

KVH *journal*

IN STURM UND REGEN

Mangel an Schutzausrüstung



VERSORGUNG

Corona-Sonderregelungen im Überblick

WISSENSCHAFT

COVID-19: Wo ist die Evidenz?

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 5/2020 (Mai 2020)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Die Ärzte und Psychotherapeuten stellen auch unter der enormen Belastung dieser Pandemie die Arbeitsfähigkeit des Gesundheitssystems sicher und sorgen für ihre Patienten. Nach Angaben der KBV werden 85 Prozent der mit dem neuen Coronavirus infizierten Patienten ambulant behandelt. Der starke ambulante Sektor stellt einen Schutzwall dar, der dafür sorgt, dass sich die Krankenhäuser auf schwere und beatmungspflichtige COVID-19-Fälle konzentrieren können.

Das deutsche Gesundheitssystem hat gute strukturelle Voraussetzungen, um auch in einer Extremsituation handlungsfähig zu bleiben. Es gab in den vergangenen Jahren immer wieder Stimmen, die dazu aufforderten, ambulante Versorgung an die Krankenhäuser zu verlegen oder die Versorgungsstrukturen insgesamt zu verschlanken. Wir können froh sein, dass dies nicht umgesetzt wurde.

Wichtig ist nun, dafür zu sorgen, dass die Praxen unbeschadet aus der Corona-Krise hervorgehen. Wir werden unser Möglichstes tun, damit finanzielle Einbußen, die KV-Mitglieder wegen der Pandemie erleiden müssen, mit Hilfe des vom Gesetzgeber zugesagten „Schutzschirms“ so weit wie möglich ausgeglichen werden.

Während der Pandemie hat sich gezeigt, welche Systeme im Sinne der Daseinsvorsorge unerlässlich und welche Berufe systemrelevant sind. Bleibt zu hoffen, dass sich diese Erkenntnis in einer angemessenen und dauerhaften Wertschätzung niederschlägt.

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 gehen Sie mit dem Mangel an Schutzausrüstung in Ihrer KV-Region um?
- 08_** Kampf um die Masken – Erfahrungsbericht aus der KV Hamburg
- 12_** “Hygienemaßnahmen durchsetzen“ – Interview mit der Hygienikerin Prof. Dr. Frauke Mattner
- 15_** Wie sollte die Bevorratung und Beschaffung von Schutzausrüstung geregelt werden? Reformvorschlag des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

ÜBERSICHT CORONA-SONDERREGELUNGEN

- 23_** Bundesweite Sonderregelungen
- 28_** Hamburger Regelungen

**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.



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 30_** Fragen und Antworten zu Kompressionsstrümpfen
- 33_** Verdacht auf Arzneimittelmisbrauch
Moderatorenschulung für Qualitätszirkel: Neuer Termin wird bekanntgegeben
Merkblätter zur Unterstützung bei U-Untersuchungen

FORUM

- 34_** Duales Versicherungssystem: Für wen ist „privat“ eigentlich besser?
- 37_** Entgegnung: Durch die Einführung einer Bürgerversicherung bekämen wir eine echte, scharfe Zwei-Klassen-Medizin

SELBSTVERWALTUNG

- 41_** Beiersdorf stiftet Desinfektionsmittel
- 42_** Steckbrief: Dr. Rolf Sittig

PATIENTENINFORMATIONEN

- 43_** Corona-Hotlines für Patienten



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 16_** COVID-19:
Wo ist die Evidenz?

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 33_** Bekanntmachungen im Internet

FORUM

- 39_** Leserbrief

KOLUMNE

- 40_** Zwischenruf
von Dr. Bernd Hontschik

TERMINKALENDER

- 43_** Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Marcelo Hernandez/Funke Foto Services;
Seite 6: KVSH; Seite 7: KVB, KVBW; Seite 8:
www.fotomarian.de; Seite 13: Kliniken Köln;
Seite 15: Elenabsl/Stock-Adobe.com; Seite 28, 43:
Re Gara/ Stock-Adobe.com; Seite 32: Felix Faller/
Alinea; Seite 40: Barbara Stamm; Seite 41: Marco
Grundt; Seite 43: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

Wie gehen Sie mit dem Mangel an Schutzausrüstung in Ihrer KV-Region um?



Dr. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein

Völlig unzureichende Lieferungen

Der Mangel an Schutzausrüstung für die Ärzte und ihre Praxisteams ist eines der gravierendsten Probleme der gegenwärtigen Krise.

Die KV Schleswig-Holstein erhält über das Land Kontingente der Einkäufe des Bundes. Die Lieferungen sind in keiner Weise ausreichend. Es gibt weder verlässliche Termine noch eine Verbindlichkeit, was geliefert wird.

Was uns erreicht, ist vielfach als ein zusammengewürfeltes Sammelsurium zu bezeichnen. Wir versuchen, durch eigene Bestellungen Abhilfe zu schaffen.

Ein Netz seriöser Lieferanten aufzubauen, erweist sich jedoch als äußerst anspruchsvoll. Was wir erhalten, verteilen wir nach medizinischer Dinglichkeit. Prioritär berücksichtigen wir unsere Corona-Testzentren, die Bereitschaftsdienstpraxen sowie Versorgungsaufträge, bei denen allerhöchste hygienische Standards erforderlich sind (z.B. Dialyse, Onkologie). Die weitere Schutzausrüstung wird nach einem Praxisschlüssel verteilt, dem die Zahl der dort tätigen Ärzte und die Häufigkeit von Infekt-Kontakten zugrunde liegt.

Es ist unabdingbar, dass der Staat künftig für Pandemien und vergleichbare Notlagen eine strategische Reserve anlegt, um im Krisenfall Ärzte, Kliniken und auch die Pflege mit Schutzausrüstung in ausreichender Menge ausstatten zu können. Zu diskutieren ist, ob nicht Bedingungen geschaffen werden müssen, um eine inländische Produktion dieser Güter dauerhaft zu ermöglichen. ■



Dr. Jörg Hermann
Vorstandsvorsitzender der KV Bremen

Schutzausrüstung als heiße Ware

Da fährt dann ein LKW mit einer Palette auf der Ladefläche vor – und ein Karton davon ist für uns. Dies ist leider kein Slapstick, sondern die traurige Realität im März 2020. **Die versprochenen Lieferungen an Schutzmaterial vom Bund kommen auch in der KV Bremen selten und in homöopathischen Dosen an. Heiße Ware, die wir schnell und unkompliziert an Bereitschaftsdienstpraxen, Coronaambulanzen und Praxen verteilt haben.** Das hat niemanden ob der geringen Mengen glücklich gemacht, aber immerhin: Es lief. Nun haben die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Schleswig-Holstein, Sachsen und Bremen entschieden, dass es besser sei, die Verteilung selbst vorzunehmen. Seitdem fährt kein LKW bei der KV Bremen mehr vor. Man könnte jetzt sagen: Schön, liebes Land, dass Du jetzt endlich die Verantwortung übernimmst und die Ausstattung der Praxen mit Schutzmitteln zur Chefsache machst. Allein ich habe Zweifel. Ein Schelm, der Böses denkt? Oder einfach nur ein Realist? Zum Zeitpunkt, wenn Sie dieses Heft lesen, werden wir's wissen. ■



Dr. Norbert Metke
Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg

Über Vorratshaltung nachdenken

Die Materialbeschaffung und die zur Verfügung gestellten Mengen stellen für uns nach wie vor eine große Herausforderung dar. Die Lieferungen des Bundesgesundheitsministeriums decken den Bedarf bei Weitem nicht. Daher sehen wir uns gezwungen, diese spärlichen Schutzmaterialien durch den Einkauf auf dem (leergefegten) Markt und eigenes Einkaufsengagement zu ergänzen, erweitert zum Beispiel durch Eigenproduktion von Desinfektionsmitteln in Kooperation mit Apotheken und der Uni Stuttgart. Die Problematik ist, dass auf dem Markt eine ganz erhebliche Menge von Schutzausrüstungen angeboten wird, deren Qualiprüfung nur den Begriff „wirkungsloses Fake“ verdient. In unserem Einkaufs- und Logistikzentrum packen etwa zehn Mitarbeiter rund um die Uhr Pakete für die Mitglieder. Glücklicherweise haben wir jetzt fast alle Praxen mit Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln beliefert, allerdings prioritär an die Fachgruppen mit der höchsten Wahrscheinlichkeit einer „Tröpfcheninfektion“ wie etwa Haus-, Kinderärzte, Augen und HNO- und Pneumologenpraxen sowie weitere Risikofächer.

Gerade haben wir wieder zwei Millionen Masken und Schutzmaterial geordert, doch ist das, was in den einzelnen Praxen landet, leider ein Tropfen auf den heißen Stein. **Natürlich wissen wir, dass man Notfälle nicht proben kann und bedanken uns ausdrücklich für die Kooperation aller Beteiligten. Dies ist jedoch die Gelegenheit, einmal über Vorratshaltung schon vor Krisenzeiten nachzudenken. Schließlich geht es um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit unserer Ärzte, deren Mitarbeiter und Patienten.** ■

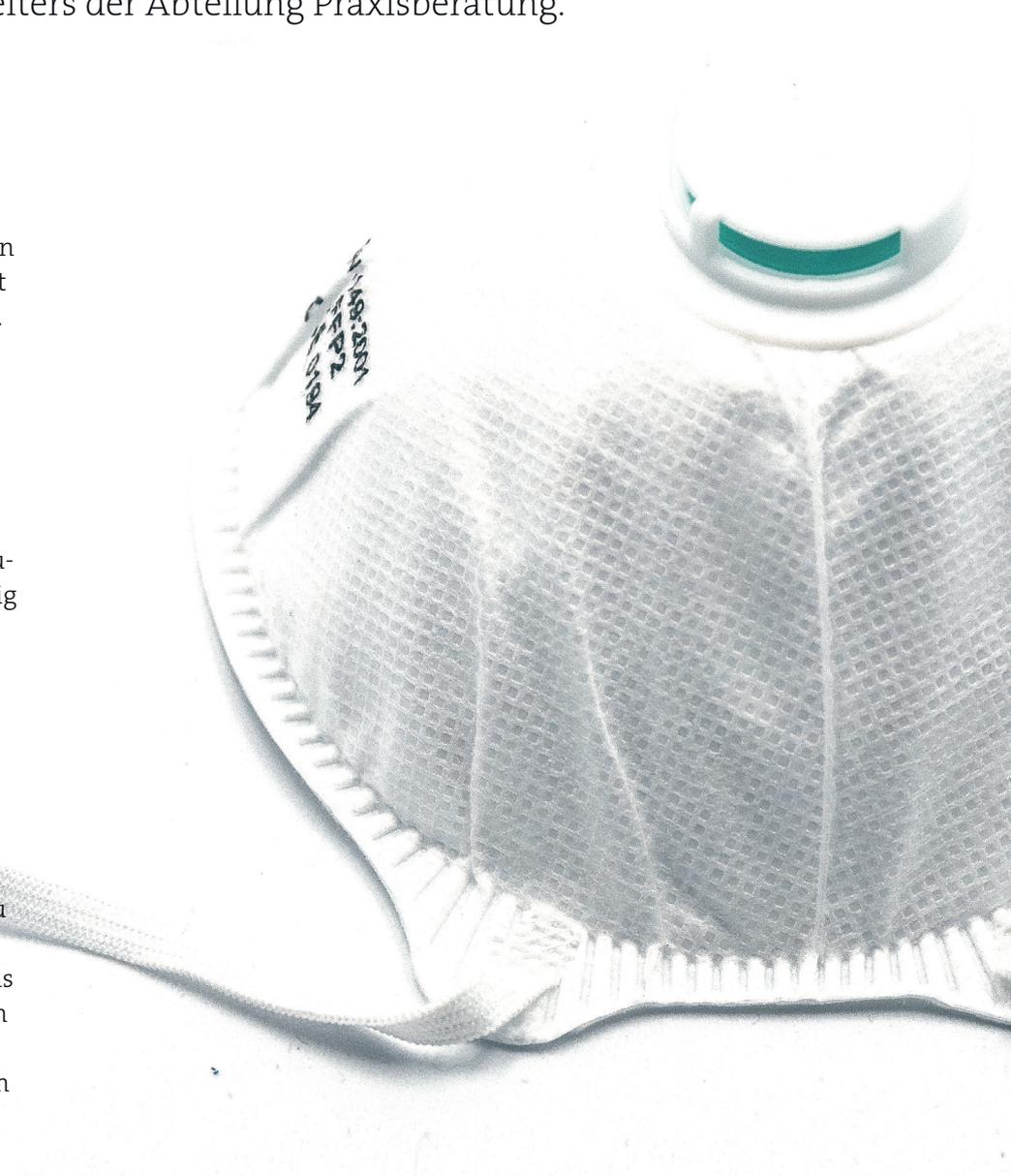
VON DR. ANDREAS WALTER

Kampf um die Masken

Wie die KV Hamburg versucht, Schutzausrüstung zu besorgen, die Coronavirus-Testung aufrechtzuerhalten und die Praxen zu unterstützen. Hier ein Bericht des Leiters der Abteilung Praxisberatung.

Ein großer Teil der weltweiten Produktionskapazitäten für persönliche Schutzausrüstung ist in der chinesischen Region Hubei mit der Metropole Wuhan angesiedelt. Als SARS-CoV-2 dort im Dezember 2019 ausbrach, hatten das medizinische Personal und die Bevölkerung deshalb zunächst keinen Mangel an Masken, Handschuhen und Kitteln. Die Exporte wurden gedrosselt, der steigende Bedarf außerhalb Chinas musste anderweitig gedeckt werden. Und als die Ausbreitung des Virus in Wuhan zum Stillstand kam, war der Weltmarkt nahezu leergefegt.

Die Hamburger Gesundheitsbehörde (BGV) lud am 6. Februar 2020 alle an der medizinischen Versorgung und der Pandemieplanung beteiligten Organisationen zu einem Treffen ein, um über die potenzielle Bedrohung durch das Virus zu sprechen und erste Maßnahmen abzustimmen. Der Leiter des Notdienstes der KV Hamburg, Christian Wieken, schlug vor zu überprüfen,



welche Bestände an Schutzausrüstung beim Katastrophenschutz und der Bundeswehr vorhanden waren. Das wurde zugesagt.

Dann wurde darüber diskutiert, wie eine Abstrichdiagnostik zum Nachweis von SARS-CoV-2-Infektionen organisiert werden könnte. Eine Überlegung war, die Beprobung von Patienten, die in dringendem Verdacht standen, mit dem neuartigen Coronavirus infiziert zu sein, an den KV-Notfallpraxen vorzunehmen – zu Zeiten, in denen diese normalerweise geschlossen sind. Diese Idee wurde bald verworfen. Nicht zuletzt

aufgrund der Intervention der BGV kam man überein, die Struktur des fahrenden Notdienstes zu nutzen.

Durch eine Beprobung in der Häuslichkeit kann man verhindern, dass möglicherweise ansteckende Patienten auf den Straßen und in öffentlichen Verkehrsmitteln der Stadt unterwegs sind, um zu einer Test-Station zu gelangen. Außerdem werden die Arztpraxen entlastet, die keine Schutzausrüstung und keine Separationsmöglichkeiten haben, indem man den „Arztruf Hamburg“ und die Rufnummer 116117 als weitere Anlaufstelle für begründete Verdachtsfälle etabliert.

Der Aufbau der neuen Teststruktur im Rahmen des „Arztruf Hamburg“ war aufwändig, denn es gab viele Beteiligte. Wir mussten unter anderem klären, wie der Meldefluss an die Gesundheitsämter zu laufen hatte, wie die Auftrags-scheine an das Labor ausgestaltet werden sollten, wie die Abstreichproben von den Einsatzfahrzeugen zum Labor kommen und wie die Patienten und abstreichenden Ärzte über die Testergebnisse informiert werden sollten.

Die KV arbeitet im fahrenden Notdienst seit vielen Jahren mit der Firma Falck zusammen, welche die Einsatzfahrzeuge und begleitenden Rettungsassistenten stellt. Die Firma führt Notdienste in allen Bereichen und auch Infektionstransporte durch und hat deshalb einen gewissen Vorrat an medizinischer Schutzausrüstung, den wir zunächst nutzen konnten.

Bei der Planung rechneten wir entsprechend der Aussagen der BGV mit 20 bis 30 Beprobungen pro Woche. Am Sonnabend, den

29. Februar 2020, begann der Arztruf Hamburg mit den ersten Beprobungen. Am Sonntagmittag trafen sich Caroline Roos (stellvertretende KV-Chefin), Christian Wieken (Leiter Notdienst), Carmen Rehbock (Leiterin Notfallpraxen) und ich im Notdienstbüro der KV Hamburg, um Pakete zu packen. Die Pakete enthielten alles, was ein Notdienstarzt für einen Abstrich benötigt: Abstrichröhrchen, Überweisungszettel und Umschläge mit der Adresse des Labors. Als wir 80 Pakete gepackt hatten, dachten wir: Prima, damit kommen wir gut über die Woche.

Das war eine Fehleinschätzung, die Einsatzzahlen schossen sofort steil in die Höhe. Einen Monat später wurden zwischen 250 und 500 Abstriche durchgeführt – pro Tag. Der Notdienst wurde aufgerüstet, sukzessive kamen immer mehr Ärzte und Fahrzeuge zum Einsatz.

