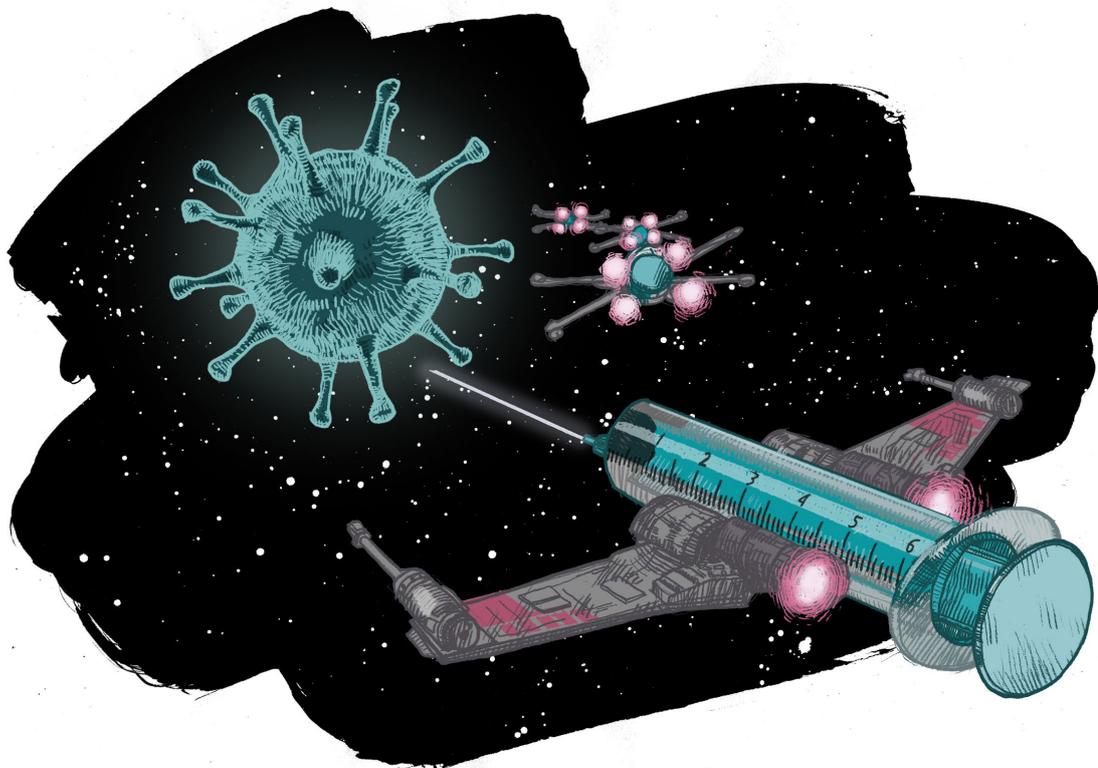


KVH *journal*

AUF BREITER FRONT

*Wie die Praxen
die Impfkampagne
vorantreiben*



ASTRA-ZENECA-IMPfstoff
Wirksamkeit und Sicherheit

ELEKTRONISCHE AU
Vorbereitungen und Voraussetzungen

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 5/2021 (Mai 2021)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Wir sind auf der Zielgeraden der Pandemiebekämpfung angekommen. Diesen beruhigenden Satz hat zur Zeit jeder Politiker parat. Leider weiß zwar niemand, wie lang diese Zielgerade werden wird. Im Rennsport sind das mitunter mehrere Kilometer. Aber grundsätzlich stimmt es schon: Der Einbezug der Ärztinnen und Ärzte in die Impfkampagne läutet – um ein andere Bild aus der Sportwelt zu benutzen – die Schlussrunde ein.

Seit über einem Jahr stehen die niedergelassenen Ärzte und ihre Vertretung, die Kassenärztliche Vereinigung, an der Spitze der Pandemiebekämpfung. Da mag das mediale Interesse immer noch auf die Intensivstationen gerichtet sein, es bleibt dabei, dass weit über 90 Prozent aller Covid-Patienten in der ambulanten Versorgung betreut werden.

Da hätte es eigentlich selbstverständlich sein sollen, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an erster Stelle genannt worden wären, als es um die Festlegung der Impfreihenfolge ging. Doch weit gefehlt – die Ärzteschaft wurde auf alle Priorisierungsgruppen verteilt, die Psychotherapeuten erst gar nicht erwähnt.

Doch glücklicherweise waren den Bundesländern Interpretationsmöglichkeiten eröffnet worden. Und diese wurden in Hamburg kraftvoll genutzt. Zugegeben – die zuständige Sozialbehörde musste schon heftig angeschoben werden. Es ging nicht ohne viele Telefonate bis hinauf zur Senatorin. Aber schlussendlich gab es grünes Licht: Die Vorschriften der Impfverordnung wurden weit ausgelegt, und als es von der Impfstoffmenge her möglich war, wurden alle Ärzte und Psychotherapeuten inklusive ihrer Teams zur Impfung eingeladen.

Und sie haben die Einladung angenommen. Legendär ist das Wochenende, als von irgendwoher das Gerücht vertwittert worden war, man könne ohne Termin in das Impfzentrum kommen. Tausende folgten dem (falschen) Ruf. Aber da das Zentrum den Ansturm bewältigen konnte, wird dieses Fake-Vaccine-Weekend in der Historie der Impfkampagne in Hamburg einen besonders bunten Punkt setzen.

Hamburg war das erste Bundesland, in dem Ärzten, Psychotherapeuten und auch den Teams eine Impfung angeboten werden konnte. Es gibt andere Länder, wo dies noch heute nicht der Fall ist. Bei aller Kritik an der Impfpolitik und den immer neuen Problemen, die zu bewältigen sind, ist dies ein sehr erfreulicher Aspekt der vergangenen Monate. Und auch Anlass, „danke“ zu sagen an die Sozialbehörde, die dies ermöglicht hat.

Nun sind wir also auf der Zielgeraden – gleich, wie lange sie sein wird. Entscheidend wird sein, dass wir ausreichend Benzin erhalten. Die Wagen stehen bereit. Und sie sind schnell.

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



SCHWERPUNKT

- 06_** Nachgefragt: Statements zur Impfung in den Praxen
- 08_** Impfstart in den Schwerpunktpraxen
- 11_** Hausarztpraxen: Impfen, was das Zeug hält
- 14_** Wie wirksam und sicher ist die AstraZeneca-Impfung?
- 18_** Computer-Programm zum Massenversand von Impf-Einladungen
- 19_** KV-Notfallpraxen in Altona und Farmsen sind keine „Infektpraxen“ mehr
 - Neue kinderärztliche Notfallpraxis am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
 - Bürgermeister Tschentscher hilft mit im Impfzentrum

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20_** Fragen und Antworten
- 22_** Telematik: Voraussetzungen für die Übersendung der eAU ab Oktober

SELBSTVERWALTUNG

- 30_** Steckbrief: PD Dr. Henrik Suttman

**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 24_** Wenn die Mammographie vor Darmkrebstod schützt: Negativkontrollen machen Trugschlüsse sichtbar

RUBRIKEN

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

**AMTLICHE
VERÖFFENTLICHUNGEN**

- 27_** Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

- 28_** Dr. Bernd Hontschik: Klinikschließungen – Zahlen, Gründe, Folgen

TERMINKALENDER

- 31_** Termine und geplante Veranstaltungen

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.

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
 Seite 3: Michael Zapf; Seite 7: Hamburger Apothekerverein; Karin Gerdes; Seite 9: Diaverum;
 Seite 11: Dirk Schnack/SpringerMedizin; Seite 13:
 Praxis Hellbrook; Seite 19: Freie und Hansestadt
 Hamburg; Seite 21: Gorodenkoff/Stock-Adobe.
 com; Fleur Priess; Seite 29: Barbara Klemm; Seite
 31: Michael Zapf; Icons: iStockfoto



Statements zum Beginn der Impfungen in den Praxen



Janine Rogga
Hamburg-Impft-Team der KV Hamburg

Unterstützung für die Praxen

Als der Startschuss fiel, neben den Impfbzentren endlich auch Arztpraxen in den Impfprozess einzubeziehen, stellte die KV Hamburg ein Team zusammen, welches unsere Mitglieder bei der gesamten Organisation seither tatkräftig unterstützt. Im ersten Schritt wurde von uns ein Starterpaket zusammengestellt, welches alle wesentlichen Informationen enthielt, um den Impfprozess in den Praxen zu erleichtern. Die darin enthaltene Prozessbeschreibung sowie alle weiteren essentiellen Dokumente werden regelmäßig aktualisiert und sind im Online-Portal abrufbar. Darüber hinaus bietet die KV Hamburg in Kooperation mit der Firma Lifetime eine kostenlose Software an, wodurch Praxen Masseneinladungen an ihre Patienten für einen Impftermin versenden können (siehe Seite 18).

Als Besonderheit koordinieren wir in Zusammenarbeit mit der Sozialbehörde für ausgewählte Schwerpunktpraxen den Bestellprozess der Impfstoffe.

Zudem wurden zwei Online-Seminare zum Impfen, insbesondere zum Umgang mit dem Impfstoff von BioNTech/Pfizer, angeboten. Das zweite Webinar ist auf unserem YouTube-Kanal (KV Hamburg) zu finden. Wir stehen unseren Mitgliedern natürlich auch weiterhin mit Rat und Tat zur Seite und hoffen, dass das Impfen in den Hamburger Arztpraxen ein großer Erfolg wird. ■

Hamburg-Impft-Team der KV Hamburg
Tel: 22802-350
E-Mail: Hamburg.Impft@kvhh.de



Dr. Thomas Friedrich
Geschäftsführer des Hamburger Apothekervereins

Aus unserer Sicht ein sehr guter Start

Die Corona-Impfung soll in den Regelbetrieb überführt werden – und die Regel ist ja, dass der Impfstoff via Großhandel und Apotheken in die Arztpraxen kommt, wie dies auch bei der Grippe-Impfung der Fall ist. Dieser Distributionsweg ist erprobt und lange eingeübt. Der Start der Corona-Impfung in den Praxen ist aus unserer Sicht sehr gut gelaufen. Die Belieferung der Arztpraxen erfolgt wöchentlich. Beim ersten Mal ging es zwar etwas zu schnell, weil zwischen Bestellung und Belieferung die Osterfeiertage lagen – doch das war kein Problem. Weil der Impfstoff noch immer knapp war, musste eine Kontingentierung vorgenommen werden. Das heißt: Obwohl die Ärztinnen und Ärzte teilweise mehr bestellt hatten, bekamen sie etwa 18 bis 24 Impfdosen. Allerdings konnten sie sich darauf einstellen, weil sie zwei Tage nach der Bestellung (also noch vor Ostern) eine Rückmeldung zur genauen Liefermenge bekamen. Für die Auslieferung des BioNTech-Impfstoffs braucht man keine speziellen Tiefkühl-Wagen. Normale, mit Kühlboxen ausgestattete Autos reichen aus. Der Transport wurde bei der Auftauzeit mit einberechnet, sodass der Impfstoff etwa Kühlschranktemperatur hatte, als er in den Praxen ankam. Danach hatten die Ärztinnen und Ärzte noch den Rest der Woche Zeit, um den Impfstoff aufzubrauchen – bis zur nächsten Lieferung. ■



