

# KVH *journal*

## LONG COVID

*Übersicht zum wissenschaftlichen Kenntnisstand*



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](mailto:redaktion@kvhh.de)

Titelillustration: Sebastian Haslauer

Layout und Infografik: Sandra Kaiser  
[www.BueroSandraKaiser.de](http://www.BueroSandraKaiser.de)

Ausgabe 3/2021 (März 2021)



## Liebe Leserin, lieber Leser!

Wann bin ich dran? Diese Frage bezieht sich nicht nur auf die eigene Impfung gegen das SARS-CoV2-Virus, sondern auch auf die Frage, wann endlich der niedergelassene Arzt in der Praxis impfen kann. Vor allem die Haus- und Kinderärzte scharren hörbar mit den Hufen, sind sie doch traditionell diejenigen, die sich um das Impfen kümmern.

Für beide Fragen haben wir aktuell eine äußerst unbefriedigende Lage. Die Politik ist einfach nicht bereit, die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten so zu priorisieren, wie es ihrer Bedeutung in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung auch und gerade in Pandemiezeiten entsprechen würde. „Die Kanzlerin kennt nur den ÖGD und Kliniken“, fasste der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Gassen, die Lage in Berlin zusammen.

Auch die KV Hamburg klopft nahezu täglich an die elektronischen Türen der Behörde, um die Impfung der Ärzte und Psychotherapeuten nach vorne zu schieben. In homöopathischen Dosen lässt die Behörde Teilmengen und Untergruppen von Ärzten zur Impfung zu. Immerhin. Aber trotzdem viel zu wenig.

Das Ganze hat auch etwas mit Achtung zu tun. Während die Kliniken ihr Personal munter durchimpfen können, bleiben die niedergelassenen Kollegen außen vor. Dabei werden nach wie vor 90 Prozent aller Covid-Erkrankten von Niedergelassenen versorgt. Das ist in Politik und Öffentlichkeit noch immer viel zu wenig verankert – auch weil die Medien gerne ein völlig schräges Bild zeichnen.

Auch auf die Frage, wann es endlich mit der Impfung in den Praxen losgeht, gibt es eine ärgerliche, wenn auch bekannte Antwort: Es gibt zu wenig Impfstoff. Selbst wenn sämtlicher Impfstoff, der nach Hamburg geliefert wird, ausschließlich in die Hausarztpraxen ginge, müssten die Ärzte in einer Brutalität triagieren, die sich niemand wünscht. Zudem sind noch viele Dinge zu erledigen: von der Vergütungsfrage über den Vertrieb über die Apotheken bis hin zur Frage, in welcher Form die Impfungen beim RKI zu dokumentieren sind.

Das alles kann man nachvollziehen, aber es muss der Politik klar sein, dass das Versprechen der Kanzlerin („bis Ende September haben alle Deutschen ein Impfangebot erhalten“) niemals einzulösen sein wird, wenn die Niedergelassenen nicht massiv in die Impfkampagne eingebunden werden.

Immer häufiger fällt im Rahmen dieses Themas das Wort „Ostern“. Das wäre April. Hoffen wir,

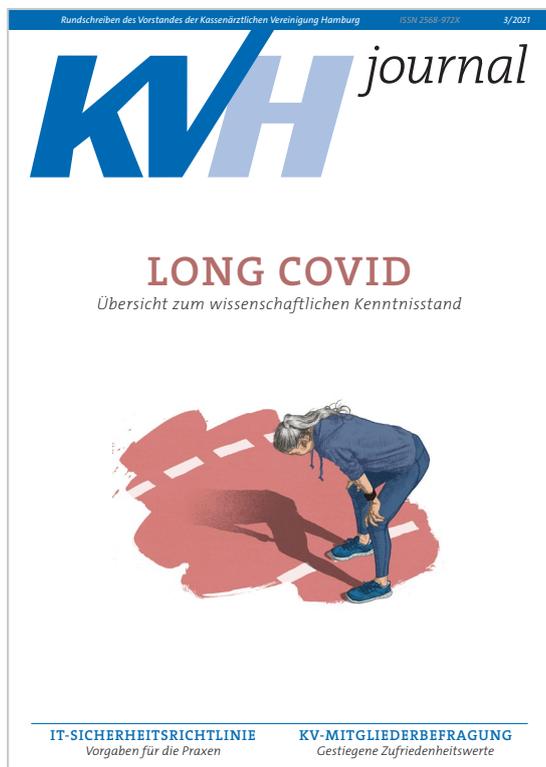
**Ihr Walter Plassmann,**  
Vorsitzender der KV Hamburg

---

### KONTAKT

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

**Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: [redaktion@kvhh.de](mailto:redaktion@kvhh.de)**



**SCHWERPUNKT**

- 06\_ Nachgefragt: Welche Erfahrungen haben Sie mit Long-Covid-Patienten gemacht?
- 08\_ Long-Covid: Was ist das eigentlich?
- 16\_ Corona-Pandemie: Welche Fehler bisher gemacht wurden

**AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS**

- 18\_ Fragen und Antworten
- 20\_ IT-Sicherheitsrichtlinie für Praxen
- 21\_ Aufdruck des TSS-Vermittlungscodes vorerst nur über KV-Connect möglich  
Ausnahmeregelungen bei der Maskenpflicht

**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.

**QUALITÄT**

- 23\_** Dokumentation für sQS-Verfahren  
Wundinfektion ausgesetzt  
Datenübermittlung  
der QS-Dokumentation

**KV INTERN**

- 30\_** KV-Mitgliederbefragung:  
gestiegene Zufriedenheitswerte
- 34\_** Steckbrief: Dr. Imke Mebes



**NETZWERK  
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**  
**24\_** Hanleys Dreierregel

**RUBRIKEN**

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

**AMTLICHE  
VERÖFFENTLICHUNGEN**

- 22\_** Bekanntmachungen im  
Internet

**KOLUMNE**

- 28\_** Zwischenruf  
von Dr. Matthias Soyka

**TERMINKALENDER**

- 30\_** Termine und geplante  
Veranstaltungen

**BILDNACHWEIS**

Titelillustration: Sebastian Haslauer  
Seite 3,6 und 7: Michael Zapf; Seite 8 und 9: Mike  
Fouque/Stock-Adobe.com; Seite 10: eveleen007/  
Stock-Adobe.com; Seite 17: Michael Zapf; Seite 19:  
Fleur Priess; Seite 27: Yuris Arcurs Photography/  
Fotolia; Seite 35: Michael Zapf; Icons: iStockfoto



## Welche Erfahrungen haben Sie mit Long-Covid-Patienten gemacht?



**Dr. Mike Müller-Glamann**  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Bramfeld

### In der Hausarztpraxis allenfalls Einzelfälle

Von den fast 500 positiv in meiner Praxis auf Covid-19 Getesteten gehören 200 zu meinen eigenen Patienten. Diese Patienten sind nach ihrer Covid-Infektion zum größten Teil unauffällig gewesen. Eingeschränkte Leistungsfähigkeit wurde in Einzelfällen berichtet – ich habe in diesen Einzelfällen kein organisches Korrelat (CRP/D-Dimere/Thorax Röntgen) gefunden. Nach sechs Wochen waren auch diese Patienten beschwerdefrei. **Die in der Literatur beschriebenen schweren organischen Folgeschäden treten in der Hausarztpraxis allenfalls als Einzelfälle auf. Somit sehe ich bezüglich Fatigue im Moment keinen Unterschied zu anderen Infektionskrankheiten.** Jedoch empfehle ich jungen asymptomatischen Sportlern nach Covid-19, mit vollem Training mindestens drei Wochen zu warten, langsames Steigern der Belastung und ein Ruhe-EKG. ■



**Dr. Olaf Degen**

Internist und Infektiologe am Ambulanzzentrum des UKE,  
Fachbereich Infektiologie

## Auch UKE-Mitarbeiter betroffen

Im Ambulanzzentrum des UKE sehen wir regelmäßig Patienten, die nach einer Covid-Infektion mit Spätfolgen zu kämpfen haben. Dabei handelt es sich auch um vergleichsweise junge Menschen ohne Vorerkrankungen – darunter Mitarbeiter des UKE, die sich in der ersten Pandemiephase infiziert haben. Beispielsweise behandeln wir einen Mitte 30-jährigen Arzt, der sich früher an Triathlon-Wettkämpfen beteiligte. Er hatte eine SARS-CoV-2-Infektion mit milden Symptomen, fühlte sich danach einige Monate lang kraftlos und konnte keinen Sport mehr treiben. Ein anderer Kollege in seinen 50ern hat nach einer Infektion bis heute schwere Geschmacksstörungen. Viele Long-Covid-Patienten klagen über Erschöpfung und Schwindelgefühle. Die Laborwerte sind allerdings oftmals normal. **Bemerkenswert finde ich, dass die Long-Covid-Symptome offenbar auch unabhängig von der Schwere der akuten Erkrankung auftreten.** Das kenne ich so nicht von anderen Infektionskrankheiten. ■



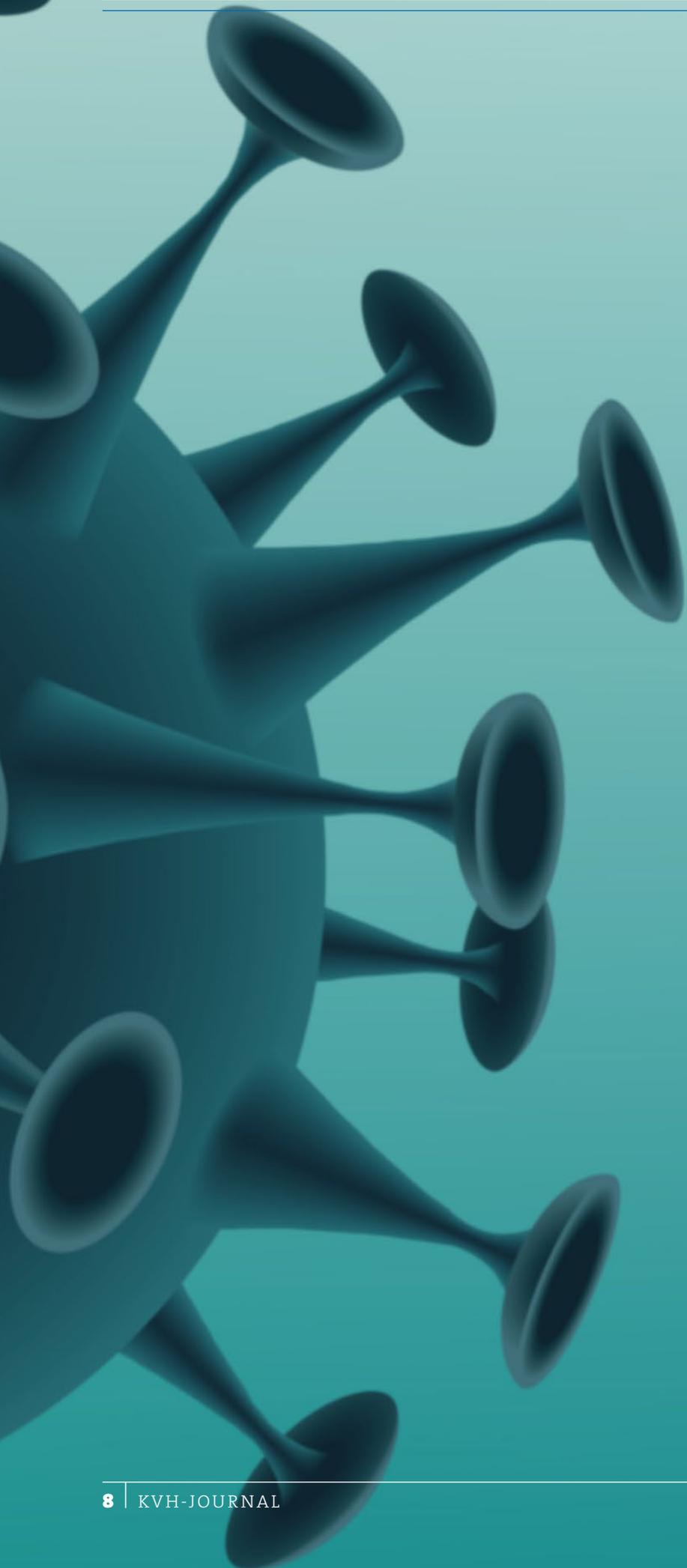
**Dr. Björn Laudahn**

Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin in Hamburg-Neustadt

## Narbenbildung im Lungengewebe

Wir sehen in unserer Praxis Patienten, die nach einer überstandenen Corona-Infektion über Fatigue und mangelnde Belastbarkeit im Alltag klagen. **Diese Symptome können durchaus länger anhaltend sein. Allerdings ist dies nicht Corona-spezifisch, diese verzögerte Rekonvaleszenz sehen wir durchaus auch bei anderen viralen Infektionen, beispielsweise nach einer schweren Influenza.**

Nach schweren Verläufen einer SARS-CoV-2-Infektion sehen wir bei manchen Patienten in der Bildgebung eine Narbenbildung im Lungengewebe. ■



VON PROF. DR. CHRISTIAN HOFFMANN UND PD DR. HANS KLOSE

# Long COVID – was ist das eigentlich?

Ein relevanter Teil der COVID-19-Erkrankten hat mit Langzeitfolgen zu kämpfen – doch das Beschwerdebild ist vielfältig und unspezifisch. Eine Übersicht zum wissenschaftlichen Kenntnisstand.

