durch Ergotherapie werden Patienten dabei unterstützt, ihre beispielsweise durch Erkrankung oder Verletzung ganz oder teilweise verloren gegangene Handlungsfähigkeit (wieder) zu erlangen – oder bei Kindern beispielsweise eine nicht oder nicht ausreichend entwickelte Handlungsfähigkeit zu erreichen.

Eine konkrete ergotherapeutische Maßnahme, die laut Heilmittel-Richtlinie des G-BA zum Beispiel bei depressiven Störungen oder einem Abhängigkeitssyndrom verordnet werden darf, ist beispielsweise Hirnleistungstraining.

Indikationsspektrum für Psychotherapeuten: Die Verordnung ist möglich bei einer Erkrankung aus dem Indikationsspektrum der Richtlinien-Psychotherapie,

zum Beispiel bei Angststörungen. Außerdem kann sie bei einer Erkrankung erfolgen, bei der eine neuropsychologische Therapie angewendet werden kann (gemäß Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA (konkret: Anlage I Ziffer 19 § 4).

Darüber hinaus ist eine Verordnung möglich bei allen anderen Diagnosen des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10 – bei diesen Indikationen ist allerdings der behandelnde Arzt zu informieren und die Verordnung bei Bedarf mit ihm abzustimmen.

Praxisinfo für Psychotherapeuten: Näheres zur Verordnung von Ergotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat die KBV in einer Praxisinformation zusammengestellt. Das PDF-Dokument kann kostenfrei heruntergeladen werden: www.kbv.de → Mediathek → Praxisinformationen → „Praxisinfo: Psychotherapeuten können ab Januar 2021 Ergotherapie verordnen“



Sichere Kommunikation im Medizinwesen

Die KBV bietet einen eigenen Dienst zum Versand von Arztbriefen, AU-Bescheinigungen und Befunden an

kv.dox

Für den elektronischen Versand von Arztbriefen, AU-Bescheinigungen und Befunden benötigen Praxen einen

Dienst für die sichere „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM). Mit kv.dox bietet nun auch die KBV einen solchen Dienst an. Anders als bei einem herkömmlichen E-Mail-Programm sind bei kv.dox sensible Patienten- und Arztdaten sicher und zuverlässig geschützt.

Für acht Euro im Monat können kv.dox-Nutzer so viele Nachrichten empfangen und versenden wie gewünscht; das Datenvolumen ist nicht begrenzt. Im Preis enthalten sind die Einrichtungsgebühren sowie der technische Support. Der erste Monat ist kostenfrei. Man zahlt für kv.dox nicht mehr, als über die zwi-

schon KBV und Kassen ausgehandelte Finanzierungspauschale hereinkommt.

Der KIM-Dienst der KBV passt zu allen Praxisverwaltungssystemen. Die kv.dox-Nutzer können mit allen Ärzten, Psychotherapeuten, Kassenärztlichen Vereinigungen, Zahnärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen oder Apothekern bundesweit kommunizieren, die einen KIM-Dienst verwenden, egal von welchem Anbieter.

Voraussetzung für alle KIM-Dienste ist eine Anpassung des Praxisverwaltungssystems und ein Update des in den Praxen bereits vorhandenen TI-Konnektors zum E-Health-Konnektor. Außerdem benötigt man einen eHBA (elektronischer Heilberufsausweis) der zweiten Generation für die qualifizierte elektronische Signatur. ■

Bestellung über: www.kbv.de/html/kvdox.php

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 wirtschaftlichkeitsgebot aus dem blick zu verlieren? in der praxisberatung der kvh finden sie gemeinsam mit erfahrenen ärzten und apothekern lösungen. fragen sie uns einfach!



G-BA plant Aussetzung des QS-Verfahrens Wundinfektion

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) plant, das Qualitätssicherungsverfahren Wundinfektion für das Erfassungsjahr 2020 auszusetzen. Es ist davon auszugehen, dass die beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzte im Januar und Februar 2021 nicht für das Jahr 2020 dokumentieren müssen.

Die KBV hatte sich für eine Aussetzung des Verfahrens eingesetzt. Das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (sQS)

„Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ beinhaltet unter anderem eine Einrichtungsbefragung, in der aus Sicht der KBV die Fragen unspezifisch formuliert sind. Auch gibt es zu wenige Daten zur Ermittlung einer Wundinfektionsrate. Während das Verfahren ausgesetzt ist, soll die Einrichtungsbefragung überarbeitet werden. ■

Über den Beschluss des G-BA (voraussichtlich im Dezember) werden wir Sie zeitnah auf der Homepage der KV Hamburg informieren: www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Praxis → Qualität → Meldungen Qualitätssicherung

**Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung**

**Laura Goldmann, Tel: 22 802-574
laura.goldmann@kvhh.de**

**Sabrina Pfeifer, Tel: 22 802-858
sabrina.pfeifer@kvhh.de**

**Michael Bauer, Tel: 22 802-388
michael.bauer@kvhh.de**

QUALITÄTSMANAGEMENT

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

Praxis	Adresse	von	bis
Dr. med. Maren Oberländer Allgemeinmedizin	Lohbrügger Landstr. 4 Hamburg	1.2.2020	1.2.2023
Dr. med. Matthias Lütten Dermatologie	Neuenfelder Str. 31 Hamburg	27.4.2019	27.4.2022
Gynäkologische Praxisklinik Harburg	Harbuger Ring 10 Hamburg	19.11.2019	19.11.2022
Praxis für Gefäßmedizin Dr. med. Jörg Schweichler	Groß-Flottbeker Str. 1 Hamburg	30.11.2019	30.11.2022
Proktologie Niendorf	Tibarg 21, Hamburg	16.12.2019	16.12.2022
Ärzte Am Kaiserkai Christoph Richter, Charlotte Stucke in Praxisgemeinschaft mit Niels Schulz-Ruhtenberg Innere Medizin / Allgemeinmedizin	Am Kaiserkai 46 Hamburg	19.7.2020	19.7.2023
Forster & Team Praxis am Mönckebergbrunnen Psychotherapie / Psychiatrie	Spitalerstraße 32 Hamburg	8.6.2020	8.6.2023

VON DR. RAINER ULLMANN

Doc-Hopping bei Benzodiazepin- und Pregabalinverordnungen

Wie lässt sich vermeiden, dass Patienten verschiedene Praxen aufsuchen, um an möglichst große Mengen bestimmter Medikamente zu kommen?

Den Hamburger GKV-Verordnungsdaten von 2019 ist zu entnehmen, dass sich ca. 90 Versicherte während eines Jahres von mindestens 5 und bis zu 45 Praxen Benzodiazepine und Pregabalin verschreiben ließen. Das sind etwa 1% der Patienten, denen diese Medikamente verordnet wurden.

Von den 1400 Praxen, die Benzodiazepine oder Pregabalin verordnet haben, waren über 400 an den Verordnungen für Doc-Hopper beteiligt. Clonazepam wurde von 15, Pregabalin von 45 Doc-Hoppern nachgefragt. Diese haben aus den verschiedenen Praxen insgesamt 15 Prozent der Clonazepam- und 5 Prozent der Pregabalinverordnungen bekommen. Es fällt auf, dass neben Pregabalin und dem früher noch mehr gefragten Rivotril auch Alprazolam, Diazepam und Zopiclon gelegentlich bei mehreren Praxen erbeten wird. Einzelne Versicherte erhielten dadurch mehrere tausend Tagesdosen (DDD) der verschiedenen Medikamente. Es ist davon auszugehen, dass viele dieser Medikamente nicht indikationsgerecht eingenommen werden. Einige werden wegen des sedierenden und euphorisierenden Effekts genutzt, andere weiterverkauft. Der Schwarzmarktpreis für 2mg Clonazepam oder 300mg Pregabalin beträgt 1 Euro. Beim Clonazepam

wird mit der Angabe der DDD die verordnete Menge unterschätzt. Hier ist die DDD mit 8mg auf die einzige Indikation als Antiepileptikum berechnet. Diese Dosis entspricht 4 Tabletten zu 2mg oder 40mg Diazepam.

Tabelle 1: Gesamte Verordnungen an einzelne Patienten in DDD und Zahl der beteiligten Praxen

Arzneimittel	DDD	Praxen
Alprazolam	395 - 2050	5 - 10
Bromazepam	54 - 558	5 - 11
Clonazepam	113 - 2550	5 - 30
Diazepam	615 - 2210	5 - 22
Flunitrazepam	2100	34
Lorazepam	404 - 1490	5 - 21
Zolpidem	655 - 1280	7 - 10
Zopiclon	305 - 1775	5 - 23
Pregabalin	282 - 17038	5 - 46

Ziel dieses Artikels ist es, die Verordnungen an Doc-Hopper zu vermindern. Deshalb unsere Bitte: Sprechen Sie sich mit einem Vertreter ab, wenn Sie Benzodiazepine oder Pregabalin für einen längeren Zeitraum verordnen und bitten Sie den Vertreter darum, Ihnen die verordneten Mengen mitzuteilen. Informieren Sie die Patienten, an welchen Vertreter sie sich wenden sollen. Ärzte, die nicht um eine

solche Vertretung gebeten wurden, sollen möglichst keine Benzodiazepine und kein Pregabalin vertretungsweise verordnen. Wenn der Wunsch berechtigt erscheint, sollte nur die für die angegebene Zeit notwendige Menge in einer möglichst geringen Tablettenstärke verordnet und die behandelnde Praxis informiert werden. Informieren Sie bitte die Abteilung Praxisberatung der KV, wenn der Verdacht auf einen Arzneimittelmisbrauch besteht (E-Mail: praxisberatung@kvvh.de).