Seit Anfang März trifft sich täglich um 9.30 Uhr eine Taskforce bestehend aus dem KV-Vorstand und Vertretern der Fachabteilungen. Dr. Björn Parey, stellvertretender Vorsitzende der KV-Vertreterversammlung (er fährt selbst oft Notdienst) und Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der KV-Vertreterversammlung, sind meist per Telefon zugeschaltet. Schon bald wurde klar: Zum größten Problem wird der Mangel an Masken, Handschuhen und Kitteln. Die Firma Falck hatte Schwierigkeiten, für Nachschub zu sorgen. Wir erhielten zu Beginn kleinere Lieferungen zum Beispiel vom Bundeswehrkrankenhaus und dem Gesundheitsamt Harburg. Doch weder der Katastrophenschutz noch die Gesundheitsbehörde konnte uns →





Lieferungen, für die wir bereits Verträge unterzeichnet hatten, wurden an der Grenze aufgehalten und beschlagnahmt – einmal in Frankreich und ein anderes Mal in Österreich. Der türkische Zoll beschlagnahmte Masken, die wir zwar noch nicht gekauft, aber immerhin reserviert hatten. In gewisser Weise durchaus verständlich – auch die Bundesregierung hatte zwischenzeitlich ein Exportverbot für Schutzausrüstung erlassen. Warum sollten andere Länder Material nach Deutschland durchlassen?

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte bereits am 4. März 2020 angekündigt, der Staat werde medizinische Schutzausrüstung zentral beschaffen und dann gerecht unter den Ländern verteilen. Die KV Hamburg gab über die KBV eine Bedarfsmeldung ab. Kleinere Lieferungen kamen auch tatsächlich bei uns an, doch von einer verlässlichen und ausreichenden Versorgung mit Schutzausrüstung konnte keine Rede sein.

Die BGV hat ausgerechnet, dass nur etwa ein Prozent der beim Bund angeforderten Menge bei uns angekommen ist. Das kommt ungefähr hin.

Die „Skiferien“ Anfang März 2020 hatten viele Hamburger in Gegenden verbracht, die mittlerweile als Risikogebiete eingestuft worden waren. Die Rückkehrer waren besorgt. Beim „Arztruf Hamburg“ gingen bis zu 25 Mal so viele Anrufversuche ein wie in normalen Zeiten. Auf einer Pressekonferenz appellierte der KV-Chef Walter Plassmann an die Bürger, den „Arztruf Hamburg“ nur in medizinisch begründeten Fällen zu kontaktieren – und sich für allgemeine Beratungsgespräche an

Vorsicht vor unseriösen Angeboten: Von offiziellen Stellen als gefälscht oder möglicherweise gefälscht bezeichnete Zertifikate für Schutzmasken aus China

→ auf Dauer ausreichend mit Material ausstatten. Deshalb mussten wir selbst Schutzausrüstung besorgen, damit wenigstens der fahrende Notdienst für die jeweils kommenden Tage handlungsfähig blieb.

Das war nicht einfach. Zunächst galt es, sich Expertise anzueignen, um ausschließen zu können, ungeeignete oder gefährliche Ausrüstung angedreht zu bekommen. Es gab einige wenige vertrauenswürdige Kontakte, die aktiviert werden konnten – beispielsweise zur Bundeswehr oder zu einigen sehr sorgfältig arbeitenden Lieferanten in Hamburg.

Aber wir bekamen auch massenhaft vordergründig attraktive Angebote von Unternehmen, deren Seriosität schwer einzuschätzen war. Viele dieser Unternehmen hatten nichts mit medizinischen Produkten zu tun, sondern einfach nur Kontakte zu Herstellern in China – und meinten es einfach nur

gut oder witterten ein Geschäft. Der Import von FFP-Masken, die als „persönliche Schutzausrüstung“ gelten, unterliegt relativ strenge Regeln – von denen, wie sich herausstellte, ein Großteil der Anbieter keine Ahnung hatten.

Uns wurden Zertifikate geschickt, die nicht sicher den angebotenen Masken zuzuordnen waren. Auf der Website einer italienischen Zertifizierungsstelle fanden wir Beispiele für gefälschte Zertifikate – darunter auch eine Abbildung genau jenes Zertifikats, das uns gerade zusammen mit einem sehr verlockenden Angebot geschickt worden war.

Es ist eigentlich unverständlich, dass jede Institution oder Kassenärztliche Vereinigung selber prüfen muss, ob ein per E-Mail eingegangenes Angebot aus Asien, für das Vorkasse verlangt wird, den Qualitätsanforderungen genügt oder Betrug ist. Das sollte doch alles besser zentral organisiert werden.

die Hotline der Behörde (Tel: 040 / 428 284 000) zu wenden. Und er sagte: „Die Schutzausrüstung reicht nur noch bis zum Wochenende. Wenn sie uns ausgeht, sind wir mit der Beprobung durch den Arzttruf am Ende.“

Bis zum darauffolgenden Wochenende ging die Zahl der Anrufe tatsächlich zurück. Das brachte vorübergehende Entlastung. Außerdem traf eine kleine Lieferung an Schutzmasken ein, die uns über die Zeit rettete. Doch das Grundproblem blieb ungelöst: Wie kann die ambulante Versorgung während einer Pandemie sichergestellt werden, wenn Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel knapp werden?

Wir hatten den Praxen zunächst mitgeteilt: „Überlassen Sie die Beprobung dem fahrenden Notfalldienst, wenn Sie keine Schutzausrüstung mehr haben.“ Es gab einen Fast-Track, also eine direkte Leitung zum „Arzttruf

Hamburg“. Auf diesem Weg konnten die Praxen ihre Verdachtsfälle anmelden. Doch die Sorge von Praxisinhabern, ihre Mitarbeiter und sich selbst nicht

mehr vor einer Ansteckung schützen und ihre Patienten nicht mehr versorgen zu können, nahm von Tag zu Tag zu. Ich kann verstehen, dass sich die Vertragsärzte in dieser Situation allein gelassen fühlen.

Ende März 2020 kam endlich eine Lieferung vom Bund, und wir hatten unseren Lagerbestand mit FFP3-Masken, Handschuhen und Schutzkitteln so weit aufgefüllt, dass wir Notpakete an ausgewählte

Fachgruppen weitergeben konnten. Wir beschlossen, zunächst jene zu versorgen, die überwiegend mit Corona-Patienten zu tun haben – also Hausärzte, Kinderärzte, HNO-Ärzte und Pneumologen. Außerdem Internisten, Radiologen und Strahlentherapeuten, weil diese Fachgruppen auf jeden Fall ihre Patienten weiterbehandeln müssen – egal ob sie einen Infekt haben oder nicht. Und Augenärzte, weil sie den Patienten sehr nahe kommen und deshalb besonders gefährdet sind.

Für die jeweilige Praxis war das ein kleiner Tropfen auf einen sehr heißen Stein. Und: Die Verteilung der Notpakete lief schlecht. Viele Ärzte mussten lange in ihren Praxen warten, einige wurden offenbar gar nicht beliefert. Wir haben Vorkehrungen getroffen, dass die weiteren Verteilungen besser ablaufen.

Anfang April 2020 gab es plötzlich Initiativen in der Ärzteschaft

Lieferungen, für die wir bereits Verträge unterzeichnet hatten, wurden in Frankreich und Österreich beschlagnahmt.

zur Einrichtung von sogenannten Testzentren. Sie sollten so funktionieren, dass es eine von einem Arzt getroffene Vorauswahl für die Beprobungen gibt: Ein Arzt stellt (möglicherweise per Telefon) fest, dass es sich um einen begründeten Verdachtsfall handelt, und füllt einen Auftragszettel aus. Nur bei Vorlage eines solchen Zettels kann sich der Patient in einer nicht-öffentlichen Abstrichstelle testen

lassen. Solche Konzepte funktionieren allerdings in einer Großstadt wie Hamburg nicht. Das Verfahren endet meist im Chaos – das zeigt auch die Erfahrung in anderen Ländern. Es bilden sich Schlangen, die Abstandsregeln werden nicht eingehalten – und die Menschen stecken sich gegenseitig an. Es tauchen auch Menschen auf, die ohne Indikationsstellung getestet werden wollen und die Ärzte gegebenenfalls unter Druck setzen.

Viele dieser Test-Stationen sind andernorts bereits wieder geschlossen worden. Auch die meisten Hamburger Initiativen überdauerten nicht lange.

In vielen Praxen ist die Schutzausrüstung bereits aufgebraucht, andernorts geht sie zur Neige. Kommt eine Lieferung, reicht sie manchmal nur für die nächsten Tage. Das ist beunruhigend, weil es das medizinische Personal in Gefahr

bringt, weil es die Bekämpfung der Pandemie erschwert – und weil es die normale Versorgung beeinträchtigt, die ja weiterhin sichergestellt sein muss. Durch geeignete organisatorische Maßnahmen, einschließlich der Gewährleistung telefonischer

Folgeverordnungen bei chronisch kranken Patienten, lässt sich aber zumindest ein Grundbetrieb der Praxen aufrechterhalten, so dass die noch geöffneten Nachbarpraxen nicht über Gebühr belastet werden. Wir müssen alle – trotz Sicherheitsabstand – zusammenrücken. ■

DR. ANDREAS WALTER

Leiter der Abteilung Praxisberatung

INTERVIEW

„Hygienemaßnahmen durchsetzen!“

Was können wir aus den bisherigen Erfahrungen mit der Corona-Krise lernen? **PROF. DR. FRAUKE MATTNER** über Schutzausrüstung, Abstandsregeln und das wachsende Bewusstsein für die Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten

Was muss sich ändern, damit bei künftigen Pandemien genug Schutzausrüstung zur Verfügung steht?

MATTNER: In normalen Zeiten sind die Ärztinnen und Ärzte selbst für die Hygiene und den Infektionsschutz in der Praxis verantwortlich. Im Pandemiefall ist das anders. Man könnte ja annehmen, dass der Katastrophenschutz Vorräte an Schutzausrüstung anlegt. Das ist aber offenbar nicht der Fall. Deshalb ist vor allem wichtig, künftig die Verantwortlichkeiten für die Bevorratung und die Beschaffung im Pandemiefall genau festzulegen.

Wie sollten die Verantwortlichkeiten im Idealfall verteilt werden?

MATTNER: Die Gesundheitsbehörde muss den Krankenhäusern und Praxen Vorgaben zur Bevorratung machen. Das sollte kontrolliert werden. Außerdem muss der Staat große Bestände für den Pandemiefall anlegen. Man braucht Materiallager mit einem First-In-First-Out-System. Das heißt: Vorne wird ständig Material entnommen, hinten wird es wieder aufgefüllt.

Das Material sollte also ständig weiterverteilt und genutzt werden?

MATTNER: Ja. Es bringt nichts, große Mengen an Material auf einmal einzulagern und es jahrelang liegenzulassen, bis das Verfallsdatum überschritten ist und alles wegwerfen werden muss. Die Logistik-Unternehmen wissen, wie man ein modernes First-In-First-Out-System mit Hochregalen organisiert. Hier von kann man für die Pandemie-Vorbereitung lernen.

"Wir brauchen Materiallager mit einem First-In-First-Out-System: Vorne wird ständig entnommen, hinten wieder aufgefüllt."

Die Bevorratung ist in den vergangenen Jahrzehnten offenbar nicht nur staatlichen, sondern auch im privaten Bereich heruntergefahren worden. Wie kommt das?

MATTNER: Das hat sicherlich wirtschaftliche Gründe. Früher hatte jede normale Fabrik ihr eigenes Lager. Dann wurden „smarte Prozesse“ eingeführt: Seither gilt es, Lagerkosten zu vermeiden, um den Profit zu steigern. Man produziert genau die

Menge, die sofort verbraucht wird – und so wird die Straße zum Lager. Auch im Medizinbereich werden wir ständig von Managern und Kaufleuten bedrängt, die sagen: „Arbeitet effektiver! Verbraucht weniger Ressourcen!“ Bei den effizienten Just-in-Time-Prozessen sind außergewöhnliche Ereignisse nicht eingeplant, und der momentane Profit wird zu einer Hypothek auf die Zukunft

Ist nicht auch problematisch, dass ein Großteil des Schutzmaterials

in anderen Ländern hergestellt wird und die Lieferketten grenzüberschreitend sind?

MATTNER: Wir haben ja auch Fabriken in Deutschland. Die 3M-Fabrik zum Beispiel steht in Nordrhein-Westfalen,

dort produziert man unter anderem FFP-2-Masken. Die Hersteller in Deutschland wären sicher kooperativ, wenn die Regierung sie frühzeitig anspricht und sagt: „Wir erwarten den Ausbruch eines Virus, bitte vervielfacht eure Produktionsmenge. Was braucht Ihr dafür? Wie können wir Euch unterstützen?“

Was halten Sie von den Plänen, im Pandemiefall die Beschaffung von



Prof Dr. med. Frauke Mattner ist Vizepräsidentin der Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), leitet das Institut für Hygiene der Kliniken der Stadt Köln und hat den Lehrstuhl für Hygiene und Umweltmedizin der Universität Witten-Herdecke inne.

Schutzausrüstung zentral durch das Bundesgesundheitsministerium oder eine Bundesagentur zu organisieren?

MATTNER: Ja, das erscheint zunächst erst einmal einfach und sinnvoll. Dennoch kommt es dann zu einem großen logistischen Verteilproblem, das wir derzeit auch beobachten können. Ich weiß von einigen Kliniken, dass sie fast keine Schutzausrüstung mehr haben, andere dagegen schon. Ich bin aber auch der Meinung, dass der Staat relevante Firmen zeitlich begrenzt unter direkte Kontrolle nehmen sollte. Wenn es um Leben und Tod geht, sollte man Nähereien und

Alkoholbetriebe anweisen können, die Produktion auf die Herstellung von Schutzkleidung und Desinfektionsmittel umzulenken.

Wie kann man aus Sicht des Fachbereichs Hygiene verhindern, dass eine Pandemie entsteht?

MATTNER: Wenn es keine Impfung gibt und keine Therapie, kann man nur mit Hygienemaßnahmen reagieren. Die wirksamen Maßnahmen sind bekannt: Sobald ein potenziell gefährliches Virus auftritt, werden alle Veranstaltungen sofort abgesagt. Rückkehrer aus Risikogebieten gehen in Quarantäne. Im öffentlichen Raum werden die Kon-

taktflächen desinfiziert. Die Menschen müssen Mundschutz tragen und Abstand voneinander halten. Zur Einhaltung der letzten beiden Verhaltensregeln sollte die Bevölkerung auf jeder Litfaßsäule und alle 15 Minuten im Fernsehen aufgefordert werden. Im Fall des Coronavirus beträgt der übertragungssichere einzuhaltende Abstand übrigens nicht eineinhalb, sondern zwei Meter.

Zwei Meter?

MATTNER: Ja. Es gibt eine Studie aus China, die zu diesem Schluss kommt: Wenn man zwei Meter Abstand hält, wird man nicht mit dem Virus infiziert – selbst →

→ wenn man sich im selben Raum aufhält. Auch die Mundschutzpflicht für alle Bürger lässt sich aus Studien ableiten. Wir wussten schon seit Anfang März, dass auch Infizierte, die asymptomatisch sind, das Virus per Tröpfcheninfektion weitergeben können.

Wäre die Mundschutzpflicht für Bürger eine sinnvolle Regelung, wenn die Schutzausrüstung schon für medizinisches Personal knapp wird?

MATTNER: Für die Bürger geht es lediglich darum, sich etwas vor Mund und Nase zu binden, um die beim Ausatmen, Niesen oder Husten ausgestoßenen Tröpfchen abzufangen. Das kann ein Schal sein, es kann ein Stück Stoff oder ein selbstgenähter Mundschutz sein.

Ein Shutdown der Gesellschaft und Wirtschaft ist Ihrer Ansicht nach nicht notwendig?

MATTNER: Doch. Der Shutdown hat auf jeden Fall den Vorteil, dass die Menschen den Ernst der Lage begreifen. Wenn man 80 Millionen Menschen dazu bringen will, Hygienemaßnahmen zu befolgen, muss schon etwas Einschneidendes geschehen. Und das ist etwas Einschneidendes. Je früher man eine Ausgangsbeschränkung einführt, desto kürzer ist der Zeitraum, in dem man sie aufrechterhalten muss. Die konsequenten Kontaktbegrenzungen sind die einzige Maßnahme, die ein weiteres exponentielles Ansteigen der Infektion

deutlich drosseln und damit eine Überforderung der Gesundheitssysteme verhindern kann. Ungebremsst würde uns die Pandemie in Deutschland sehr zahlreiche Tote bescheren – verstorben an normalen Akuterkrankungen, die mangels medizinischer Kapazitäten nicht mehr behandelt werden können, und an COVID19 selbst.

Wird die Corona-Krise auch andere Infektionserkrankungen wieder stärker ins Bewusstsein rücken?

MATTNER: Ich glaube schon. Wir werden in Deutschland stärker darauf achten, tröpfchenübertragende Infektionen jedweder Art zu verhindern. In weiten Teilen Asiens ist es völlig normal, dass Menschen mit Erkältungssymptomen einen Mundschutz tragen, um andere Menschen zu schützen. Das ist schon eine Frage der Höflichkeit und der Rücksichtnahme. Ich glaube, dass Menschen mit Mundschutz künftig auch auf Deutschlands

"In Asien ist es normal, dass Menschen mit Erkältungssymptomen einen Mundschutz tragen – das ist eine Frage der Höflichkeit."

Straßen häufiger zu sehen sein werden. Und: Man wird Praxen weniger nach Schönheit gestalten, sondern so, dass die Kontaktflächen gut zu desinfizieren sind und die Patienten einen angemessenen Abstand zueinander einhalten können. Man wird die Patienten in den Warteberei-

chen weniger zwischen privat und nicht-privat sortieren, sondern zwischen infiziert und nicht-infiziert. Auch die Influenza ist ja eine sehr gefährliche Erkrankung – das zeigen die jährlichen Todeszahlen. Die wissenschaftliche Evidenz gebietet es, dass ein Arzt, der einem Patienten mit Erkältungssymptomen gegenübertritt, sowohl diesen als auch sich selbst mit einer Schutzmaske ausstattet. Außerdem wird die Grippe-Impfung an Bedeutung gewinnen: Wer geimpft ist, fängt sich zwar mit einer 50-prozentigen Wahrscheinlichkeit dennoch eine Grippe ein. Vielleicht bekommt er 40 Grad Fieber – aber er landet nicht auf der Intensivstation. Das wissen wir, dazu gibt es gute Studien.