Dr. Jochen Sunken
Leiter der Abteilung Gesundheit und Patientenschutz der Verbraucherzentrale Hamburg

Die Menschen wollen ihr altes Leben zurück

Ist es aus Patientensicht zu begrüßen, dass nun in den Arztpraxen gegen Corona geimpft wird? Sicherlich. Für viele mag eine Impfung bei der vertrauten Hausärztin – statt in einer riesigen Messehalle – deutlich angenehmer sein, was die Akzeptanz erhöht. Aber sind die Coronaimpfungen in den Praxen – als ein weiterer Ort des Impfens – für sich genommen der derzeit entscheidende Punkt der laufenden Impfkampagne? Nein. **Vielen Menschen ist der Ort der Verimpfung derzeit reichlich egal. Würde unter sonst gleichen Voraussetzungen im Baumarkt geimpft werden, kämen sie auch dorthin: Hauptsache, sie bekommen ihr altes Leben zurück.** Die Hausarztpraxen sind als ein weiterer (um nicht falsch verstanden zu werden: sehr geeigneter) Ort des Impfens zu begrüßen, da dies bei größerer Verfügbarkeit von Impfstoff mehr Output erzeugt – nicht weniger, aber auch nicht mehr. Es hat einen instrumentellen, aber keinen intrinsischen Wert. Vermeiden wir daher in den kommenden Wochen und Monaten eine Fetischisierung des Impfens in Hausarztpraxen, wie wir es bei der Debatte um Grippeimpfungen in Apotheken erlebt haben, und spielen die Impf-Orte nicht gegeneinander aus. ■

VON DR. MICHAEL A. RÖSCH

Impfstart in der Schwerpunktpraxis

Seit eineinhalb Monaten werden Patienten in Dialysezentren geimpft. Nicht alles lief glatt. Die unzuverlässige Verfügbarkeit der Vakzine stellt den Praxisalltag vor große Herausforderungen.



Als Ende letzten Jahres die Impfung der Pflege- und Altenheimbewohner durch mobile Impfteams begann, nahm ich Kontakt mit dem Vorstand der KV Hamburg auf, um anzuregen, die Dialysezentren in die Kampagne der mobilen Impfteams mit einzubeziehen.

Auch für unsere Patienten stellt die Infektion mit SARS-CoV-2 ein sehr hohes Risiko dar. Aus jüngsten Untersuchungen wissen wir, dass Dialysepatienten eine Letalität von circa 20 Prozent aufweisen.

Hinzu kommt ein anderer Aspekt: Da unsere Patienten regelhaft drei Mal wöchentlich für vier bis sechs Stunden zur Dialyse in unsere Einrichtungen kommen, könnten sie

von mobilen Teams ebenso leicht durchgeimpft werden wie Pflege- und Altenheimbewohner.

Bei den Gesprächen mit der KV und der Sozialbehörde wurde allerdings klar, dass es so schnell keine Integration der Dialysepraxen in die Kampagne der mobilen Impfteams geben würde, weil der Fokus gemäß STIKO-Priorisierung auf den Pflege- und Altenheimen lag.

In einer konzertierten Aktion wandten sich die Hamburger Dialysezentren daraufhin mit einer Petition direkt an die Sozialsenatorin Melanie Leonhard. Unterstützung bekamen wir dabei auch von der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Durch den Einsatz der KV wur-

de den Schwerpunktpraxen nach weiteren Gesprächen in Aussicht gestellt, dass sie vorab Impfstoff erhalten, um ihre Patienten selbst zu impfen.

Der Impfstart verlief dann allerdings recht holprig. Während die Gespräche über die Organisation der Impfung noch liefen, informierte die Sozialbehörde Anfang März bereits die Öffentlichkeit, dass unter anderem Patienten mit chronischer Nierenerkrankung nun auch impfberechtigt seien und in den folgenden Tagen und Wochen eine Einladung zur Schutzimpfung in ihren jeweiligen Praxen erhalten würden.

Hier war die Kommunikation deutlich schneller als die Detailpla-



Dr. Michael A. Rösch: "Ende März waren die meisten unserer Dialysepatienten mit einer Erstimpfung versorgt."

nung. Wir wussten weder, wann wir Impfstoff bekommen, noch in welchem Umfang. Und so gerieten wir in eine herausfordernde Situation: Die Schwerpunktpraxen wurden überschwemmt mit Anfragen von

Patienten, die einen Impftermin vereinbaren wollten und die wir in Ermangelung weiterer Informationen vertrösten mussten. Dies führte zu großen Frustrationen auf beiden Seiten der Telefonleitungen.

Einhalb Wochen nach dem Impfaufruf der Sozialbehörde bekamen wir an einem Freitag einen Anruf vom DRK, in dem uns mitgeteilt wurde, dass wir am darauffolgenden Montag mit Impfstoffen von AstraZeneca beliefert werden.

Daraufhin konnten wir beginnen, Patienten zu terminieren. Darüber hinaus hatten wir Wartelisten erstellt, um in der Lage zu sein, innerhalb von einer halben Stunde mindestens 20 Patienten in die Praxis zu bestellen, sollte Impfstoff übrigbleiben.

Dialysepatienten sind in einer besonderen Situation. Sie sind Hochrisikopatienten, können sich aber häuslich nicht isolieren: Oftmals schränken sie zwar stark ihre sozialen Kontakte einschließlich enger Familienangehöriger ein, jedoch müssen sie regelmäßig das Haus verlassen, um mit dem Taxi oder dem Krankentransport zur Dialyse zu fahren. Die Impfung



bedeutet also eine große Erleichterung.

Die Vakzine wurden mittags geliefert und wir begannen, die ersten Patienten zu impfen. Doch schon drei Stunden später mussten wir das Impfen wieder einstellen, da uns die Information erreichte, dass Impfungen mit AstraZeneca ausgesetzt werden.

Zwei Tage später fand eine Videokonferenz mit den nephrologischen, onkologischen und pneumologischen Schwerpunktpraxen sowie der Behörde und der KV statt. Wir erhielten die Information, dass wir Anfang der darauffolgenden Woche mit dem Moderna-Impfstoff beliefert würden. Also klärten wir unsere Patienten über den Moderna-Impfstoff auf. Am Donnerstagabend empfahl die EMA, den AstraZeneca-Impfstoff weiterzuverwenden. Wir beendeten daraufhin die Patientenaufklärungen, denn es war nicht mehr klar,

ersten Ambulanzpatienten ging es in der darauffolgenden Woche weiter. Ende März 2021 kam die Meldung, dass die STIKO den AstraZeneca-Impfstoff nur noch für über 60-Jährige empfiehlt – was zwar nicht für die Mehrheit, aber doch für einige unserer Patienten relevant war. In der Folge erhielten wir dann Impfstoffe von AstraZeneca und BioNTech.

Die Impfstoffe werden nicht über die Apotheken an uns geliefert, sondern kommen aus dem Kontingent des Impfzentrums. Wir bestellen die Impfstoffe beim Hamburg-Impfteam der KV, die diese Information an die Sozialbehörde weitergibt. Dort werden Verteilung und Lieferung organisiert. Die Schwerpunktpraxen müssen allerdings sehr präzise planen, da die Impfungen zusätzlich zur regulären Versorgung stattfinden. Es müssen Termincluster gebildet werden, um sicherzustellen, dass angebrochene

Drei Stunden später mussten wir das Impfen wieder einstellen – weil es einen Impfstopp für AstraZeneca gab.

mit welchem Impfstoff wir beliefert werden würden. Am Sonntag erfolgte die Information, dass mit AstraZeneca weitergeimpft wird. So konnten wir ab Montagmorgen mit aktualisierten Formularen die Patienten wieder über AstraZeneca-Impfungen aufklären.

Im Verlauf der Woche verimpften wir die erste Lieferung und konnten so 350 Dialysepatienten mit der Erstimpfung versorgen. Mit den restlichen Dialysepatienten und den

Ampullen in der vorgegebenen Zeit verbraucht werden. Und es muss Personal vorgehalten werden, überwiegend zu Zeiten, in denen keine reguläre Sprechstunde stattfindet.

Wir brauchen daher nicht nur eine verlässliche und rechtzeitige Meldung, wie viel Impfstoff wir tatsächlich bekommen werden, sondern auch einen konkreten Lieferzeitpunkt. Und dies ist zumindest bisher (Mitte April) noch nicht sicher gewährleistet.

Impfung in den Praxen

In Hamburg startete am 15. März 2021 das Impfen gegen SARS CoV-2 in den Praxen.

Aufgrund der geringen Impfstoffmenge erfolgte dies zunächst in 27 ausgewählten Schwerpunktpraxen der Fachrichtungen Nephrologie, Onkologie und Pneumologie sowie im Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (SIMI).

Seit 7. April wird in den Hamburger Hausarztpraxen geimpft. Später, wenn mehr Impfstoff zur Verfügung steht, sollen die Facharztpraxen folgen.

Trotz der Widrigkeiten war der Impfstart in den Schwerpunktpraxen ein wichtiger und guter Schritt in der Pandemiebekämpfung. Die frühzeitige Impfung der Hochrisikopatienten in den Schwerpunktpraxen wäre nicht gelungen, hätte sich die KV nicht für uns eingesetzt. Sie hat unser Anliegen von Anfang an unterstützt und versucht, in unserem Sinne Entscheidungen herbeizuführen. Auch der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration sowie der Senatorin Melanie Leonhard danken wir für die gute Zusammenarbeit. Ende März war nicht nur ein Großteil unserer Ärzte und Praxismitarbeiter geimpft, sondern auch die meisten unserer Dialysepatienten waren mit einer Erstimpfung versorgt. ■

DR. MICHAEL A. RÖSCH

Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie und Ärztlicher Leiter der MVZ Diaverum Alter Teichweg und Schlankreye

VON DR. MIKE MÜLLER-GLAMANN

Impfen, was das Zeug hält

Angesichts der unsicheren Verfügbarkeit von Impfstoffen konnte man dem Impfstart in den Hausarztpraxen durchaus mit Sorge entgegensehen. Doch nun stellt sich heraus: Die Abläufe funktionieren, die Patienten sind dankbar, und Impfen macht Spaß.

Es war von Anfang an klar, dass die Corona-Impfkampagne erst in Fahrt kommen würde, wenn auf breiter Front in den Hausarztpraxen geimpft wird. Ebenso klar war allerdings: Das funktioniert erst, wenn die Impfstoffe verlässlich verfügbar sind.

Deshalb war es aus meiner Sicht vertretbar, erst nach Ostern mit dem Impfen in den Hausarztpraxen zu beginnen. Der Impfstart in den Schwerpunktpraxen drei Wochen zuvor war geprägt von der unsicheren Verfügbarkeit der Impfstoffe. Ich habe mir Sorgen gemacht: Was passiert, wenn wir in der Hausarztpraxis Patienten einbestellen und der Impfstoff kommt nicht? Was passiert, wenn es Schwierigkeiten mit der Handhabung des BioNTech-Vakzins gibt? Doch bisher (Stand Mitte April) lief alles reibungslos. Ich muss sagen: Das Impfen macht Spaß. Ich sehe, dass die Abläufe funktionieren. Die Patienten sind dankbar und glücklich.