Daneben ist aufgefallen, dass einige Praxen einzelnen Patienten Mengen verschreiben, die deutlich über die in den Fachinformationen empfohlenen Höchstmengen hinausgehen.

Tabelle 2: Höchste Verordnungsmengen einzelner Praxen an einzelne Patienten in DDD

Arzneimittel	DDD
Alprazolam	1500
Bromazepam	1920
Clonazepam	1075 (4300 Tbl à 2mg)
Diazepam	2883
Flunitrazepam	1180
Lorazepam	2590
Zolpidem	960
Zopiclon	1900
Pregabalin	3852

Tabelle 3: DDD, Höchstdosen nach Fachinformation, Äquivalenzdosen

	Alprazolam	Bromazepam	Clonazepam	Diazepam	Flunitrazepam	Lorazepam	Pregabalin	Zolpidem	Zopiclon
DDD in mg	1	10	8	10	1	2,5	300	10	7,5
Maximaldosis lt. Fachinformation in mg	4	12; mehr in Einzelfall im KH	8; darf falls erforderlich überschritten werden	ambulant 10; höhere Dosen in der Regel nur stationär	2; sollte nicht überschritten werden	2,5; im Einzelfall im Krankenhaus 7,5	600	10; darf nicht überschritten werden	7,5; sollte nicht überschritten werden
Äquivalenzdosis in mg	0,5-1,5	6	0,5-2	10	1	1-2		10-20	7,5-15

Beachten Sie bitte bei der Verordnung die Angaben in der Fachinformation zu Indikation und Dosierungsgrenzen (siehe Tabelle 3).

Clonazepam ist nur bei einigen Epilepsien und nur als Zusatztherapie oder bei Nichtansprechen auf andere Arzneimittel zugelassen, Alprazolam, Bromazepam und Diazepam für die symptomatische Behandlung von akuten und chronischen Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen. Die Gesamtdauer der Behandlung einschließlich der Absetzphase soll einen Zeitraum von 8 bis 12 Wochen nicht überschreiten. In bestimmten Fällen kann eine längere Behandlung nötig werden.

Flunitrazepam, Lorazepam, Zolpidem und Zopiclon dürfen nur zur Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen verordnet werden. Die

Indikationen für Pregabalin umfassen neuropathische Schmerzen, generalisierte Angststörungen und partielle (fokale) epileptische Anfälle (als Zusatztherapie).

Eingeschränkt wird die Verordnung dieser Arzneimittel auch durch die Arzneimittel-Richtlinie. In Anlage III Nr. 32 wird eine besondere Begründung bei längerfristiger Anwendung von Hypnotika/Sedativa gefordert.

Ein erheblicher Teil der Benzodiazepine und Pregabalin wird privat verordnet. Das ist keine Lösung des Problems. Zum einen darf der Arzt nach §7 (8) der Berufsordnung einer missbräuchlichen Verwendung seiner Verschreibung keinen Vorschub leisten. Auch Weitergabe oder Handel ist eine missbräuchliche Verwendung. Eine nicht indizierte

Verschreibung ist ein Verstoß gegen die Berufsordnung.

Auf der anderen Seite stehen dem Versicherten die zur Behandlung notwendigen Medikamente zu Lasten seiner Kasse zu. Wenn Medikamente indiziert sind, müssen sie zu Lasten der Kasse verordnet werden. Wenn sie nicht indiziert sind, dürfen sie weder auf einem Kassen- noch auf einem Privat Rezept verordnet werden.

Apotheker kopieren die Privatrezepte für Ihre Dokumentation. So können sie sich gegen einen möglichen Vorwurf wehren, sie würden rezeptpflichtige Arzneimittel ohne Rezept abgeben. ■

DR. RAINER ULLMANN,
beratender Arzt in der
Praxisberatung der KV Hamburg



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Risikokommunikation von COVID-19-Mortalitätsdaten

Zur Bewertung der Daten braucht es eine differenzierte und vergleichende Einordnung.

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



Ein wichtiges Anliegen der Evidenzbasierten Medizin (EbM) ist die verständliche Kommunikation von wissenschaftlichen Daten. Zahlen ohne Bezugsgrößen können nicht sinnvoll gedeutet werden. Der Rahmen, in den Zahlen gestellt werden, das sogenannte *framing*, kann die Bewertung der Daten wesentlich beeinflussen. Daher gibt es seit Jahren Kriterien für eine wissenschaftsbasierte Risikokommunikation zu Gesundheitsthemen. Das EbM-Netzwerk hat seit Beginn der Pandemie in mehreren Stellungnahmen eine verständliche Risikokommunikation eingefordert. Dennoch werden diese Kriterien in der medialen Berichterstattung zu SARS-CoV-2/COVID-19 weiterhin nicht angemessen berücksichtigt (1,2).