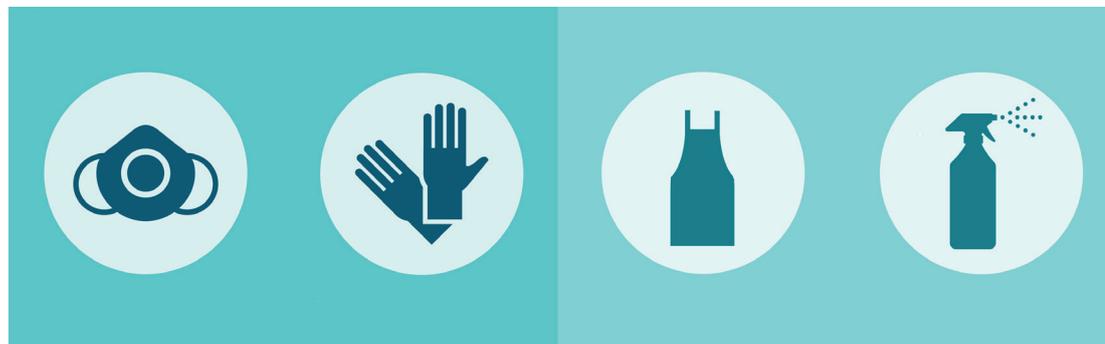
Ist die Hygiene als Fachbereich in der vertragsärztlichen Versorgung gut genug verankert?

MATTNER: Als Fach ist die Hygiene gar nicht verankert. Es wäre durchaus sinnvoll, niedergelassene Hygieniker zu haben, die sich um eine hygienische Beratung der Praxen, um die infektionspräventive, infektiologische Beratung von Patienten und um das Antibiotika-Management kümmern. Das Problem der Multiresistenzen ist eine riesige Bedrohung, die sich unterschwellig auf uns zubewegt. Dabei geht es potenziell um eine sehr viel höhere Zahl an Toten als bei den Pandemien der vergangenen Jahre. Eine Abrechenbarkeit infektions- und besiedlungspräventiver Leistungen im kassenärztlichen Bereich ist mehr als überfällig. ■

Wie sollte die Bevorratung und Beschaffung von Schutzausrüstung geregelt werden?

Hier ein Reformvorschlag des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe

Die Corona-Krise zeigt: Die Bevorratung und Anschaffung von medizinischer Schutzausrüstung für den Pandemiefall ist unzureichend geregelt. Wir haben das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) um einen Reformvorschlag gebeten. Hier die Antwort: „Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) ist zuständig für den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz im Zivilschutz. Die Vorhaltungen für den Gesundheitlichen Bevölkerungsschutz in Bezug auf Katastrophen und außergewöhnliche Schadenslagen liegen in Länderverantwortung. Beide Systeme unterstützen sich gegenseitig. Die 2012 vom BBK durchgeführte Risikoanalyse zum Thema "Pandemie durch Virus Modi-SARS" sowie die Länder- und Ressortübergreifende Krisenmanagementübung (LÜKEX) 2007 zu einer möglichen Influenza-Pandemie haben bereits angedeutet, dass



dieses System in einer Pandemie schnell an seine Grenzen stößt. Deshalb ist es wichtig, bereits während und insbesondere nach der Lage belastbare Aussagen für Bedarfe im klinischen (Krankenhäuser), präklinischen (Rettungsdienste) und ambulanten (Arztpraxen) Bereich sowie in der Pflege (Seniorenheime) und im öffentlichen Gesundheitsdienst zu eruieren, um Bedarfe festlegen zu können. Für zukünftige Schadenslagen sollte aus unserer Sicht folgende Regelung getroffen werden, um einem Mangel an Persönlicher Schutzausrüstung entgegenwirken zu können:

1. Erstellung Bedarfsanalyse für persönliche Schutzausrüstung pro Tag für alle Bedarfsträger

2. Bevorratung 14-Tage-Bedarf durch Bedarfsträger

3. Bevorratung weiterer 14-Tage-Bedarf durch Bundesländer

4. Darüber hinaus Bevorratung weiterer 14-Tage-Bedarf durch Bund. Ob dieser über das Gesundheitsministerium oder über das Innenministerium bereitgestellt wird, ist zu klären.

5. Darüber hinaus Herstellen einer nationalen Resilienz für persönliche Schutzausrüstung, das heißt: Es müssen Kapazitäten sichergestellt sein, persönliche Schutzausrüstung im Land herzustellen. Dies umfasst auch die Herstellung benötigter Bestandteile.“ ■



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

COVID-19: Wo ist die Evidenz?

VON ANDREAS SÖNNICHSEN IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Als Ende Dezember 2019 über die ersten Coronavirusinfektionen in China berichtet wurde, war kaum absehbar, dass sich aus diesem Krankheitsausbruch eine weltweite Pandemie entwickeln würde. Anfangs glaubte man noch, dass sich die Ausbreitung des SARS-CoV-2 durch Isolierung der Erkrankten und Quarantänemaßnahmen für Verdachtsfälle stoppen lassen könne. Inzwischen ist klar, dass sich das Virus trotz aller drastischen Maßnahmen weltweit verbreiten wird.

Die Frage, die sich angesichts der heutigen Situation vordringlich stellt, ist daher nicht die Frage, wie wir das Virus eliminieren können, sondern wie es gelingt, dass es möglichst wenig Schaden anrichtet. Hier gilt es, direkten Schaden durch Todesfälle, Arbeitsausfall oder Überlastung des Gesundheitssystems gegen indirekte Schäden wie die Auswirkungen von sozialer Isolierung und Wirtschaftsstillstand auf Gesundheit, Morbidität und Lebenserwartung abzuwägen. Im Folgenden wird der Versuch unternommen, die Unklarheiten und den Mangel an Evidenz für die derzeit diskutierten und

tatsächlich erfolgenden Maßnahmen darzustellen und als wichtigste Botschaft die Notwendigkeit aufzuzeigen, aus der derzeitigen Situation durch konsequente Forschung zuverlässige Daten für zukünftige ähnliche Ereignisse zu gewinnen.

COVID-19-MORBIDITÄT

Anfangs kam es in vielen Ländern, so auch in Deutschland und Österreich, zu einer Verdoppelung der diagnostizierten Fälle ca. alle 2 bis 2 ½ Tage [1], und Hochrechnungen prognostizierten, dass die Kapazitäten der Krankenhäuser für die Versorgung der Erkrankten spätestens Anfang April erschöpft sein würden [2]. Diese Prognosen haben sich für Deutschland und Österreich bisher nicht bewahrheitet, und inzwischen ist es zu einer deutlichen Verlangsamung der Ausbreitung gekommen. In Deutschland ist die Anzahl der durchschnittlichen täglichen neu positiv Getesteten (jeweils Durchschnitt der letzten sieben Tage) vom Spitzenwert von 5837/Tag am 2. April 2020 auf 3385/Tag (Stand 15. April 2020) zurückgegangen [1]. Auch die Anzahl der durchschnittlichen täglichen Todesfälle ist inzwischen stark rückläufig (vom Spitzenwert von 214/Tag am 8. April 2020 auf 183/Tag am 15. April 2020, jeweils gemittelt über die vergangenen sieben Tage) [1].

COVID-19-LETALITÄT

Es gibt nach wie vor keine zuverlässigen Zahlen zu der Letalität von COVID-19. Sicher ist, dass die simple Division der Anzahl der Todesfälle durch die nachgewiesenen Erkrankungen zu einer substantiellen Überschätzung der sogenannten „Case Fatality Rate“ (CFR) führt. Am 15. April 2020 gab es nach den Real-Time-Angaben des

Center for Systems Science and Engineering der Johns Hopkins Universität 2.008.850 durch PCR gesicherte Infektionen und 129.045 Todesfälle [3,4]. Dies entspräche einer CFR bzw. Letalität von 6,4%. Diese Zahl ist jedoch durch mehrere Fehler behaftet:

- Da COVID-19 in der Mehrzahl der Fälle mit milden Erkältungssymptomen oder gar inapparent verläuft, werden nicht alle tatsächlich aufgetretenen Infektionsfälle erfasst, Todesfälle wahrscheinlich jedoch nahezu vollständig. Dies führt zu einer Überschätzung der CFR. Nach einer Studie mit 565 Japanern, die aus Wuhan evakuiert worden waren und alle getestet wurden (unabhängig vom Vorliegen von Symptomen), werden durch die derzeit praktizierte symptomorientierte COVID-19-Überwachung nur 9,2% der Infizierten entdeckt [5]. Vorläufige Ergebnisse der deutschen Heinsberg-Studie fanden mittels Antikörpertestung eine Durchseuchung von 15% und eine CFR von 0,37% [6]. Die Studie wurde allerdings wegen intransparenter Methodik und fehlender Validierung des Antikörpertests kritisiert.
- Die Verfügbarkeit der SARS-CoV-2-Tests war und ist nicht überall gegeben. So ist beispielsweise in den USA erst seit 11. März 2020 eine ausreichende, staatlich finanzierte Testmöglichkeit für alle Verdachtsfälle vorhanden [7]. Auch dies führt zu einer Überschätzung der CFR.
- Mit zunehmender Verbreitung der Erkrankung wird es immer schwieriger, eine vermutete Infektionsquelle auszumachen. Dies führt dazu, dass banale Erkältungen nicht unbedingt mit COVID-19 in Verbindung gebracht werden und Betroffene deshalb gar nicht zum Arzt gehen.
- Zu einer Überschätzung der CFR kommt es auch, wenn bei Verstorbenen eine Infektion mit SARS-CoV-2 zwar nachgewiesen wird, diese jedoch nicht den Tod herbeigeführt hat.
- Ein Fehler, der während der exponentiellen Zunahme der Erkrankungen zu einer Unterschätzung der CFR führt, ist, dass jeder Fall bereits ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung bei den Erkrankten mitgezählt wird,

dass aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht feststeht, ob der Erkrankte überleben wird. Den kumulativen Todesfällen müsste daher die Anzahl der bekannten Erkrankungen zum Zeitpunkt der Erstmanifestation der Erkrankung bei den Verstorbenen gegenübergestellt werden, d.h. die Anzahl der Erkrankungen etwa 14 Tage vor dem Todesdatum, wenn man davon ausgeht, dass Betroffene im Durchschnitt nach zweiwöchiger Erkrankungsdauer versterben. Die CFR betrüge dann je nach Land zwischen 5 und 15% [8]. Umgekehrt führt die derzeit sinkende Anzahl von Neuerkrankungen zu einer Überschätzung der CFR, da die heutigen Todesfälle sich auf die noch zahlreicheren Neuerkrankungen von vor zwei Wochen gründen.

Zudem variieren die CFRs stark von Land zu Land, was sowohl durch unvollständiges Erfassen der Fälle als auch durch die unterschiedlichen Möglichkeiten einer qualitativ hochwertigen intensivmedizinischen Versorgung bedingt sein kann. So sind beispielsweise von den 162.488 bestätigten Infizierten in Italien 21.067 (Stand 15. April 2020 [3]) verstorben, was einer CFR von 13,0% entspräche, während in Deutschland nur 3.592 von 132.718 verstorben sind (CFR 2,7%). Eine rezente Analyse aus China schätzt die CFR für den gesamten bisherigen Epidemieverlauf in China auf ungefähr 1,4% [9]. Die weit divergierenden Zahlen machen deutlich, dass es derzeit noch nicht möglich ist, die CFR zuverlässig zu schätzen.

Was allerdings mit großer Zuverlässigkeit gesagt werden kann, ist, dass die Todesfälle in erster Linie ältere, vor allem hochbetagte Menschen mit vor allem kardiovaskulären und pulmonalen Vorerkrankungen betreffen. In einer Analyse, die im Februar 2020 vom chinesischen Center of Disease Control veröffentlicht wurde, waren 81% der an COVID-19 Verstorbenen über 60 Jahre alt [10]. Kinder scheinen insgesamt weniger empfänglich für eine SARS-CoV-2-Infektion zu sein – nur 0,9% der Infizierten waren unter 10 Jahre alt [11] und nur 2,1% unter 20 [10]. Kein einziges Kind <10 →



→ Jahren war unter den Todesfällen. Allerdings lag die über das Alter gemittelte CFR bei Betroffenen <60 Jahren bei 0,6%.

Ähnliche Zahlen finden sich für Italien. Nur 1,7% der Infizierten sind unter 20 Jahre alt, und es gab nur 178 Todesfälle unter 50 Jahren (1,2%). 50% der bisherigen Todesfälle betrafen Menschen >80 Jahren und 95% Menschen >60 Jahren [12]. Im Gegensatz zu COVID-19 betrafen beispielsweise bei der Influenza-Pandemie 1918/19 fast 50% der Todesfälle die Altersgruppe 20-40 Jahre [13].

Auch Begleiterkrankungen stellen einen wesentlichen Risikofaktor dar. In der chinesischen Studie hatten 67,2% der Verstorbenen mindestens eine chronische Begleiterkrankung, am häufigsten Hypertonie (39,7%), eine kardiovaskuläre Erkrankung (22,7%), Diabetes mellitus (19,7%) und chronische Atemwegserkrankungen (7,9%) [10]. Aber auch Personen ohne jegliche Vor- oder Begleiterkrankungen wiesen eine CFR von 0,9% auf. Hier unterscheidet sich COVID-19 deutlich von der Influenza-Pandemie 1918/19, in der viele junge Menschen ohne wesentliche Begleiterkrankungen verstorben sind [13].

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Schaden durch COVID-19-assoziierte vorzeitige Todesfälle beträchtlich ist. Die derzeit für Deutschland gemessene CFR von 2% liegt mittlerweile über den aus Daten des RKI errechenbaren CFRs für Influenza der Jahre 2017/18 von 0,5% [14] und von 2018/19 von 0,4% [15]. Aus der Perspektive der evidenzbasierten Medizin bleiben jedoch all diese Zahlen nur eingeschränkt verwertbar, wenn die Gesamtmortalität der Bevölkerung, die Gesamtkrankheitslast durch Influenza-like Infections sowie deren CFRs als Bezugsgröße fehlen.

EFFEKTIVITÄT VON NICHT-PHARMAKOLOGISCHEN INTERVENTIONEN (NPI)

Als historisches Beispiel für die Effektivität von Containment-Maßnahmen können die unterschiedlichen

Reaktionen amerikanischer Städte auf die Influenza-Pandemie 1918 dienen. Während in St. Louis drei Tage nach dem Auftreten der ersten Influenza-Fälle bereits drastische Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung ergriffen wurden (Schließung von Schulen, Kirchen, Theatern, Lokalen, Absage öffentlicher Veranstaltungen u.a.), wurde in Philadelphia nach dem Ausbruch noch eine große Stadt-Parade durchgeführt und wirksame Containment-Maßnahmen erst zwei Wochen später implementiert [16].

Die Folgen waren dramatisch: In St. Louis erreichte die Todesfallrate in der Spitze 31/100.000 Einwohner, während diese in Philadelphia auf 257/100.000 Einwohner stieg und es als Folge zu einem Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung kam. Auch die Gesamtzahl der Todesfälle lag mit 347/100.000 Einwohnern in St. Louis etwa bei der Hälfte von Philadelphia (719/100.000 Einwohner) [16].

Ob die Erfahrungen aus der Influenza-Pandemie 1918/19 allerdings auf COVID-19 übertragbar sind, ist vollkommen unklar. Die Tatsache, dass damals hinsichtlich der Todesfälle vor allem junge Leute betroffen waren und dass weder Hygienestandards noch medizinische Versorgung 1918/19 mit heute vergleichbar sind, spricht eher gegen eine Übertragbarkeit.

Über die (eher fragwürdigen) Schlüsse aus dem historischen Beispiel hinaus gibt es wenig Evidenz, dass NPIs bei COVID-19 tatsächlich zu einer Verringerung der Gesamtmortalität führen. Ein Cochrane Review aus dem Jahr 2011 fand keine belastbare Evidenz für die Effektivität von Screening bei Grenzkontrollen oder Social Distancing, allerdings in erster Linie aufgrund fehlender Studien und mangelhafter Studienqualität [17].

Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2015 findet moderate Evidenz für Schulschließungen, um die Ausbreitung einer Influenza-Epidemie zu verzögern, allerdings verbunden mit hohen Kosten [18]. Isolation im Haushalt verlangsamt zwar die Ausbrei-

tung, führt aber zu vermehrter Infektion von Familienangehörigen [18]. Ein aktueller Cochrane-Rapid-Review findet nur sehr limitierte Evidenz aus Modellierungsstudien, dass Quarantänemaßnahmen effektiv sind, CoViD-19-Todesfälle zu verhindern [19]. Bei all diesen Erkenntnissen stellt sich die Frage nach der Übertragbarkeit von Influenza, SARS-1 oder MERS auf COVID-19. So mag beispielsweise bezweifelt werden, dass Schulschließungen effektiv sind, wenn weniger als 2% der bisher gemessenen Infektionen Schulkinder betreffen [12]. Andererseits könnte aufgrund asymptomatischer Verläufe bei Kindern die Dunkelziffer höher sein. Leider wurde es aber versäumt, vor der landesweiten Schulschließung entsprechende repräsentative Messungen vorzunehmen.

Es ist gänzlich unklar, wie lange die NPIs aufrechterhalten werden müssen und welche Effekte in Abhängigkeit von Zeit und Intensität damit erzielt werden können. Möglicherweise wird die Zahl der Toten nur auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, ohne dass sich an der Gesamtzahl etwas ändert. Im Gegensatz zur saisonal verlaufenden Grippe wissen wir nicht, wie sich SARS-CoV-2 weiter verhalten wird. Der Rückgang der Infektionen in den asiatischen Ländern und seit neuestem auch in Österreich und Deutschland kann als Erfolg der NPIs interpretiert werden. Ob auch das beginnende Frühjahr auf der Nordhalbkugel zu einer natürlichen Verlangsamung der Ausbreitung beiträgt, ist unbekannt.