**I**n der aktuellen Pandemie wird viel über Todesfallzahlen und Intensivkapazitäten geredet. Erst allmählich treten potentielle Langzeitfolgen von COVID-19 zutage. Der nicht klar definierte Begriff „Long COVID-19“ umfasst ein weites Spektrum verschiedener Symptome, die Wochen und sogar Monate nach einer akuten Infektion noch persistieren oder sogar im Verlauf neu auftreten können – und zwar keineswegs nur nach schweren, sondern auch nach initial milden Verläufen. Führende Symptome

sind Erschöpfung und Ermüdbarkeit, aber auch Belastungsdyspnoe, Kopf- und Gelenkschmerzen, Palpitationen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie eine depressive Symptomatik bei vormals gesunden Personen. Das Beschwerdebild fluktuiert zum Teil erheblich. Im Folgenden wird der limitierte Kenntnisstand zusammengefasst (Stand Mitte Januar 2021).

**„Long Hauler“ ernst nehmen!**  
Auffällig ist, wie schnell das Thema von Anfang an von den

Betroffenen selbst auf die Agenda gehoben wurde [1]. Sogenannte „Long Hauler“ meldeten sich früh in sozialen Medien, aber auch in Fach-Journalen zu Wort. Eindruck machte bereits Anfang Mai der Bericht des britischen Infektiologen Paul Garner im British Medical Journal über seine siebenwöchige „Achterbahnfahrt von Krankheit, extremen Emotionen und völliger Erschöpfung“ [2]. Viele weitere Kasuistiken bekannter MedizinerInnen in Fachzeitschriften folgten [3], darunter auch die des ehemali-



### Fallbeispiel 1:

**51-jährige niedergelassene Chirurgin erkrankt mild-moderat** (ambulant, allerdings sehr starke Kopfschmerzen, Übelkeit, kein Fieber, 2-3 Tage Dyspnoe).

Arbeitsunfähig inklusive Quarantäne 24 Tage. Wiedereingliederung (anfangs 3 Std) über weitere 35 Tage.

**Aktueller Kommentar (nach 105 Tagen):** „Immer noch fluktuierend immer wieder Tage stärkster Erschöpfung, nur ganz allmähliche Erholung. Nach der Arbeit 1-3 Stunden Schlaf nötig. Langsam Gefühl der Besserung, war schon wieder joggen, aber weiter rasche Ermüdbarkeit, wiederholt ein bislang unbekanntes Gefühl wie „Stecker raus“. Bin froh, dass ich meine Arbeit schaffe.“



### Fallbeispiel 2:

**44-jährige angestellte Psychiaterin erkrankt mild-moderat** (ambulant). Über die zwei Wochen Quarantäne hinaus bestehen Belastungsdyspnoe, starke Erschöpfung und Cephalgien, Konzentrationsstörungen, leichte ängstlich-depressive Symptomatik (Selbsteinschätzung) und Anosmie/Ageusie. Verlauf mit weiteren 21 Tagen Arbeitsunfähigkeit (insgesamt 35), anschließend Wiedereingliederung über weitere 42 Tage.

**Aktueller Kommentar (nach 90 Tagen):** „Jetzt gerade die zweite Woche normale Arbeitszeit. Nicht mehr an allen Tagen Kopfschmerzen. Erschöpfung immer noch deutlich, tageweise gravierend. Geruchs- und Geschmacksinn weiter nicht vorhanden. An Sport ist nicht zu denken.“

gen UNAIDS-Direktors Peter Piot in *Science* [4].

Auch Facebook-Gruppen oder Online-Umfragen unter anderem zu persistierenden kognitiven Defiziten sorgten für viel mediale Aufmerksamkeit [5]. Mögen solche Befragungen Betroffener die Symptomprävalenz sicher überschätzen, so geben sie doch gute Hinweise über die Art der Symptome und den Leidensdruck [6]. Letzterer ist ganz offenbar beträchtlich: Unter 114 „Long-Haulern“ (darunter 32 ÄrztInnen), die fast alle ambulant behandelt

worden waren, zeigten sich starke Gefühle von Unsicherheit, Stigmatisierung und Schwierigkeiten, ernst genommen zu werden [7]. Vor allem das Erleben von Ungewissheit und eigener Hilflosigkeit wurde als belastend beschrieben. Betroffene verlangen von ihrem Hausarzt, dass er ihnen ihre Symptome glaubt und Einfühlungsvermögen und Verständnis zeigt. Eine kontinuierliche Unterstützung während der Genesung und Rehabilitation scheint entscheidend zu sein [8]. Die Beschwerden zu übergehen oder der

Hinweis auf fehlende Daten – noch Anfang Dezember titelte das *Deutsche Ärzteblatt*: „Eigenes Erleben schlägt Evidenz“ [9] – sind wenig hilfreich.

### Definition, Kategorien

Eine allgemein akzeptierte Definition für das Syndrom fehlt bislang. Keiner der verwendeten Termini trifft es gut: ob „long“, „chronic“, „ongoing symptomatic“, „post“ oder „post-acute COVID-19“ – sie alle werden zu Recht kritisiert. Britische ExpertInnen haben empfohlen, erst bei über 12 Wochen andauernden Symptomen von einem „Post-COVID-Syndrom“ auszugehen. Andere ziehen es vor, bei allen Beschwerden über 4 Wochen von „Long COVID-19“ zu sprechen, da das Präfix „post“ impliziere, dass die aktive Krankheitsphase vorbei sei, was letztlich niemand wissen [10]. Verschiedene Zeitfenster von 3, 4, 12, oder 24 Wochen werden diskutiert. Einige AutorInnen empfehlen, postakute Manifestationen in drei Kategorien einzuteilen, nämlich in Restsymptome, die nach der Erholung von einer akuten Infektion fortbestehen; in Organdysfunktion, die nach der anfänglichen Erholung fortbesteht; und neue Syndrome, die sich nach einer anfänglich asymptomatischen oder milden Infektion entwickeln [11]. Wiederum andere unterscheiden mindestens vier oder mehr distinkte Entitäten, darunter das Post-intensive Care Syndrome (PICS), ein post-virales Fatigue Syndrom, permanenten Organschaden und ein „long-term COVID-19 syndrome“ [12,13]. Durchgesetzt hat sich bislang kein Konzept. Neben

der fehlenden Definition und valider diagnostischer Tests sind einige Fallstricke und Probleme zu beachten, die die Interpretation der bisherigen Studiendaten erschweren (siehe Kasten Seite 13).

**Pathogenese**

Die Pathogenese ist sicher multifaktoriell. Persistierende Lungenschäden (wie übrigens auch bei SARS) werden bei vielen Patienten auch noch nach Monaten gesehen, insbesondere bei schweren CO-

VID-19 Fällen. Sie erklären freilich nicht alles. Spekulationen über extrapulmonale Manifestationen betreffen chronische Inflammation, Immundysregulation, Folgen der Endotheliitis und der Koagulopathie, neurologische, aber auch mitochondriale Funktionsstörungen – sie sind möglicherweise alle ein bisschen richtig und treffen jeweils für einen Teil der Fälle zu. Wahrscheinlich spielt auch eine autonome Dysfunktion eine Rolle. Sie könnte einen Teil der Symp-

tome (Schwindel, Palpitationen, Orthostase) erklären und wurde in einer ersten kleinen Fallserie objektiviert [14]. Ein Rätsel bleibt die schwer objektivierbare Fatigue-Symptomatik. Überlappungen und Ähnlichkeiten mit dem Chronischen Fatigue-Syndrom/Myalgische Enzephalomyelitis (CFS/ME) werden postuliert. In einer Studie, die sich genauer mit dem Fatigue-Syndrom beschäftigte [15], fand sich keine Assoziation mit der Schwere von COVID-19, allerdings

**WICHTIGE STUDIEN, HÄUFIGE SYMPTOME, FOLLOW UP (FU) IN TAGEN**

Ort Referenz	Patienten	n*	FU	Häufigste Symptome	Weitere Befunde
London [16]	Hospitalisiert (15% ICU), 60 Jahre	384 (479)	61 (E)	„unverändert oder verschlechtert“: Schlafstörungen 34%, Husten 26%, Fatigue 20%, Dyspnoe 19%	89% mit mindestens einem Symptom
Rom [17]	Hospitalisiert (13% ICU), 57 Jahre	143 (179)	60 (S)	Fatigue 53%, Dyspnoe 43%, Arthralgien 27%, Brustschmerz 22%	87% mit mindestens einem Symptom, schlechte Lebensqualität in 44 %
Alicante [18]	Hospitalisiert (9% ICU), 62 Jahre	277 (422)	77 (S)	Fatigue 35%, Dyspnoe 34%, Husten 21%, Anosmie 21%, Myalgien 20%, Kopfschmerzen 18%	Lymphopenie <1500 20%, CRP >0.5mg/dL 12%, D-dimere > 0.5 mg/mL 25%, Ferritin >150 mg/L 41% Spirometrie abnorm 9%
Paris [19]	Hospitalisiert (20% ICU), 63 Jahre	120 (188)	111 (A)	Fatigue 55%, Dyspnoe 42%, Gedächtnisverlust 34%, Schlafstörungen 31%, Konzentrationsstörungen 28%, Haarausfall 20%	32% arbeitsunfähig
Wuhan [20]	Hospitalisiert (39% schwer), 52 Jahre	538 (891)	97 (E)	Haarausfall 29%, Fatigue 28%, Nachtschweiß 24%, Belastungsdyspnoe 21%	50% mit mindestens einem Symptom, Frauen häufiger betroffen
Faeroer [21]	96% ambulant, 40 Jahre	180 (187)	125 (S)	50% Geschmacksstörungen, 24% Fatigue (sofern initial vorhanden)	53% mit mindestens einem Symptom, weniger bei Kindern/Adoleszenten
Wuhan [22]	Hospitalisiert (4% ICU), 57 Jahre	1733 (2469)	186 (S)	Fatigue/Muskelschwäche 63%, Schmerzen/Unwohlsein 27%, Schlafstörungen 26%, Ängstlichkeit/Depression (23%), Haarausfall 22%	76% mit mindestens einem Symptom, Diffusionskapazität <80% in 23%, mindestens 1 abnormaler CT-Befund 52%

\*Zahl der untersuchten Fälle (Gesamt-Fallzahl), ICU = Intensive Care Unit, Follow Up seit Symptombeginn (S), Aufnahme (A), Entlassung (E)

auch nicht mit diversen Labormarkern (Blutbild, LDH, CRP, IL-6).

### Klinisches Beschwerdebild

Die Beschwerden sind vielgestaltig. Neben dem häufig führenden Fatigue-Syndrom werden viele andere Symptome beschrieben, da-

Anhaltende Beschwerden kommen durchaus auch bei milden Verläufen vor. In einer sehr genau definierten Kohorte wurden 180 (96 % aller) COVID-19-Patienten von den Färöer-Inseln aus der ersten Welle nachverfolgt: Von fast ausschließlich ambulant behandel-

merten [24]. Die Folgen sind auch arbeitsmedizinisch relevant: Lange Arbeitsunfähigkeiten werden auch bei initial eher milden Verläufen gesehen (siehe Fallbeispiele Seite 10). Von hospitalisierten Erkrankten ist fast ein Drittel nach 3 Monaten noch arbeitsunfähig [19,25]. Die enorme Zahl an Krankheitsstagen und die ökonomischen Folgen werden in der aktuellen Diskussion um die Kosten von COVID-19 zu wenig berücksichtigt.

## Sogenannte "Long Hauler" meldeten sich früh in den sozialen Medien, aber auch in Fach-Journalen zu Wort.

runter Kurzatmigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Herzklopfen, Verlust oder Veränderung von Geschmack und Geruchssinn sowie Schlafstörungen und Haarausfall. Auch kognitive Probleme mit Störungen der Konzentration und des Gedächtnisses („foggy brain“ etc.) und depressiv-ängstliche Verstimmungen werden immer wieder genannt.

Die Häufigkeit der Symptome variiert stark, was auch an den sehr heterogenen Populationen liegen dürfte.