Bei den hausärztlichen Praxen läuft die Distribution der Corona-Impfstoffe auf dem traditionellen Weg über die Apotheken. Am Dienstag vor Ostern ging ich zu unserer Apotheke und bestellte für die Ärzte unserer Praxis 100 Impfdosen – 20 für jeden. Am Donnerstag



Dr. Mike Müller-Glamann: "Viele impfberechtigte Patienten haben gewartet, weil sie sich in der Hausarztpraxis impfen lassen wollten."

erfahren wir, dass wir 84 Dosen erhalten würden.

Wir hatten bereits eine Liste mit potenziellen Impf-Kandidaten erstellt, die meine Mitarbeiter nun abtelefonieren konnten. Diese Telefonate waren sehr erfreulich. Meist dauerten sie nur ein paar Sekunden: "Juhu, ich schreibe mir den Termin auf. Vielen Dank!" – und dann kam der nächste dran. Es handelte sich ausschließlich um Patienten, die wir kennen. Auch wir laden gemäß

Priorisierung natürlich zuerst die ältesten und kränksten Patienten ein. Sie alle wären längst dazu berechtigt gewesen, sich im Impfzentrum impfen zu lassen. Doch manche von ihnen hatten keinen Termin bekommen, weil sie mit dem Computerprogramm nicht zurechtkamen oder am Telefon nicht hartnäckig genug waren. Für einige wäre die Fahrt zu beschwerlich gewesen. Andere haben bewusst gewartet, weil sie sich in der vertrauten Hausarztpraxis

impfen lassen wollten. Das waren erstaunlich viele.

Die Impfstoff-Anlieferung am Dienstagabend nach Ostern war sehr viel unspektakulärer als erwartet. Die Apotheke ist fünf Meter von der Praxis entfernt. Von dort aus wurde der Impfstoff zu uns gebracht

Ich hatte gehört, wie schwierig der Umgang mit diesem Hightech-Impfstoff sein soll. Deshalb schaute ich mir zunächst einige Lehr-Videos an. Wir hatten Glück: Seit einigen Wochen arbeitete in unserer Praxis ein Famulant, der zuvor als Student in einem Impfzentrum in

Einhaltung der Hygieneregeln) ganz prächtig.

Die räumliche Situation in unserer Praxis ist ziemlich entspannt. Wir haben ein großes Behandlungszimmer, das sonst für Ernährungsberatung oder Akupunktur genutzt wird und in dem wir jetzt an drei Tagen pro Woche die Impfungen durchführen.

Ich habe auch schon Hausbesuche durchgeführt. Dabei handelt es sich um bettlägerige Personen, die hoch priorisiert sind, aber nicht ohne weiteres ins Impfzentrum kommen können. Zeitraubend ist natürlich, dass man die geimpften Personen 15 bis 30 Minuten nachbeobachten muss.

Wenn der BioNTech-Impfstoff angebrochen, aufbereitet und auf die Spritzen aufgezogen wurde, ist er mindestens zwei Stunden ohne Kühlung einsatzfähig. Man darf die Flüssigkeit nicht schütteln, aber sie darf sich bewegen. Es ist also kein Problem, den Impfstoff im eigenen Wagen für den Hausbesuch zu transportieren.

Aus einem YouTube-Video habe ich eine einfache Konstruktion übernommen: Man bohrt den Boden eines Schuhkartons mit dem 6-Millimeter-Bohrer auf und steckt verkehrt herum die fertig aufgezogenen Spritzen hinein. Die Luftblase, welche die Spritze komplett entleeren soll, ist immer oben am Stempel. Den Karton stellt man sicher in den Fußraum – und bei normaler Fahr-

Die Impfkampagne muss nun schnellstmöglich auf die Praxen übertragen werden.

– in einem kleinen Plastikbehälter, der aussah wie eine Verpackung, die im Supermarkt für 200 Gramm offenen Fleischsalat oder Weichkäse benutzt wird: etwa 12 Zentimeter lang und 5 Zentimeter hoch. Der Plastikbehälter aus der Apotheke enthielt einige Papierschnitzel und 14 kleine Fläschchen mit BioNTech-Impfstoff. Mehr Platz benötigt eine Impfstoffmenge für 84 Personen nicht.

Wir stellten den Behälter in den eigens für die Corona-Impfung angeschafften Kühlschrank – der natürlich völlig überdimensioniert war für ein so kleines Paket. Nun hatten wir fünf Tage Zeit, den Stoff zu verimpfen. Der Bestell- und Belieferungsvorgang soll sich fortan wöchentlich wiederholen – nur die zur Verfügung stehende Impfstoffmenge wird hoffentlich massiv ansteigen.

Tübingen tätig war. Er hatte den BioNTech-Impfstoff bereits etliche Male aufgezogen und zeigte uns, was zu beachten ist. Es stimmt: Man muss sorgfältig arbeiten. Doch auch der Umgang mit dem BioNTech-Impfstoff ist meinem Eindruck nach keine Raketenwissenschaft.

Der erste Impftermin in unserer Praxis fand am Mittwoch nach Ostern um 8.30 Uhr statt. Um 8 Uhr zog ich die ersten Spritzen auf. Die Patientin kam pünktlich, wurde kurz aufgeklärt und hatte sogar einen unterschriebenen Aufklärungsbogen dabei. Sie bekam die Impfung – und gleich einen weiteren Termin für die Zweitimpfung. Dann setzte sie sich für 15 Minuten zur Nachbeobachtung ins Wartezimmer und wollte gar nicht mehr gehen, als der zweite und dritte Patient kam. Alle waren bester Laune und unterhielten sich (unter



Mittwoch nach Ostern, 8.30 Uhr: Der erste Impftermin in unserer Praxis. Die Patientin ist pünktlich — und bester Laune.



Einfache Konstruktion für Hausbesuche: Bei normaler Fahrweise in Hamburg kann eigentlich nichts passieren.

weise in Hamburg kann eigentlich nichts passieren.

Zunächst haben die Hausarztpraxen ausschließlich den BioNTech-Impfstoff verwendet. Wenn AstraZeneca-Impfdosen hinzukommen, muss voraussichtlich mehr gesprochen und aufgeklärt werden. Es wird auch Personen geben, die eine Impfung mit diesem Vakzin ablehnen. Wir werden AstraZeneca trotzdem vollständig verimpfen können – notfalls suchen wir uns Impfwillige aus einer niedrigeren Priorisierungsgruppe. Einer der Vorteile einer Impfung durch die Praxen ist ja, dass wir auf die menschlichen Unwägbarkeiten flexibel reagieren können.

Die Impfkampagne muss nun schnellstmöglich vom Impfzentrum auf die Praxen übertragen werden. Die Hausarztpraxen haben innerhalb von Tagen schon die gleiche Tagesmenge verimpft wie das Impfzentrum. Wenn die Abläufe eingeübt sind, kann sicher das Vierfache verimpft werden. Die Kosten pro Impfung in der Hausarztpraxis liegen bei 20 Euro, im Impfzentrum mindestens bei 200 Euro. Wenn die Impfung in den Hausarztpraxen mit 40 Euro vergütet würde, könnten die Praxen Personal einstellen — was die Impfgeschwindigkeit weiter deutlich erhöhen würde. Der Flaschen-

hals der Impfgeschwindigkeit liegt neben der Impfstoffmenge im Bereich der medizinischen Fachangestellten, die seit Beginn der Pandemie extrem belastet sind.

Ich spüre bei meinen Patienten, wie die Kraft nachlässt, diese Pandemie und die damit einhergehenden Risiken und Einschränkungen zu ertragen. Es ist wichtig, dass wir jetzt impfen, was das Zeug hält. ■

DR. MIKE MÜLLER-GLAMANN

Facharzt für Allgemeinmedizin in Bramfeld, Sprecher des Beratenden Fachausschusses Hausärzte der KV Hamburg und 2. Vorsitzender des Hausärzterverbands Hamburg

VON KATHARINA SCHÜLLER UND PROF. DR. GERD GIGERENZER

Wie wirksam und sicher ist die AstraZeneca-Impfung?

Der Impfstoff von AstraZeneca und der Universität Oxford steht für die Hoffnung auf ein schnelles Ende des Lockdowns. Er lässt sich in einem normalen Kühlschranks lagern, ist preiswert und hat Großbritanniens Impfkampagne beschleunigt. Doch Mitte März setzte Gesundheitsminister Jens Spahn Impfungen mit AstraZeneca auf Empfehlung des Paul-Ehrlich-Instituts vorübergehend aus. Seit der erneuten Zulassung erscheinen zahlreiche Patienten nicht zu den eigentlich knappen Impfterminen.

Dieser Artikel erklärt, was die Zahlen über Wirksamkeit und Sicherheit bedeuten, was wir noch nicht wissen, und wie man sich selbst ein Bild machen kann.

Wirksamkeit: Was bedeutet 79 Prozent?

In einem vorherigen Beitrag haben wir uns bereits mit der Frage auseinandergesetzt, wie Angaben zur „Wirksamkeit“ von Impfstoffen richtig zu verstehen sind (nachgedruckt in: *KVH-Journal* 2/2021, Seite 12). Wir haben eine Flut von Nachfragen erhalten und werden hier anhand der neuesten Studiendaten zur Impfung von AstraZeneca noch einmal vertieft auf diesen schwierigen Begriff eingehen.

Am 22. März hat AstraZeneca in einer Pressemitteilung über die vorläufigen Ergebnisse einer neuen Studie in den USA, Chile und Peru mit 32.449 Personen berichtet (1). Demnach ist die Wirksamkeit des Impfstoffs 79 Prozent für symptomatische Covid-19 Erkrankung. Das bedeutet, dass auf je 100 Erkrankte unter den Nicht-Geimpften lediglich 21 Erkrankte unter den Geimpften kamen.

Als Erkrankte gelten in dieser Studie Personen, welche infiziert sind (positiver COVID-19 Test) und mindestens ein typisches Symptom haben, beispielsweise mindestens 37,8 °C Fieber.

Die berichtete Wirksamkeit verändert sich auch im Laufe der Studien. Wenige Tage nach der Pressemitteilung vom 22. März berichtete etwa AstraZeneca, dass sich mit Berücksichtigung der letzten Daten eine Wirksamkeit von 76 statt 79 Prozent ergibt (2).

In diesen Pressemitteilungen werden jedoch nicht die absoluten Zahlen angegeben, die man braucht, um die Berechnung der Wirksamkeit nachvollziehen zu können. Dazu nehmen wir die im Januar publizierte AstraZeneca-Studie aus Brasilien, Großbritannien und Südafrika, welche die absoluten Zahlen berichtet: Unter

den 5.829 Nicht-Geimpften gab es 101 Erkrankte und unter den 5.807 Geimpften waren es lediglich 30.

Das heißt, dass sich der Anteil der Erkrankten von 101/5.829 auf 30/5.807 verringerte, also um rund 70 Prozent. Diese Wirksamkeit wurde bis zu 5 Monate nach der ersten Impfdosis und bis zu 3 Monate nach der zweiten Impfdosis bestimmt – im Mittel also deutlich kürzer. Am einfachsten kann man die Wirksamkeit berechnen, indem man einen gemeinsamen Nenner nimmt, wie etwa 1.000 Personen. Das ergibt dann bei Nicht-Geimpften rund 17 Erkrankte und bei Geimpften 5 Erkrankte unter je 1.000 Personen. Die Wirksamkeit der Impfung berechnet sich dann als $(17 - 5)/17$, was einen Wert von etwas über 70 Prozent ergibt.