Sollte die Ausbreitung tatsächlich nur aufgrund der NPIs zurückgehen, so ist mit einem erneuten Anstieg zu rechnen, sobald diese gelockert werden. So wird in einer Modellrechnung der Arbeitsgruppe COVID-19 am Imperial College prognostiziert, dass die Durchführung radikaler NPIs zu einer zweiten, ebenso gravierenden Pandemiewelle im Herbst 2020 führen könnte [16]. Mit einer Herdenimmunität ist jedenfalls in Anbetracht der

derzeitigen gemessenen Durchseuchung der Bevölkerung von gerade einmal 0,16% auf lange Zeit nicht zu rechnen. Selbst wenn man die Heinsbergstudie zugrunde legt, die sicher nicht repräsentativ für ganz Deutschland ist, ist man mit einer Durchseuchung von 15% von Herdenimmunität weit entfernt [6].

MÖGLICHE INDIREKTE SCHÄDEN DURCH COVID-19 UND NPIS

Auch für die möglichen indirekten Schäden der Pandemie gibt es wenig Evidenz. Die Schäden durch die Pandemie gehen jedenfalls weit über die Todesfallrate hinaus. Durch die Erkrankung kommt es nicht nur zu einer gravierenden Belastung des Gesundheitssystems mit möglicherweise reduzierter oder schlechterer Versorgung der nicht an COVID-19 erkrankten Patienten, sondern auch zu Arbeitsausfällen großen Ausmaßes.

Andererseits haben die derzeit ergriffenen NPIs massive Auswirkungen, die weit über den wirtschaftlichen Einbruch hinausgehen. Welche psychischen und gesellschaftlichen Auswirkungen haben soziale Isolierung? Wie viele ausländische Betreuungskräfte wollen oder können aufgrund der Grenzschließung und der Auflagen zum Coronavirusschutz, wie der 14-tägigen Quarantäne nach Heimkehr, nicht mehr ihren Dienst bei pflegebedürftigen älteren Menschen antreten und welche Auswirkungen hat das? Wie viele Arbeitsplätze werden verlorengehen, wie viele Unternehmen werden kollabieren? Wen werden die wirtschaftlichen Folgen am härtesten treffen? Werden die NPIs dazu beitragen, soziale Unterschiede zu vergrößern?

In Österreich stieg die Zahl der Arbeitslosen binnen eines Monats auf über 500.000 (Quote 12,2%) und erreichte damit den höchsten Stand seit 1946 [20], für Deutschland liegen noch keine Daten nach Einsetzen der NPIs vor. Mit jedem Prozentpunkt der Arbeitslo- →



→ senquote sinkt die durchschnittliche Lebenserwartung für Frauen um einen Monat und für Männer um drei Monate [9]. Arbeitslose weisen insgesamt eine höhere Mortalität, eine höhere Morbidität, eine höhere Suizidrate und eine schlechtere Lebensqualität auf [21].

Das Schließen der Schulen mag die Transmissionsraten unter Kindern reduzieren, aber wird es wirklich helfen, die Pandemie zu stoppen, und – das wäre ja das wichtigste Ziel – die Todesraten zu senken, wenn weniger als 2% der positiv Getesteten Kinder im Schulalter sind? Werden die Kinder sich nicht außerhalb der Schule treffen, die Eltern in Ermangelung von Betreuung von der Arbeit abhalten und dann die Großeltern besuchen – und damit genau die Personengruppe einem Risiko aussetzen, die am meisten geschützt werden muss?

Welche sozialen Auswirkungen werden die NPIs haben? Auch die hierdurch bewirkten Einkommensverluste – sowohl für Arbeitnehmer als auch für vor allem Kleinunternehmer (Läden, kleine Handwerksbetriebe, Friseure etc.) – haben gesundheitliche Auswirkungen auf Lebensqualität, Mortalität und Lebenserwartung. Nach Daten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung beträgt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt für Frauen im niedrigsten Einkommensquintil 8,4 Jahre und für Männer 10,8 Jahre weniger als für Personen im höchsten Einkommensquintil [22].

Es ist unmöglich, zum jetzigen Zeitpunkt abzuschätzen, ob durch unbeeinflusste rasche Ausbreitung der Erkrankung oder durch ein Hinauszögern der Ausbreitung und eine dadurch bedingte Verlängerung des gesamten Erkrankungszeitraums der größere Schaden angerichtet wird, der dann auch wieder indirekte Auswirkungen auf Gesundheit, Lebensqualität und Lebenserwartung haben kann.

WO IST DIE EVIDENZ?

Viele Fragen bleiben offen. Wir sind einerseits mit den nackten Zahlen einer exponentiell steigenden Anzahl

von Erkrankten und Toten weltweit konfrontiert, die uns die Medien tagtäglich in beängstigender Form vor Augen halten. Die mediale Berichterstattung berücksichtigt jedoch in keiner Weise die von uns geforderten Kriterien einer evidenzbasierten Risikokommunikation.

In den Medien werden aktuell die Rohdaten kommuniziert, etwa bisher gibt es „X“ Infizierte und „Y“ Todesfälle. Dabei wird nicht zwischen Diagnosen und Infektionen differenziert. Es handelt sich bei den gemeldeten Fällen jeweils um Diagnosen. Die Gesamtzahl der Infizierten ist jedoch nicht bekannt. Dazu bräuchte es eine vollständige Testung einer großen repräsentativen Stichprobe aus der Bevölkerung.

Die Nennung von Fällen ohne Bezugsgrößen ist irreführend. So werden beispielsweise für die einzelnen Länder, Bundesländer oder Regionen lediglich Rohdaten berichtet, ohne Bezug zur Bevölkerungsgröße. Die Angaben könnten sich jeweils auf 100.000 Einwohner beziehen.

Auch werden keine zeitlichen Bezugsgrößen genannt. So heißt es etwa „bisher gibt es 10.000 Fälle“. Die Nennung von Rohdaten ohne Bezug zu anderen Todesursachen führt zur Überschätzung des Risikos. In Deutschland versterben etwa 2.500 Personen pro Tag. Die Angaben zu den Todesfällen durch Covid-19 sollten daher entweder die täglich oder wöchentlich verstorbenen Personen mit Angabe der Gesamttodesfälle in Deutschland berichten.

Auch ein Bezug zu Todesfällen durch andere akute respiratorische Infektionen bzw. andere Todesursachen überhaupt wäre angemessen. In einem Preprint zur Letalität von CoViD-19 wird berichtet, dass das Risiko, durch CoViD-19 zu versterben, für gesunde Personen in Deutschland etwa genauso hoch ist wie das Risiko, bei einer Fahrleistung von 15 km/Tag durch einen Verkehrsunfall ums Leben zu kommen [23].

Auch ein Vergleich zur diesjährigen Influenza-Aktivität könnte sinnvoll sein: Laut Wochenbericht 14 des

RKI wurden bisher in dieser Saison 183.531 Influenzafälle labordiagnostisch bestätigt. 16% der Fälle wurden wegen nachgewiesener Influenza hospitalisiert und 411 Personen sind an Influenza verstorben (CFR 0,2) [24].

Der bekannte Epidemiologe John Ioannidis weist darauf hin, dass Coronaviren als typische Erreger von Erkältungskrankheiten jedes Jahr für Millionen von Infektionen verantwortlich sind und diese banalen Erkältungskrankheiten in bis zu 8% älterer, multimorbider Menschen mit Komplikationen wie Pneumonien tödlich enden [25,26]. Der einzige Unterschied zu SARS-CoV-2 könnte sein, dass wir Corona-Virus Infektionsraten bisher nie in der Bevölkerung gemessen haben.

Es ist vollkommen unklar, ob SARS-CoV-2 saisonalen Schwankungen unterliegen wird wie die Influenza, d.h., ob sich mit wärmeren Temperaturen die Ausbreitung verlangsamen oder gar zum Stillstand kommen wird. Es ist auch unklar, ob das Virus anders als Influenza-Viren antigenetisch stabil ist oder wie diese mutiert, sodass sich keine dauerhafte Immunität entwickeln kann.

Es ist weitgehend unklar, inwieweit sich die NPIs tatsächlich auf den Verlauf der Epidemie auswirken. Die Hinweise, die wir aus den asiatischen Ländern haben, sind sicher nur bedingt auf Europa mit seiner liberalen Lebenseinstellung übertragbar. Und was passiert, wenn die NPIs wieder beendet werden? Wird es in regelmäßigen Abständen erforderlich sein, erneut drastische NPIs einzusetzen und welche psychosozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen wird das haben?

FAZIT

Es gibt insgesamt noch sehr wenig belastbare Evidenz, weder zu COVID-19 selbst noch zur Effektivität der derzeit ergriffenen Maßnahmen. Es ist nicht auszuschließen, dass die COVID-19 Pandemie eine ernstzunehmende Bedrohung darstellt, und NPIs – trotz weitgehend fehlender Evidenz – das einzige sind, was getan werden

kann. Es ist aber ebenso möglich, dass durch die derzeit durchgeführten NPIs viel größerer Schaden angerichtet wird als durch die Epidemie selbst.

NPIs erscheinen unter Abwägen der Pro- und Contra-Argumente derzeit sinnvoll, aber sie sollten nicht ohne akribische Begleitforschung durchgeführt werden (siehe hierzu auch die Pressemitteilung des EbM-Netzwerks vom 27. März 2020 – <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/pdf/stn-20200327-covid19-begleitforschung>). Hierfür ist es erforderlich, neben der zweifelsohne erforderlichen virologischen Grundlagenforschung umgehend Kohorten und Register aufzubauen, um für zukünftige Pandemie-Situationen wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse zu sammeln. Unter anderem ist es sinnvoll, Zufallsstichproben der Gesamtbevölkerung auf SARS-CoV-2 zu untersuchen, um die wahre Durchseuchungsrate zu erfassen. Zudem wäre es wichtig, die gesamte Infektions- und Krankheitslast durch „Influenza-like-Illness“ sowie deren Folgen in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe zu erfassen, ähnlich wie dies beispielsweise in der britischen Flu Watch Cohort Study gemacht wurde [27] und von John Ioannidis nachdrücklich gefordert wird [25]. ■



Prof. Dr. Andreas Sönnichsen
Vorsitzender des Netzwerks
Evidenzbasierte Medizin
und Leiter der Abteilung für
Allgemein- und Familienmedizin,
Zentrum für Public Health an der
Medizinischen Universität Wien

LITERATUR zum Artikel siehe nächste Seite →



→ **LITERATUR** zum Artikel "Covid-19: Wo ist die Evidenz?"(siehe vorherige Seite)

1. Lau R. Time-series COVID-19 confirmed [Internet]. 2020 [zitiert 2020 März 14]; Available from: https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19/blob/master/csse_covid_19_data/csse_covid_19_time_series/time_series_19-covid-Confirmed.csv
2. Thurner S, Klimek P. Coronavirus-Maßnahmen in Österreich eventuell zu gering, um Kapazitätslimits von Spitalsbetten zu vermeiden [Internet]. 2020 [zitiert 2020 März 14]; Available from: <https://www.csh.ac.at/csh-policy-brief-coronavirus-kapazitaetsengpaesse-spitalsbetten>
3. Center for Systems Science and Engineering. Coronavirus COVID-19 (2019-nCoV) [Internet]. Johns Hopkins Univ.2020 [zitiert 2020 März 13]; Available from: <https://www.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
4. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect. Dis.* 2020;S1473309920301201.
5. Nishiura H, Kobayashi T, Yang Y, Hayashi K, Miyama T, Kinoshita R, u. a. The Rate of Underascertainment of Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection: Estimation Using Japanese Passengers Data on Evacuation Flights. *J. Clin. Med.* 2020;9:419.
6. Streeck H, Hartmann G, Exner M, Schmid M. Vorläufiges Ergebnis und Schlussfolgerungen der COVID-19 Case-Cluster-Study (Gemeinde Gangelst) [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Apr 15]; Available from: https://www.land.nrw/sites/default/files/asset/document/zwischenenergebnis_covid19_case_study_gangelst_0.pdf
7. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. *Cent. Dis. Control Prev.*2020 [zitiert 2020 März 13]; Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing-in-us.html>
8. Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G. Real estimates of mortality following COVID-19 infection. *Lancet Infect. Dis.* 2020;S147330992030195X.
9. Wu JT, Leung K, Bushman M, Kishore N, Niehus R, de Salazar PM, u. a. Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan, China. *Nat. Med.* [Internet] 2020 [zitiert 2020 März 22]; Available from: <http://www.nature.com/articles/s41591-020-0822-7>
10. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. *China CDC Wkly.* 2020;2:113–22.
11. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, u. a. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med.* 2020;NEJMoa2002032.
12. Istituto superiore di Sanità. Epidemia CoVid-19 - Aggiornamento nazionale [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Apr 8]; Available from: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_6-aprile-2020.pdf
13. Taubenberger JK, Morens DM. 1918 Influenza: the mother of all pandemics. *Emerg. Infect. Dis.* 2006;12:15–22.
14. Robert-Koch-Institut. Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2017/18 [Internet]. Robert-Koch-Institut; 2018 [zitiert 2020 März 17]. Available from: <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2017.pdf>
15. Robert-Koch-Institut. Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2018/19 [Internet]. Robert-Koch-Institut; 2019 [zitiert 2020 März 17]. Available from: <https://edoc.rki.de/handle/176904/6253>
16. Hatchett RJ, Mecher CE, Lipsitch M. Public health interventions and epidemic intensity during the 1918 influenza pandemic. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* 2007;104:7582–7.
17. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, u. a. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst. Rev.* [Internet] 2011 [zitiert 2020 März 20]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006207.pub4>
18. Rashid H, Ridda I, King C, Begun M, Tekin H, Wood JG, u. a. Evidence compendium and advice on social distancing and other related measures for response to an influenza pandemic. *Paediatr. Respir. Rev.* 2015;16:119–26.
19. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, u. a. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst. Rev.* [Internet] 2020 [zitiert 2020 Apr 15]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013574>
20. AMS. Arbeitsmarktdaten Österreich [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Apr 6]; Available from: <https://www.ams.at/arbeitsmarktdaten-und-medien/arbeitsmarkt-daten-und-arbeitsmarkt-forschung/arbeitsmarktdaten#aktuelle-monatsdaten>
21. Kroll L, Lampert T. Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Hrsg Robert-Koch-Inst. Berl. [Internet] 2012 [zitiert 2020 Apr 1]; GBE kompakt. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_1_Arbeitslosigkeit_Gesundheit.html?nn=2532006
22. Kroll L, Lampert T. Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. Hrsg Robert Koch-Inst. Berl. [Internet] 2014 [zitiert 2020 Apr 1]; GBE kompakt. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2014_2_soziale_unterschiede.html?nn=2532006
23. Ioannidis JPA, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis DG. Population-level COVID-19 mortality risk for non-elderly individuals overall and for non-elderly individuals without underlying diseases in pandemic epicenters [Internet]. *Epidemiology*; 2020 [zitiert 2020 Apr 15]. Available from: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.04.05.20054361>
24. Buda S. Influenza-Wochenbericht 14/2020 [Internet]. 2020 [zitiert 2020 Apr 9]; Available from: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2019_2020/2020-14.pdf
25. Ioannidis J. In the coronavirus pandemic, we're making decisions without reliable data [Internet]. *STAT2020* [zitiert 2020 März 19]; Available from: <https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>
26. Patrick DM, Petric M, Skowronski DM, Guasparini R, Booth TF, Krajden M, u. a. An Outbreak of Human Coronavirus OC43 Infection and Serological Cross-Reactivity with SARS Coronavirus. *Can. J. Infect. Dis. Med. Microbiol.* 2006;17:330–6.
27. Hayward AC, Fragaszy EB, Bermingham A, Wang L, Copas A, Edmunds WJ, u. a. Comparative community burden and severity of seasonal and pandemic influenza: results of the Flu Watch cohort study. *Lancet Respir. Med.* 2014;2:445–54.
28. BMBF. Förderaufruf zur Erforschung von COVID-19 im Zuge des Ausbruchs von Sars-CoV-2 - DLR Gesundheitsforschung [Internet]. Dtsch. Zent. Für Luft Raumfahrt EV - DLR Gesundheitsforschung [zitiert 2020 März 20]; Available from: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/10592.php>
29. FFG. Emergency-Call zur Erforschung von COVID-19 im Zuge des Ausbruchs von Sars-CoV-2 | FFG [Internet]. 2020 [zitiert 2020 März 20]; Available from: <https://www.ffg.at/ausschreibung/emergencycall-covid-19>

Coronavirus: Überblick zu den Sonderregelungen

Um die Vertragsärzte und -psychotherapeuten in der Coronakrise zu entlasten und eine zusätzliche Ausbreitung des COVID-19-Virus über die Wartezimmer der Praxen zu verhindern, wurden zahlreiche Sonderregelungen beschlossen. Die Neuerungen werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Zusätzliches Honorar für Corona-Patienten

Der Arzt dokumentiert die Ziffer 88240 an allen Tagen, an denen er einen Patienten wegen des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder wegen einer nachgewiesenen Infektion mit

dem Coronavirus behandelt. Dann bekommt er alle an diesen Tagen für den Patienten abgerechneten Leistungen in voller Höhe extrabudgetär vergütet. Ebenfalls extrabudgetär bezahlt wird die in diesem Quartal abgerechnete Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale, auch wenn sie nicht an diesem gekennzeichneten Tagen abgerechnet wurde. Dasselbe gilt für die Zusatzpauschale

für Pneumologie (GOP 04530 und 13650) und die Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung (GOP 13250). Auch diese Pauschalen werden von den Krankenkassen extra vergütet.

Gilt bis: unbefristet

AU-Bescheinigung per Telefon für bis zu

7 Tage

Vertragsärzte dürfen Patienten bis zu 7 Kalendertage am Telefon krankschreiben. Voraussetzung ist, dass es sich um eine leichte Erkrankung der oberen Atemwege handelt. In solchen Fällen ist die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) auch

möglich, wenn der Verdacht auf eine Infektion mit dem Coronavirus besteht. Alle Regelungen gelten auch für die Ausstellung einer ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes (Muster 21).