Die größten Studien [16-22] sind in der Tabelle 1 dargestellt (siehe Seite 11). In der bislang weitaus größten Studie wurden 1.655 – akut relativ kranke – COVID-19-PatientInnen aus Wuhan (alle hospitalisiert, immerhin 68 % mit Sauerstoffbedarf) im Verlauf untersucht [22]. Sechs Monate nach der Diagnose korrelierten Fatigue und Schwäche stark mit der akuten Schwere von COVID-19, ebenso Angst und Depression, aber auch die Diffusionskapazität. Frauen waren deutlich häufiger betroffen.

ten Personen berichteten 53 % über das Fortbestehen mindestens eines Symptoms nach durchschnittlich 125 Tagen, 33 % über ein oder zwei Symptome und 19 % über drei oder mehr Symptome [21]. In der Wuhan-Studie gaben von den 439 PatientInnen, die initial im Krankenhaus kein Sauerstoff benötigt hatten, 81 % nach 6 Monaten mindestens ein Symptom an, darunter 66 % Fatigue und Muskelschwäche [22]. In einer größeren Studie an 669 ausschließlich ambulant behandelten Patienten aus der Schweiz hatten immerhin 32 % nach 6 Wochen noch mindestens ein Symptom, darunter vor allem Fatigue, Dyspnoe und Geruchsstörungen [23]. Auffällig ist, wie oft der Verlauf stark fluktuiert. In einer Fallserie von 70 „Long Haulern“ berichteten 43 % von einer alternierenden Symptomatik, bei der sich symptomfreie Intervalle von Tagen oder Stunden mit plötzlichen Einbrüchen abwechselten, die sich nach körperlicher oder geistiger Anstrengung verschlim-

### Studien mit objektivierbaren Tests

Eine Auswahl an Studien mit objektivierbaren Tests und Parametern ist im Folgenden dargestellt. Auch hier ist es wichtig, nicht nur die unterschiedliche Follow-Up-Dauer, sondern auch die Auswahl der untersuchten Fallpopulation (hospitalisiert/ambulant, Alter etc.) zu beachten.

#### Lungenfunktion

- In einer prospektiven Studie an 145 PatientInnen aus Deutschland und Österreich (75 % hospitalisiert, 22 % Intensivstation) wiesen 41 % noch nach 100 Tagen persistierende Symptome (36 % Dyspnoe) auf. In CT-Scans zeigten 63 % persistierende Veränderungen, allerdings ohne Anzeichen einer Lungenfibrose. Sequentielle Untersuchungen nach 60 und 100 Tagen zeigten eine deutliche Verbesserung sowohl der Symptome als auch der CT-Anomalien. Die Lungenfunktion war bei einem Drittel beeinträchtigt, mit einer reduzierten Diffusionskapazität als auffälligstem Befund [26].
- In der Wuhan-Kohorte wurde eine Untergruppe nach 6 Monaten

auf die Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid (DLCO) untersucht. Eine niedrige DLCO (<80 %) wurde bei 50 % (48/86) bzw. 29 % (66/228) der Patienten mit bzw. ohne mechanische Beatmung während der akuten Erkrankung gefunden [22].

- Von 103 „konsekutiv“ hospitalisierten PatientInnen aus Norwegen (15 ICU-Fälle) hatte nach drei Monaten etwa die Hälfte Belastungsdyspnoe, ein Viertel auffällige CT-Thorax-Befunde, ebenfalls ein Viertel eine reduzierte Diffusionskapazität [27]. Die ICU-Aufnahme war mit pathologischen CT-Befunden assoziiert, nicht aber mit verschlechterter Lungenfunktion.

- Besserung der CT-Befunde in 99 % bei 124 PatientInnen aus Nijmegen (meist mild-moderat erkrankt) nach 13 Wochen, allerdings bei 91 % der entlassenen Patienten noch residuale Befunde, Korrelation mit Diffusionskapazität [28]. Kognitive Funktionsstörungen: 36 %.

- Bei 113 Schweizer PatientInnen (66 schwer/kritisch) zeigte sich eine enge Assoziation zwischen akuter COVID-Schwere und der Diffusionskapazität nach 4 Monaten, ebenso zwischen Dauer der Beatmung und Lungenfunktion [29].

#### Kardiologisch

- Insgesamt 100 „unselektierte“ Patienten (mittleres Alter 49 Jahre), von denen 67 ambulant betreut worden waren (18 asymptomatisch), erhielten 2-3 Monate nach der Diagnose ein kardiales MRT [30]. Insgesamt 36 berichteten über anhaltende Kurzatmigkeit und allgemeine Erschöpfung. Im MRT zeigten sich Hinweise für eine „kardiale Beteiligung“ bei 78 % und

## Probleme bei der Evaluation von Long COVID-19

- Keine allgemein akzeptierte Definition
- SARS-CoV-2-Diagnose uneinheitlich, nicht immer sicher
- Unterschiedlich schwer Erkrankte (ICU, Hospital, ambulant) unterschiedlichen Alters und aus verschiedenen Kulturkreisen, Selektions- und Recall-Bias
- Apps, Online-Umfragen: Response-Bias!
- Viele Symptome unspezifisch, schwer objektivierbar, Ausgangswerte nicht vorhanden
- Symptomprävalenz: Keine Vergleichsgruppe
- Abgrenzung von anderen Ursachen (Grunderkrankungen, PICS, Lockdown, emotionaler Stress) schwierig, psychosomatische Überlagerung möglich

eine anhaltende Myokardentzündung bei 60 %, und zwar unabhängig von Vorerkrankungen, dem Schweregrad von COVID-19 oder vom Zeitpunkt der Diagnose.

- Von 145 jungen, sonst gesunden Studenten mit mild-moderatem Verlauf hatten dagegen 14 Tage nach Diagnose nur zwei ein auffälliges kardiales MRT [31].

#### Sonstiges

- Körperliche Fitness: 199 junge Schweizer Rekruten hatten sich einem "Baseline"-Fittestest (3 Monate vor einem großen COVID-19-Ausbruch in der Kompanie) unterzogen, darunter Kraft-Messungen und ein progressiver Ausdauerlauf. Die Baseline-Fitness wurde mit einem weiteren Fittestest verglichen,

## Die enorme Zahl an Krankheitstagen werden in Diskussionen über die Kosten von COVID-19 zu wenig berücksichtigt.

- Von 26 Leistungssportlern (14 asymptomatisch, 12 mild erkrankt) hatten 4 auffällige MRT-Befunde 11-53 Tage nach der empfohlenen Quarantäne [32]. Insgesamt hatten 4/26 (15 %) CMR-Befunde, die auf eine Myokarditis hindeuteten. In 8/26 (31 %) wiesen die Veränderungen auf eine vorangegangene Myokardverletzung hin.

der im Median 45 Tage nach der SARS-CoV-2-Diagnose durchgeführt wurde. Drei Gruppen wurden gebildet: symptomatische (n=68, alle mild-moderat), asymptomatische (n=77) und symptomfreie Fälle ohne Infektion (n=54). Die Kraft-Tests waren vergleichbar. Allerdings zeigte sich eine signifikante Abnahme der VO<sub>2</sub> max bei den symptomatisch

Erkrankten. Etwa 19 % hatten eine Abnahme der VO<sub>2</sub> max von mehr als 10 %, während keiner der nicht Infizierten eine solche Abnahme zeigte [33].

### Monitoring, Behandlungsmöglichkeiten

Bereits im August 2020 erschien im *BMJ* ein erster Handlungsleitfaden für die Behandlung von Long COVID-19 [34]. Empfohlen wurde eine pragmatische und symptomatische Behandlung, die auf übermäßige Untersuchungen verzichtet. Blutkontrollen wurden ebenso wenig empfohlen wie eine spezielle medikamentöse Behandlung.

In der bislang größten und längsten Studie aus Wuhan zeigten 35 % eine verminderte glomeruläre Filtrationsrate, darunter immerhin

nahmen an, vorzugsweise mit multimodalem Training. Ein leichtes, nur sehr allmählich gesteigertes Ausdauertraining (auch Walking, Pilates) kann nützlich sein, ebenso Entspannungstechniken. Die stufenweise Wiedereingliederung in das Berufsleben, wie in den beiden Fallbeispielen, ist oft sehr erleichternd. Dabei sind Geduld, Empathie und vor allem bescheidene Zielsetzungen gefragt. Gerade in schweren Fällen kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll sein, vorzugsweise in einem multidisziplinären Setting; erste Erfahrungen wurden bereits publiziert [35,36].

Eine Vielzahl prospektiver klinischer Studien wurde mittlerweile ins Leben gerufen, auch in Deutschland. Von der WHO wurde

steht. Darüber hinaus laufen zahlreiche klinische Therapiestudien zu Long COVID, darunter solche zu Steroiden, aber auch zu unterschiedlichen Ansätzen wie Naltrexon, Leronlimab, Monteluklast oder Deupirfenidon.

### Fazit

Eine relevante Zahl von COVID-19-Erkrankten ist auch mindestens 6 Monate nach der Diagnose körperlich und seelisch beeinträchtigt. Frauen sind häufiger betroffen. Die bisherigen Studien geben Anlass zur Sorge, andererseits muss bedacht werden, dass die bisherigen retrospektiven Studien zahlreichen Verzerrungsmöglichkeiten unterliegen und für objektivierbare Tests fast immer die Ausgangswerte fehlen. Was ist wirklich durch COVID-19 verursacht, was durch Grunderkrankungen? Viele der Symptome sind schwer objektivierbar oder quantifizierbar.

Klar ist jedoch schon jetzt, dass Long COVID-19 mehr Raum in der aktuellen Diskussion finden sollte. Wer jetzt die Kollateralschäden und Kosten des Lockdowns betont, sollte auch die Folgen von Long COVID-19 beziehungsweise die oft sehr langsame Rekonvaleszenz vieler Erkrankter berücksichtigen. Wer potentielle Langzeitschäden durch Vakzine diskutiert, sollte auch die potentiellen Langzeitfolgen durch COVID-19 bedenken. „Long Hauler“ müssen ernst genommen werden. Niedergelassene ÄrztInnen und Ambulanzen werden sich in Zukunft mit diesem Beschwerdebild beschäftigen müssen.

## Was ist wirklich durch COVID-19 verursacht, was durch Grunderkrankungen?

13 % trotz initial völlig normaler Werte. Ob dies Anlass geben sollte, die renalen Parameter zu monitorieren, ist noch nicht klar. Diabetes mellitus und Thrombosen waren dagegen extrem selten [22], sodass aus unserer Sicht Kontrollen und auch die von einigen Experten vorgeschlagene Antikoagulation nicht notwendig zu sein scheinen. Entzündungszeichen sind bei einem Teil der Patienten auch noch nach Monaten erhöht [18], sie bleiben allerdings ohne Konsequenzen.

In leichten Fällen bieten sich ambulante Rehabilitationsmaß-

die Erforschung des Krankheitsbildes zur Priorität erklärt [37]. Große Fallzahlen werden prospektiv und standardisiert untersucht werden, um die langfristigen Auswirkungen auf die Lungenfunktion, das Herz-Kreislauf-System, hämatologische Parameter, die Nierenfunktion und viele andere Organsysteme besser zu verstehen. Auch bestehende Kohortenstudien haben sich neu ausgerichtet und COVID-19-Aspekte integriert [38]. Diese Studien haben den Vorteil, dass mit den nicht Erkrankten eine Kontrollgruppe zur Verfügung