Es ist wichtig zu verstehen, dass man nicht sagen kann, die Wirksamkeit eines Impfstoffes ist genau 70 oder 79 Prozent. Sie variiert mit dem Land, der Variante des Corona-Virus, dem Alter der Personen und anderen Faktoren. In dieser Studie waren fast neun von zehn Teilnehmern höchstens 55 Jahre alt; es handelt sich also um eine erheblich jüngere Population als die Gesamtbevölkerung.

SARS-Co

Was Wirksamkeit nicht bedeutet

Eine Wirksamkeit von 70 Prozent bedeutet aber nicht, dass die Impfung 70 Prozent der Geimpften vor einer Erkrankung geschützt hat oder schützen wird. Diese Fehlinterpretation gibt es häufig. Wirksamkeit ist eine relative Risikoreduktion, also etwa von 17 auf 5 Erkrankte pro 1.000 Personen. Absolut gesehen

Die Wirksamkeit eines Impfstoffs variiert mit dem Land, der Virus-Variante, dem Alter der Personen und anderen Faktoren.

sind jedoch nur zwölf von je 1.000 Geimpften aufgrund der Impfung nicht erkrankt – die absolute Risikoreduktion in der Studie war also 1,2 Prozentpunkte, von 1,7 Prozent auf 0,5 Prozent.

Nun könnte man einwenden, dass irgendwann alle Menschen an COVID-19 erkranken und sich dann die 70 Prozent auf alle beziehen werden. Um zu verstehen, dass dem nicht so ist, betrachten wir einmal ein Gedankenexperiment: 1.000 Nicht-Geimpfte, die keine Anzeichen einer durchgemachten oder bestehenden Corona-Infektion aufweisen, werden mit dem SARS-

CoV-2-Virus in einen geschlossenen Raum gesperrt und Monate festgehalten, sodass sich alle infizieren.

Studien zeigen aber, dass nur 2/3 bis 3/4 der Infizierten auch erkranken, d.h. mindestens ein Symptom entwickeln. Damit kann man erwarten, dass unter den Nicht-Geimpften bis zu 750 Menschen erkranken werden. Unter 1.000 vergleichbaren Geimpften, die ebenfalls Monate mit dem Virus in einem geschlosse-

nen Raum verbringen, reduziert sich die Zahl der Erkrankten von 750 auf 225 (bei einer Wirksamkeit von 70 Prozent).

Faktisch vor einer Erkrankung geschützt hat die Impfung dann 525 Menschen. Würde die Impfung auf Lebenszeit immunisieren, wären demnach maximal 52,5 Prozent aller Geimpften kausal durch die Impfung vor einer Erkrankung geschützt, denn die anderen wären selbst unter extremsten Bedingungen nicht erkrankt bzw. sind es dennoch. Die absolute Risikoreduktion würde selbst in diesem Extrembeispiel 52,5 Prozentpunkte betragen

und nicht mehr. Kurz gesagt, die relative Reduktion (die Wirksamkeit) ist nicht das gleiche wie die absolute Reduktion – selbst wenn alle Menschen infiziert würden.

Wenn die Impfung dagegen weniger lange immunisiert, verringert sich ihre Schutzwirkung. Nimmt man beispielsweise an, dass die impfbedingte Immunität ein Jahr lang anhält und sich innerhalb dieses Jahres 12 Prozent der Menschen infizieren, dann erkranken ohne Impfung davon bis zu 75 Prozent (also 9 Prozent der Nicht-Geimpften) und von diesen erwarteten Erkrankungen werden bei den Geimpften 70 Prozent durch die Impfung verhindert. Durch die Impfung vor Erkrankung geschützt sind demnach 6,4 Prozent der Geimpften (die absolute Risikoreduktion).

Wirksamkeit in kontrollierten Studien ist nicht immer gleich Wirksamkeit in der realen Welt

Dennoch könnte man argumentieren, 95 Prozent Wirksamkeit bei BioNTech oder Moderna schützen vor einem Krankenhausaufenthalt besser als 70 oder 79 Prozent bei

AstraZeneca. Dies wäre jedoch ein voreiliger Schluss, aus zwei Gründen. Zum ersten beziehen sich diese Zahlen auf Erkrankungen (definiert als positiver Test und mindestens ein Symptom; die Definitionen variieren allerdings zwischen den Herstellern), nicht auf die wichtigen schweren Erkrankungen oder Krankenhausaufenthalte. Für letztere werden sowohl für AstraZeneca als auch für Moderna eine Wirksamkeit von 100 Prozent berichtet, doch die Fallzahlen waren alle sehr niedrig. Zum anderen unterscheidet man im Englischen zwischen Efficacy (Wirksamkeit) und Effectiveness (Wirksamkeit unter realen Bedingungen). Letztere hängt von Faktoren ab, die in einer klinischen Studie nicht alle beachtet werden können.

Zur Wirksamkeit von AstraZeneca unter realen Bedingungen liegt nun eine erste Auswertung aus Schottland vor (3). Dabei ist es längst nicht mehr so leicht möglich, vergleichbare Bedingungen für Versuchs- und Kontrollgruppe zu schaffen: So sind unter den Geimpften der Studie nur knapp 35 Prozent jünger als 64 Jahre, unter den Nicht-Geimpften hingegen über 91 Prozent. Entsprechend anspruchsvoll sind die statistischen Verfahren, um solche Unterschiede herauszurechnen. Nach diesen

Berechnungen konnte rund einen Monat nach Gabe der ersten Impfdosis der BioNTech-Impfstoff 85 Prozent und der AstraZeneca-Impfstoff 94 Prozent der Krankenhaus-Einweisungen verhindern. Bei kürzerer oder längerer Beobachtungsdauer war der Effekt deutlich geringer, wobei der AstraZeneca-Impfstoff kurz nach der Impfung

durchgängig eine höhere Effectiveness zeigte als derjenige von BioNTech – allerdings gibt es noch keine Daten für einen Zeitraum von mehr als einem Monat. Das verdeutlicht den großen Einfluss, den die Zeit auf das Ergebnis besitzt. Es zeigt auch, dass man von der Wirksamkeit in der Reduktion von Erkrankungen in den Zulassungsstudien nicht direkt auf die Wirksamkeit in der Reduktion von Krankenhaus-Einweisungen in der realen Welt schließen kann. In der Studie in Schottland zeigt sich der AstraZeneca Impfstoff bisher mindestens so effektiv wie jener von BioNTech.

Sicherheit der AstraZeneca-Impfung

Das Paul-Ehrlich-Institut meldete am 16. März, dass es im zeitlichen Zusammenhang mit AstraZeneca-Impfungen in Deutschland zu sieben schweren Fällen von Hirnvenenthrombosen kam (sechs davon Frauen). Bei 1,6 Millionen Impfungen wäre aber nur

etwa ein Fall zu erwarten gewesen. Darauf wurde in Deutschland der Impfstoff vorübergehend nicht mehr verwendet. Am 18. März bestätigte die EMA ihre Einschätzung, dass der Nutzen der Impfung die Nebenwirkungen überwiegt, es keinen Zusammenhang zwischen dem Ingesamt-Risiko von Blutpfropfen gibt, aber es einen Zusammenhang mit sehr seltenen Fällen wie Hirnvenenthrombosen geben könnte (4). Die EMA berichtete von 25 solchen Fällen in 20 Millionen Europäern. Das würde einer Wahrscheinlichkeit von einem schweren Fall in 800.000 Menschen entsprechen, oder einem in 229.000 im Fall der deutschen Zahlen.

In der schottischen Studie zeigt sich der AstraZeneca-Impfstoff bisher mindestens ebenso effektiv wie jener von BioNTech

COVID-19

Doch am 30. März meldete das Paul-Ehrlich-Institut insgesamt 31 Fälle von Hirnvenenthrombose (29 davon Frauen im Alter von 20 bis 63 Jahren) unter insgesamt 2,7 Millionen Personen, die mit AstraZeneca geimpft wurden. In Deutschland hatte man bis zu diesem Zeitpunkt überwiegend jüngere Menschen mit AstraZeneca geimpft, in Großbritannien hingegen auch viele ältere. Dort wurden lediglich 5 Fälle von Hirnvenenthrombosen unter 11 Millionen Geimpften berichtet. Das legt den Verdacht nahe, dass diese seltene Komplikation vor allem jüngere Frauen trifft.

Noch am selben Tag (30. März) verkündete die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut, sie empfehle den AstraZeneca-Impfstoff nur noch für Personen im Alter ab 60 Jahren (5).

Das Risiko dieser seltenen Hirnvenenthrombosen kann man am besten im Kontext einordnen. Setzt man die Impfung aus, können wegen der Knappheit der Impfstoffe

anderer Hersteller deutlich weniger Menschen geimpft werden, was zu weitaus mehr schweren Erkrankungen durch COVID-19 und Todesfällen als die seltenen Hirnvenenthrombosen führt.

Man kann sich auch vergegenwärtigen, dass wir anderswo schwere Risiken in Kauf nehmen, ohne viel darüber nachzudenken.

Im Beipackzettel von Aspirin findet man etwa, dass Hirnblutungen und akutes Nierenversagen in weniger als einer von je 10.000 Personen auftritt, die Aspirin einnehmen. Kein Vergleich ist perfekt, aber Vergleiche helfen, die Risiken in eine Perspektive zu setzen.

Bis heute erreicht uns, das Unstatistik-Team, eine Flut von Anfragen zur Impfung. Viele bedanken sich für die Aufklärungsarbeit, andere lassen mit einem verärgerten Unterton anklingen, dass Aufklärung Munition für Impfkritiker liefern würde. Wir stellen deshalb klar: Impfung ist die große Hoffnung wieder zu einem normalen Leben

zurückzukehren. Zahlen sind immer unsicher. Doch mit einem Rest von Ungewissheit leben zu können, statt sich eine Illusion der Gewissheit oder Verschwörungstheorie zu konstruieren, ist das Lebensblut einer informierten Gesellschaft. ■

Quellen:

1) AZD1222 US Phase III trial met primary efficacy endpoint in preventing COVID-19 at interim analysis <https://www.astrazeneca.com/content/astraz/media-centre/press-releases/2021/astrazeneca-us-vaccine-trial-met-primary-endpoint.html>

2) AZD1222 US Phase III primary analysis confirms safety and efficacy <https://www.astrazeneca.com/content/astraz/media-centre/press-releases/2021/azd1222-us-phase-iii-primary-analysis-confirms-safety-and-efficacy.html>

3) Vasileiou u.a.: Effectiveness of first dose of COVID-19 vaccines against hospital admissions in Scotland: national prospective cohort study of 5.4 million people https://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/scotland_firstvaccinatedata_preprint.pdf

4) European Medicines Agency: COVID-19 Vaccine AstraZeneca: benefits still outweigh the risks despite possible link to rare blood clots with low blood platelets <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-astrazeneca-benefits-still-outweigh-risks-despite-possible-link-rare-blood-clots>

5) Pressemitteilung der STIKO vom 30.03.2021 <https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/AstraZeneca-Impfstoff-2021-03-30.html>

Dies ist ein Beitrag aus der Artikelreihe „Unstatistik des Monats“ – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Autoren. Mit der „Unstatistik des Monats“ hinterfragen der Berliner Psychologe **Gerd Gigerenzer**, der Dortmunder Statistiker **Walter Krämer**, die STAT-UP-Gründerin **Katharina Schüller** und RWI-Vizepräsident **Thomas K. Bauer** jeden Monat sowohl jüngst publizierte Zahlen als auch deren Interpretationen. Alle „Unstatistiken“ finden Sie im Internet: www.unstatistik.de



VON DR. GHISLAIN KOUEMATCHOUA

Versand von Impf-Einladungen

Elektronisches System unterstützt Praxen bei der Vergabe von Corona-Impfterminen

Die KV Hamburg stellt den Praxen ein Computer-Programm zur Verfügung, das die Einladung von Patienten zur Corona-Impfung erleichtert. Wenn eine Praxis nur wenige Personen einlädt, kann das problemlos per Telefon erledigt werden. Doch je mehr Personen ein Impfangebot bekommen, desto schwieriger wird die Organisation – vor allem, wenn mehrere Termine zur Wahl gestellt werden sollen.