Am Beispiel der Mortalitätsdaten zu SARS-CoV-2/COVID-19 lassen sich wichtige Kennziffern einer verständlichen Risikokommunikation darstellen.

BEZUGSRAHMEN DEUTSCHE BEVÖLKERUNG

Angenommen, der Bezugsrahmen ist die deutsche Bevölkerung mit 83 Millionen Einwohnern. Pro Jahr versterben in Deutschland etwa 950.000 Menschen oder 1140 pro 100.000 Einwohner. Das ergibt durchschnittlich pro Tag 2600 (3 pro 100.000) und pro Woche 18.000 (21 pro 100.000) Menschen, die an irgendeiner Todesursache versterben (3).

Zum Vergleich von Ländern wird auch die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt genutzt. In Deutschland beträgt sie für das Jahr 2018 für Jungen 78,6 Jahre und für Mädchen 83,3 Jahre. Damit liegt Deutschland im unteren Mittelfeld der Europäischen Union. Die höchste Lebenserwartung haben Mädchen mit 86,3 Jahren in Spanien und Jungen mit 81,2 Jahren in Italien (4).

Auch für bestimmte Altersgruppen kann entweder die Wahrscheinlichkeit in einem Zeitraum zu versterben oder die restliche Überlebenszeit angegeben werden. Beispielsweise beträgt für die Altersgruppe 80 - 85 Jahre die Wahrscheinlichkeit, im folgenden Jahr zu versterben, für Männer durchschnittlich 7%, für Frauen 5% mit einer erheblichen Schwankungsbreite in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand; die durchschnittliche restliche Überlebenszeit beträgt für Männer 8 Jahre und für Frauen 9,5 Jahre (3).

AKTUELLE KOMMUNIKATION ZU SARS-COV-2/COVID-19

Die öffentlichen Medien berichten zu SARS-CoV-2/COVID-19 überwiegend Rohdaten ohne Bezugsgrößen.

Es sind dies die bisher aufsummierten (kumulativ) und neu gemeldeten Infektionen und Todesfälle, seit einiger Zeit auch die durchschnittlich über die letzten 7 Tage ermittelten COVID-19-Fälle. Zum Vergleich von Regionen innerhalb Deutschlands gibt es auch Angaben pro 100.000 Einwohner. Zur Beschreibung des Infektionsgeschehens in anderen Ländern werden weiterhin häufig nur Rohdaten genutzt ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Einwohnerzahlen. Vergleiche mit anderen Todesursachen fehlen. Lediglich zur Grippe gibt es gelegentlich Kommentierungen, ohne jedoch die Informationen bereit zu stellen, die für eine Einordnung der Daten notwendig wären (siehe unten).

Mit Stand 11. November meldet das Robert-Koch-Institut (RKI) eine kumulative COVID-19-Fallzahl von etwa 700.000 (850 pro 100.000), sowie die kumulative Zahl an COVID-19-assoziierten Todesfällen von 11.770 (14 pro 100.000) (5).

FALLSTERBLICHKEIT, INFektionsSTERBLICHKEIT UND DIAGNOSEBIAS

Das RKI wertet alle gemeldeten labordiagnostischen Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle (3). Personen mit positivem Testergebnis, die versterben, gelten als COVID-19-Todesfälle, selbst wenn die eigentliche Todesursache eine schwere Grunderkrankung oder ein anderes akutes Leiden ist. Damit gibt es, beispielsweise im Vergleich zur Grippe, einen erheblichen Diagnose-/Klassifikations-Bias (siehe unten).

Das Verhältnis von Todesfällen zu COVID-19-Fällen wird als Fallsterblichkeit (CFR, case-fatality-rate) bezeichnet, das Verhältnis von Todesfällen zu Infizierten als Infektionssterblichkeit (IFR, infection-fatality-rate). Die IFR kann nur geschätzt werden, da die jeweilige Dunkelziffer der SARS-CoV-2-Infizierten unbekannt ist.

Zu SARS-CoV-2/COVID-19 gibt es keine exakte Definition von Test-Positiven, Infizierten und Erkrankten. Der Nachweis von Virusfragmenten im PCR-Test erlaubt

keinen Aufschluss über das Ansteckungsrisiko oder ob eine Erkrankung überhaupt vorliegt. Ein erheblicher Anteil der COVID-19-Fälle ist symptomlos oder hat nur leichte Beschwerden eines respiratorischen Infekts (6). Üblicherweise würde in einer solchen Situation weder ein Arztkontakt erfolgen noch ein Erregernachweis. Beim Vergleich mit anderen Infektionskrankheiten, beispielsweise Influenza, ist dies ein relevanter Faktor für diagnostische Verzerrung (Diagnose-Bias, siehe unten).