Auf einen Blick

Bis zu 7 Tage: Eine AU kann nach telefonischer Anamnese für bis zu 7 Kalendertage ausgestellt und einmal verlängert werden.

Nur bei diesen Patienten

- Patienten mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die eine leichte Symptomatik zeigen
- Patienten mit Erkrankungen der oberen Atemwege, die eine leichte Symptomatik zeigen, und bei denen außerdem ein Verdacht besteht, dass sie mit dem Virus infiziert sein könnten

AU bei Verdachtsfällen: Liegt ein begründeter Verdacht auf eine Infektion mit dem Virus vor, informiert der Arzt den Patienten darüber, wo er sich testen lassen kann. In einigen KV-Bereichen benötigen Patienten für die Untersuchung eine Überweisung (Muster 10). In diesen Fällen schickt der Arzt die Überweisung zusammen mit der AU-Bescheinigung an den Patienten. Da es ein begründeter Verdacht ist, meldet der Arzt den Fall dem Gesundheitsamt. Den Patienten verpflichtet er, Verhaltensregeln einzuhalten und unverzüglich einen Arzt zu kontaktieren, falls sich sein Gesundheitszustand verschlechtert.

Verwendung der eGK

- Der Patient war mit seiner eGK in dem →

WWW.KBV.DE

Nähere Informationen zu den **bundesweit gültigen Regelungen** finden Sie im Internet: www.kbv.de → Covid-19 → Themenseite Coronavirus → (runterscrollen) "Sonderregelungen für die ambulante Versorgung"
Die Themenseite wird ständig aktualisiert.

**STAND:
21.04.2020**

→ Quartal in der Praxis: Die Versichertendaten liegen bereits vor.

- Der Patient ist der Praxis bekannt, war in dem Quartal aber nicht da: Die Praxis übernimmt die Versichertendaten aus der Patientenakte. „Bekannt“ heißt: Der Patient war in den zurückliegenden sechs Quartalen (01.10.2018 bis 31.03.2020) mindestens einmal in der Praxis.

- Der Patient ist in der Praxis unbekannt. Das Praxispersonal erfragt am Telefon die Versichertendaten: Name des Versicherten / Wohnort des Versicherten (PLZ) / Geburtsdatum des Versicherten / Krankenkasse / Versichertenart (Mitglied, Familienversichert, Rentner)

Hinweise zur Abrechnung

- Versicherten- bzw. Grundpauschale plus GOP 40122 für das Porto: Der Patient war in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis oder hatte einen Arzt-Kontakt per Videosprechstunde.
- GOP 01435 plus GOP 40122 für das Porto: Der Patient war in dem Quartal weder in der Praxis noch in einer Videosprechstunde.

Gilt bis: 4. Mai 2020

Mehr Konsultationen per Telefon

Die Möglichkeiten zur ärztlichen und psychotherapeutischen Konsultation per Telefon während der Corona-Pandemie wurden für alle Fachgruppen ausgeweitet. Psychotherapeuten und Ärzte können ihre Patienten, die nicht in die Praxis kommen können, öfter und länger telefonisch betreuen. Die KBV hat dazu mit den Krankenkassen eine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen, die vorerst vom 1. April bis 30. Juni 2020 gilt.

Auf einen Blick

Nur bei bekannten Patienten: Die Telefonkonsultation ist nur bei bekannten Patienten möglich. „Bekannt“ heißt: Der Patient war in den zurückliegenden sechs Quartalen (4. Quartal 2018 bis 1. Quartal 2020) wenigstens einmal in der Praxis.

Abrechnung und Vergütung: Die Abrechnung erfolgt mit einer neuen Gebührenordnungs-

position (GOP): Je nach Fachgruppe ist das die GOP 01433 (154 Punkte/16,92 Euro) oder die GOP 01434 (65 Punkte/7,14 Euro).

- Nur Telefon: Die Telefonkonsultation ist vor allem für Patienten gedacht, die nicht in die Praxis kommen können. Die neue GOP wird in diesem Fall als Zuschlag zur GOP 01445 (telefonische Beratung eines Patienten im Krankheitsfall) gezahlt.

- Telefon und Sprechstunde: Psychotherapeuten und Ärzte einiger Fachrichtungen, zum Beispiel Psychiater, Nervenärzte und Hausärzte, können die GOP 01433 bzw. 01434 auch abrechnen, wenn der Patient in dem Quartal in die Sprechstunde (oder Videosprechstunde) kommt. Dann erhalten sie die telefonische Konsultation zusätzlich zur Grund- oder Versichertenpauschale vergütet. Die GOP 01445 ist in diesem Fall nicht abrechenbar.

Kein Einlesen der eGK: Finden in dem Quartal ausschließlich telefonische Konsultationen statt, muss die elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht eingelese werden. In diesem Fall übernimmt die Praxis die Versichertendaten für die Abrechnung aus der Akte des Patienten. **Gilt bis: 30. Juni 2020**

Videosprechstunde unbegrenzt möglich

Ärzte und Psychotherapeuten können unbegrenzt Videosprechstunden anbieten. KBV und Krankenkassen haben die geltenden Beschränkungen für den Einsatz der Videosprechstunde für das zweite Quartal aufgehoben.

Eine der Voraussetzungen für die Abrechnung der Videosprechstunde ist, dass die Praxis die technischen Voraussetzungen erfüllt. Dies muss der KV anhand eines Formulars bestätigt werden. Das Formular „Anzeige zur Durchführung und Abrechnung von Videosprechstunden“ finden Sie im Internet: www.kvhh.de → Formulare und Infomaterial → Formulare → V → Videosprechstunde.“ Ausführliche Informationen zur Videosprechstunde: www.kbv.de/html/

ben. Damit sind Fallzahl und Leistungsmenge nicht limitiert. Die Videosprechstunde ist bei allen Indikationen möglich und auch dann, wenn der Patient zuvor noch nicht bei dem Arzt in Behandlung war.

Auch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten dürfen bestimmte Leistungen per Videosprechstunde durchführen und abrechnen, unter anderem Einzeltherapiesitzungen.

Gilt bis: 30. Juni 2020

Videosprechstunde: Weitere Sonderregelungen für Psychotherapeuten

Psychotherapeuten dürfen während der Corona-Krise neben Einzeltherapiesitzungen auch Psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen (auch neuropsychologische Therapie) per Video durchführen. Eine Psychotherapie kann somit auch ohne persönlichen Kontakt zwischen Patient und Therapeut beginnen. Dies sollte besonderen Einzelfällen vorbehalten bleiben.

Hinweise zur Abrechnung: Für diese Sonderregelung wurde der EBM so angepasst, dass die entsprechenden Gebührenordnungspositionen auch abgerechnet werden dürfen, wenn die Leistungen in einer Videosprechstunde durchgeführt wurden. **Gilt bis: 30. Juni 2020**

Psychotherapie: Umwandlung von Gruppentherapie

Genehmigte Leistungen einer Gruppenpsychotherapie können übergangsweise in Einzelpsychotherapie umgewandelt werden, ohne dass hierfür eine gesonderte Antragstellung bei der Krankenkasse oder Begutachtung erfolgen muss. Die Umwandlung erfolgt über die „Therapieeinheit“ und muss lediglich formlos der Krankenkasse mitgeteilt werden. Für je eine Therapieeinheit genehmigte Gruppentherapie (entspricht einer Sitzung mit 100 Minuten) kann bei Bedarf maximal je Patient der Gruppe eine Einzeltherapie (entspricht einer Sitzung mit 50 Minuten) durchgeführt und abgerechnet werden. **Gilt bis: 30. Juni 2020**

Viele Lockerungen bei Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln und anderen Leistungen

Heilmitteltherapien können vorerst für einen längeren Zeitraum unterbrochen werden. Auch die Maximalfrist zwischen Verordnungsdatum und Therapiebeginn wird vorerst aufgehoben. In beiden Fällen behalten ärztliche Verordnungen ihre Gültigkeit. Die Lockerungen betreffen auch Hilfsmittel, die häusliche Krankenpflege und Krankenfahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung.

Heilmittel

- Ausgesetzt werden die Regelungen, wonach Verordnungen ihre Gültigkeit verlieren, wenn die Behandlung nicht innerhalb von 14/28 Tagen aufgenommen wird.

- Ausgesetzt werden die Regelungen, wonach Verordnungen ihre Gültigkeit verlieren, wenn die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird.

Dies bezieht sich auf sämtliche Heilmittel, die Vertragsärzte verordnen dürfen: Physiotherapie, Ergotherapie, Podologie, Ernährungstherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

Hilfsmittel

- Ausgesetzt wird die Frist von 28 Kalendertagen, innerhalb derer die Hilfsmittelversorgung nach Ausstellung der Verordnung aufgenommen werden muss.

Häusliche Krankenpflege

- Folgeverordnungen dürfen rückwirkend ausgestellt werden und zwar für bis zu 14 Kalendertage (bisher waren rückwirkende Verordnungen grundsätzlich nicht zulässig und Ausnahmefälle besonders zu begründen, dies gilt nur noch für Erstverordnungen)

- Ausgesetzt wird die Beschränkung der Dauer der Erstverordnung auf bis zu 14 Tage. Die Erstverordnung kann jetzt nach individuellem Bedarf auch für längere Zeiträume ausgestellt werden.

- Ausgesetzt werden Regelungen, wonach die Notwendigkeit für eine längere Dauer medizinisch begründet werden muss und die Folgeverordnung in den letzten 3 Arbeitstagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen ist. →

→ **Krankenfahrten**

Die Fristen für die Verordnung von Krankenfahrten (z.B. im Taxi) zu einer vor- oder nachstationären Behandlung wurden erweitert:

- Fahrten zu vorstationären Behandlungen können für 3 Behandlungstage innerhalb von 28 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung verordnet werden.
- Fahrten zu nachstationären Behandlungen können für 7 Behandlungstage innerhalb von 28 Tagen verordnet werden

Für Versicherte: Genehmigungsfrist bei der Krankenkasse erweitert

Versicherte haben statt 3 jetzt 10 Arbeitstage Zeit, die Verordnung zur Genehmigung bei ihrer Krankenkasse vorzulegen. Dies gilt für folgende Leistungen: Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) **Gilt bis: 31. Mai 2020**

Folgeverordnungen auch nach telefonischer Anamnese

Vertragsärzte dürfen Folgeverordnungen auch nach telefonischer Anamnese ausstellen und postalisch an den Versicherten übermitteln.

Bei der Krankenförderung gilt die Sonderregelung ebenso für Vertragspsychotherapeuten, denn auch sie dürfen Krankenförderungen veranlassen. Voraussetzungen ist, dass der verordnende Arzt oder Psychotherapeut den Versicherten bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung persönlich untersucht hat, er ihm also bekannt ist.

Es geht um folgende Leistungen:

- Häusliche Krankenpflege: alle Folgeverordnungen
- Heilmittel: alle Folgeverordnungen und alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls
- Hilfsmittel: Folgeverordnungen zum Verbrauch bestimmter Hilfsmitteln, zum Beispiel Stomabeutel oder Produkte zur Inkontinenzversorgung
- Krankenförderung: alle Verordnungen von Krankenfahrten und Krankentransporten (gilt nicht nur für Folgeverordnungen und auch aufgrund von bisher noch nicht behandelten Erkrankungen)

Arzneimittelrezepte durften Vertragsärzte auch bisher schon in Ausnahmesituationen per Post an Patienten senden. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient bei dem Arzt in Behandlung ist.

Da es sich um bekannte Patienten handelt, muss zum Quartalswechsel die Versichertenkarte nicht in der Praxis eingelesen werden. Die Praxis übernimmt die Versichertendaten aus der Patientenakte. **Gilt bis: 31. Mai 2020**

Portokosten für Folgerezepte, Verordnungen und Überweisungen

Für den Versand von Arzneimittelrezepten und andere Verordnungen sowie Überweisungen werden Ärzten die Portokosten mit 90 Cent erstattet. Patienten müssen damit nicht in die Praxis kommen, um sich nur ein Rezept oder eine Verordnung abzuholen. Möglich ist das allerdings nur, wenn der Patient bei dem Arzt in Behandlung ist. In diesem Fall muss auch nicht die elektronische Gesundheitskarte eingelesen werden: Die Versichertendaten aus der Patientenakte dürfen übernommen werden.

Die Versandkosten werden mit der GOP 40122 abgerechnet. **Gilt bis: 30. Juni 2020**

Krankentransporte zur ambulanten Behandlung genehmigungsfrei

Krankentransporte zu einer ambulanten Behandlung von COVID-19-Patienten sind genehmigungsfrei. Dies gilt auch für Patienten, die nach behördlicher Anordnung unter Quarantäne stehen.

Ärzte und Psychotherapeuten, die einen solchen Krankentransport (nicht: Krankenfahrt im Taxi) veranlassen, müssen die Verordnung kennzeichnen. Dazu geben sie auf dem Formular für die Krankenförderung (Muster 4) an, dass es sich um einen nachweislich COVID-19-Erkrankten oder einen gesetzlich Versicherten in Quarantäne handelt.

Wichtig: Die ambulante Behandlung, zu der ein Krankentransport verordnet wird, muss zwingend medizinisch notwendig und nicht aufschiebbar sein. **Gilt bis: 31. Mai 2020**

Entlassmanagement: Verordnungen jetzt für bis zu 14 Tage

Krankenhäuser können für einen längeren Zeitraum nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zum Übergang in die ambulante Versorgung Leistungen veranlassen beziehungsweise Bescheinigungen ausstellen. Konkret sind es jetzt 14 Tage.

Dabei geht es um folgende Leistungen: AU-Bescheinigung, häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, Soziotherapie, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) sowie Heilmittel. Hier wurde die 12-Kalendertage-Frist, bis zu der die vom Krankenhaus verordnete Heilmittelbehandlung abgeschlossen sein muss, auf eine 21-Kalendertage-Frist erweitert.

Arzneimittelrezepte: Bei der Verordnung von Arzneimitteln im Entlassmanagement hat der G-BA die Begrenzung auf eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen ausgesetzt. Für sonstige Produkte wie Blutzuckerstreifen oder Verbandmittel dürfen Rezepte für den Bedarf von bis zu 14 Tagen ausgestellt werden. Die Einlösefrist für Entlassrezepte wurde auf 6 Werktage verlängert. **Gilt bis: 31. Mai 2020**

Versorgung ohne Einlesen der Versichertenkarte

Rezepte per Post, Konsultationen am Telefon oder Sprechstunden per Video: Es gibt aktuell viele Möglichkeiten, Patienten zu versorgen, ohne dass sie in die Praxis kommen müssen. Doch was ist mit der Versichertenkarte, die doch einmal im Quartal eingesehen werden soll? Die KBV hat sich mit dem GKV-Spitzenverband auf eine Regelung für die Zeit der Corona-Krise verständigt. Danach dürfen Praxen in bestimmten Fällen bei bekannten Patienten die Versichertendaten aus der Patientenakte übernehmen. Als „bekannt“ gilt ein Patient, der in den zurückliegenden sechs Quartalen (1. Oktober 2018 – 31. März 2020) mindestens einmal in der Praxis war.

In diesen Fällen muss die Versichertenkarte nicht eingesehen werden:

- Telefonische Konsultation (nur bei bekannten Patienten)
- Videosprechstunde (bei bekannten und unbekanntem Patienten)
- Folgerezepte, Folgeverordnungen, Überweisungen (nur bei bekannten Patienten)
- AU-Bescheinigung per Telefon (bei bekannten und unbekanntem Patienten) **Gilt bis: 30. Juni 2020**

U-Untersuchungen: Untersuchungszeiträume ab U6 ausgesetzt

Ärzte können Kinder-Früherkennungsuntersuchungen ab der U6 jetzt auch durchführen und abrechnen, wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind. KBV und GKV-Spitzenverband haben vereinbart, dass diese festen Zeiträume für die U6, U7, U7a, U8 und U9 ausgesetzt werden. **Gilt bis: 30. September 2020**

Dialyse: Notfallplan sichert Dialyse-Versorgung

Zur Sicherstellung der Versorgung von Dialyse-Patienten haben KBV und GKV-Spitzenverband einen Notfallplan für die Zeit der Coronavirus-Pandemie verabschiedet. Zur Sicherstellung der Dialyse-Versorgung sollen die Einrichtungen flexibel auf bestimmte Notsituationen reagieren können, zum Beispiel, wenn Dialyse-Ärzte krankheitsbedingt ausfallen oder ganze Einrichtungen aus Gründen des Infektionsschutzes nicht in dem gewohnten Umfang weiterarbeiten können. In solchen Fällen können Praxen beispielsweise unkompliziert Patienten anderer Praxen übernehmen. Außerdem wurden die Zuschlagsziffern für Infektionsdialysen an die Coronavirus-Situation angepasst. **Gilt bis: 30. Juni 2020** →

WWW.KBV.DE

Nähere Informationen zu den **bundesweit gültigen Regelungen** finden Sie im Internet: www.kbv.de → Covid-19 → Themenseite Coronavirus → (runterscrollen) "Sonderregelungen für die ambulante Versorgung" Die Themenseite wird ständig aktualisiert.



→ **Praxisschließung: Bitte melden**

Sollten Sie gezwungen sein, Ihre Praxis zu schließen, weil Sie in häusliche Quarantäne müssen oder Ihr Praxispersonal aus diesem Grund nicht mehr zur Arbeit kommen kann, dann ist es nicht notwendig, eine Vertretung zu organisieren. Die KV bittet Sie aber dringend um eine Benachrichtigung. Dies ist erforderlich, um die Versorgungslage einschätzen zu können. Ein entsprechendes Formular finden Sie im KVH-Online-Portal unter der Rubrik „Coronavirus“.