Um eine Lösung anzubieten, hat die KV Hamburg die im Impfzentrum verwendete Impfterminservice-Plattform (iTS) an die Bedürfnisse der Praxen angepasst und mit einem Computer-Programm für die Unterstützung des Patienteneinladungsverfahrens ergänzt.

Das Computer-Programm KV.dox GUI/LifeTime ermöglicht es den Praxen, auf sichere und effektive Weise eine Masseneinladung via Smartphone oder per Post an die Patienten zu versenden. Hierdurch kann die im Rahmen der Impfkampagne notwendige individualisierte Patientenkommunikation – inkl. Bereitstellung von Dokumenten/Informationen – datenschutzkonform durchgeführt werden. Die Terminbuchung auf der Impfterminserviceplattform kann zeitgleich von mehreren Anwendern durchgeführt werden.

Das Programm funktioniert folgendermaßen:

- „Über das Portal der KV Hamburg werden für jede Person zwei Termine eingestellt und ein „Impfterminberechtigungs-Code“ generiert.
- Die Einladungen zum Impfen werden elektronisch versandt: Jede eingeladene Person erhält eine SMS auf ihrem Mobiltelefon. Auch ein Versand per Post ist möglich: In diesem Fall werden Serienbriefe ausgedruckt.
- Die eingeladene Person gelangt über einen mitgeschickten Link zur Impfterminserviceplattform. Sie bucht zwei der Termine, welche die Praxis dort eingestellt hat. Das Intervall zwischen dem Erst- und Zweittermin wird je nach ausgewähltem Impfstoff vorgeschlagen. Die Praxis erhält eine Nachricht, sobald ein Termin gebucht ist.
- Über eine zusätzliche Funktion kann die eingeladene Person auf sicherem elektronischen Weg Nachfragen stellen. Die Kommunikation zwischen Patient und Praxis läuft über KV.Dox-GUI/LifeTime – eine Erweiterung des KIM-Dienstes kv.dox, der in das Programm integriert ist.

Die Praxis bekommt durch das elektronische Impfterminvergabesystem eine gewisse Flexibilität. Sie muss nicht mit jedem Patienten am Telefon über einen für beide Seiten passenden Termin verhandeln, sondern kann den Patienten

auf elektronischem Weg einladen und ihn selbst einen Termin auswählen lassen. Nur bei Personen, die kein Mobiltelefon haben oder mit der elektronischen Buchung nicht zurechtkommen, muss die Terminvergabe weiter per Telefon erledigt werden.

Die Nutzung des elektronischen Terminvergabesystems ist für die Praxen selbstverständlich freiwillig.

Alle Informationen und Leitfäden über die angebotene Lösung stehen im Online-Portal der KV Hamburg (Abrechnungsportal - <https://portal.kvhh.kv-safenet.de>) zur Verfügung. Das Portal ist nur für Nutzer mit TI-Konnektoren oder KV-SafeNet erreichbar. Es muss bei TI-Konnektoren sichergestellt werden, dass das Bestandnetz „Sicheres Netz der KVen“ eingerichtet ist. ■

Dr. Ghislain Kouematchoua,
Geschäftsführer Infrastruktur der KV Hamburg

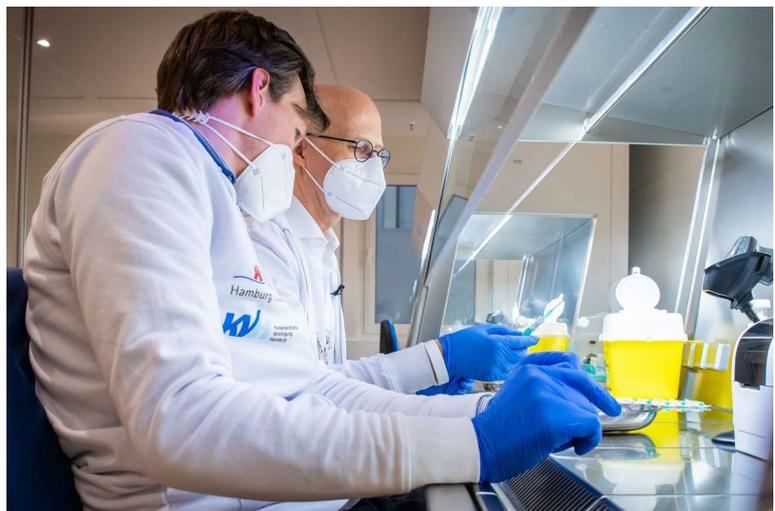
Erklärvideo „Digitaler Massenversand an Patienten“ auf YouTube:
www.youtube.com/watch?v=9kmSOxSsuNE

Wenn Sie Fragen zum Programm haben oder das Programm einrichten lassen wollen:
Infocenter, Tel: 22802 - 900

KV-Notfallpraxen in Altona und Farmsen sind keine „Infektpraxen“ mehr

Seit Anfang April können sich in den Notfallpraxen Altona und Farmsen auch wieder Patienten ohne Erkältungssymptome behandeln lassen. Zuvor waren die Notfallpraxen Altona und Farmsen vier Monate lang reine „Infektpraxen“ gewesen. Die Sicherheit der Besucher vor möglicher Ansteckung mit dem Coronavirus wird durch ein spezielles Wegeleitsystem, ausreichend Abstände und das Tragen von FFP2-Masken gewährleistet.

In den KV-Notfallpraxen am UKE, in Harburg und in Reinbek werden indessen weiterhin ausschließlich Menschen ohne Erkältungssymptome behandelt. ■



Neue kinderärztliche Notfallpraxis am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Die KV Hamburg hat am 19. April 2021 eine kinderärztliche Notfallpraxis am Kinderkrankenhaus Wilhelmstift eröffnet. Die neue Notfallpraxis verfügt über vier Behandlungszimmer mit eigenem Empfangstresen im Bereich der Zentralambulanz. Öffnungszeiten:

- Mo, Di, Do: 19 - 23 Uhr
- Mi: 14 - 23 Uhr
- Fr: 16 - 23 Uhr
- Sa u. Feiertag: 8 - 24 Uhr
- So: 8 - 23 Uhr

Bürgermeister arbeitet mit im Impfzentrum

Am Sonntag, den 21. März 2021, hat Hamburgs Erster Bürgermeister Dr. Peter Tschentscher während einer Nachmittagschicht im Hamburger Impfzentrum mitgearbeitet. Mit einem weißen „Hamburg impft“-Kapuzenpullover bekleidet, half der gelernte Laborarzt bei der Vorbereitung der Impfdosen. „Man merkt, dass er vom Fach ist“, lobte Dr. Dirk Heinrich, Sprecher der ärztlichen Leiter des Zentrums. ■



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

CORONA-SONDERREGELUNGEN

Wo kann ich den aktuellen Stand der Sonderregelungen zu Corona finden? Ich möchte gerne wissen, ob z. B. die Regelung von Telefonkonsultation oder unbefristete Videosprechstunde verlängert wurde.

Sie finden eine Liste der geltenden Sonderregelungen zu Übergangsfristen, Erneuerungen und aktuellen Hinweisen auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Corona-Informationen für Praxen → (nach unten scrollen) Themenschwerpunkte in alphabetischer Reihenfolge → Sonderregelungen

SONDERABRECHNUNGSNUMMERN

Ich suche auf Ihrer Homepage eine Übersicht der aktuellen Sonderabrechnungsnummern. Wo kann ich diese finden?

Die Sonderabrechnungsnummern außerhalb des EBM finden Sie auf folgendem Weg: www.kvhh.de → (rechts oben) Menü → Abrechnung & Honorar → Themenschwerpunkt „EBM“ → Sonderabrechnungsnummern

Hier sind eine aktuelle Übersicht und Übersichten aus zurückliegenden Quartalen zu finden. Änderungen sind jeweils rot hervorgehoben.

HEILMITTEL

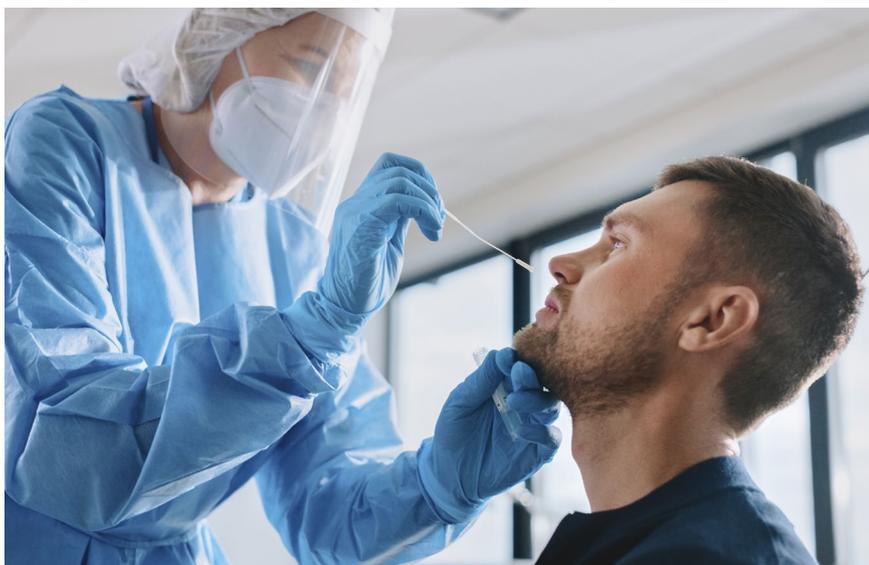
Ich bin Allgemeinarzt und möchte für meinen Patienten eine Heilmittel-Doppelbehandlung verordnen. Ist das nach der neuen Heilmittel-Richtlinie möglich?

Grundsätzlich sollen Heilmittel nur einmal pro Behandlungstag verordnet bzw. abgegeben werden. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann dasselbe Heilmittel nun aber auch als zusammenhängende Doppelbehandlung verordnet werden, indem zum Beispiel der Text „als Doppelbehandlung“ hinter dem Heilmittel ergänzt wird. Dies gilt nicht für ergänzende Heilmittel, standardisierte Heilmittelkombinationen und Podologie. Durch die Verordnung von Doppelbehandlungen erhöht sich nicht die gemäß Heilmittel-Richtlinie zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge. Beispiel: Sind im Feld „Verordnungsmenge“ sechs (oder zehn) Einheiten angegeben, dürfen drei (oder fünf) Doppelbehandlungen verordnet werden.