HOHE VARIANZ DER MORTALITÄTSDATEN

Bei Beginn der Pandemie wurden überwiegend symptomatische und erkrankte Personen auf SARS-CoV-2 getestet. Ein hoher Anteil der Infizierten und Verstorbenen waren Bewohner und Bewohnerinnen von Alten- und Pflegeheimen. Die CFR erreichte in Deutschland Mitte April einen Höchstwert von fast 7%. Während der Sommermonate wurden in Reihenuntersuchungen, z.B. bei Reiserückkehr, zunehmend gesunde Personen getestet, und es gab insgesamt mehr Testungen. Bei Personen mit einem positiven Testergebnis auf SARS-CoV-2 stieg der Anteil asymptomatischer oder wenig symptomatischer Personen von 3% Ende März auf fast 35% Mitte August. Zudem waren die positiv Getesteten im Vergleich zum Beginn der Pandemie jünger. Junge Menschen mit einem positiven Test auf SARS-CoV-2 haben ein deutlich niedrigeres Sterberisiko als ältere Menschen. Das bedeutet, dass die über alle Altersgruppen errechnete Sterblichkeit abnimmt. Ende August erreichte die CFR in Deutschland einen Tiefstwert von 0,18% (6).

Da ein relevanter Anteil der SARS-CoV-2-Infizierten unerkannt bleibt, versuchen verschiedene wissenschaftliche Arbeitsgruppen, die SARS-CoV-2-Infektionssterblichkeit (IFR) abzuschätzen. Eine aktuelle im WHO-Bulletin publizierte Meta-Analyse von Daten aus 51 Regionen weltweit zeigt erhebliche regionale Unterschiede der bevölkerungsweiten IFR mit Schätzungen zwischen 0% und 1,63% insgesamt und 0% bis 0,31% bei



Personen unter 70 Jahren (7). Für die unter 70-Jährigen wird sie für Regionen mit insgesamt niedrigen Mortalitätsraten mit 0,05% beziffert (7). Zunehmend deutlich wird die starke Abhängigkeit der IFR vom Alter der untersuchten Gruppen. So ist die IFR bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nahe Null, für 75-Jährige etwa 5% und für 85-Jährige 15% (8).

Die Bewertung altersabhängiger IFR erfordert die Analyse und Einordnung der Mortalitätsdaten im Kontext anderer Erkrankungen und Todesursachen.

DIAGNOSTISCHER BIAS VERHINDERT FAIREN VERGLEICH MIT GRIPPE

Ein direkter Vergleich zwischen Infektionen mit SARS-CoV-2 und Influenza-Viren ist nicht möglich, da es keine einheitliche Systematik zur diagnostischen Erfassung und Berichterstattung gibt. Dies gilt insbesondere für die Bestimmung der Todesursachen.

Laut RKI liegt für Influenzaviren eine erhebliche Untererfassung vor, sowohl für Erkrankungen als auch Influenza-assoziierte Todesfälle. So gibt es im Gegensatz zu SARS-CoV-2/COVID-19 keine allgemeine Meldepflicht für Atemwegserkrankungen, und die Meldung von Influenza ist an den labordiagnostischen Nachweis gekoppelt. Die meisten Grippe-Erkrankungen werden jedoch rein klinisch diagnostiziert. Influenza wird auf dem Totenschein häufig nicht als Todesursache eingetragen, selbst wenn im Krankheitsverlauf eine Influenza labordiagnostisch bestätigt wurde (9). So heißt es auf der Website des RKI: „Die offizielle Todesursachenstatistik ist nicht aussagekräftig, sie beruht auf den Angaben auf dem Totenschein, auf dem die Influenza praktisch nie als Todesursache eingetragen wird, sondern zum Beispiel die bakterielle Lungenentzündung oder eine vorbestehende Grunderkrankung wie Diabetes oder eine Herz-Kreislauferkrankung, die die Wahrscheinlichkeit eines schweren bzw. tödlichen Krankheitsverlaufs erhöht.“ (10)

Die Anzahl an Grippetoten wird daher geschätzt. Für die Influenza-Saison 2017/2018, in der es besonders viele Grippeerkrankungen gab, nennt das RKI als konserva-

tive Schätzung 25.000 Influenza-assoziierte Todesfälle. Zur Berechnung wird die sogenannte Übersterblichkeit (Exzess-Mortalität) ermittelt. Sie ergibt sich als Differenz zwischen der Gesamtzahl aller Todesfälle, die während der Grippewelle auftreten und einer aufgrund zurückliegender Jahre angenommenen Zahl an Todesfällen ohne Grippewelle (9,11). Diese errechnete Übersterblichkeit gilt dann als Schätzwert für Influenza-assoziierte Todesfälle.