## Literatur

1. Callard F, Perego E. How and why patients made Long Covid. *Soc Sci Med*. 2021 Jan;268:113426. PubMed: <https://pubmed.gov/33199035>. Full-text: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113426>
2. Garner P. For 7 weeks I have been through a roller coaster of ill health, extreme emotions, and utter exhaustion. *BMJ Opinion* May 5, 2020. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/05/paul-garner-people-who-have-a-more-protracted-illness-need-help-to-understand-and-cope-with-the-constantly-shifting-bizarre-symptoms/>
3. Alwan NA. A negative COVID-19 test does not mean recovery. *Nature NEWS* August 11, 2020. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02335-z>
4. Draulens D. 'Finally, a virus got me.' Scientist who fought Ebola and HIV reflects on facing death from COVID-19. *Sciencemag* May 8, 2020. <https://www.sciencemag.org/news/2020/05/finally-virus-got-me-scientist-who-fought-ebola-and-hiv-reflects-facing-death-covid-19>
5. Hampshire A, Trender W, Chamberlain SR, et al. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19 relative to controls: An N=84,285 online study. *Medrxiv*, doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.20.20215863>
6. Goërtz YMJ, Van Herck M, Delbressine JM, et al. Persistent symptoms 3 months after a SARS-CoV-2 infection: the post-COVID-19 syndrome? *ERJ Open Res*. 2020 Oct 26;6(4):00542-2020. PubMed: <https://pubmed.gov/33257910>. Full-text: <https://doi.org/10.1183/23120541.00542-2020>
7. Ladds E, Rushforth A, Wieringa S, et al. Persistent symptoms after Covid-19: a qualitative study of 114 "long Covid" patients and draft quality principles for services. *BMC Health Serv Res*. 2020 Dec 20;20(1):1144. PubMed: <https://pubmed.gov/33342437>. Full-text: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>
8. Kingstone T, Taylor AK, O'Donnell CA, et al. Finding the 'right' GP: a qualitative study of the experiences of people with long-COVID. *BJGP Open*. 2020 Dec 15;4(5):bjgpopen20X101143. PubMed: <https://pubmed.gov/33051223>. Full-text: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101143>. Print 2020 Dec
9. Schulte-Lenzen M. „Long-COVID: Eigenes Erleben schlägt Evidenz“ *Dtsch Arztebl* 2020; 117(49): A-2422 /B-2041.
10. Sivan M, Taylor S. NICE guideline on long covid. *BMJ*. 2020 Dec 23;371:m4938. PubMed: <https://pubmed.gov/33361141>. Full-text: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4938>
11. Amenta EM, Spallone A, Rodriguez-Barradas MC, et al. Postacute COVID-19: An Overview and Approach to Classification. *Open Forum Infect Dis*. 2020 Oct 21;7(12):ofaa509. PubMed: <https://pubmed.gov/33403218>. Full-text: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa509>
12. NIHR. 2020. Living with covid-19. A dynamic review of the evidence around ongoing covid-19 symptoms (often called long covid). <https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19>
13. Mahase E. Long covid could be four different syndromes, review suggests. *BMJ*. 2020 Oct 14;371:m3981. PubMed: <https://pubmed.gov/33055076>. Full-text: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3981>
14. Dani M, Dirksen A, Taraborrelli P, et al. Autonomic dysfunction in 'long COVID': rationale, physiology and management strategies. *Clin Med (Lond)*. 2020 Nov 26;clinmed.2020-0896. PubMed: <https://pubmed.gov/33243837>. Full-text: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0896>
15. Townsend L, Dyer AH, Jones K, et al. Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection. *PLoS One*. 2020 Nov 9;15(11):e0240784. PubMed: <https://pubmed.gov/33166287>. Full-text: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240784>
16. Mandal S, Barnett J, Brill SE, et al. 'Long-COVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalization for COVID-19. *Thorax*. 2020 Nov 10;thoraxjnl-2020-215818. PubMed: <https://pubmed.gov/33172844>. Full-text: <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215818>
17. Carfi A, Bernabei R, Landi F, for the Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020 Aug 11;324(6):603-605. PubMed: <https://pubmed.gov/32644129>. Full-text: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
18. Moreno-Pérez O, Merino E, Leon-Ramirez JM, et al. Post-acute COVID-19 Syndrome. Incidence and risk factors: a Mediterranean cohort study. *J Infect*. 2021 Jan 12;50163-4453(21)00009-8. PubMed: <https://pubmed.gov/33450302>. Full-text: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.01.004>
19. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *J Infect*. 2020 Aug 25;50163-284. PubMed: <https://pubmed.gov/32853602>. Full-text: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029>
20. Xiong Q, Xu M, Li J, et al. Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clin Microbiol Infect*. 2021 Jan;27(1):89-95. PubMed: <https://pubmed.gov/32979574>. Full-text: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.09.023>
21. Petersen MS, Kristiansen MF, Hanusson KD, et al. Long COVID in the Faroe Islands - a longitudinal study among non-hospitalized patients. *Clin Infect Dis*. 2020 Nov 30;ciaa1792. PubMed: <https://pubmed.gov/33252665>. Full-text: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1792>
22. Huang C, Huang L, Wang Y, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021 Jan 16;397(10270):220-232. PubMed: <https://pubmed.gov/33428867>. Full-text: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)
23. Nehme M, Braillard O, Alcoba G, et al. COVID-19 Symptoms: Longitudinal Evolution and Persistence in Outpatient Settings. *Ann Intern Med*. 2020 Dec 8;M20-5926. PubMed: <https://pubmed.gov/33284676>. Full-text: <https://doi.org/10.7326/M20-5926>
24. Salmon-Ceron D, Slama D, De Broucker T, et al. Clinical, virological and imaging profile in patients with prolonged forms of COVID-19: A cross-sectional study. *J Infect*. 2020 Dec 4;S0163-4453(20)30762-3. PubMed: <https://pubmed.gov/33285216>. Full-text: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.12.002>
25. Chopra V, Flanders SA, O'Malley M, Malani AN, Prescott HC. Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19. *Ann Intern Med*. 2020 Nov 11;M20-5661. PubMed: <https://pubmed.gov/33175566>. Full-text: <https://doi.org/10.7326/M20-5661>
26. Sonnweber T, Sahanic S, Pizzini A, et al. Cardiopulmonary recovery after COVID-19 - an observational prospective multi-center trial. *Eur Respir J*. 2020 Dec 10;2003481. PubMed: <https://pubmed.gov/33303539>. Full-text: <https://doi.org/10.1183/13993003.03481-2020>
27. Lerum TV, Aaløkken TM, Brønstad E, et al. Dyspnoea, lung function and CT findings three months after hospital admission for COVID-19. *Eur Respir J*. 2020 Dec 10;2003448. PubMed: <https://pubmed.gov/33303540>. Full-text: <https://doi.org/10.1183/13993003.03448-2020>
28. van den Borst B, Peters JB, Brink M, et al. Comprehensive health assessment three months after recovery from acute COVID-19. *Clin Infect Dis*. 2020 Nov 21;ciaa1750. PubMed: <https://pubmed.gov/33220049>. Full-text: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1750>
29. Guler SA, Ebner L, Beigelman C, et al. Pulmonary function and radiological features four months after COVID-19: first results from the national prospective observational Swiss COVID-19 lung study. *Eur Respir J*. 2021 Jan 8;2003690. PubMed: <https://pubmed.gov/33419891>. Full-text: <https://doi.org/10.1183/13993003.03690-2020>
30. Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, et al. Outcomes of Cardiovascular Magnetic Resonance (CMR) Imaging in Patients Recently Recovered From Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol*. 2020 Jul 27:e203557. PubMed: <https://pubmed.gov/32730619>. Full-text: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.3557>
31. Starekova J, Bluemke DA, Bradham WS, et al. Evaluation for Myocarditis in Competitive Student Athletes Recovering From Coronavirus Disease 2019 With Cardiac Magnetic Resonance Imaging. *JAMA Cardiol*. 2021 Jan 14. PubMed: <https://pubmed.gov/33443537>. Full-text: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.7444>
32. Rajpal S, Tong MS, Borchers J, et al. Cardiovascular Magnetic Resonance Findings in Competitive Athletes Recovering From COVID-19 Infection. *JAMA Cardiol*. 2020 Sep 11:e204916. PubMed: <https://pubmed.gov/32915194>. Full-text: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.4916>
33. Cramer GAG, Bielecki M, Züst R, Buehrer TW, Stanga Z, Deuel JW. Reduced maximal aerobic capacity after COVID-19 in young adult recruits, Switzerland, May 2020. *Euro Surveill*. 2020 Sep;25(36):2001542. PubMed: <https://pubmed.gov/32914744>. Full-text: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.36.2001542>
34. Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care. *BMJ*. 2020 Aug 11;370:m3026. PubMed: <https://pubmed.gov/32784198>. Full-text: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3026>
35. Puchner B, Sahanic S, Kirchmair R, et al. Beneficial effects of multi-disciplinary rehabilitation in post-acute COVID-19 - an observational cohort study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2021 Jan 15. PubMed: <https://pubmed.gov/33448756>. Full-text: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.21.06549-7>
36. Brigham E, O'Toole J, Kim SY, et al. The Johns Hopkins Post-Acute COVID-19 Team (PACT): A Multidisciplinary, Collaborative, Ambulatory Framework Supporting COVID-19 Survivors. *Am J Med*. 2021 Jan 11;S0002-9343(20)31174-8. PubMed: <https://pubmed.gov/33444589>. Full-text: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.12.009>
37. WHO. COVID-19 Clinical management: living guidance (26.1.2021). <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/who-recommends-follow-up-care-low-dose-anticoagulants-for-covid-19-patients>
38. Abbott A. Thousands of people will help scientists to track the long-term health effects of the coronavirus crisis. *Nature NEWS* 582, 326 (2020). doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01643-8>



**PROF. DR. CHRISTIAN HOFFMANN** Facharzt für Hämatologie und Onkologie und Mitinhaber des Infektionsmedizinischen Centrums Hamburg (ICH)



**PD DR. HANS KLOSE** Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie. Chefarzt der Abteilung für Pneumologie des Zentrums für Onkologie im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

VON DR. TORSTEN HEMKER

# Corona-Pandemie: Welche Fehler bisher gemacht wurden

Eine vorläufige Bestandsaufnahme (Stand: 11. Februar 2021)

1. Eine Pandemie war seit 2013 (Gutachten wissenschaftlicher Dienst des Bundestages) zu erwarten: aber keine Vorsorgemaßnahmen, keine Aufrüstung der Gesundheitsämter, kein Vorrat an Schutzmaterial!
2. Das RKI rät zunächst vom Maskentragen ab, obwohl es der wesentliche Schutz überhaupt ist.
3. Masken und Schutzkittel waren zunächst nicht lieferbar, dann "open house"-Bestellungen zu überhöhten Preisen für 6,4 Milliarden Euro. Die vom BMG bestellten Masken wurden dann nicht abgenommen, ca. 70 Lieferanten klagen.
4. Das RKI empfahl, von Sektionen der Corona-Toten abzusehen. Aber Sektionen aller an Covid Verstorbenen in Hamburg ergaben wesentliche Verbesserungen bei der Behandlung (z. B. Thromboseprophylaxe)!
5. Zahlen zu Infizierten oder Toten werden am Wochenende oder an Feiertagen nicht oder verspätet gemeldet. Warum wird dort nicht gearbeitet? Das schafft kaum Verständnis bei Menschen aus der Gastronomie oder Hotellerie, die gern an Wochenenden und Feiertagen arbeiten würden.
6. Gesundheitsämter sollten bis Ende 2020 mit neuer Software zur Infektionsverfolgung ausgestattet sein, tatsächlich waren es aber nur 32 Prozent!
7. Die Untersuchung auf Mutationen erfolgte bis Dezember 2020 nur bei jedem 900. positiven Abstrich, während z. B. in UK jeder 15. sequenziert wurde. Dadurch ist die Erkenntnis zur Verteilung von Mutationen zu ungenau.
8. Im Frühjahr 2020 gab es schon Schwierigkeiten beim Home-schooling und mit Prüfungen. Bis Anfang 2021 gibt es dafür immer noch kein Konzept! Obwohl ein Jahr Zeit war, sind Schulen nicht ausgerüstet und Lehrer nicht im digitalen Unterrichten geschult worden!
9. Die Versorgung mit Impfstoff wurde zentral für Europa veranlasst. Dabei wurden Bestellungen bei allen Herstellern gleichmäßig getätigt, ohne zu wissen, wer als erster eine Zulassung erhält. Man hätte bei jedem Hersteller erheblich über Bedarf ordern müssen, um dann von Biontech/Pfizer und Moderna ausreichend zu bekommen. Überzählig bestellten Impfstoff hätte man an arme Länder verschenken können.
10. Vertrag mit Astra-Zeneca drei Monate später als UK! Alle Verträge zu spät!
11. Die EMA (europäische Arzneimittelbehörde) arbeitet im Vergleich zu anderen (UK, USA) zu langsam.
12. Die Corona-App ist wegen des übertriebenen Datenschutzes ein stumpfes Schwert. Ohne Trackingfunktion ist sie wertlos. Andere Länder (z. B. Südkorea) sind erfolgreicher!
13. Es gibt kaum epidemiologische Daten oder systematische Untersuchungen von Gruppen, wie z. B. Kindergartenkinder, Grundschüler, Büro-Mitarbeiter. Aber nur so können die Risiken in den Bereichen eingeschätzt werden und Einschränkungen wissenschaftlich begründet werden!
14. Die Kampagne zur Impfung ("Deutschland krepelt die Arme hoch") wurde gestartet, und die Information der Hamburger Sozialbehörde über Impftermine an die über 80-jährigen wurden versandt, obwohl kein Impfstoff zur Verfügung steht. Das führt zur Frustration der Impfwilligen und fördert eher die Impfverweigerung.

**15.** Schutz der Risikogruppen, insbesondere in Alten- und Pflegeheimen, erfolgte zu spät. Ein Testkonzept wurde erst Ende 2020 eingeführt. Maskenpflicht zu spät!

**16.** Grundrechtseinschränkungen sind teilweise nicht plausibel: 15 km Regel in Hamburg bedeutet "15 km von der Stadtgrenze entfernt", somit könnten ca. 2,5 Mio Menschen erreicht werden, während 15 km in einem kleinen Ort bedeutet, dass nicht einmal der nächste Supermarkt erreicht werden kann. Oder

## Nur bei Vermeidung/Beseitigung dieser Fehler kann die Akzeptanz der Bevölkerung für notwendige Einschränkungen erhalten bleiben.

eine Person darf ein Paar besuchen, das Paar aber nicht diese Person. Solche Widersprüche fördern nicht die Akzeptanz notwendiger Einschränkungen in der Bevölkerung!