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802 - 900

Anschaffungen für Schutzausrüstung werden erstattet

Die KV Hamburg konnte mit den Krankenkassen vereinbaren, dass die Kosten für Schutzausrüstung, die eine Praxis selbst organisiert hat, erstattet werden.

1. Die Bestellungen können umfassen: Mund-Nasen-Schutz (OP-Masken), FFP2 Masken, FFP3 Masken (soweit für die vertragsärztliche Versorgung zwingend benötigt), Einmalschutzkittel, Schutzbrillen – jeweils in handelsüblichen Mengen.
2. Akzeptiert werden Bestellungen mit Rechnungen im Zeitraum 1. März 2020 bis 31. Mai 2020.
3. Der Arzt muss die Bestellung selbst vornehmen und die Rechnung selbst begleichen (Vorleistungspflicht).

4. Zur Erstattung der Rechnungen füllen Sie das unter <https://www.rpd.de/schutzausruestunghh.pdf> eingestellte Formular aus, fügen die Rechnungen im Original oder als pdf-Ausdruck bei und schicken beides per Post an die „Rezeptprüfstelle Duderstadt“. Die Adresse steht auf dem Formular. Die Verwendung des Muster 16 (Kassenrezept) in diesem Zusammenhang ist nicht zulässig.

Die Krankenkassen behalten sich vor, die Einhaltung vor allem der Wirtschaftlichkeit (Menge, Preis) in Einzelfällen zu prüfen.

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802 - 900

Hamburg: Notfallverfahren für Arzneimittel

Vertragsärzte dürfen Folge-Arzneimittelverordnungen für bekannte Patienten nach telefonischer Konsultation ausstellen. Es ist mit den Apotheken abgesprochen, dass diese Rezepte in die vom Patienten benannte (Stamm-)Apotheke gefaxt werden können.

Die Apotheke wird sich von der Echtheit der Verschreibung durch geeignete Maßnahmen überzeugen und die Medikamente an die Patienten ausgeben. Somit ist eine zügige Versorgung der Patienten sichergestellt. Sofern die Apotheke einen Botendienst anbietet, kann dieser im dringenden Versorgungsfall oder bei Quarantäne genutzt werden, um

Medikamente an die Patienten auszuliefern. Notwendige Beratungen des Patienten durch die Apotheke werden auf telefonischem Wege durchgeführt. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient mit seiner Apotheke Kontakt aufnimmt und das weitere Vorgehen abklärt. Hierauf sollte explizit hingewiesen werden.

Die vorab per Fax übermittelten Verschreibungen müssen als ordnungsgemäß ausgestellte Verordnungen auf Muster 16 (Kassenrezept) den Apotheken nachgereicht werden. Über die Art und Weise der in der Regel täglichen Nachreichungen sollen Arztpraxis und Apotheke Vereinbarungen treffen. Dazu gehört auch ein Ersatzverfahren über die Ausstellung von Duplikaten, falls im Einzelfall Originalrezepte auf dem Wege der Zusendung verloren gehen sollten.

Bei Arzneimitteln, die auf einem BTM-Rezept verordnet werden müssen, muss das Vorgehen im individuellen Fall mit der Apotheke geklärt werden.

Bitte berücksichtigen Sie in diesem Zusammenhang die neuen Möglichkeiten zur Abrechnung von telefonischen Konsultationen (siehe Seite 24). Das Einlesen der eGK für Folgeverordnungen nach telefonischer Anamnese ist nicht nötig, wenn es sich um einen bekannten Patienten handelt. (Das heißt: Wenn der Patient in den zurückliegenden sechs Quartalen mindestens einmal in der Praxis war.) In diesen Fällen dürfen Praxen auf die Versichertendaten in der Patientenakte zurückgreifen. Für die Portokosten der per Post verschickten Rezepte bekommt die Praxis 90 Cent erstattet (Abrechnung mit der GOP 40122).

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

Qualitätssicherungsmaßnahmen vorerst ausgesetzt

Angesichts der Coronavirus-Krise hat die KV Hamburg die Qualitätssicherungs-Maßnahmen vorübergehend ausgesetzt. Dies betrifft unter anderem verschiedene Dokumentationsprüfungen durch Stichproben und die Einhaltung

von Mindestmengen. Damit sollen in erster Linie die Praxen entlastet werden. Zudem können aufgrund der besonderen Versorgungssituation bestimmte Qualitätsvorgaben derzeit nicht eingehalten werden. Dies gilt insbesondere für Prüfungen, an denen in der Regel mehrere Personen teilnehmen. Die Übergangsregelung betrifft neben Stichprobenprüfungen und Mindestmengen beispielsweise Fallsammlungs-, Präparate- oder Geräteprüfungen. Auch Fortbildungsmaßnahmen für Vertragsärzte und ihre Praxismitarbeiter, die für bestimmte Leistungen vorgeschrieben sind, fallen darunter. **Gilt bis: 30. Juni 2020**

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
qualitaetssicherung@kvhh.de

DMP: Ausnahmeregelungen für Schulungen und Dokumentationen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 27. März 2020 eine Ausnahmeregelung in die DMP-Anforderungen-Richtlinie aufgenommen. Die DMP-Dokumentationspflicht und die Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an empfohlenen Schulungen wird für das erste bis dritte Quartal 2020 ausgesetzt. Damit soll vermieden werden, dass in DMP eingeschriebene Patientinnen und Patienten, die zu den besonderen Risikogruppen zählen, zur Teilnahme an Präsenzsulungen und persönlichen Untersuchungen verpflichtet werden.

Gilt bis: 30. September 2020 ■

Aktuelle Informationen zur Qualitätssicherung finden Sie auf unserer Homepage:
www.kvhh.de → Qualität → Qualitätssicherung

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Katharina Flindt, Tel: 22802-461
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-899
Lucas Rathke, Tel: 22802-358
Joana Voll, Tel: 22802-424
Monika Zieminski, Tel: 22802-603
qualitaetssicherung@kvhh.de

Fragen und Antworten

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

Infocenter Tel: 22802-900

KOMPRESSIONSKLASSEN

Ich möchte meiner Patientin gerne medizinische Kompressionsstrümpfe verordnen. Welche medizinische Indikation rechtfertigt die Verordnung einer bestimmten Kompressionsklasse?

Generell gilt: Die Wahl der Kompressionsklasse liegt in Ihrem ärztlichen Ermessen. Eine starre Zuordnung der unterschiedlichen Ausprägung von Schädigungen/Krankheitsbildern zu Kompressionsklassen ist nicht durchgehend möglich, da auch individuelle Faktoren eine wichtige Rolle für die Akzeptanz der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie spielen.

Wenn beispielsweise ein Lymphödem eigentlich eine Versorgung mit Produkten der Kompressionsklasse III erfordert, der Patient aber nur die Kompressionsklasse II toleriert, muss der Arzt abwägen. Es ist für den Patienten besser, Kompressionsstrümpfe einer niedrigeren Kompressionsklasse zu tragen als gar keine.

Insofern dient die Zuordnung von Schädigungsbildern zu Kompressionsklassen in den jeweiligen Produktarten der Orientierung, ist aber nicht als starre Vorgabe zu verstehen:

Kompressionsklasse I

Schädigung der venösen Gefäßfunktion/-struktur am Unterschenkel/Knie/Oberschenkel (z. B. geringe Varikose, beginnende Schwan-

gerschaftvarikose) mit leicht ausgeprägter Schwellneigung, leichtem Ödemrisiko, Schweregefühl, zur Ödemreduktion, Beschwerde- und Schmerzlinderung.

Kompressionsklasse II

Schädigung der venösen/lymphatischen Gefäßfunktion/-struktur am Unterschenkel/Knie/Oberschenkel (z. B. Schwangerschaftsvarikose mit Ödem, nach Varizenstripping/Sklerosierung/venenchirurgischen Eingriffen, nach Thrombophlebitis, nach Abheilung venöser Ulzera, akute Thrombose) mit mäßig ausgeprägter Schwellneigung, Ödem, zur Ödemreduktion, Beschwerde- und Schmerzlinderung, Rezidivprophylaxe nach venösen Ulzera.

Kompressionsklasse III

Schädigung der venösen/lymphatischen Gefäßfunktion/-struktur am Unterschenkel/Knie/Oberschenkel (z. B. akute Thrombose, postthrombotische Insuffizienz, Lymphödem ab Stadium II, Ulcus cruris venosum) mit erheblich ausgeprägter Schwellneigung, Ödem, gegebenenfalls Hautveränderung, zur Ödemreduktion, Beschwerde- und Schmerzlinderung, Behandlung venöser Ulzera.

Kompressionsklasse IV

Schädigung der venösen/lymphatischen Gefäßfunktion/-struktur und der Haut/Unterhaut am Unterschenkel/Oberschenkel (z. B. Lymphödem ab Stadium III, Elephantiasis) mit erheblich ausgeprägter bis voll ausgeprägter Schwellneigung, Ödem, Hautveränderung, zur Ödemreduktion, Beschwerde- und Schmerzlinderung.



**SPEZIAL
FRAGEN
UND
ANTWORTEN**
zur Verordnung von
Kompressions-
strümpfen

PRODUKTGRUPPEN

Welche Produktgruppen medizinischer Kompressionsstrümpfe gibt es?

Medizinische Kompressionsstrümpfe werden in der Produktgruppe gegliedert nach Serienfertigung, rundgestrickte Maßanfertigung und flachgestrickte Maßanfertigung. Die Versorgung mit Serienstrümpfen erfolgt unter Berücksichtigung der notwendigen Kompressionsklassen, Größen und Strumpflängen gemäß der Normungen.

Eine Maßanfertigung wird vorgenommen, falls eine Versorgung mit einem Seriens-trumpf durch eine erhebliche Abweichung an einem Messpunkt und/oder größere Abweichungen an mehreren Messpunkten nicht möglich ist.

Bei Maßanfertigung wird zwischen rund- und flachgestrickten Strümpfen differenziert.

- Rundgestrickte Kompressionsstrümpfe stellen die Standardversorgung bei venöser Insuffizienz dar. Da sie jedoch oben wie unten die gleiche Maschenzahl haben, sind sie bei abrupten Änderungen im Umfangverlauf oder auch bei sehr großem Umfang ungeeignet, da sie zu Schnürringen führen, die wiederum die Ausbildung eines Lymphödems fördern können.
- Flachgestrickte Kompressionstrümpfe zur Behandlung von Lymphödem und Lipödem sind individuell gestaltet, sodass sie sich dem jeweiligen Beinumfang an den verschiedenen Lokalisationen besser anpassen. Sie sind jedoch auch teurer. Man erkennt sie an der langen Naht an der Rückseite des Strumpfes.

AUSFÜLLEN DES KASSENREZEPTESES

Welche Angaben müssen auf dem Kassenrezept enthalten sein, wenn ich Kompressionsstrümpfe verordnen möchte?

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

- 1 Markieren Sie das Feld Nr. 7 mit der Ziffer „7“
- 2 Diagnose: Lipödem Stadium III beidseitig
- 3 1 Stück
- 4 KKL 3
- 5 AT
- 6 offene Fußspitze
- 8 Maßanfertigung, flachgestrickt

Hier eine Ausfüllhilfe:

- 1 Markieren Sie das Feld Nr. 7 mit der Ziffer „7“
- 2 genaue Indikation / Diagnose
- 3 Anzahl der Strümpfe / Strumpfhosen (1 Paar oder 1 Stück)
- 4 erforderliche Kompressionsklasse (KKL 1-4)
- 5 Waden-Strumpf (AD), Schenkel-Strumpf (AG), Strumpfhose (AT) oder Umstandshose (AT/U)
- 6 a) ggf. Zusätze: Haftband, Hüftbefestigung etc.
b) Art der Fußspitze: offen, geschlossen
- 7 Hilfsmittelnummer
- 8 falls erforderlich: Vermerk „Maßanfertigung“, „Flachstrick“ →

SPEZIAL
FRAGEN
UND
ANTWORTEN
 zur Verordnung von
 Kompressions-
 strümpfen

MEHRFACHVERORDNUNG

Können gleich zwei Paar Kompressionsstrümpfe auf einmal verordnet werden?

Sie dürfen funktionsgleiche Mittel mehrfach verordnen, „wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig ist“ (§ 6 Absatz 8 Hilfsmittel-Richtlinie). Bei Kompressionsstrümpfen sollten Sie jedoch zunächst nur ein Paar verordnen, um sich von der Zweckmäßigkeit, Passgenauigkeit und Handhabbarkeit durch den Patienten zu überzeugen.

(Quelle: KBV Praxiswissen „Hilfsmittel“)

VERORDNUNGSINTERVALLE

In welchen Intervallen dürfen wir unseren Patienten ein neues Paar Kompressionsstrümpfe verordnen?

Eine genaue Vorgabe gibt es nicht. Die Mindesthaltbarkeit von Kompressionsstrümpfen beträgt bei regelmäßiger Nutzung in der Regel sechs Monate. Erst bei erneuter Notwendigkeit (z.B. Verschleiß) kann eine neue Verordnung erfolgen. Bei vorzeitigem

nutzungsbedingtem Verschleiß, wie auch bei krankheitsbedingtem Verschleiß und bei krankheitsbedingter Formänderung des Beins ist eine erneute Verordnung eines medizinischen Kompressionsstrumpfs erforderlich. In diesen Fällen, empfehlen wir Ihnen, die entsprechende Begründung auf dem Rezept zu dokumentieren (z.B. wesentliche Gewichtszunahme).

GÜLTIGKEIT EINER HILFSMITTELVERORDNUNG

Wie lange ist eine Hilfsmittelverordnung gültig?

Ab Ausstellungsdatum ist die Hilfsmittelverordnung 28 Kalendertage gültig.

Infocenter Tel: 22802-900



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



Verdacht auf Arzneimittelmissbrauch

Meldung vom 23. Januar 2020

52-jähriger Patient ungarischer Herkunft wünscht Pregabalin 300 wegen eines Zustandes nach critical illness PNP, Unterlagen seien in Ungarn. Einige Tage später übersetzte derselbe Mann für eine 68-jährige Frau aus Ungarn, die Pregabalin wegen eines chronischem Kopfschmerzsyndroms nach einer Trepanation in London vor 5 Jahren wünschte.

Meldung einer Praxis vom 7. Februar 2020

43-jähriger Patient, AOK NO PLZ 19357, Meldeadresse nicht in Hamburg, fragt nach Rezepten für Pregabalin in hoher Dosis wegen generalisierter Angststörung und somatoformer Schmerzstörung

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

Moderatorenschulung

Die Moderatorenschulung für ärztliche Qualitätszirkel wurde abgesagt, findet aber zu einem späteren Zeitpunkt statt. Der Termin wird noch bekannt gegeben.

Ansprechpartnerin:
Sabine Daub, Tel: 22802 -659
Sabine.Daub@kvhh.de

ACD-Netzwerktreffen

Alle ACD-Netzwerktreffen wurden auf einen derzeit noch unbestimmten, späteren Zeitpunkt verschoben. Wir werden uns bei allen teilnehmenden Mitgliedern für neue Terminabsprachen melden. Für aktuelle Projektinformationen erkundigen Sie sich bitte bei Ihren ACD-Netzwerk-Moderator oder bei Ihren ACD-KV-Mitarbeitenden.

Ansprechpartnerin:
Eva Heining, Tel: 22802 -427
eva.heining@kvhh.de

Merkblätter für Eltern zu U-Untersuchungen

Die Merkblätter „Seelisch gesund aufwachsen“ sollen Ärztinnen und Ärzte bei der Beratung zu den Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 unterstützen.

Für jede U-Untersuchung gibt es ein Merkblatt. Die insgesamt zehn Merkblätter informieren Eltern über die psychosoziale Entwicklung ihrer Kinder in unterschiedlichen Phasen. Außerdem gibt es Tipps, wie Eltern die seelische Gesundheit ihrer Kinder fördern können, sowie Informationen zu Beratungsangeboten und Frühen Hilfen.

Entwickelt wurden die Merkblätter von den gesetzlichen Krankenkassen, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, der KBV, der Deutschen Liga für das Kind, der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung sowie dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen.

Ärztinnen und Ärzte können die Flyer kostenfrei über das Bestellformular des Paul-Albrechts Verlags bestellen. www.kvhh.de → **Formulare und Infomaterial** → **PAV Formulare**

Als PDF zum selbst ausdrucken:

<https://seelisch-gesund-aufwachsen.de/>



Amtliche Veröffentlichung

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

Vertrag

5. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2019 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

Rechtsquelle

7. Nachtrag vom 26.03.2020 zur Satzung vom 01.07.2009 und Änderung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung

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

Infocenter, Tel: 22 802 -900

VON DR. ECKHARD ZEIGERT

Für wen ist „privat“ eigentlich besser?

Die Ungleichbehandlung von Privat- und Kassenpatienten hat uns das TSVG und andere bürokratische Hürden beschert. Wir Ärztinnen und Ärzte müssen darüber diskutieren, ob das duale Versicherungssystem noch zeitgemäß ist.

Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von der Dualität zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV). Doch für wen ist die Existenz der PKV wirklich von Vorteil?

BESSER FÜR DIE PATIENTEN?

Man kann sich darüber streiten, ob und nach welchen Kriterien privat versicherte (PKV-) Patienten in Deutschland tatsächlich besser gestellt sind als gesetzlich versicherte (GKV-) Patienten. Sie erhalten schneller Arzt-Termine, haben geringere Wartezeiten und im Krankenhaus Einzelzimmer. Aber werden sie auch medizinisch besser versorgt? Operiert die Chefärztin immer noch besser als die Oberärztin? Privatversicherte bekommen häufiger innovative und teurere Therapien. Doch teure, innovative Therapien haben in der Regel höhere Risiken und bisher unbekannte und möglicherweise gefährliche Nebenwirkungen. In der PKV werden medizinisch wirkungslose und potentiell schädliche Leistungen nicht ausgegrenzt. Im Gegensatz zur GKV übernimmt die PKV auch die Kosten für fragwürdige Leistungen, wirkungslose Medikamente und Me-too-Präparate. Sie honoriert generell alle Einzelleistungen ohne Mengenbegrenzung. So werden Privatversicherte häufig übertersorgt.