AMBULANT ERWORBENE PNEUMONIEN

Die Stellungnahme des EbM-Netzwerks zu COVID-19 verweist auf die Krankheitslast durch ambulant erworbene Pneumonien (z.B. Influenza, Pneumokokken, andere respiratorische Viren) (2).

In Deutschland erkranken pro Jahr etwa 660.000 Menschen an einer ambulant erworbenen Pneumonie (ca. 800 pro 100.000 Einwohner), ca. 300.000 von diesen werden stationär behandelt, 40.000 versterben an der Erkrankung (39 pro 100.000 Einwohner). Die CFR der ambulant erworbenen Pneumonien wird auf etwa 6% geschätzt; für hospitalisierte Patienten beträgt sie 14% mit einer starken Altersabhängigkeit (etwa 5% für <65-Jährige, 17% der ≥65-Jährigen) (12). Ähnliche Daten werden für die Schweiz berichtet (13).

Ein Vergleich mit COVID-19 Pneumonien wäre möglich, wenn sowohl für ambulant erworbene Pneumonien als auch für COVID-19 Pneumonien, aufgeschlüsselt für die unterschiedlichen Altersgruppen, Daten zur Rate an Testpositiven, Erkrankungshäufigkeit, Hospitalisierungsrate, Anzahl der Behandlungen auf Intensivstation sowie Sterberaten verfügbar wären. Auch die Gesamtsterblichkeit der Altersgruppen sollte mit genannt werden. Das RKI nennt mit Stand 10. November 7.349 COVID-19 Fälle, für die bekannt ist, dass diese Personen eine Pneumonie entwickelt haben (6).

NOSOKOMIALE INFEKTIONEN

Nosokomiale Infektionen ziehen sich Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit medizinischen

Maßnahmen zu, überwiegend in stationären Einrichtungen (Krankenhaus, Pflegeeinrichtung). Die höchsten Infektionsraten kommen auf Intensivstationen vor. Das RKI schätzt die Zahl nosokomialer Infektionen in Deutschland auf etwa 400.000 bis 600.000 pro Jahr und die Todesfälle auf 10.000 bis 20.000. Mit einer jährlichen Erkrankungsrate von 500 bis 650 Patienten pro 100.000 Einwohner liegt Deutschland über dem EU-Durchschnitt (450 bis 500 pro 100.000) (14,15). Das RKI betont dazu: „Generell sind Todesfälle durch nosokomiale Infektionen schwer zu bestimmen, insbesondere, weil viele Betroffene an schweren Grundkrank-

heiten leiden, die bereits ohne Krankenhausinfektion häufig zum Tod führen.“ (15).

FAZIT

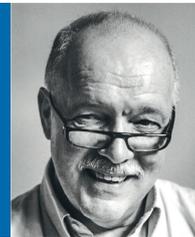
Vergleiche mit anderen Infektionskrankheiten und Todesursachen können die Beurteilung von Krankheitslast und Sterberisiko durch SARS-CoV-2-Infektionen in einen Bezugsrahmen stellen. Unterschiedliche Verfahren der Erfassung und Auswertung müssen dabei berücksichtigt werden. Die Berichterstattung durch das RKI und in den Medien sollte die Kriterien einer wissenschaftsbasierten Risikokommunikation berücksichtigen. ■



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

Referenzen

1. Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Stellungnahme: COVID-19: Wo ist die Evidenz? <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/covid-19>
2. Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Stellungnahme: Risikokommunikation zu COVID-19 in den Medien. <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-risikokommunikation-covid19-20200820.pdf>
3. Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2019.
4. Statista: Europäische Union: Lebenserwartung bei der Geburt in den Mitgliedsstaaten im Jahr 2018. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/954/umfrage/lebenserwartung-bei-geburt-in-ausgewaehlten-laendern-der-europaeischen-region/> (Zugriff am 25. 10. 2020)
5. Robert-Koch-Institut. COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit.
6. Robert-Koch-Institut. Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019. 10.11.2020.
7. Ioannidis JPA. Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. Bulletin of the World Health Organization; Type: Research Article ID: BLT.20.265892; online first 14th October 2020. https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf?ua=1
8. Levin AT et al. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: Systematic review, meta-analysis, and public policy implications. medRxiv 2020.07.23.20160895; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.23.20160895>
9. Robert-Koch-Institut. Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2018. <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch2018.pdf>
10. Robert-Koch-Institut. Häufig gestellte Fragen und Antworten zur Grippe. Stand: 30.1.2019
11. STATISTA. Influenza assoziierte Übersterblichkeit in Deutschland bis 2019. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/405363/umfrage/influenza-assoziierte-uebersterblichkeit-exzess-mortalitaet-in-deutschland/>
12. Kolditz M, Ewig S. Community-Acquired Pneumonia in Adults. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 838-848.
13. Ott SR. Ambulant erworbene und nosokomiale Pneumonie. Swiss Medical Forum 2018; 18: 569-574. <https://medicalforum.ch/article/doi/smf.2017.03296>
14. Zacher B et al. Application of a new methodology and R package reveals a high burden of healthcare-associated infections (HA) in Germany compared to the average in the European Union/ European Economic Area, 2011 to 2012. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.46.1900135>
15. Robert-Koch-Institut. Neue Schätzung zur Krankheitslast durch Krankenhaus-Infektionen. Pressemitteilung (Stand: 15.11.2019)