**17.** Fehlendes Öffnungskonzept nach Lockdown: Mal war die Inzidenz der Neuinfizierten, mal der R-Wert wichtig. Für die Gesellschaft am wichtigsten wäre aber die Zahl der stationären Behandlungen, die Belegung der Intensivbetten oder die Zahl der Toten. Seit Anfang November verspricht man eine Öffnung bei einem Inzidenzwert von 50, am 10.

Februar senkt man diesen auf 35, klare Perspektiven gibt es nicht!

**18.** Fehler werden nicht oder verspätet zugegeben: Frau von der Leyen gesteht Fehler der EU verspätet ein, die Kanzlerin erkennt kaum welche, die Hamburger Gesundheitsministerin beschimpft (statt sich für die zu früh versandten Briefe zu entschuldigen) die EDV der KBV, die allerdings vom Bundesgesundheitsminister so bestellt wurde.

**19.** Unterstützung der Wirtschaft zu schleppend, "Novemberhilfen" sind meist im Februar noch nicht ausgezahlt!

**20.** Entscheidungen fallen im Zirkel der Kanzlerin und Ministerpräsidenten, eine demokratische und parlamentarische Kontrolle erfolgt kaum oder nur teilweise.

**21.** In den wissenschaftlichen Beratergremien sind nicht alle für die Entscheidung wichtigen Fachrichtungen (Kinderärzte, Psychologen, Wirtschaftswissenschaft-

ler) vertreten, auch nicht kritische Mindermeinungen.

**22.** Die Zulassung des Astra-Zeneca Impfstoffes erfolgt durch die EMA ohne Altersbeschränkung (ab 18). Dennoch lässt Deutschland den Impfstoff nur bis 64 zu, Italien bis 55. Trotz beschworener europäischer Einigkeit gelten nationale Besonderheiten. Das erfordert ein Umschreiben der Impfverordnung für Deutschland.

**23.** "Vorteile von Geimpften" werden abgelehnt, dabei gibt es nur Nachteile (Einschränkungen) für Nichtgeimpfte: Selbstverständlich werden private Firmen oder andere Länder spätestens ab Sommer für einige Leistungen und Freiheiten einen Impfnachweis verlangen.

Diese Zusammenstellung von Fehlern in der Pandemiebekämpfung soll verdeutlichen, dass nur bei Vermeidung/Beseitigung dieser Fehler in der Zukunft die Akzeptanz in der Bevölkerung für notwendige Einschränkungen erhalten/erreicht werden kann. Nur mit der Mitarbeit der Bevölkerung (Impfbereitschaft, Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht) kann die Pandemie erfolgreich bekämpft werden!



**DR. TORSTEN HEMKER,**  
Facharzt für Orthopädie in  
Hamburg-Neustadt



# Fragen und Antworten

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

**Infocenter Tel: 22802-900**

## PRAXISSCHLIESSUNG WEGEN QUARANTÄNE

**Ich bin Hausärztin. Durch ein Ausbruchsgeschehen wurden meine Mitarbeiterinnen und ich vom zuständigen Gesundheitsamt in Quarantäne geschickt. Muss ich der KV die Praxisschließung melden beziehungsweise einen Vertreter organisieren?**

Bitte melden Sie Ihre Praxisschließung in unserem Onlineportal [www.ekvhh.de](http://www.ekvhh.de) unter „Coronavirus“ – „Praxisschließung melden“. Ihre Bekanntgabe ist zwingend notwendig, damit wir die Versorgungssituation in Hamburg im Blick behalten können. Eine Vertretermeldung ist in dieser besonderen Ausnahmesituation nicht erforderlich.

Ärzte und Psychotherapeuten haben Anspruch auf Entschädigung, wenn der Praxisbetrieb aus infektionsschutzrechtlichen Gründen untersagt wird (§ 56 Infektionsschutzgesetz). Anspruch haben sowohl Praxisinhaber als auch angestellte Mitarbeiter.

**Weiterführende Informationen im Internet:** [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Corona – Information für Praxen → „Praxisschließung und Quarantäne“.

## SCHNELLTEST FÜR PRAXISMITARBEITER

**Welche Ziffer kann ich für die Durchführung des PoC-Antigen-Schnelltest abrechnen, wenn ich meine Mitarbeiter regelmäßig testen möchte? In welchen Intervallen ist die präventive Testung meiner Mitarbeiter möglich?**

Wenn Sie ihre Beschäftigten mittels PoC-Antigen-Schnelltest abstreichen, können Sie die Sachkosten in Höhe der Beschaffungskosten über die GOP 88312 (max. 9,00 Euro je Test) abrechnen. Der Betrag ist in Cent im Feld 5012 (Kosten) hinter der GOP 88312 mit anzugeben. Bitte bewahren Sie die Rechnung in Ihrer Praxis auf. Eine präventive Testung ist für Sie und Ihre Angestellten bis zu zehn Mal im Monat (je Mitarbeiter) möglich.

**Weiterführende Informationen zur Fallanlage und weiteren Abrechnungsbestimmungen finden auf unserer Homepage:** [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Corona – Information für Praxen → Abrechnung & Vergütung

## FRIST QUARTALSABRECHNUNG

**Bis wann muss die Quartalsabrechnung bei Ihnen eingegangen sein? Stellt mir die KV Hamburg eine Versäumnisgebühr in Rechnung wenn die Frist überschritten wird?**

Die Abrechnungsdatei muss grundsätzlich spätestens bis zum 15. Kalendertag eines neuen Quartals für das vorherige Quartal bei der KV Hamburg eingehen. Während dieser Abga-

befrist kann sie zu jeder Tageszeit an die KV geschickt werden. Eine Fristverlängerung kann nur in Ausnahmefällen genehmigt werden und muss substantiell begründet sein. Ein Antrag hierauf muss vor Ablauf der Abgabefrist schriftlich gestellt werden. Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr in Höhe von 20 Euro berechnet. Als Eingangsdatum gilt der offizielle Eingangsstempel der KV Hamburg.

**PATIENTENERKLÄRUNG EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNG**

**In unserer Praxis stellt sich ein Patient aus Schweden mit einer gültigen europäischen Versicherungskarte vor. Mir ist bekannt, dass die Muster 80 und 81 veraltet sind, aber über welche Stelle kann ich das aktuelle Formular (Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung) beziehen?**

Das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ wird gemäß den Vorgaben der KBV von Ihrer Praxisverwaltungssoftware bereitgestellt und kann in verschiedenen Sprachversionen ausgewählt und gedruckt werden. Der Patient füllt die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung aus und unterschreibt sie. Hier gibt er auch die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse an. Bitte achten Sie darauf, dass die Patientenerklärung vollständig ausgefüllt wird.

**ELEKTRONISCHE AU**

**Wann wird die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) verpflichtend starten? Welche Voraussetzung muss meine Praxis-EDV erfüllen?**

Ab Oktober 2021 wird die digitale Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkassen für alle Vertragsarztpraxen Pflicht (ursprüngliche Frist: 1. Januar 2021).

Die technischen Voraussetzungen für die eAU sind neben einer Anbindung an die TI und an den Kommunikationsdienst KIM ein eAU-Update/-Modul der Praxissoftware und ein eHBA 2.0 (elektronischer Heilberufsausweis) für die Signatur.

Zum KIM-Dienst siehe KVH-Journal 10/2020, Seite 18 (sowie KVH-Journal 2/2021, Seite 21).

Zum eHBA 2.0 siehe KVH-Journal 9/2020, Seite 16

Infocenter Tel: 22802-900



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



# IT-Sicherheitsrichtlinie für die Praxen

Erste Anforderungen mit Frist zum 1. April 2021

## Im Januar 2021 ist eine IT-Sicherheitsrichtlinie für Arzt- und Psychotherapeutenpraxen

in Kraft getreten. Die Richtlinie formuliert verbindliche Mindestanforderungen an die IT-Sicherheit in den Praxen.

Erste Schritte – zum Beispiel der Einsatz aktueller Virenschutzprogramme oder eine Dokumentation der Netzwerksicherheit – sollen die Praxen bis zum 1. April 2021 realisieren. Alle anderen Anforderungen gelten ab Januar beziehungsweise Juli 2022. Die einzelnen Punkte werden in der 16 Seiten umfassenden Richtlinie jeweils kurz erläutert.

Die klaren Vorgaben sollen dabei helfen, IT-Systeme und sensible Daten in den Praxen noch besser zu schützen. So könnten Patientendaten noch sicherer verwaltet und Risiken wie Datenverlust oder Betriebsausfall minimiert werden.

Die Anforderungen richten sich nach der Größe der Praxis. Zusätzliche Anforderungen an die IT-Sicherheit gibt es zudem bei der Nutzung von medizinischen Großgeräten wie CT oder MRT und für dezentrale Komponenten der Telematikinfrastruktur, etwa bei der Installation des Konnektors.

Verantwortlich für die Umsetzung der Sicherheitsanforderungen ist der Inhaber der Praxis. Dabei können sich Praxen von IT-Dienstleistern beraten und unterstützen lassen. Die Zertifizierung dieser Dienstleister hat die KBV in einer zweiten Richtlinie geregelt. Zertifizierte Dienstleister wird die KBV auf ihrer Internetseite veröffentlichen.

Der Gesetzgeber hatte mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz die KBV beauftragt, eine IT-Sicherheitsrichtlinie für alle Praxen zu entwickeln. Darin sollen die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit verbindlich festgelegt sein. Die Richtlinie wurde im Einver-

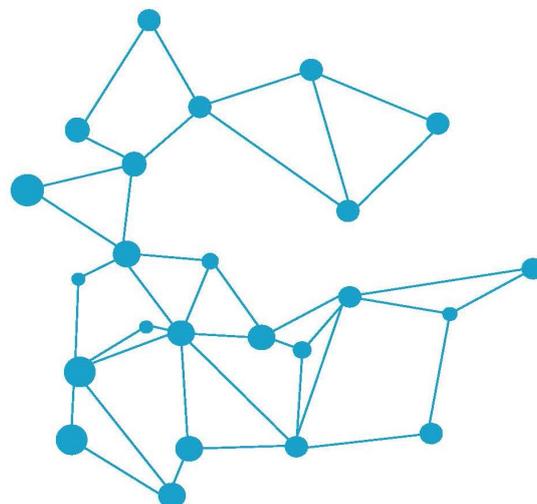
nehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstellt und wird jährlich aktualisiert. ■

## Hilfen zur Umsetzung

Weitere Informationen finden Sie auf der KBV-Themenseite zur IT-Sicherheitsrichtlinie: [www.kbv.de](http://www.kbv.de) → Service → Service für die Praxis → Praxis-IT → IT-Sicherheitsrichtlinie

Außerdem stellt die KBV auf einer Online-Plattform Begleitinformationen und Umsetzungshinweise bereit, die kontinuierlich ergänzt werden. Dort stehen auch Musterdokumente zu bestimmten Aspekten der Sicherheitsrichtlinie zum Download zur Verfügung, beispielsweise ein Muster-Netzplan oder eine Muster-Richtlinie für Mitarbeiter zur Nutzung von mobilen Geräten. <https://hub.kbv.de> → IT-Sicherheit in der Praxis

Über ihr Fortbildungsportal bietet die KBV zudem Online-Schulungen zur IT-Sicherheit an, für die CME-Punkte erworben werden können. [www.kbv.de](http://www.kbv.de) → Service → Service für die Praxis → Fortbildung → Fortbildungsportal



## Aufdruck des TSS-Vermittlungs-codes vorerst nur über KV-Connect möglich

Damit ein Patient schnell einen Termin bei der Terminservicestelle (TSS) erhält, müssen Ärzte und Psychotherapeuten ihre Überweisung mit einem Code kennzeichnen. Der Code kann aufgeklebt, seit November 2019 aber auch aufgedruckt werden. Für die Bedruckung benötigt man einen Zugang zu KV-Connect.