Die Leistungen der GKV orientieren sich dagegen an wissenschaftlich erwiesener Zweckmäßigkeit (EbM). Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), in dem Krankenkassen, Krankenhäuser, Ärzte und (beobachtend) Patientenvertreter vertreten sind wird der Leistungskatalog regelmäßig geprüft und aktualisiert. Dem G-BA ist das Institut für Qualität

und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zugeordnet, welches sachliche und gute Informationen für Ärzte und Patienten zur Verfügung stellt. Eigene Institute der Krankenkassen begleiten die Versorgung wissenschaftlich und erstellen beispielsweise fundierte Informationen über unnütze oder sogar schädliche IGeLeistungen.

Die PKV finanziert sich wesentlich mittels Kapitalanlagen. Sie partizipiert an der oft ungerichten internationalen Finanzwirtschaft, die überdies ins Wanken geraten ist. So stiegen die PKV-Beiträge 2017 durchschnittlich um 17 Prozent. Die PKV hat keine Instrumente, die Ausgaben zu begrenzen und zudem im Vergleich zur GKV erheblich höhere Verwaltungskosten. Die Privaten benötigen etwa 60.000 Beschäftigte, um ca. 9 Millionen Versicherte zu versorgen, während beispielsweise die TK für 9,5 Mio. Versicherte und einem größeren Aufgabenspektrum nur 15.000 Beschäftigter bedarf [1]. Die Overheadkosten (Verwaltung, Werbung usw.) betragen 2012 in der PKV 20,6 Prozent und in der GKV einschließlich der Pflegeversicherung 5,4 Prozent [2].

Ein Wechsel der privaten Versicherung ist für die Versicherten zudem schwer möglich. Viele Privatversicherte verlieren die durch das Finanzmodell notwendigen Altersrückstellungen, wenn sie die Versicherung wechseln. So sind sie dauerhaft an eine PKV gebunden oder müssen mit erheblich höheren Beiträgen nach einem Wechsel rechnen.

BESSER FÜR UNS ÄRZTE?

Eine Ärztin oder ein Arzt erhält für vergleichbare Behandlungsleistungen von der Privaten

Krankenversicherung durchschnittlich das 2,3-fache von dem, was die GKV zahlt [3]. Das mag erheblich erscheinen, doch sind zurzeit fast 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert. Die meisten Praxen leben von den Beiträgen der gesetzlich Versicherten und sind auf diese existenziell angewiesen.

In unseren Praxen liegt der durchschnittliche Anteil der GKV am Umsatz bei 69 Prozent. Hausärzte haben den höchsten Anteil von 79 Prozent, und Hautärzte den geringsten mit 51 Prozent [1]. Durchschnittlich 31 Prozent des Umsatzes speisen sich aus anderen Quellen. Doch wird dieser Anteil nicht alleine durch die Private Krankenversicherung gedeckt, hier kommen weitere Kostenträger und Selbstzahlungen hinzu.

Werden gesündere und besser verdienende Patienten Teil der Solidargemeinschaft, würden sie das System mit ihren höheren Beiträgen und geringeren Kosten stützen. An diesen Mehreinnahmen könnten wir Ärzte teilhaben. Komplizierte Steuerungsinstrumente - wie das TVSG - entfielen. Internationale Vergleiche ärztlicher Einkommen zeigen zudem, dass die Einkommen in Ländern mit einem kommunalen Gesundheitswesen keineswegs geringer ausfallen als hierzulande [4].

BESSER FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN?

Die GKV wird im Wesentlichen durch Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen finanziert. Die besser Verdienenden können sich privat krankenversichern und tun dies oft auch. Privatversicherte verdienen im Durchschnitt 56 Prozent mehr als gesetzlich Versicherte [5]. Wenn alle Bundesbürger gesetzlich versichert wären, würde die Gesetzliche Krankenversicherung jährlich ein finanzielles Plus in Höhe von rund neun Milliarden Euro erzielen. Der Beitragssatz könnte entsprechend sinken [5].

Privatpatienten sind durchschnittlich gesünder als die GKV-Patienten. Unter ihnen ist der Anteil mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt pro Jahr mit 17 Prozent deutlich geringer als bei GKV-Versicherten (23 Prozent). Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen

oder Pflegebedürftigkeit finden sich unter gesetzlich Versicherten wesentlich häufiger als bei Privatversicherten. Auch die subjektive Wahrnehmung der eigenen körperlichen und psychischen Gesundheit fällt bei Privatversicherten eindeutig positiver aus [5]. Die Differenz an Lebensjahren betrug in Deutschland zwischen Menschen, die zur niedrigsten im Vergleich zur höchsten von fünf Einkommensgruppen gehören, laut einer Untersuchung des Robert-Koch-Instituts von 2015 bei Frauen 8,4 und bei Männern 10,8 Jahre. Der Unterschied an Lebensjahren in gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand betrug sogar 13,4 bzw. 14,3 Jahre.

Die Egalisierung dieser Ungleichheit ist allerdings vornehmlich eine soziale und politische Aufgabe. Dennoch würde durch eine Gleichbehandlung aller Versicherten auch die Gesund-

Es ist ein Solidarsystem, dem sich die Besserverdienenden entziehen.

heit gefördert, denn die mit gesellschaftlicher Ungleichheit verbundenen Macht-, Partizipations- und Autonomieungleichheiten führen auch zu gesundheitlichen Unterschieden. Der sozioökonomische Status, ist eine soziale Ungleichheit, die unter die Haut geht – „unter die Haut“ im Sinne eines Umschlags psychosozialer Umstände in Determinanten des leiblichen Wohlergehens und der Gesundheit [6]. Am stärksten betroffen sind weniger leistungsstarke Menschen wie Wohnungslose, Migranten ohne Status, Suchtkranke, Hartz IV-Empfänger, „Aufstocker“, Alleinerziehende, chronisch Kranke, Menschen mit Handicaps usw.

Was ist das für ein Solidarsystem dem sich gerade die Gesünderen und Besserverdienenden entziehen? Die Aufgabe des solidarischen Gesundheitssystems wurde 2012 in den Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis von der Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) so formuliert: „Armut und →

→ soziale Isolation können durch hausärztliche Tätigkeit nicht behoben werden. Hausärztinnen und Hausärzte sind als die ihren Patienten am nächsten Agierenden verpflichtet, sich gegen die soziale Spaltung in der Gesellschaft einzusetzen. Die Hausarztpraxis kann daher ein Ort sein, wo Respekt in der Zuwendung und Chancengleichheit leitend sind.“ [7] Was die DEGAM für die hausärztliche Medizin entwickelt hat, ist auf die gesamte ambulante medizinische Versorgung übertragbar.

Mit SPD, Grünen und Linken fordern drei Parteien ein Ende des zweigliedrigen Versicherungssystems. Umfragen zeigen, dass der Rückhalt in der Bevölkerung für die Einführung einer Bürgerversicherung noch weit über die Wählerschaft dieser Parteien hinausgeht. In verschiedenen Erhebungen befürworten 58 bis 61 Prozent der Deutschen eine einheitliche Krankenversicherung – darunter auch viele Privatversicherte [9][10].

Auch Politiker, die das zweigliedrige Versicherungssystem erhalten wollen spüren diesen öffentlichen Druck. Sie erlassen immer kleinteiligere bürokratische Regelungen, um die Ungleichbehandlung der Versichertengruppen zu mildern. Das TSVG beispielsweise ist wesentlich dem Umstand geschuldet, dass Privatpatienten erheblich kürzere Wartezeiten haben und schneller Termine bekommen als GKV-Patienten. So ist es häufig Normalität, dass bei einer Terminanfrage zunächst nach dem Versicherungsstatus gefragt wird. Erst danach findet die Terminvergabe statt. Es gibt Arztpraxen, in denen getrennte Wartebereiche bestehen, und es gibt Sprechzeiten, die ausschließlich für Privatversicherte eingerichtet sind. Viele gesetzlich Versicherte empfinden das zu Recht als demütigend, und auch viele privat Versicherte finden diese Bevorzugung beschämend.

BESSER EINE EINHEITLICHE VERSICHERUNG?

Wir Ärzte beklagen uns über die bürokratische Bedarfsplanung. Doch solange das zweigliedrige Versicherungssystem fortbesteht, werden

Politiker die Regulierungsschraube immer weiter anziehen. In Hamburg wird bereits darüber diskutiert, ob die Bedarfsplanung kleinräumiger werden sollte und ob die Stadt stärker mitreden oder gar eigene medizinische Einrichtungen gründen sollte.

In Gegenden mit einer hohen Anzahl Privatversicherter sind überdurchschnittlich viele Ärzte ansässig [5]. Das Ende der neben der GKV parallel existierenden Privatversicherung und die Einführung einer Bürgerversicherung würde die Bevorzugung, aber auch die Über- und Fehlversorgung von Privatversicherten verhindern. Es würde alle Patienten bei der Wartezeit und beim Zugang zur ambulanten Medizin gleichstellen. Die Ungleichbehandlung im Gesundheitssystem könnte damit erheblich reduziert werden. Wir könnten Leistungen nur nach dem Prinzip der Notwendigkeit erbringen und wir könnten uns dort niederlassen, wo wir gebraucht werden.

Wir sollten die Bevorzugung und Überversorgung unserer privat Versicherten beenden noch bevor durch die Politik der notwendige und anstehende Wechsel bewirkt wird. ■

DR. ECKHARD ZEIGERT

Allgemeinmediziner in Osdorf

Literatur und Quellen

- [1] Hartmut Reiners: »Privat oder Kasse. Politische Ökonomie des Gesundheitswesens«, 2017
- [2] Franz Knieps, Hartmut Reiners: »Gesundheitsreformen in Deutschland«, 2015
- [3] Anke Walendzik, Stefan Greß, Maral Manouguian, Jürgen Wasem: »Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung«, Universität Duisburg-Essen, Februar 2008
- [4] www.praktischarzt.de, www.target-medizin.de
- [5] Bertelsmann-Stiftung: Risikoselektion in der Krankenversicherung. Spotlight Gesundheit / Daten, Analysen, Perspektiven Nr. 1, 2020
- [6] Hagen Kühn: »Überlegungen zu einer Politischen Ökonomie der Gesundheitspolitik«, 2015 In : Alternative Wirtschaftspolitik - Tro(o)st in Theorie und Praxis Axel Troost zum 60. Geburtstag
- [7] DEGAM: »Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis«, 20. September 2012
- [8] Gesundheit braucht Politik 4_2018 Ökonomisierung und Privatisierung <https://gbp.vdaae.de/index.php/172-2018/2018-4/1170-gbp-4-2018>
- [9] <https://yougov.de/news/2018/01/19/chance-fur-spd-mehrheit-der-deutschen-fur-burgerve/>
- [10] <https://www.welt.de/politik/deutschland/article171077377/Mehrheit-der-Deutschen-fuer-die-Einfuehrung-der-Buergerversicherung.html>
- [11] Jens Klein: »Medizinische Versorgung – gleiche Behandlung für alle?«, Hamburger Ärzteblatt 9/2018

VON DR. DIRK HEINRICH

Riskante Einheitsfantasien

Der Versuch, durch Einführung einer Bürgerversicherung mehr gefühlte Gerechtigkeit zu schaffen, hätte den gegenteiligen Effekt: Wir bekämen eine echte, scharfe Zwei-Klassen-Medizin.

Ende 2019 hat die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) der Bürgerversicherung eine klare Absage erteilt.

Unmittelbar danach zündete die Bertelsmann-Stiftung eine Nebelkerze und veröffentlichte Berechnungen, die zeigen sollten, dass eine Zusammenlegung von PKV und GKV die deutschen Beitragszahler entlasten würde. Die Autoren bescheinigten ihrem eigenen Zahlen-Szenario allerdings ausdrücklich, nicht „realistisch“ oder „umsetzungsnahe“ zu sein.

Unrealistisch und „nicht umsetzungsnahe“ sind viele Gedankenspiele, die sich mit der Abschaffung des dualen Versicherungssystems befassen. Der Artikel von Eckhard Zeigert (Seite 14) ist da keine Ausnahme. Viele seiner Grundannahmen sind unzutreffend oder unbewiesen. „Privatversicherte werden häufig übertarnt“, schreibt Zeigert. Woher weiß er das? „Teure und innovative Therapien haben in der Regel höhere Risiken.“ Wo ist der Beleg? Ich will nicht auf alle von Zeigert vorgetragene Behauptungen eingehen. Doch man sollte immer wieder darauf hinweisen: Es gibt gute Gründe, das duale Versicherungssystem im deutschen Gesundheitswesen zu erhalten.

„Was ist das für ein Solidarsystem, dem sich gerade die Gesünderen und Besserverdienenden entziehen?“, fragt Zeigert.

Dass sich die Privatversicherten der Solidarität entziehen, ist ein ebenso altes wie unzutreffendes Argument. Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist entstanden als Solidarsystem für Arbeiter. Menschen mit geringem und unsicherem Einkommen sollten

füreinander einstehen und sich gegenseitig unterstützen - doch sie sollten nicht für den Herzinfarkt des wohlhabenden Generaldirektors zahlen müssen. Die Versicherungspflichtgrenze entsprach dem Grundgedanken: Ab einer bestimmten Einkommensgrenze ist der Mensch auf sich allein gestellt. Ob der Generaldirektor beim Arzt aus eigener Tasche bezahlte oder das Geld vorstreckte und von einer Privatversicherung zurückbekam, war ihm selbst überlassen. Eine allgemeine Versicherungspflicht gab es nicht.

Das ist der historische Hintergrund, und das Prinzip ist gültig geblieben: Die Besserverdienenden haben für sich selbst zu sorgen. Sie zahlen mehr. Und sie bekommen dafür mehr Leistung.

Es stimmt: Privatpatienten werden bisweilen bevorzugt. Das betrifft aber vor allem den Servicebereich und die Terminvergabe für nicht dringliche Sprechstunden. Doch wenn ein

Der PKV-Bereich setzt Maßstäbe und ist Treiber der Innovation.

Patient einen Termin benötigt, bekommt er ihn – das gilt natürlich auch für GKV-Patienten. Die Wartezeiten auf Facharzttermine für GKV-Patienten sind im Vergleich zu anderen Ländern beispiellos kurz.

Im GKV-Bereich gilt der Erlaubnisvorbehalt – die Ärzte dürfen nur machen, was ausdrücklich erlaubt ist. Bei Privatpatienten können innovative Verfahren sofort angewendet werden – selbstverständlich nach wissenschaftlichen →

→ Kriterien, niemand wird gefährdet. Das MRT beispielsweise stand lange nur Privatpatienten zur Verfügung. Kassenpatienten wurden weiter geröntgt, bis das MRT endlich Kassenleistung wurde. Dadurch setzt der PKV-Bereich Maßstäbe, er ist ein Treiber der Innovation. Weil neue Verfahren im PKV-Bereich schneller zur Verfügung stehen, gerät der GKV-Bereich unter Zugzwang. So profitieren von der höheren Flexibilität des PKV-Bereichs auch die Kassenpatienten.

In Deutschland versorgen die meisten Praxen und Krankenhäuser sowohl Privatpatienten als auch Kassenpatienten. In diesen Versorgungseinheiten findet eine Quersubventionierung statt: Personal, Geräte, Ausrüstung und Inventar, das in überdurchschnittlichem Maße mit den Honoraren der Privatpatienten finanziert wird, kommt auch den Kassenpatienten zu Gute.

Unser Gesundheitssystem funktioniert auch deshalb so gut, weil der PKV-Bereich mit dem GKV-Bereich strukturell eng verknüpft ist. Diese Verknüpfung würde sich auflösen, wenn man alle Patienten in eine Einheitsversicherung zwingt. Die Gegensätze würden sich verschärfen:

Es wird immer Menschen geben, die schnellere und umfangreichere medizinische Leistung wollen und dafür privat bezahlen. Und es wird immer Ärzte geben, die eine solche Nachfrage bedienen. Deshalb würde sich ein privater medizinischer Zusatzmarkt etablieren. Es würden mehr Privatkrankenhäuser entstehen und mehr reine Privatpraxen. Die Bereiche wären schärfer getrennt – und wir bekämen eine echte Zwei-Klassen-Medizin.

Der Druck auf Patientinnen und Patienten, Leistungen aus eigener Tasche zu bezahlen oder teure Zusatzversicherungen abzuschließen, würde steigen, weil die Wartezeiten auf Termine immer länger und die Zugangshürden zum System immer höher würden.

Der Versuch, durch Einführung einer Bürgerversicherung mehr Egalisierung, mehr Gleichheit und mehr Gerechtigkeit zu schaffen, hätte

also vermutlich den gegenteiligen Effekt.

Für die Masse der Patienten wäre die Einheitsversicherung zweifellos eine Verschlechterung. Würden die Ärzte mehr Geld verdienen? Ich glaube nicht. Der Gesundheitsökonom Jürgen Wasem erörterte 2013 in einer Studie mögliche Übergangsszenarien in ein einheitliches Honorarsystem (Deutsches Ärzteblatt, 3.4.2013). Würden alle PKV-Versicherten sofort in ein Einheitssystem einbezogen, käme auf die niedergelassenen Ärzte alleine im ersten Jahr ein Honorarverlust von vier Milliarden Euro zu.

Statt die Versicherungssysteme auf niedrigem Niveau zu vereinheitlichen und damit eine Abwärtsspirale in Gang zu setzen, sollte man die Leistungen im GKV-Bereich besser bezahlen. Die seit 25 Jahren bestehende Budgetierung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) muss beendet werden. Sie ist das größte Hemmnis für die Niederlassung junger Ärztinnen und Ärzte. Sie benachteiligt insbesondere engagierte Ärzte in prekären Stadtteilen und auf dem Land.