Löst ein Impfstoff das Problem?

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

Die Pandemie hat auf der ganzen Welt hektische Aktivitäten zur Entwicklung eines Impfstoffes ausgelöst. Es werden ungefähr 250 Impfstoffe erforscht, etwa fünfzig davon sind bereits im ersten Stadium der klinischen Erprobung. Da das Coronavirus SARS-CoV-2 in Verbindung mit Hunderttausenden von Todesfällen und Millionen Erkrankungen steht, werden die üblichen Schritte der Impfstoffentwicklung und -erprobung auf den kürzestmöglichen Zeitraum zusammengepresst – auch ein Wettlauf um das ganz große Geld.

Eine Impfstoffentwicklung dauert normalerweise vier bis fünf Jahre. Der Impfstoff gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 soll aber schon Ende dieses Jahres, spätestens zu Beginn des nächsten Jahres bereitstehen. Schon hat der Verteilungskampf begonnen – wer wird der erste sein? Das macht mich misstrauisch.

Nur ein Teil der Forschungen arbeitet mit Totimpfstoff, also mit inaktivierten Viren. Viele, dabei auch neuartige Konzepte werden verfolgt: mRNA-basierter Impfstoff, Totimpfstoff mit gentechnisch hergestelltem Virusantigen (Nanopartikel-Technologie), RNA-basierter Impfstoff (mit selbstvermehrender RNA), DNA-basierter Impfstoff, Subunit-Impfstoff (gentechnisch erzeugtes trimeres Spikeprotein),

Totimpfstoff mit gentechnisch hergestelltem Protein-Antigen, Impfstoff mit gentechnisch veränderten Bifido-Bakterien.

Das Wissen über diese neuen Methoden ist noch sehr klein. Man muss sehr tief mit der Materie befasst sein, um das zu verstehen. Ich bin es nicht. Dennoch kann ich erkennen, dass mit einigen dieser Impfungen Eingriffe in das menschliche Erbgut verbunden sein könnten. Auch das macht mich misstrauisch.

Die überaus schnelle Zulassung eines Impfstoffes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 wird die weltweite Pandemie aber nicht aufhalten können. Selbst wenn es gelingen sollte, innerhalb eines Jahres einen genetisch unbedenklichen Impfstoff herzustellen, so ist es doch eine Illusion, man könne dann acht Milliarden Impfdosen für die gesamte Weltbevölkerung bereit stellen.

Ende Oktober hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung zusammen mit 53 ärztlichen Berufsverbänden und den Virologen Streeck und Schmidt-Chanasit dazu aufgerufen, mit Hygienekonzepten Ausgangssperren überflüssig zu machen, mit Geboten die Bevölkerung mitzunehmen statt mit Verboten zu bevormunden und gefährdete Bevölkerungsgruppen besonders zu schützen, ohne sie zu isolieren.

Viel ärztlicher Sachverstand war da versammelt.

Innerhalb der Ärzteschaft stieß die Stellungnahme aber sofort auf heftige Kritik. Und auch wenn einige dieser Organisationen sogleich über sich selbst erschrocken waren und ihre Zustimmung wieder zurückzogen, bleibt nichtsdestotrotz die Frage unbeantwortet, wie ein Leben mit dem Virus aussehen könnte, denn wir werden es so schnell nicht wieder los.

Oder frieren wir jetzt weiterhin alle paar Monate unsere Gesellschaft ein?

In der Politik fand die Stellungnahme jedenfalls keine Beachtung. Sechzehn Ministerpräsidentinnen und -präsidenten und eine Bundeskanzlerin wissen es besser.

Ich erkenne mein Land nicht wieder: Die Stadt Menden in Nordrhein-Westfalen will Mitbürger, die sich nicht an die Quarantäne-Vorschriften halten, in einer Turnhalle kasernieren. Ein SPD-Gesundheitsexperte will das Grundrecht auf Unverletzbarkeit der Wohnung antasten. Ein grüner Ministerpräsident – und nicht nur er – ruft zur Denunziation auf. Die Stadt Essen hat sogar ein Online-Formular für anonyme Denunziationen auf ihrer Homepage im Angebot. Das alles hinterlässt mich betrübt. ■

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.