Eine Bedruckung über den neuen KIM-Dienst („Kommunikation im Medizinwesen“) ist noch nicht möglich. Die Anwendungen von KV-Connect sollen zwar mittelfristig durch den KIM-Dienst übernommen werden. Bis die Migration der Anwendungen abgeschlossen ist, kann der Formularaufdruck von TSS-Codes aber weiterhin nur mit Hilfe von KV-Connect vorgenommen werden. ■

Weitere Informationen zu KV-Connect: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → (rechts oben) Menü → Praxis → Praxis-IT&Telematik → Online-Dienste → KV-Connect

## Ausnahmeregelungen bei der Maskenpflicht

Bei der Behandlung von Patienten, die keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen können, sollten individuelle Lösungen geschaffen werden

Der Senatskoordinator für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen hat die KV Hamburg gebeten, ihre Mitglieder auf Ausnahmeregelungen bei der Maskenpflicht hinzuweisen. Menschen, die aufgrund einer Behinderung oder Erkrankung keinen Mund-Nasen-Schutz tragen können, haben offenbar manchmal Schwierigkeiten, in Praxen behandelt zu werden – auch wenn sie ärztliche Bescheinigungen vorweisen können. Für diese Menschen gibt es Ausnahmen von der Maskenpflicht, die in der Hamburger Eindämmungsverordnung niedergelegt sind

- Von der Maskenpflicht befreit sind Personen, denen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder zumutbar ist. Das ist beispielsweise der Fall bei Asthma-Kranken, die den erhöhten Atemwiderstand durch eine Maske nicht ertragen können.

- Das Abnehmen der Mund-Nasen-Bedeckung ist zulässig, wenn es zur Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung erforderlich ist. Gehörlose und schwerhörige Menschen sind bei der Kommunikation zwingend darauf angewiesen, von den Lippen ihres Gegenübers ablesen zu können. Unter Einhaltung der Abstandsregelung (mindestens 1,5 Meter) kann die Mund-Nasen-Bedeckung für ein Gespräch abgenommen werden.

„Auch Personen, die keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen können, sind auf medizinische Versorgung angewiesen“, sagt Ralph Raule, Senatskoordinator für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. „Wir bitten die Ärztinnen und Ärzte, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Ausnahmeregelungen zu informieren. Bitte schaffen Sie individuelle Lösungen, die der jeweiligen Situation Rechnung tragen.“ ■

**Ansprechpartner:**  
**Freie und Hansestadt Hamburg / Senatskoordinator für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung**  
 Ursula Wermke, Tel: 42863 – 5723  
 E-Mail: [behindertenbeauftragter@bwfgb.hamburg.de](mailto:behindertenbeauftragter@bwfgb.hamburg.de)

## Amtliche Veröffentlichung

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

### Verträge:

- Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2021 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- 6. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung gem. § 106b Abs. 1 SGB V (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- 5. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2020 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage K zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Verei-

nigung Hamburg (KV Hamburg) und dem BKK – Landesverband NORDWEST (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)

- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und der Techniker Krankenkasse (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes, sowie zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und der IKK classic (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- Vertrag über Besuche zur Testung auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) auf Grundlage des § 75 Abs. 6 SGB V mit der Freien- und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde). (Hinweis: Die Zustimmung der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) steht noch aus.)

### Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 2/2021 wurde der 4. Nachtrag zur Honorarvereinba-

rung für das Jahr 2020 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 2/2021 wurde der 1. Nachtrag zum Vertrag zur mehrstufigen ambulanten Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen durch Kardioversion gemäß § 140a SGB V (Vertrag Kardioversion) mit dem BKK-Landesverband NORDWEST unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht.

Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

### Hinweis: aktualisierte Listen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen

- Anlage 1 zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 73c SGB V mit dem BKK-Landesverband NORDWEST - Stand: 15. Januar 2021

Die Liste wurde wie folgt aktualisiert:

- Änderung der Anschrift: SKD BKK
- neu ab 01.01.2021: vivida BKK (Rechtsnachfolge-BKK aus Fusion vom 01.01.2021 zwischen atlas BKK ahlmann + Schwenninger BKK)
- Ende zum 31.12.2020: actimonda BKK

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

**Ansprechpartner Infocenter: Tel: 22802 – 900**

## Dokumentation für sQS-Verfahren Wundinfektion ausgesetzt

### Der Gemeinsame Bundesausschuss

(G-BA) hat beschlossen, dass für das Erfassungsjahr 2020 beim Qualitätssicherungs-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (sQS-WI) die einrichtungsbezogene Dokumentation ausgesetzt wird. Diese Richtlinienänderung tritt zum 1. Januar 2021 rückwirkend in Kraft. Den Beschluss können Sie auf der Internetseite des G-BA nachlesen. ■

Weitere Informationen finden Sie unter: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Qualität → Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

#### Ansprechpartner

Michael Bauer, Tel: 22 802-388

E-Mail: [michael.bauer@kvhh.de](mailto:michael.bauer@kvhh.de)

Laura Goldmann, Tel: 22 802-574

E-Mail: [laura.goldmann@kvhh.de](mailto:laura.goldmann@kvhh.de)

Sabrina Pfeifer, Tel: 22 802-858

E-Mail: [sabrina.pfeifer@kvhh.de](mailto:sabrina.pfeifer@kvhh.de)

## Datenübermittlung der QS-Dokumentation

Die Daten zur oKFE (Zervixkarzinom- und Darmkrebsfrüherkennung), QS-NET (Nierenersatztherapie) und PCI (Perkutante Koronare Intervention) können über das Online-Portal an die KV Hamburg übermittelt werden. Die übermittelte Datei muss mit einem verschlüsselten Format (\_Q\_LE.xml) beendet werden. Bei Fragen zur Dokumentationssoftware und deren Installation wenden Sie sich bitte an Ihren Softwarehersteller oder PVS-Vertriebspartner. ■

# wir schärfen ihren

[ v i • s u s ]

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




---

 AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
 

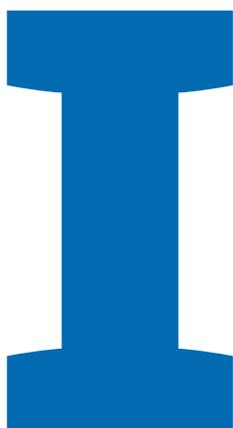
---

# Hanleys Dreierregel

3 geteilt durch N gleich Sicherheit

---

VON PROF. DR. STEFAN SAUERLAND IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V.  
([WWW.EBM-NETZWERK.DE](http://WWW.EBM-NETZWERK.DE))



In der ärztlichen Praxis wird man oft mit Pressemeldungen oder Patientenfragen zu neuen, oft risikoreichen Behandlungsmethoden konfrontiert.

Man liest beispielsweise in der Lokalpresse, dass ein Krankenhaus eine neue operative Behandlungsmethode etabliert hat und dass bereits einige Patientinnen und Patienten sehr erfolgreich therapiert wurden. Oder ein Patient fragt, ob es eine gute Idee sei, für eine angeblich hochinnovative Therapie in eine weit entfernte Universitätsklinik zu fahren, weil diese Therapie deutschlandweit bislang nirgendwo anders angeboten wird.

Wer zu derlei Fragen im Internet eine evidenzbasierte Antwort sucht, kann oft nur feststellen, dass die Datenlage zu solch neuen Behandlungsmethoden dürftig oder nicht vorhanden ist. Dass nicht medikamentöse Therapieverfahren im Vergleich zu neuen Arzneimitteln mit viel schwächeren Daten in die klinische Anwendung gelangen, ist hinlänglich bekannt und soll

hier nicht vertieft werden. Was aber kann man tun, um trotz aller Unsicherheit zu einer groben Bewertung einer neuen Therapiemethode zu gelangen?

In der evidenzbasierten Medizin geht es nicht immer um Nutzen, Kosten oder ähnliches. Im ersten Schritt geht es immer auch um Sicherheit – gerade bei invasiven, nebenwirkungsträchtigen Behandlungsmethoden.

Die zentrale Frage ist hierbei, welches Risiko schwererer oder gar tödlicher Komplikationen zu erwarten ist, wenn eine neue Therapie erstmals angewendet wird. Zur Beantwortung dieser Frage reicht oft die Evidenzstufe 4, also Fallserien ohne Vergleichsgruppe, weil man regelhaft annehmen kann, dass ohne invasive Behandlung auch (nahezu) keine Komplikationen auftreten. Fallserien sind sehr einfache Studiendesigns, deren Bewertung ohne komplizierte Checklisten auskommt. Zu achten ist vor allem darauf, dass die Fallserie auch wirklich alle konsekutiv behandelten Personen und möglichst vollständige Nachuntersuchungen umfasst.

Was aber bedeutet es, wenn eine Klinik stolz berichtet, in einer Fallserie von N PatientInnen seien keinerlei Komplikationen aufgetreten? Weder in Pressemittteilungen noch in den meisten wissenschaftlichen Publikationen wird zu einer Null-Ereignis-Rate ein Konfidenzintervall angegeben. Allein das (obere) 95%-Konfidenzintervall kann aber beschreiben, welche Komplikationsrate noch im Bereich des Möglichen liegt. Die obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls ist also der zentrale Sicherheitsparameter, weil sich hiermit abschätzen lässt, wie hoch mit hoher statistischer

Wahrscheinlichkeit die wahre Komplikationsrate maximal liegt. Um ein nicht angegebenes 95%-Konfidenzintervall selbst zu berechnen, müsste man eigentlich statistische Methoden oder Hilfsmittel für eine eigene Berechnung bemühen. Es gibt aber eine sehr hilfreiche Faustregel, die einem diese Arbeit erspart.

Hanley, ein kanadischer Statistiker, fand vor fast 50 Jahren heraus, dass für Null-Ereignis-Raten die obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls einfach geschätzt werden kann, indem man die Zahl 3 durch die Anzahl der behandelten PatientInnen dividiert [1]. Die Formel  $3 / N$  trifft die obere Grenze des 95%-Konfidenzintervalls sehr genau, sofern die Fallzahl  $N$  größer als 30 ist [2]. In der nachfolgenden Tabelle ist dies für drei Situationen beispielhaft dargestellt:

### DREI BEISPIELSSITUATIONEN

Fallzahl N (Anzahl komplikationslos behandelter PatientInnen)	Oberes 95%-Konfidenzintervall (geschätzt mittels Hanleys Dreierregel)
30	$3 / 30 = 10\%$
100	$3 / 100 = 3\%$
300	$3 / 300 = 1\%$

Wenn also bislang erst 30 Personen die neue Behandlung erhalten haben, ohne dass Komplikationen aufgetreten sind, so bedeutet dies, dass das wahre Komplikationsrisiko immer noch bis an die 10 % heranreichen könnte. Will man aus Gründen der Sicherheit nur eine Komplikationsrate von unter 5 % akzeptieren, so

müssen mindestens 60 PatientInnen ohne Komplikation therapiert worden sein (denn  $3 / 60 = 0,05$ ).

Zum Teil wurden bislang aus genau diesem Grund Fallserien von etwa 30 bis 60 PatientInnen durchgeführt, um hiermit die CE-Zertifizierung neuer Medizinprodukte zu erreichen. Beispielsweise reichte für den europäischen Marktzugang des magnetischen Ösophagus-Sphinkters (bei gastroösophagealer Reflux-Erkrankung) eine Fallserie mit 44 PatientInnen [3]. Die Zulassungsstudie für ein implantierbares Linksherzunterstützungssystem erforderte 2014 eine Fallzahl von  $N = 50$  [4]. Und für den kabellosen intrakardialen Herzschrittmacher reichte sogar eine Fallserie mit  $N = 33$  für die Zertifizierung aus [5].

Nicht präzise genug ist Hanleys Dreierregel, wenn deutlich weniger als 20 PatientInnen behandelt wurden. Es dürfte aber auch ganz ohne Mathematik klar sein, dass eine Serie von 10 erfolgreichen Behandlungen unzureichend für Aussagen zur Sicherheit ist. Gar nicht anwendbar ist die Dreierregel, wenn es nicht wie erhofft Null, sondern doch eine (oder sogar mehr als eine) Komplikation gegeben hat. Hier muss man die klassische Statistik bemühen.

Sogar wenn Ereignisse im gleichen Patienten immer wieder auftreten, dann aber nicht mehr auftreten, lässt sich die Dreierregel anwenden. Wenn beispielsweise eine Patientin mit Epilepsie früher maximal einen Monat anfallsfrei war, dann kann man mit hoher Wahrscheinlichkeit eine dauerhafte Anfallsfreiheit annehmen, wenn die Patientin nach Beginn einer neuen Therapie mindestens über die 3-fache Zeitdauer, hier also drei Monate lang, anfallsfrei war [6]. Selbstver-



ständig erlaubt die Dreierregel auch hier nur eine grobe Abschätzung, die im Einzelfall anhand individueller Prognosefaktoren angepasst werden muss. Da für eine Fahrerlaubnis ein 5%iges Restrisiko zu hoch wäre, wird jedoch in der Praxis üblicherweise unabhängig von der initialen Anfallsfrequenz der Epilepsie eine mindestens 12-monatige Anfallsfreiheit vorausgesetzt [7].