PCR-TEST FÜR LEHRER

Ich bin Hausärztin und habe einen Patienten, der Lehrer ist und einen Berechtigungsschein aus Schleswig Holstein vorlegt. Darf ich einen PCR-Test vornehmen?

Nein. Lehrer haben in Hamburg Anspruch auf einen PCR-Test, wenn sie einen Hamburger Berechtigungsschein vorlegen können und keine corona-verdächtigen Symptome vorliegen. Über



Lehrerinnen und Lehrer haben in Hamburg Anspruch auf einen PCR-Test, wenn sie einen Hamburger Berechtigungsschein vorweisen können. Ein Berechtigungsschein aus Schleswig-Holstein begründet keinen Anspruch.

die Testung hat die KV Hamburg einen Vertrag mit der Schulbehörde Hamburg geschlossen. Dieser gilt zunächst bis zum 30. Juni 2021.

VIDEOSPRECHSTUNDE: UNBEKANNTER PATIENT

Kann ich einen unbekanntem Patienten in der Videosprechstunde behandeln? Wie wäre hier das Vorgehen?

War Ihr Patient bisher noch nie in der Praxis, hält er seine elektronische Gesundheitskarte in die Kamera, damit das Praxispersonal die Identität prüfen und die notwendigen Daten (Bezeichnung der Krankenkasse; Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten; Versichertenart; Postleitzahl des Wohnortes; Krankenversicherungsnummer) erheben kann. Der Patient bestätigt zudem mündlich das Bestehen des Versicherungsschutzes.

**VIDEOSPRECHSTUNDE:
ABRECHNUNG AUTHENTIFIZIERUNG**

Was kann ich für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten in der Videosprechstunde abrechnen?

In dem Fall können Sie als Zuschlag für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten die GOP 01444 abrechnen. Die GOP ist bis zum 30. September 2021 im EBM zeitlich befristet und einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Als „unbekannt“ gilt im Rahmen dieser Regelungen ein Patient, der noch nie oder noch nicht im laufenden Quartal oder im Vorquartal in der Praxis behandelt wurde. ■

Infocenter Tel: 22802-900



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



Elektronische AU ab Oktober verpflichtend

Zu den Voraussetzungen für den Versand der elektronischen AU bekommt unsere Fachabteilung viele Fragen. Wir haben einige häufig angesprochene Aspekte für Sie zusammengestellt.

Wozu brauche ich einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA)?

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte brauchen den eHBA für die Nutzung der neuen TI-Anwendungen: Mit dem eHBA kann man unter anderem elektronisch unterzeichnen. Ab

Oktober 2021 müssen Praxen die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) nutzen und via KIM-Dienst an die Krankenkassen senden. Spätestens zu diesem Zeitpunkt benötigt man also einen eHBA (für die elektronische Unterschrift) und einen KIM-Dienst (für den elektronischen Versand). Von der Beantragung bis zum Erhalt des eHBA müssen derzeit circa vier Wochen bis drei Monate

eingepplant werden. Selbst Wartezeiten von bis zu einem halben Jahr sollen vorgekommen sein. Es ist also höchste Zeit, den eHBA zu bestellen.

Bitte beachten Sie: Für Weiterbildungsassistenten wird der eHBA nicht finanziert.

Zur Bestellung und Finanzierung des eHBA siehe: KVH-Journal 9/2020, Seite 16

Weitere Informationen: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Praxis-IT & Telematik → Themenschwerpunkt: Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)

Brauche ich den Dienst für Kommunikation im Medizinwesen (KIM) nur für den Versand der elektronischen AU?

Ab Oktober 2021 wird die Nutzung von KIM verpflichtend, da alle Arztpraxen die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) über KIM an die Krankenkassen senden müssen. Das Einsatzgebiet des KIM-Dienstes geht aber weit darüber hinaus. Mit KIM soll die gesamte digitale Kommunikation im Gesundheitswesen abgewickelt werden. Zu den Teilnehmern gehören beispielsweise Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken und die KV. Der Dienst funktioniert wie ein E-Mail-Programm: Es können Nachrichten, Befunde, Röntgenbilder, Bescheide und Abrechnungen verschickt werden. Seit April 2021 ist KIM die einzige Möglichkeit, eArztbriefe zu übermitteln und damit auch den Versand und Empfang von eArztbriefen vergütet zu bekommen.

Zum KIM-Dienst siehe: KVH-Journal 10/2020, Seite 18; KVH-Journal 4/2021, Seite 11

Weitere Informationen: www.kvhh.de → (oben rechts) Menü → Praxis → Praxis-IT & Telematik → Themenschwerpunkt: Telematikinfrastruktur → TI-Anwendungen - Digitale Angebote in der TI → Kommunikation im Medizinwesen (KIM)

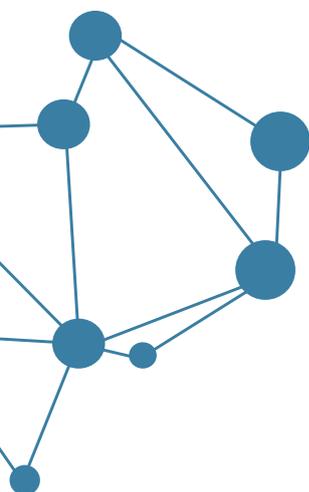
Wie erhalte ich die Pauschalen für den KIM-Dienst?

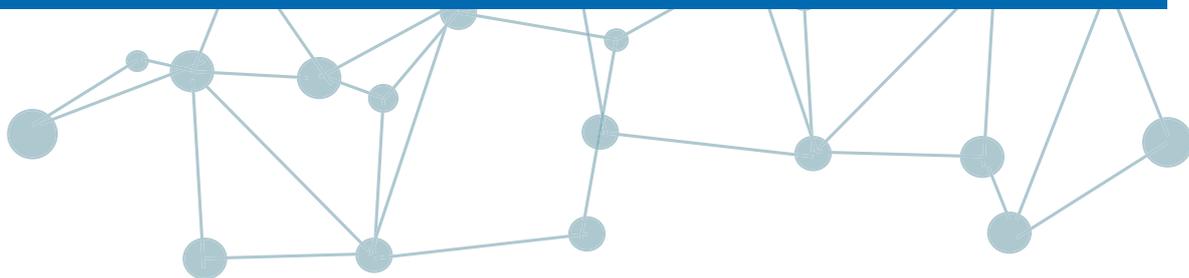
Als Praxisinhaber haben Sie Anspruch auf die Erstattung der Kosten im Rahmen der TI-Finanzierung, sobald Sie der KV Hamburg anzeigen, dass Sie die notwendige Komponente aktiviert

ÜBERSICHT

Was benötige ich, um ab Oktober die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) an die Krankenkassen verschicken zu können?

- elektronischer Heilberufsausweis (eHA)
- Dienst für Kommunikation im Medizinwesen (KIM)
- Update des Konnektors zum eHealth-Konnektor
- Anpassung des PVS-Systems





haben. Hierfür setzen Sie in dem Quartal, in dem KIM betriebsbereit ist, bei mindestens einem Behandlungsfall bei jeder Ihrer Betriebsstätten (auch Nebenbetriebsstätten) die Pseudo-GOP 96701 für die Finanzierung an. Wir zahlen Ihnen die zustehenden Pauschalen spätestens zwei Monate nach Quartalsabschluss über das Honorarkonto aus. Ein erneutes Ansetzen der GOP 96701 in einem Folgequartal ist nicht erforderlich.

Je Vertragsarztpraxis wird für den KIM-Dienst eine einmalige Einrichtungspauschale von 100 Euro und eine Betriebskostenpauschale von 23,40 Euro je Quartal gezahlt.

Wie erhalte ich die Pauschale für das Update zum eHealth-Konnektor?

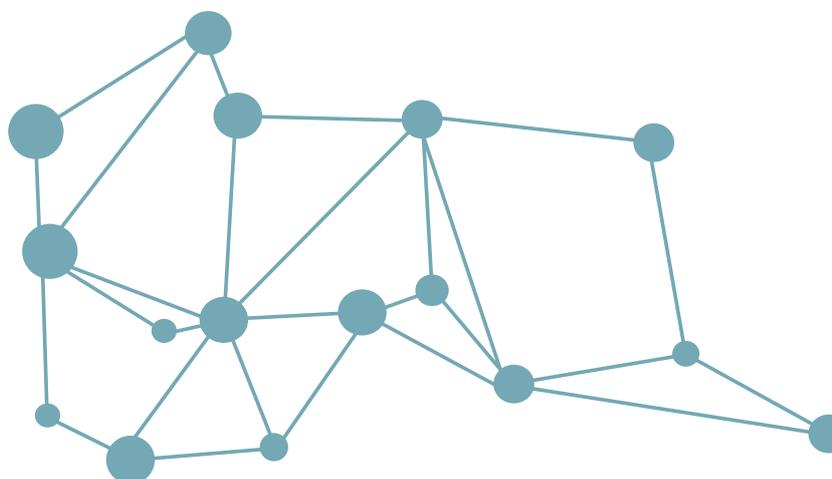
Um ab Oktober 2021 die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) an die Krankenkassen verschicken zu können, muss der Konnektor zum eHealth-Konnektor aufgerüstet werden. Wenn das Praxisverwaltungssystem ein Update für die Nutzung des Notfalldatenmanagements (NFDM) und des elektronischen Medikationsplans (eMP) bekommt, ist die Praxis betriebsbereit für diese beiden Anwendungen. Und für diese beiden Anwendungen haben Sie als Praxisinhaber einen Anspruch auf Erstattung der Kosten im Rahmen der TI-Finanzierung. Um der KV Hamburg anzuzeigen, dass Sie die notwendigen Komponenten akti-

viert haben, setzen Sie in dem Quartal, in dem mindestens eines der Module (eMP und/oder NFDM) betriebsbereit ist, bei mindestens einem Behandlungsfall bei jeder Ihrer Betriebsstätten (auch Nebenbetriebsstätten) die Pseudo-GOP 96700 für die Finanzierung an. Wir zahlen Ihnen die zustehenden Pauschalen spätestens zwei Monate nach Quartalsabschluss über das Honorarkonto aus. Ein erneutes Ansetzen der GOP 96700 in einem Folgequartal ist nicht erforderlich.

Erstattungsübersicht:

- NFDM/eMP-Pauschale bei Update des Konnektors/PVS: Einmalig 530 Euro
- Ein zusätzliches stationäres Kartenterminal je angefangene 625 Betriebsstättenfälle mit persönlichem Arzt-Patienten Kontakt: Einmalig 595 Euro je stationärem Kartenterminal
- Zuschlag zur Betriebskostenpauschale: 4,50 Euro pro Quartal

Ansprechpartner:
KV Hamburg,
Online-Services,
Tel: 22802 - 539 /
-554 / -588





AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Wenn die Mammographie vor Darmkrebstod schützt

Negativkontrollen machen Trugschlüsse sichtbar

**VON PROF. DR. STEFAN SAUERLAND IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V.
(WWW.EBM-NETZWERK.DE)**



Gegenproben sind bei Abstimmungen oder beim Auszählen von Wahlen üblich. In der praktischen Medizin und in der medizinischen Forschung werden Gegenproben dagegen seltener verwendet. Man muss hierbei zwei logische Situationen unterscheiden: Für den Beweis, dass Medikament A zu Symptomveränderung X führt, ist selbstverständlich zu prüfen, dass X nicht auch ohne Medikament A (z.B. nach Placebogabe) eintritt. Neben dieser Notwendigkeit einer Kontroll- oder Vergleichsintervention kann es zum Zweiten aber auch sinnvoll sein, einen Kontrollendpunkt zu untersuchen. Ein negativer Kontrollendpunkt wäre eine Symptomänderung Y, die sich erwartbar nicht durch A herbeiführen lässt, die aber mit der Erkrankung oder den für die Erkrankung relevanten Begleitumständen zusammenhängt.