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Prof. Dr. Katharina Tiemann**
Stv. Mitglied des Beratenden Fachausschusses Fachärzte

Name: **Hon. Prof. Dr. med. Katharina Tiemann**

Geburtsdatum: **17.2.1965**

Familienstand: **verheiratet**

Fachrichtung: **Pathologie**

Weiter Ämter: **Landesvorsitzende des Bundesverbandes Deutscher Pathologen, Fachgutachterin der Deutschen Akkreditierungsstelle**

Hobbys: **Musik, gern passiv als Zuhörer, noch lieber aktiv im Chor oder Kammermusikensemble**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ja, dieser Beruf ist einer der erfüllendsten schlechthin. Die Entwicklung unserer Fachrichtung von einem Fach am Rande der Medizin mitten hinein in die Klinik und die Entscheidungsfindung über moderne Therapien war rasant und spannend.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Gestaltungsmöglichkeiten auch für kleine Fachgruppen wahrzunehmen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Die Selbstständigkeit auch für die jüngeren Kollegen als Chance zu bewahren und darzustellen und die Chancen der Digitalisierung aktiv zu gestalten. Die Weiterbildung junger Ärzte und Ärztinnen und die Begeisterung der Studierenden für die Medizin müssen sich auch in der ambulanten Versorgung widerspiegeln können. Medizinisch notwendige Tests zur Planung von (onkologischen) Therapien schneller für den Patienten verfügbar zu machen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Wir sind zahlenmäßig – gemessen an unserer Fachgruppe – viele in Hamburg, aber der Facharztmangel besteht auch hier. Nachfolger für die Praxen finden sich kaum. Daher macht der Einfluss von (Labor-)Ketten auch vor den Toren der Hamburger Pathologen nicht halt. Die Digitalisierung kann auch für unser Fach – Stichwort Arbeiten im Home Office – genutzt werden, so können attraktive Angebote für Familienmütter und -väter umgesetzt werden.

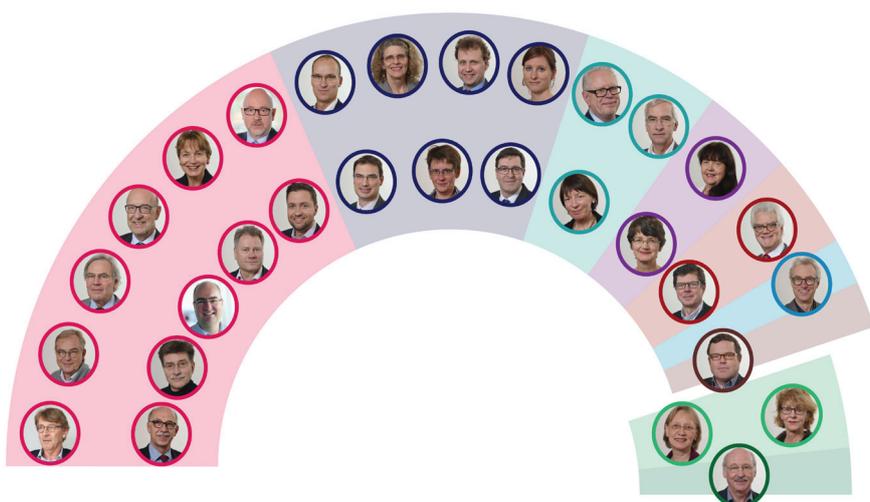
Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Beruflich möchte ich unsere Praxis nach meinem Ausscheiden in den Händen jüngerer, enthusiastischer Ärztinnen und Ärzte wissen, privat gemeinsam mit Kindern und zukünftigen Enkelkindern mit Freude musizieren. ■

VERTRETERVERSAMMLUNGEN DER KV HAMBURG

Do. 17.12.2020 (19.30 Uhr)

Coronabedingt unter Ausschluss der Öffentlichkeit

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

CORONAVIRUS: HILFE FÜR IHRE PATIENTEN

Corona-Hotline

Info-Telefon der Sozialbehörde für allgemeine Fragen zur Corona-Pandemie
Tel: 428 284 000

Corona-Hilfe-Telefon für Senioren

Corona-Hilfe-Telefon für ältere Menschen, die auf Unterstützung im Alltag angewiesen sind (z. B. Einkäufe).
Tel: 428 288 000

Seelsorge-Hotline

Für Menschen, die unter den Folgen der Corona-Krise leiden und seelsorgerische Begleitung benötigen.
Tel: 0800 111 0 111
0800 111 0 222

**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

**DATENSCHUTZ-
JAHRSSCHULUNGEN**

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.

**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. 11.12.2020 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; 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!