Insgesamt ist Hanleys Dreierregel ein sehr einfaches, aber verlässliches und vielseitig anwendbares Werkzeug. Zwar gewährt die Faustregel „3 geteilt durch N gleich Sicherheit“ keine 100%ige, sondern nur eine 95%ige

Sicherheit. Dies ist aber immer noch deutlich besser, als dass man dem Paragraph 3 des Kölschen Grundgesetzes vertraut: „Et hätt noch immer joot jejeange.“ ■

**PROF. DR. MED. STEFAN SAUERLAND**

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Im Mediapark 8, D-50670 Köln

Tel: 0221 / 356 85 - 359

E-Mail: stefan.sauerland@iqwig.de

Literatur:

1. Hanley JA, Lippman-Hand A: If nothing goes wrong, is everything all right? Interpreting zero numerators. JAMA 1983; 249: 1743-5.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6827763/>
2. Eypasch E, Lefering R, Kum CK, Troidl H: Probability of adverse events that have not yet occurred: a statistical reminder. BMJ 1995; 311: 619-20.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.311.7005.619>
3. Bonavina L, DeMeester T, Fockens P, et al.: Laparoscopic sphincter augmentation device eliminates reflux symptoms and normalizes esophageal acid exposure: one- and 2-year results of a feasibility trial. Ann Surg 2010; 252: 857-62.  
<https://doi.org/10.1097/sla.0b013e3181fd879b>
4. Netuka I, Sood P, Pya Y, et al.: Fully magnetically levitated left ventricular assist system for treating advanced HF: a multicenter study. J Am Coll Cardiol 2015; 66: 2579-2589.  
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2015.09.083>
5. Reddy VY, Knops RE, Sperzel J, et al.: Permanent leadless cardiac pacing: results of the LEADLESS trial. Circulation 2014; 129: 1466-71.  
<https://doi.org/10.1161/circulationaha.113.006987>
6. Westover MB, Cormier J, Bianchi MT, et al.: Revising the "Rule of Three" for inferring seizure freedom. Epilepsia 2012; 53: 368-76.  
<https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2011.03355.x>
7. Gube M, Ell W, Schiefer J, Kraus T: Beurteilung der Kraftfahreignung bei Epilepsie. Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 217-23.  
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0217>





## Patientenberatung

**bei allen Fragen rund um die Gesundheit.**

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

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

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

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

**Rufen Sie uns an!**

**040 / 20 22 99 222**

**[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)**

### Telefonische Sprechzeiten:

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

Gerne teilen wir Patienten auch Ihre besonderen Tätigkeitsschwerpunkte mit.

Bitte informieren Sie uns darüber!

**Fax 040 / 20 22 99 490**

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

**[patientenberatung@aekhh.de](mailto:patientenberatung@aekhh.de)**

**[www.patientenberatung-hamburg.de](http://www.patientenberatung-hamburg.de)**



# Falsche Atteste nicht tolerieren!

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

**I**n Berlin ermittelt das LKA gegen Dutzende Ärzte aus der ganzen Republik, die ganz offensichtlich falsche Atteste zur Befreiung von der Maskenpflicht ausgestellt hatten. Anscheinend wurden in vielen Fällen Atteste ausgestellt, ohne dass die „Patienten“ von den Ärzten überhaupt gesehen wurden.

Schon die schiere Menge der ausgestellten Atteste spricht dagegen, dass diese nach einer leger artis durchgeführten Begutachtung erstellt wurden. Denn obwohl es im Einzelfall Gründe geben kann, keine Maske tragen zu können, bleibt das auf seltene Ausnahmefälle beschränkt.

Unter den Angeschuldigten ist anscheinend auch einer der bekanntesten Wortführer der Coronaleugner, der HNO-Arzt Dr. Bodo Schiffmann. Wie man Presseberichten entnehmen kann, droht ihm der Verlust der Approbation.

Die Staatsanwaltschaft führt auch gegen ihn Ermittlungen. Jedoch handelt es sich nicht um die Einschränkung der Meinungsfreiheit, sondern um den Vorwurf, Gefälligkeitsatteste zur Befreiung von der Maskenpflicht ausgestellt zu haben.

Für seine Anhänger wird er vermutlich dadurch zu einer Art Märtyrer. Wenn ich allerdings an seiner Stelle wäre, gäbe diese Situation für mich dringenden Anlass zur kritischen Reflexion meines Handelns. Ich würde mich fragen, ob das die Sache wirklich wert war.

Hätte es nicht ausgereicht, einfach nur seine Meinung laut zu äußern? Ist es wirklich zuviel verlangt, auf die Korrektur staatlichen Handelns durch gefälschte Atteste zu verzichten, auch wenn man glaubt die Maskenpflicht sei ein Fehler?

Man kann doch nicht allen Ernstes das Tragen einer Maske für eine so starke Beeinträchtigung der Person halten, dass man, nur um wildfremde Menschen davor zu bewahren, die Konsequenzen eines strafbaren Verhaltens auf sich zieht.

Zu meiner größten Verwundung lese und höre ich von ärztlichen Kollegen, die die Attest-Fälschung für ein minderschweres Delikt halten oder sogar (mehr oder weniger) Verständnis aufbringen. Es gibt sogar einige Kollegen, die den Attestfälschern recht geben, wenn diese sich darüber empören, dass Behörden die Gültigkeit ihrer Atteste in Zweifel ziehen. So wird zum Beispiel kritisiert, dass Polizisten die Atteste nicht akzeptieren, wenn darauf keine Diagnose vermerkt ist.

„Wo kämen wir hin, wenn ärztliche Atteste infrage gestellt werden“, ist die überhebliche Weltsicht dahinter. Diese Kollegen argumentieren damit, dass ärztlichen Attesten grundsätzlich und ohne Nachfragen vertraut werden sollte.

Ich gebe ihnen in einer Hinsicht recht: Auf ein ärztliches Attest sollte man sich verlassen können.

Das setzt aber voraus, dass mit dem Ausstellen von Attesten kein

Schindluder getrieben wird, wie es im Falle der massenhaften Maskenverweigerungsatteste geschehen ist. Diejenigen, die sich darüber ereifern, dass ihre gefälschten Atteste überprüft werden, müssen sich daher den Vorwurf der Heuchelei gefallen lassen. Sie erwarten, dass ärztlichen Attesten fraglos vertraut wird, während sie gleichzeitig die Grundlage dieses Vertrauens ruinieren.

Durch den Missbrauch des ärztlichen Attestierens schaden sie ihren Kollegen gleich in mehrfacher Hinsicht. Denn die Atteste bescheren den ärztlichen und psychotherapeutischen Kollegen, wie übrigens auch Busfahrern, Polizisten oder Schaffnern, viele hässliche und belastende Diskussionen mit Menschen, die ihre Rücksichtslosigkeit offensiv und selbstherrlich durchsetzen wollen.

Aber schwerer wiegt die körperliche Gefährdung der Kollegen durch die Maskenverweigerer. Es sind ausreichend Fälle bekannt, in denen Ärzte, Pflegepersonal oder sogar komplette Praxisteamer sich an Patienten ansteckten, die keine Maske trugen. Man muss nicht an SARS CoV 2 sterben, es reicht, wenn man für mehrere Wochen oder Monate außer Gefecht gesetzt wird, um dadurch einen veritablen Schaden zu erleiden.

Eine Maske zu tragen ist nur ein kleines Opfer und nicht zu vergleichen mit der wirtschaftlichen und psychischen Belastung, die Gastronomen, Friseure aber auch Ärzte durch die Pandemie erleiden.

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

In einer Situation, in denen die Gesellschaft unter dem anhaltenden Lockdown ächzt, sollten Ärzte diejenigen, die dieses simple Schutzmittel verweigern, nicht auch noch unterstützen. Wir brauchten wahrscheinlich nicht stärkere Regeln, sondern müssten uns erst einmal darum kümmern, dass die bestehenden auch eingehalten werden.

Die falschen Atteste schaden zudem unserem Ansehen als Ärzte ganz gewaltig. Und sie schaden all denen, die ein ärztliches Attest benötigen. Wenn man sich auf ein ärztliches Attest nicht mehr verlassen kann, wird es über kurz oder lang auch nichts mehr wert sein.

Ich selbst zum Beispiel akzeptiere in meiner Praxis inzwischen kein einziges Attest zur Maskenbefreiung ohne Rücksprache mit dem ausstellenden Arzt. Ansonsten kommt (außer in extremen Notfällen) ohne medizinische Maske niemand in die Praxis – wie in der Klinik! Wenn ein zuweisender Arzt der Meinung ist, es läge wirklich ein Grund vor, keine Maske tragen zu können, ruft er

mich am besten an, damit wir eine Lösung (zum Beispiel mit PCR-Test) finden können.

Wegen des massenhaften Missbrauchs sind die meisten Maskenbefreiungsatteste für mich Makulatur. Zumal sich immer häufiger Patienten weigern, ihre Atteste zum Kopieren vorzulegen, weil sie wissen, dass die Atteste überprüft werden. Die falschen Atteste schaden also auch denjenigen, die wirklich keine Maske tragen können.

Wem das zu hart vorkommt, sollte sich vor Augen führen, dass die falschen Atteste zur Maskenbefreiung vermutlich nur die Spitze des Eisbergs sind. In der Szene der Impfgegner und Verschwörungstheoretiker scheinen noch ganz andere Praktiken zu existieren.

Wie die sächsische Landesärztekammer im Dezember mitteilte, soll eine Ärztin in der sächsischen Schweiz bei Kindern eine Masernimpfung in den Impfausweis eingetragen haben, obwohl eine solche Impfung nicht durchgeführt wurde. Stattdessen sei homöopa-

thisch „geimpft“ worden. Aufgrund des gefälschten Impfpasses sollen die Kinder trotz des Fehlens der vorgeschriebenen Masernimpfung Zugang zu Kindergärten und Schulen erhalten haben. Sie stellten somit für andere Kinder, vor allem mit Immundefiziten, eine lebensgefährliche Bedrohung dar.

Es geht hier nicht um das Pro und Contra von Homöopathie, so wie es auch nicht um die Frage geht, ob man eine Maskenpflicht befürwortet oder nicht. Die große Mehrheit der homöopathisch arbeitenden Ärzte wird ja vermutlich sehr unglücklich über diese Kollegin sein.

Es geht um das Ausstellen gefälschter Impfpässe mit dem Ziel, staatliche Bemühungen zur Eindämmung einer ansteckenden Krankheit zu unterlaufen. Und das zeugt nicht nur von einer ausgeprägten Hybris dieser Homöopathin, sondern auch von einer Verachtung unserer Rechtsordnung, die man bislang nur von Reichsbürgern kennt. Dafür sollten wir keine Toleranz aufbringen. ■

wir  
regulieren  
ihren

[ p u l s • s c h l a g ]

/praxisberatung

so vielfältig ihr praxisalltag, so vielschichtig die vorgaben, die es dabei zu beachten gilt. wie also patientenorientiert praktizieren, ohne dabei dinge wie das wirtschaftlichkeitsgebot aus dem blick zu verlieren? in der praxisberatung der kvh finden sie gemeinsam mit erfahrenen ärzten und apothekern lösungen. fragen sie uns einfach!

©markkoegentur.de

**KVH**  
Kassenärztliche  
Vereinigung  
Hamburg



VON CAROLINE ROOS

# Auf dem richtigen Weg

Die Mitgliederbefragung für 2020 zeigt eine zunehmende Zufriedenheit mit den Services der KV. Das Infocenter konnte seine ohnehin schon sehr gute Beurteilung sogar noch steigern.

**Z**um zweiten Mal haben wir das Meinungsforschungsinstitut Splendid Research damit beauftragt, eine Befragung der Mitglieder der KV Hamburg durchzuführen. Auch für das Jahr 2020 wollten wir wissen: Wie beurteilen unsere Mitglieder die Services der KV? Welche Angebote sind ihnen wichtig? Wie können wir die Zufriedenheit der Mitglieder verbessern?

Wir wissen sehr zu schätzen, dass sich in der schwierigen Phase der Pandemie noch mehr KV-Mitglieder als im Jahr zuvor die Zeit genommen haben, auf unsere Fragen zu antworten. Das übergreifende Meinungsbild zeigt: Sechs von zehn Mitgliedern sind mit den Serviceleistungen der KV Hamburg zufrieden. 26 Prozent haben widersprüchliche Erfahrungen gemacht. Etwa 14 Prozent geben an, nicht zufrieden zu sein. Das Meinungsforschungsinstitut hat aus diesen Werten einen Index errechnet – also einen Mittelwert der Variablen, wenn sie auf 100 Punkte skaliert werden. Der Index für

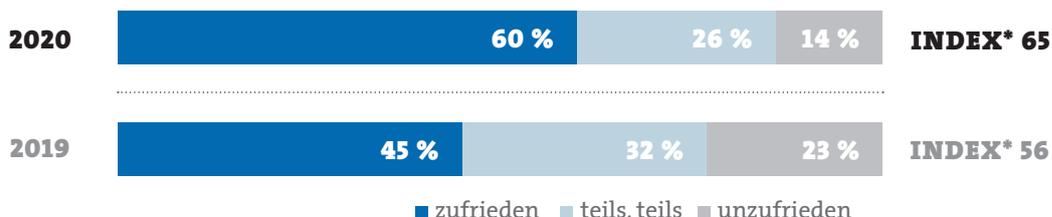
das Jahr 2020 beträgt 65 – und liegt damit gegenüber dem Vorjahr um neun Punkte höher.