Ein Beispiel aus dem ärztlichen Alltag soll dies praktisch verdeutlichen: Wenn man einer Patientin mit akuter fieberhafter Bronchitis eine antitussive Therapie verordnet, dann freut man sich, wenn der Husten tatsächlich besser wird. Wenn aber gleichzeitig auch eine Fiebersenkung zu beobachten ist, dann sollte man den Nutzen der verordneten Therapie selbstkritisch hinterfragen. Denn es ist unwahrscheinlich, dass eine antitussive Therapie eine direkte (oder rasche indirekte) Wirkung auf das Fieber hat. Also ist es wahrscheinlicher, dass die Fiebersenkung ganz schlicht dem natürlichen Verlauf der Erkrankung zuzuschreiben ist. Wenn aber baldige Symptomlinderungen zum natürlichen Verlauf der Erkrankung gehören, dann ist es genauso wahrscheinlich, dass auch die Linderung des Hustens nicht durch die Behandlung, sondern durch das natürliche Abklingen der Gesamtsymptomatik verursacht wurde.

Trotz dieser eigentlich eingängigen Logik neigt das menschliche Denken dazu, jegliche positive Veränderung im Zweifelsfall eher dem eigenen Handeln zuzuschreiben. In der Psychologie heißt dies Selbstwirksamkeitserwartung. Man glaubt also lieber (oft unter Heranziehen fragwürdiger pathophysiologischer Erklärungen), dass die eigene Behandlung gleich mehrere positive Wirkungen hatte, obwohl es eigentlich naheliegender wäre, dass sie keine Wirkung hatte. Nicht nur im ärztlichen Denken und Handeln, sondern auch in der klinischen Forschung kann man derartige

Denkmuster beobachten. Es gibt aber Ausnahmen, in denen negative Kontrollendpunkte ganz bewusst als Gegenprobe eingesetzt wurden.

Lousdal et al. haben kürzlich in einer bevölkerungsweiten Kohortenstudie an 36.608 dänischen Frauen untersucht, ob die Teilnahme am Mammografie-Screening mit einer geringeren Brustkrebssterblichkeit einhergeht [1]. Die Datenerhebung anhand von Bevölkerungs- und Krebsregister erstreckte sich über fast 15 Jahre. Im Ergebnis zeigte sich, dass Frauen im mammografischen Screening ein nur halb so großes Risiko hatten, an Brustkrebs zu sterben. Bei diesem Ergebnis (Hazard Ratio 0,50, 95%-Konfidenzintervall 0,34 bis 0,74) war der Einfluss mehrerer Störvariablen (Anzahl der Geburten, Alter bei erster Geburt, Bildungsniveau, Hormontherapie) bereits statistisch kontrolliert worden. Eine solche Adjustierung ist sehr sinnvoll, weil Mammografie-Teilnehmerinnen sich erwartungsgemäß von Mammografie-Nichtteilnehmerinnen unterscheiden (sogenannter Healthy Volunteer Bias). Manch eine Forschergruppe hätte sich mit diesem scheinbar klaren und zahlenmäßig deutlichen Ergebnis zufriedengegeben.

Die dänische Forschergruppe aber untersuchte zur Absicherung auch, ob sich die allgemeine, nicht Brustkrebs-bedingte Sterblichkeit zwischen Frauen mit und ohne Mammografie-Screening unterschied. Hier zeigte sich, dass Mammografie-Teilnehmerinnen im Vergleich zu -Nichtteilnehmerinnen ebenfalls

ein um gut 50% geringeres allgemeines Sterberisiko aufwiesen. Scheinbar schützte die Mammografie also auch vor Darmkrebs- oder Unfalltod. In Wahrheit aber zeigt dieses Ergebnis nur an, dass Mammografie-Teilnehmerinnen im Vergleich zu -Nichtteilnehmerinnen deutlich gesundheitsbewusster und gesünder sind, und dass dieser Gruppenunterschied auch durch eine statistische Adjustierung nur rudimentär ausgeglichen werden kann. Die Halbierung der Sterberate war also primär durch Bias (aufgrund von Störvariablen, d.h. Confounding) erklärbar.

Als zweite Absicherung prüften Lousdal et al., ob nicht auch eine andere Intervention aus dem Umfeld der Früherkennung mit der Brustkrebssterblichkeit zusammenhängt. Man wählte hierfür den Zahnarztbesuch aus, weil zu vermuten ist, dass Frauen, die regelmäßig am Mammografie-Screening teilnehmen, aus denselben (schwer erfassbaren Gründen) auch regelmäßig einen Zahnarzttermin wahrnehmen. Und wundersamer Weise zeigte sich, dass auch ein regelmäßiger Zahnarztbesuch mit einer etwa 25%igen Reduktion der Brustkrebssterblichkeit einherging, selbst wenn man den Einfluss der Mammografie herausrechnete.

Das Beispiel zeigt die Fehlermöglichkeiten von Beobachtungsstudien und den darin feststellbaren Assoziationen. Selbstverständlich ist es plausibel, dass weder die Mammografie vor Tod durch Darmkrebs schützt, noch der Zahnarztbesuch das Risiko von Tod



durch Brustkrebs vermindert. Beide Analysen lassen aber gut erkennen, wie viel Störvariablen-Einfluss auch in adjustierten Auswertungen übrigbleibt. Dieser Rest an Verzerrung (residuelles Confounding) kann über negative Kontrollendpunkte konkreter abgeschätzt werden [2]. Letztendlich aber braucht man bessere, nämlich randomisiert kontrollierte Studien, um die sehr kleinen Effekte des Mammografie-Screenings sicher herausarbeiten zu können.

In Beobachtungsstudien werden Kontrollendpunkte (oft auch als Falsifikationsendpunkte bezeichnet [3]) leider nur sehr selten untersucht. Oft sind die Zusammenhänge weitaus weniger klar als im dargestellten Beispiel, und es fällt schwer, einen geeigneten Kontrollendpunkt zu finden. In manchen Fällen jedoch merken Forscher und Forscherinnen gar nicht, dass ein erfasster Endpunkt eigentlich einer Negativkon-

trolle entspricht. Man neigt eher dazu, alle positiven Assoziationen als kausale Wirkungen fehl zu deuten. Gerade bei Studien zu sportlicher Aktivität oder Ernährung wird oft eher eine allumfassende Präventionswirkung als eine Schwäche der Studie vermutet.

Fazit: Wenn in einer Beobachtungsstudie eine medizinische Intervention oder ein Risikofaktor nicht nur mit dem naheliegenden Endpunkt, sondern auch noch mit weiteren, kausal kaum erklärbaren Endpunkten assoziiert ist, dann spricht dies nicht für einen überraschend breiten gesundheitlichen Einfluss von Intervention bzw. Risikofaktor, sondern es stellt umgekehrt den vermuteten Kausalzusammenhang insgesamt infrage. Insgesamt sollten Negativkontrollen häufiger eingesetzt werden. Sogar in randomisiert kontrollierten Studien könnte dies im Einzelfall hilfreich sein [4] ■

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) Lousdal ML, Lash TL, Flanders WD, et al.: Negative controls to detect uncontrolled confounding in observational studies of mammographic screening comparing participants and non-participants. *Int J Epidemiol* 2020; 49: 1032-1042. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32211885/>
- 2) Flanders WD, Strickland MJ, Klein M: A new method for partial correction of residual confounding in time-series and other observational studies. *Am J Epidemiol* 2017; 185: 941-949. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28430842/>
- 3) Prasad V, Jena AB: Prespecified falsification end points: can they validate true observational associations? *JAMA* 2013; 309: 241-2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23321761/>
- 4) Arnold BF, Ercumen A: Negative control outcomes: a tool to detect bias in randomized trials. *JAMA* 2016; 316: 2597-2598. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027378/>



Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes, sowie zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) zur Umsetzung des 532. BA. (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 zur Umsetzung des 532. BA. (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes, sowie zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) für das 3. und 4. Quartal 2020. (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 B-MGV zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und der AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse für das 3. und 4. Quartal 2020 (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde).)
- Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage K zum Gesamtvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) und dem BKK-Landesverband NORDWEST für das 3. und 4.

Quartal 2020 (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).)

- 1. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2021 (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).)

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 3/2021 wurde der 5. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2020 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.
- Im KVH-Journal 4/2021 wurde der 3. Nachtrag zum Vertrag zur Durchführung von Testungen von Lehrkräften auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) mit der Freien und Hansestadt Hamburg, Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration (Sozialbehörde) veröffentlicht. Das Zustimmungsverfahren zu diesem Vertrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.
- Im Telegramm 79/2020 vom 22. Dezember 2020 wurde der 2. Nachtrag zur Vereinbarung „Gesund schwanger“ - Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten zwischen dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) und dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL) und dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI) und der GWQ ServicePlus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse und der AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des 2. Nachtrages veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.
- Im KVH-Journal 4/2021 wurde der 6. Nachtrag zur Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung (GE) nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV ab 1. April 2021 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 4/2021 wurde der 15. Nachtrag zum DMP Datenstellenvertrag ab 1. April 2021 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages veröffentlicht.

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

- Im KVH-Journal 4/2021 wurden die Nachträge zu den DMP-Verträgen DMP Diabetes mellitus Typ 1, DMP Diabetes mellitus Typ II, DMP Asthma bronchiale sowie DMP Brustkrebs unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung der Nachträge veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesen Verträgen ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 4/2021 wurde die Neufassung des Vertrages zum DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 1. April 2021 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Vertrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im Telegramm 4/2021 vom 19. Februar 2021 wurde die Honorarvereinbarung für das Jahr 2021 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu dieser Vereinbarung ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

Hinweis: Austausch von Anlagen in Verträgen

- Im Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen der AG Vertragskoordination: Die Anlage 1 (teilnehmende BKKn) wird mit Stand 1. April 2021 ausgetauscht.

Erratum:

- Erratum zur Protokollnotiz zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes, sowie zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes als Anlage B-MGV zum Gesamtvertrag zwischen der KV Hamburg und der IKK classic für das 3. Quartal und 4. Quartal 2020: Die Quote im 4. Quartal 2020 war fehlerhaft und wurde entsprechend korrigiert.