Es ist die Schwäche der Umsätze aus der GKV, nicht die angebliche Stärke von Umsätzen aus der PKV, die zu Verwerfungen im ambulanten Gesundheitssystem führt. Mit dem TSVG hat sich die Tür zur Entbudgetierung geöffnet - das ist ein erster großer Schritt in die richtige Richtung.

Vor radikalen Scheinlösungen wie der Einheitsversicherung kann ich nur warnen: Es ist ein mühsamer Weg, das Gesundheitswesen für die Patienten und Ärzte sicher und behutsam weiterzuentwickeln. Doch wir dürfen das Bewährte nicht leichtfertig aufs Spiel setzen. ■

DR. DIRK HEINRICH

Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, Vorstandsvorsitzender des Spitzenverbandes Fachärzte (SPIFA), Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes und Präsident des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte.

Leserbriefe

Zu „Unerwünschte Wirkungen von Präventionsmaßnahmen“, KVH-Journal 4/2020, S. 30

Sehr geehrte Frau Prof. Mühlhauser, ich freue mich immer wieder über Ihre kritischen Betrachtungen scheinbar selbstverständlicher medizinischer Verfahrensweisen. So bin ich (Internist und Allgemeinarzt, niedergelassen seit 28 Jahren) genau wie Sie der Ansicht, dass die Gefahren der „Prävention“ vielfach unterschätzt werden. (Ohnehin wird zwischen Prävention und Früherkennung nicht genug unterschieden.)

Die Folgen der „Hamburg City Health Study“ erleben wir Hausärzte jede Woche, wenn Patienten mit halbgaren Untersuchungsergebnissen zur Abklärung kommen und wir verhindern müssen, dass durch Untersuchungskaskaden für den Patienten erst alles richtig gefährlich wird.

Ob allerdings die Warnung vor hohem Alkoholkonsum bei Jugendlichen in diese Reihe passt, daran habe ich Zweifel. Denn es erscheint mir nicht plausibel, dass junge Leute durch öffentliche Warnungen vor Alkohol zum Cannabis getrieben werden.

Bitte bleiben Sie weiter dabei, uns aufzuklären!

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Klaus Stelter,
Internist und Allgemeinarzt in Neugraben

Zu "Sprechende Medizin – das ist nicht nur Psychotherapie", KVH-Journal 4/2020, S. 36

Herr Dr. Soyka weist in seinem Artikel darauf hin, dass auch somatisch tätige Ärzte Zeit dafür brauchen, mit ihren Patientinnen zu sprechen. Er beklagt, dass er ohne psychosomatische Fachkunde solche Gespräche nicht abrechnen könne und dass überdies diese Gespräche nur in Zusammenhang mit einer psychiatrischen Diagnose abgerechnet werden könnten, was einer ungunstigen Pathologisierung Vorschub leisten würde.

Es geht hier einmal mehr um die Konkurrenz zwischen Apparatedizin und sprechender Medizin, zu der ich als Psychotherapeutin naturgemäß eine andere Meinung habe als Herr Dr. Soyka als Orthopäde. Natürlich kann und soll jede/r seine Anliegen vertreten. Aber es ärgert mich, wenn er im letzten Satz en passant die These aufstellt, dass es dann "vermutlich auch weniger überflüssige Psychotherapien" geben würde.

Ich als Psychotherapeutin würde mir nicht anmaßen, beur-

teilen zu können, ob und wann eine Röntgenaufnahme oder eine Mammographie notwendig und sinnvoll ist, und ich frage mich, wieso Herr Dr. Soyka meint, das im umgekehrten Fall beurteilen zu können. Und seine Hypothese, dass ein kurzes Gespräch zwischen Orthopäde oder Gynäkologin und Patient eine Psychotherapie überflüssig machen würde, spricht für ein ausgeprägtes ärztliches Selbstbewusstsein, aber nicht unbedingt für profunde Kenntnis dessen, wann eine Psychotherapie indiziert ist und was dort passiert. Ich halte eine Kolumne, in der die Vertretung eigener Interessen derartig mit der Diffamierung einer anderen Arztgruppe verbunden wird, im KVH-Journal für verzichtbar.

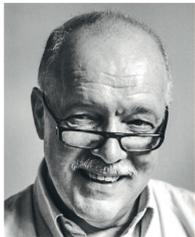
Dipl. Psych. Dagmar Kumbier,
Psychologische Psychotherapeutin in St. Georg

Entgegnung des Autors

Liebe Frau Kumbier, vielleicht sind wir gar nicht so weit auseinander. Ich denke sogar, dass man nicht nur als Kolumnist, sondern ganz allgemein die Welt nicht nur durch die Brille der eigenen Interessen sehen sollte. Ich selbst spüre, dass meine Urteilskraft sich verbessert, wenn ich eine Sache einmal vom Standpunkt eines anderen ansehe. So war es auch mit dieser Kolumne. Als Rehamediziner und Schmerztherapeut sind Leistungen aus dem Psychotherapiekapitel ein wichtiger Teil meiner täglichen Arbeit. Ich habe daher nicht nur eine gewisse Expertise, ich persönlich gehöre auch zu den „Gewinnern“ der Sprechenden-Medizin-Tombola. Für die gleiche Arbeit bekomme ich jetzt mehr Geld. Das hindert mich nicht, mich in die Kollegen hineinzusetzen, die jetzt „abgestraft“ werden, zum Beispiel weil sie beim Sprechen einen Schallkopf in der Hand halten.

Und ich denke an meine chronischen Patienten, bei denen am Ende der „Karriere“ eine OP oder eine Psychotherapie diskutiert wird – oft zu Recht, aber nicht immer. Bei beiden ließe sich Einiges überflüssig machen. Das gilt in zweierlei Hinsicht. Zum einen natürlich durch gute Indikationsstellung. Vor allem aber – und das war das Anliegen meines Beitrags – würden sich vermutlich viele chronifizierte Verläufe und überflüssige Ängste vermeiden lassen, wenn man rechtzeitig und nachvollziehbar mit den Patienten gesprochen hätte. Ich setze mich dafür ein, dass wir Ärzte die dafür nötigen kommunikativen Fähigkeiten trainieren und dass wir die Zeit zurückgewinnen, sie auch einzusetzen.

Dr. Matthias Soyka



Maskerade

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

Ist es in diesen Zeiten erlaubt, den Blick zurück zu richten? Ja, es ist nicht nur erlaubt. Es ist sogar bitter nötig, denn allzu schnell wird vergessen sein, wie wir eigentlich in diesen „Krieg mit dem Virus“ geraten sind.

Vor mehr als sieben Jahren erschien im Januar 2013 die Bundestagsdrucksache 17/12051: Eine geradezu hellseherische Risikoanalyse von Bundesinnenministerium und Robert-Koch-Institut (RKI) über ein schwerwiegendes Seuchenereignis durch einen neuartigen Corona-Virus. Neben Quarantäne und Hygiene wurde in der Aufzählung notwendiger Schutzmaßnahmen dem „Einsatz von Masken, Brillen und Handschuhen“ erhebliche Bedeutung zuge-messen. Passiert ist danach nichts.

Seit Anfang Januar konnten wir vom sicheren Sofa aus die verzweifelten Bemühungen in Wuhan verfolgen, eine tödliche Seuche in den Griff zu bekommen. Zehntausende Chinesen erkrankten, Tausende starben.

Anfang Februar warnte eine schwäbische Firma das Bundesgesundheitsministerium vor Engpässen bei der Versorgung mit Masken und Schutzkleidung. Passiert ist nichts. Man könne nicht alle eingegangenen Hinweise in seinem Haus bearbeiten, und man habe sich nicht vorstellen können, dass es mit einem „Cent-Produkt“ einen solchen Mangel geben könne, sagte Jens Spahn dazu im ZDF. Sechs

Millionen Atemmasken sind in Kenia verschwunden, keiner weiß wohin. Ein Flugzeug aus China voller Atemmasken landet in Frankfurt, es wird von zwei Ministern empfangen – wann hat es das schon einmal gegeben?

Bis heute sind Krankenhäuser nur unzureichend und Arztpraxen fast gar nicht mit professioneller Schutzkleidung und Atemschutzmasken ausgerüstet. Arztpraxen müssen schließen, weil die Corona-Infektion auch vor ihnen nicht Halt macht. In Alters- und Pflegeheimen ist die Versorgung noch katastrophaler.

Klaus Reinhardt, der Präsident der Bundesärztekammer schrieb an den Gesundheitsminister: „Seit Wochen arbeiten die ambulant tätigen Kolleginnen und Kollegen und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne angemessenen Schutz. Die Pflegekräfte besuchen zu pflegende ältere Menschen im Wesentlichen zu Hause und bewegen sich damit ungeschützt unter der am stärksten vom Risiko eines tödlichen Verlaufs behafteten Patientengruppe. Hausärzte, die in ihrer Praxis täglich mit unter Umständen infizierten Patienten gezwungenermaßen ohne Schutzmasken Kontakt haben, müssen gleichwohl die normale Versorgung von zahlreichen Altenheim-Patienten gewährleisten. Der Fall einer Ketteninfektion in einem Altenheim in Würzburg mit neun Toten ist ein warnendes Beispiel.“

In der FAZ sagt der hessische Ministerpräsident Bouffier: „Gesundheit hat 100 Prozent Vorrang“. Ich kann mich in meinem ganzen Leben als Arzt nicht daran erinnern, dass die Gesundheit schon jemals 100 Prozent Vorrang hatte, nicht bei der Privatisierung von Krankenhäusern, nicht bei der Streichung von 50.000 Stellen in der Pflege, nicht bei der Schließung von Krankenhäusern, von Kreißsälen, von Kinderkliniken, nicht beim Nachtflugverbot, nicht beim Tabakwerbeverbot, nicht beim Dieselskandal, nicht beim Tempolimit und schon gar nicht bei der größten aller Katastrophen, dem Klimawandel.

Nun wird ein Bürgerrecht nach dem anderen ausgesetzt, es geraten immer mehr Menschen in verzweifelte Situationen, sehen sich existentiellen wirtschaftlichen Bedrohungen ausgesetzt, Gesetze werden durch Parlamente gepeitscht, der Datenschutz wird außer Kraft gesetzt – der ist ja sowieso nur gut für Gesunde, sagt Jens Spahn – und inzwischen gibt es sogar Grenzen innerhalb Deutschlands.

Das alles war noch nie da, und die Angst wird größer, dass wir unsere Gesellschaft nach diesem „Krieg“ nicht mehr wiedererkennen werden. Die zur Zeit täglich als unsere großen Retter auftreten, haben völlig versagt. Deswegen ist der Blick zurück so wichtig. ■

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.

Beiersdorf spendete Desinfektionsmittel

Sprühflaschen wurden zusammen mit von der KV angeschafften Schutzmasken an die Hamburger Praxen ausgeliefert



Großes Foto: Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg (links) mit Dr. Jörg Busam, leitender Betriebsarzt der Beiersdorf AG

Die Beiersdorf AG hat der KV Hamburg 100.000 Flaschen mit Händedesinfektionsmittel gespendet. Die Sprühflaschen mit jeweils 200 ml Inhalt wurden im Beiersdorf-Werk im sächsischen Waldheim hergestellt und der KV in Hamburg übergeben.

„Es ist uns ein Anliegen, die Gesellschaft schnell und effektiv in ihrem Kampf gegen die COVID-19-Pandemie zu unterstützen“, sagte Dr. Jörg Busam, Leitender Betriebsarzt und Mitglied des Krisenstabs bei der Beiersdorf AG: „Die Händedesinfektionsmittelspende an die Hamburger Ärzteschaft hier am Heimatstandort des

Unternehmens soll eine praktische Hilfe für diejenigen sein, die Tag für Tag an vorderster Front in ihren Praxen gegen das Virus kämpfen.“

Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg und HNO-Arzt in Hamburg-Horn, bedankte sich für die Spende: „Das kommt zur rechten Zeit. Die tatkräftige Hilfe durch Beiersdorf ist wichtig für die ambulante Versorgung der Menschen in Hamburg.“

Ein Großteil der Sprühflaschen wurde zusammen mit von der KV angeschafften Schutzmasken an die Hamburger Praxen ausgeliefert. Der

Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann, freute sich darüber, die Hamburger Praxen jetzt mit den so dringend benötigten Materialien beliefern zu können, bekräftigte aber zugleich, dass die Situation in den Praxen weiter angespannt sei: „Es mangelt weiterhin an Schutzausrüstung. Deswegen können wir unseren dringenden Appell an die Politik nur wiederholen. Unterstützt uns in der Beschaffung von Ausrüstung! Ansonsten kann die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten Versorgung nicht mehr umfassend gewährleistet werden.“ ■



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Rolf Sittig**
Mitglied der Qualitätssicherungskommission Zytologie

Name: **Dr. med. Dipl. phys. Rolf Sittig**
Geburtsdatum: **18.01.1946**
Familienstand: **verheiratet**
Fachrichtung: **Gynäkologie**
Hobbys: **Tennis, Lesen, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Meine Wünsche haben sich größtenteils erfüllt. Ich bin als Medizintechniker in der Strahlentherapie sehr an der Kopplung diagnostischer und therapeutischer Geräte interessiert gewesen und habe dann im Laufe des Medizinstudiums den urchältesten medizinischen Teil in der Geburtshilfe kennengelernt.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission? Mir erschien dieses Fach ein Nischenfach zu sein, aus der ich es herausholen wollte. Die Technik der Aufbereitung und Diagnostik in der Zytologie hat mich sehr interessiert.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Veränderungen verlässlich mindestens mittelfristig anzustreben, also den Spagat zwischen medizinisch-gesellschaftlichem Wandel und nachhaltigen (!) Umsetzungen hinzubekommen. Des Weiteren ist es notwendig, das Fach Zytologie einem breiteren Kreis der Studierenden als interessantes Teilgebiet der Medizin zugänglich zu machen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Überschneidungen von Leistungserbringern, wie mit Pathologen, Radiologen und Laborärzten zu erkennen und mit gleichen Honoraren auszustatten.

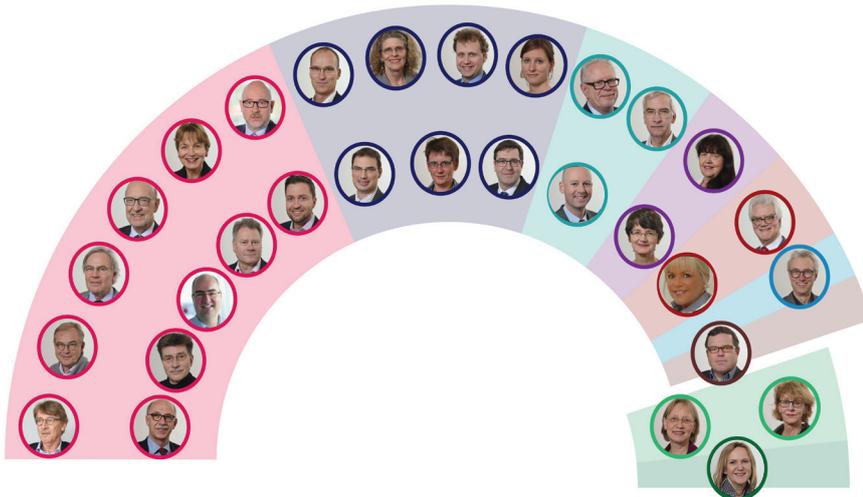
Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? In medizinisch unterversorgten Ländern seine Erfahrungen einzubringen. ■



VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 11.6.2020 (ab 19.30 Uhr)

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

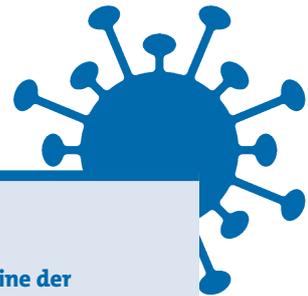


ABGABE DER ABRECHNUNG

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

**QUALITÄTSMANAGEMENT-
SEMINARE**

Aktuelle Informationen finden Sie
im Internet: www.kvhh.de →
Fortbildung → Termine



CORONAVIRUS-KRISE: HILFE FÜR PATIENTEN

Sonderrufnummer Corona-Hotline

Die Hamburger Gesundheitsbehörde hat eine Corona-Hotline eingerichtet, die unter anderem auch mit ärztlichem Personal besetzt ist. Sie bietet Bürgerinnen und Bürgern, aber auch Ärztinnen und Ärzte wichtige Informationen zum Beispiel zur Verdachtsabklärung.

Corona-Hotline der Gesundheitsbehörde: 040 / 428 28 - 4000

**Corona-Hilfe-Telefon
„Hamburg hilft Senioren“**

Speziell an ältere Menschen richtet sich das Corona-Hilfe-Telefon „Hamburg hilft Senioren“. Die Hotline der Gesundheitsbehörde ist an allen Tagen der Woche von 7 bis 19 Uhr erreichbar. Die Mitarbeitenden der Hotline vermitteln Beratungen auch in Englisch, Farsi, Polnisch, Portugiesisch, Russisch, Spanisch und Türkisch. Unter der Telefonnummer können sich aber auch Menschen melden, die helfen wollen. Diese werden an die Freiwilligenagenturen weitervermittelt.

**Corona-Hilfe Telefon für Senioren:
040 / 428 28 - 8000**

**Corona-Seelsorge-Hotline der
Nordkirche**

Die Evangelisch-Lutherische Kirche in Norddeutschland (Nordkirche) bietet eine kostenlose Seelsorge-Hotline für alle Menschen an, die unter den Folgen der Corona-Krise leiden. Kranke und alte Menschen, die seelsorgerische Begleitung brauchen oder Menschen, denen die emotionalen und psychischen Belastungen oder soziale Isolation zu schaffen macht, können sich an die Seelsorgerinnen und Seelsorger wenden. Die Hotline ist täglich von 14 bis 18 Uhr erreichbar.

Seelsorge-Hotline: 0800 4540106

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!