Auch die politische Arbeit des Vorstandes wird 2020 positiver beurteilt als im Jahr zuvor. Etwa 40 Prozent der Antwortenden erklären, sie seien mit der politischen Arbeit des Vorstandes zufrieden – sechs Prozent mehr als 2019. Etwa 28 Prozent zeigten sich unzufrieden – im Jahr zuvor waren es noch 36 Prozent.

Mit der Interessenvertretung durch die KV sind 39 Prozent der Mitglieder zufrieden, 30 Prozent sind unzufrieden. Gut die Hälfte der Mitglieder hält die KV Hamburg für zeitgemäß. 53 Prozent würden die Leistungen der KV auch in Anspruch nehmen, wenn diese nicht verpflichtend wären, ein Drittel entscheidet sich dagegen.

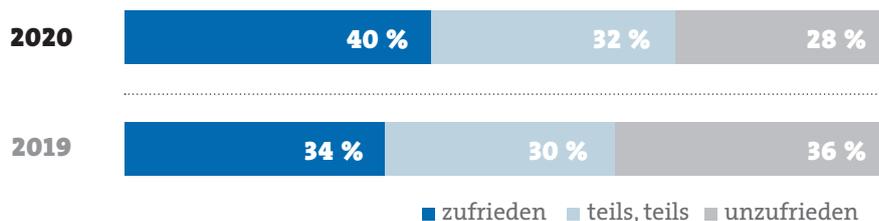
Insgesamt haben sich im übergreifenden Meinungsbild bei allen Fragen die Beurteilungen gegenüber der ersten Erhebung im Jahr 2019 verbessert.

## WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DEN SERVICES DER KV HAMBURG IM ALLGEMEINEN?

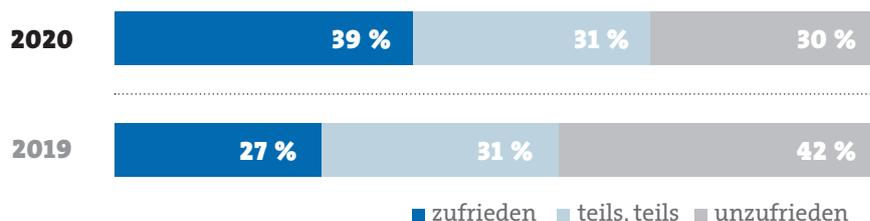


\*Index: Mittelwert der Variablen, wenn sie auf 100 Punkte skaliert werden. „Sehr zufrieden“ = 100 ist der beste Wert, „völlig unzufrieden“ = 0 ist der schlechteste.

### WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DER POLITISCHEN ARBEIT DES VORSTANDS?



### WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DER VERTRETUNG IHRER INTERESSEN DURCH DIE KV HAMBURG?



Auf die Frage, welche Services sie in den vergangenen zwölf Monaten am häufigsten in Anspruch genommen haben, nennen mit Abstand die meisten Mitglieder die Abrechnung. Danach folgen die Bereiche „allgemeine Fragen an das Infocenter“ sowie „Digitalisierung und Telematik“. Als Aushängeschilder von hoher Bedeutung werden die Servicekategorien „Praxisberatung“, „zulassungsrechtliche Dienstleistungen“ und „Infocenter“ wahrgenommen – und in allen drei Bereichen gibt es Erfolge zu vermelden.

Mit dem Serviceangebot zum Thema Praxisberatung sind 70 Prozent der Mitglieder zufrieden. Der Bereich „zulassungsrechtliche Angelegenheiten“ hat sich deutlich gesteigert: Zeigten sich 2019 noch 49 Prozent mit dem Angebot zufrieden, sind es 2020 bereits 61 Prozent. Und die Leistungen des Infocenter werden weiterhin mit Spitzenwerten beurteilt. Der Bereich konnte seinen Zufriedenheitswert von 79 Prozent im Jahr 2019 auf 80 Prozent im Jahr 2020 verbessern. →

### WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT DEM SERVICEANGEBOT DES INFOCENTERS ZU ALLGEMEINEN FRAGESTELLUNGEN IM PRAXISALLTAG?





→ Zugelegt bei den Zustimmungswerten haben auch die Dienstleistungsbereiche Arztregister, Genehmigungen und Abrechnung. Alle anderen Services wurden kaum oder gar nicht anders beurteilt als im Vorjahr.

Nach wie vor wird die Freundlichkeit und Zuverlässigkeit der Beratung über alle Bereiche hinweg von den Mitgliedern gelobt. Bei der Transparenz der Prozesse und der Führung durch die Prozesse gab es teilweise erhebliche Fortschritte. Dennoch liegt hier nach unserer Analyse noch immer das größte Verbesserungspotential: Wir müssen besser erklären, wie Bearbeitungsprozesse ablaufen, mit welchen Bearbeitungszeiträumen zu rechnen ist und nach welchen Kriterien die Entscheidungen getroffen werden. Was Transparenz angeht, müssen wir also weiter zulegen.

Die zentralen Inhalte unserer Mitgliederbefragung bleiben von Jahr zu Jahr unverändert, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten und Entwicklungen abbil-

den zu können. Allerdings möchten wir auch Themen ansprechen, die das Erhebungsjahr in besonderer Weise prägten – und das war 2020 natürlich die Corona-Krise.

Die Maßnahmen der KV Hamburg wurden von den Mitgliedern unterschiedlich beurteilt. Etwa 71 Prozent waren mit dem Informationsfluss der KV an die Mitglieder zufrieden. Auch die Einrichtung von Infektpraxen, die Testung symptomatischer Patienten durch den Notdienst, die Testung asymptomatischer Personen in den Testzentren und die Vermittlung von Terminen für Infektsprechstunden wurden überwiegend positiv beurteilt. Doch weniger als die Hälfte der Mitglieder waren mit der Bereitstellung von Schutzausrüstungen, der Vertretung ihrer Interessen und den Honorarmaßnahmen zufrieden.

Auch in die drei zuletzt genannten Maßnahmen haben wir sehr viel Kraft und Leidenschaft gesteckt, um

## WIE BEURTEILEN SIE DIE MASSNAHMEN DER KV HAMBURG WÄHREND DER PANDEMIE?

### INFORMATION DER KV-MITGLIEDER ZUR CORONA-PANDEMIE



### TESTSTRATEGIE: EINRICHTUNG VON INFEKTPRAXEN



### TESTSTRATEGIE: TESTUNGEN SYMPTOMATISCHER PATIENTEN DURCH DEN NOTDIENST



### TESTSTRATEGIE: TESTUNGEN ASYMPTOMATISCHER PERSONEN IN KV-TESTZENTREN



■ zufrieden ■ teils, teils ■ unzufrieden

**TESTSTRATEGIE: VERMITTLUNG DER TERMINE FÜR INFEKTSPRECHSTUNDEN (TSS)****ÖFFENTLICHKEITSARBEIT IM RAHMEN VON CORONA****BEREITSTELLUNG VON SCHUTZAUSRÜSTUNG****VERTRETUNG IHRER INTERESSEN IN DER PANDEMIE****HONORARMASSNAHMEN****ORGANISATION DER CORONA-TESTUNG**

■ zufrieden ■ teils, teils ■ unzufrieden

trotz der ausgesprochen misslichen Umstände einen Schutzwall zwischen die Pandemie und Ihnen, unseren Mitgliedern, aufzubauen. Insgesamt freuen wir uns, dass die Bewertung der KV

Hamburg durch ihre Mitglieder während der Corona-Krise besser ausgefallen ist als im Jahr zuvor. Wir glauben deshalb, bei der Gestaltung von Verbesserungen auf dem richtigen Weg zu sein. ■

**DIE MITGLIEDERBEFRAGUNG**

Die zweite Umfrage unter den Hamburger KV-Mitgliedern wurde wieder in Zusammenarbeit mit dem Markt- und Meinungsforschungsinstitut Splendid Research entwickelt und durchgeführt. Die Mitglieder der KV Hamburg bekamen einen Brief mit einem persönlichen Code zugeschickt. Der Code ermöglichte den Zugang zu einem Online-Fragebogen, mit dem sie die KV und ihre Service-Angebote bewerten und frei formulierte Kommentare schreiben konnten.

Insgesamt wurden 5272 Einladungen verschickt, 614 Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben sich an der Umfrage beteiligt. Das entspricht einer Rücklaufquote von 11,6 Prozent. Die Gruppe der Antwortenden ist repräsentativ für die Gesamtgruppe der KV-Mitglieder – auch was die Versorgungsbereiche sowie Alter und Geschlecht anbelangt. Allerdings sind die Praxisinhaber im Vergleich zu den Angestellten leicht überrepräsentiert. Der Befragungszeitraum erstreckte sich vom 28. Oktober 2020 bis zum 23. November 2020.



## STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Imke Mebes**  
Stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses  
angestellte Ärzte und Psychotherapeuten

Name: **Dr. Imke Mebes**

Geburtsdatum: **16.11.1978**

Familienstand: **ledig**

Fachrichtung: **Gynäkologie/Schwerpunkt Reproduktionsmedizin und Endokrinologie**

Weitere Ämter: **BVF stell. Landesvorsitzende**

Hobbys: **Segeln, Garten, Hühnerhaltung**

**Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren?** absolut

**Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung?** Mitgestaltung unseres Berufsfeldes

**Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen?** Rolle der Frau und Teilzeit in Kombination unseres Berufes in der Niederlassung und Angestelltenverhältnis, Möglichkeiten der Selbstständigkeit als Frau/Mutter ...

**Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg?** Uns fehlen die Dynamik und die Zeit, um wirklich etwas zu bewirken. Da nehme ich mich nicht aus.

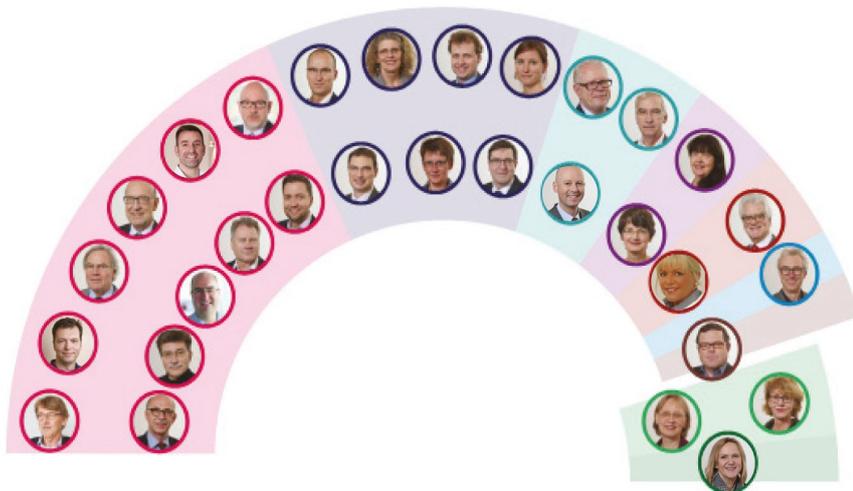
**Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen?** Beruflich: Selbstständigkeit (wird sich wahrscheinlich nicht erfüllen), ansonsten Landleben und Selbstversorger ■



**VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG**

**Do. 20.5.2021 (ab 19.30 Uhr)**

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



**ABGABE DER ABRECHNUNG**

JEWELNS VOM  
1. BIS 15. KALENDERTAG DES  
NEUEN QUARTALS

**QUALITÄTSZIRKEL**

Winterhuder Qualitätszirkel

Aktuelle Informationen zu  
Veranstaltungen bekommen Sie  
im Internet

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

oder per direkter Kontaktaufnahme  
über die E-Mail-Adresse

[praxis@neurologie-winterhude.de](mailto:praxis@neurologie-winterhude.de)

**FORTBILDUNGSKADEMIE  
DER ÄRZTEKAMMER**

Aktuelle Informationen zu Veranstal-  
tungen finden Sie im Internet:

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

**QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE**

Aktuelle Informationen finden Sie im Internet:  
[www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Fortbildung → Termine

Oder über QR-Code

**Ansprechpartnerinnen:**

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

Michael Bauer, Tel: 22802-388

Laura Goldmann, Tel: 22802-574

[qualitaetsmanagement@kvhh.de](mailto:qualitaetsmanagement@kvhh.de)



**FORT BILDUNGEN  
FÜR MFA**

Aktuelle Informationen zu Veranstal-  
tungen finden Sie im Internet:

[www.aerztekammer-hamburg.org/  
fortbildung\\_mfa.html](http://www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html)

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!