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

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802 – 900

VON DR. BERND HONTSCHIK, CHIRURG IN FRANKFURT/MAIN

Klinikschießungen – Zahlen, Gründe, Folgen

Die verfehlte Krankenhausfinanzierung führt zu einer Vernichtung von Gemeineigentum

Jedes zehnte Krankenhaus steht kurz vor der Insolvenz, warnt der Bundesrechnungshof. Und vier von zehn Krankenhäusern würden „rote Zahlen“ schreiben. Ja, sehr viele Krankenhäuser sind krank. Die Epidemie wütet inzwischen im ganzen Land. 1980 gab es 3.783 Krankenhäuser mit 879.605 Betten in Deutschland, heute sind es deutlich weniger als 2.000 mit etwa 500.000 Betten. Die Liegezeit hat sich von zwei auf eine Woche halbiert, mehr als 60.000 Stellen im Pflegebereich wurden gestrichen. Wie kam es zu diesem Kahlschlag?

Deutschland hat ein duales Krankenhausfinanzierungssystem, die finanziellen Mittel stammen aus zwei Quellen. Für den Bau, den Unterhalt und für Investitionen sind die Bundesländer zuständig. Die laufenden Kosten für Personal oder Material werden von den Krankenkassen finanziert. Beide Säulen der Krankenhausfinanzierung werden seit Jahren auf groteske Weise vernachlässigt und untergraben, so dass ein Zerstörungsprozess in der Krankenhauslandschaft die zwangsläufige Folge ist.

Die erste Finanzierungssäule wird von den Bundesländern demontiert. Während die Inflationsentwicklung von 2000 bis 2020

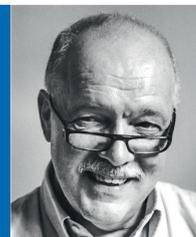
eine Investitionssteigerung von mehr als einem Drittel verlangen würde, ist die Investitionsfinanzierung durch die öffentliche Hand massiv rückläufig: Sie hat sich in den letzten zwanzig Jahren halbiert! Was können die Krankenhäuser in diesem Überlebenskampf machen? Sie müssen die fehlenden Investitionen aus sich selbst heraus leisten, sie müssen Kredite aufnehmen. Die Bilanzbelastung der Krankenhäuser durch Schuldendienste hat sich dadurch in den letzten zwanzig Jahren vervierfacht. Das ist der direkte Weg in die Insolvenz.

Zeitgleich, etwa um die Jahrtausendwende fand in der zweiten Finanzierungssäule eine zunächst kaum beachtete Reform statt. Bis dahin wurden Krankenhäuser mit Tagessätzen finanziert: Für jeden Tag Liegezeit erhielt das Krankenhaus eine bestimmte Pauschale, den Tagessatz. Dieses zeitorientierte System wurde zwischen 1999 und 2002 schrittweise durch die diagnoseorientierten Fallpauschalen abgelöst, die Diagnosis Related Groups (DRG). Von da an wurden die Krankenhäuser nach der Zahl und Schwere der behandelten Fälle bezahlt. Diese Umstellung hatte erhebliche Auswirkungen als Lie-

gezeitverkürzung und Fallzahlerhöhung, um im gleichen Zeitraum maximal viele Fälle und maximal schwere Diagnosen abrechnen zu können. Die Zahl der Patienten und Patientinnen stieg trotz der massiven Stellenstreichungen um ein Fünftel. Der Anstieg des Arbeitsdrucks war enorm.

Aus dem DRG-System ergibt sich der Case Mix Index. Der Case Mix Index ist der Durchschnitt aller DRGs, die ein Krankenhaus gegenüber den Kassen zur Abrechnung bringt. Je höher der Case Mix Index, desto höher die Vergütung. Erreicht eine Abteilung den von der Geschäftsleitung vorgegebenen Case Mix Index nicht, droht ihre Schließung. Erreicht ein ganzes Krankenhaus die Gewinnzone nicht, dann droht Schließung oder Verkauf. Das führt zu einem enormen Druck der Geschäftsleitungen auf die ärztlichen und pflegerischen Berufe. Sie werden zu ökonomischem Denken in Gewinn- und Verlustkategorien gezwungen und verlieren dabei notgedrungen den eigentlichen ärztlichen und pflegerischen Auftrag aus dem Auge.

Nur dasjenige Krankenhaus, das mit möglichst geringen Kosten Kranke in möglichst kurzer Zeit behandeln konnte, machte nun Ge-



winne. Wer sich auf zeitraubende, empathische Medizin einließ, der machte Verluste. Unternehmensberater waren plötzlich überall. Deren Frage war nicht: Was brauchen die Kranken?, sondern: Was bringen sie ein? Deren Frage war nicht: Wie viele Ärzte und Pflegekräfte werden für eine gute Medizin gebraucht?, sondern: Wie viele Stellen kann man streichen? Das Fatale an diesem Bezahlssystem war und ist die Verknüpfung der medizinischen Tätigkeit und Diagnose mit der Höhe der Bezahlung.

Deutschland steht heute mit der Zahl der privatisierten Krankenhausbetten an der Spitze in der Welt, noch vor den USA.

Indem nun allein die Diagnose die Einnahmen des Krankenhauses generierte, wurde sie zum zentralen Zielobjekt der Ökonomen. Tausende von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenhäuser kämpften seitdem mit Tausenden von Kodierfachkräften und Medizincontrollern der Krankenkassen um jeden Euro.

Das Versagen der dualen Krankenhausfinanzierung hatte zwei tiefreichende Folgen: die Privati-

sierungen und die Schließungen. Entscheidend waren jetzt Bilanzen, nicht medizinische Notwendigkeiten. Weil das DRG-System beispielsweise die kinderärztliche Tätigkeit völlig unterbewertet, wurden viele Kinderkliniken wegen „roter Zahlen“ geschlossen. Eine ähnliche Entwicklung nahm die Geburtshilfe, die nie eine angemessene Abbildung in den DRGs gefunden hatte, sodass bis heute ein Kreißsaal nach dem anderen geschlossen wird. Immer mehr ganze Krankenhäuser fielen

dem Rotstift zum Opfer, denn die Defizite konnten von den kommunalen Haushalten nicht mehr ausgeglichen werden. Nachdem das Land Hessen die Substanz der Unikliniken Marburg/Gießen völlig ruiniert hatte, kam es erstmals in Deutschland zur Privatisierung einer Uniklinik. Eine Privatisierungswelle von öffentlich geführten Krankenhäusern überrollte das Land. Es kam zu Verzweiflungskäufen wie beispielsweise in Of-

fenbach, wo das Krankenhaus für einen Euro an den Sana-Konzern „verkauft“ wurde, die Schulden aber bei der Stadt verblieben. Die Privatisierung hat inzwischen solche Ausmaße angenommen, dass Deutschland heute mit der Zahl der privatisierten Krankenhausbetten an der Spitze in der Welt steht, noch vor den USA.

Krankenhausschließungen sind nichts anderes als Vernichtung von Gemeineigentum. Dies geschieht völlig planlos, nicht nach Bedarf, sondern nach Bilanz. Krankenhausprivatisierungen sind Verschleuderung und Dividenden sind Diebstahl von Gemeineigentum. Was wäre zu tun? Gewinne müssen im System bleiben und reinvestiert werden. Krankenhäuser müssen nach ihrem Auftrag finanziert werden. Krankenhäuser müssen Teil der staatlichen Daseinsvorsorge sein, ihre Rechtsform muss eine gemeinnützige sein. Die konkrete Medizin am Krankentisch muss vom ökonomischen Diktat befreit werden. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann man eine Krankenhausplanung angehen, die diesen Namen verdient. ■

Kontaktadresse:
Gemeingut in Bürger:innenhand,
Weidenweg 37, 10249 Berlin

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **PD Dr. Henrik Suttmann**
Stellvertretendes Mitglied des Beratenden Fachausschusses Fachärzte

Name: **Priv.-Doz. Dr. med. Henrik Suttmann**

Geburtsdatum: **9.5.1972**

Familienstand: **verheiratet – zwei Kinder**

Fachrichtung: **Urologie**

Weiter Ämter: **Vorstand Arbeitsgemeinschaft urologische Onkologie (AUO) der dt. Krebsgesellschaft; Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg; Schriftleiter des Hamburger Ärzteblatts; Mitglied der Onkologiekommision der KV Hamburg**

Hobbys: **Boote, Wassersport, Kochen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Ich halte nach wie vor Humanmedizin für einen der facettenreichsten Studiengänge überhaupt. Ob ich noch mal Arzt werden würde, weiß ich nicht – aber nur weil mich auch viele andere Optionen interessieren würden.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Bei aller oftmals geäußerten und z.T. auch berechtigten Kritik an der Selbstverwaltung: Wenn wir Ärzte es nicht selbst machen, dann wird jemand Fachfremdes berufspolitische Entscheidungen für uns treffen. Und das Ergebnis wird für uns in jedem Fall schlecht. Je mehr Einblick ich in die Selbstverwaltung bekomme, desto mehr lerne ich die unermüdliche ehrenamtliche und auch hochprofessionelle Arbeit zu schätzen, die hier geleistet wird.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Die Möglichkeit, als Freiberufler in Selbstständigkeit meine Tätigkeit ausüben zu können, ist ein unschätzbare Gut. Dies ist mir allerdings erst in der eigenen Praxis richtig bewusst geworden. Insofern gilt es, Überzeugungsarbeit zu leisten bei vielen jüngeren Kollegen und -innen, die derzeit vordergründig aufgrund ihrer „work/life balance“ ein dauerhaftes scheinbar sicheres Anstellungsverhältnis anstreben.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Wie jede sehr kleine Fachgruppe haben auch wir Urologen Sorge, mit unseren Anliegen nicht gehört zu werden. Die Darstellung der Relevanz unserer Tätigkeit insb. bei der Versorgung onkologischer Patienten und der Kampf um eine angemessene Vergütung derselben ist ein echter Dauerbrenner.

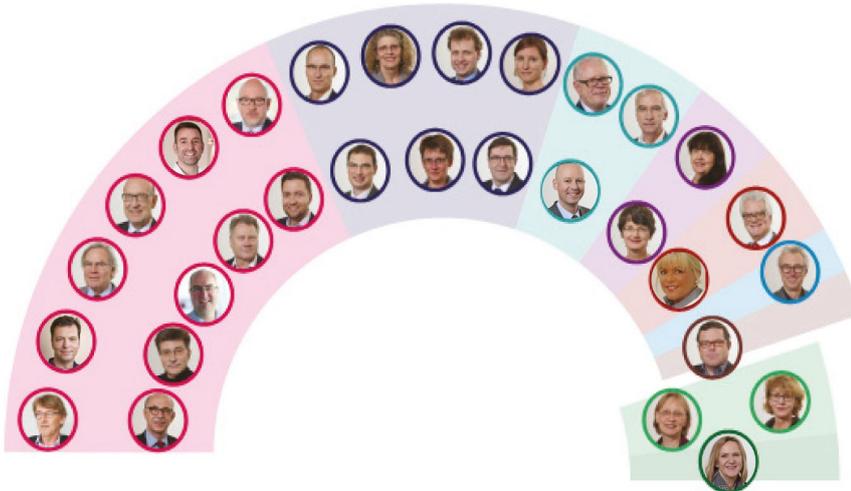
Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Beruflich: Unsere Patienten können leider nur in den seltensten Fällen die fachliche Qualität ihrer ärztlichen Versorgung objektiv einschätzen. Ich würde gern – vielleicht auch nur testweise für kurze Zeit – in einem imaginären Vergütungssystem arbeiten, in dem die ärztliche Honorierung ausschließlich nach objektiven qualitativen Kriterien erfolgt. Privat: Neben dauerhafter Familiengesundheit träume ich von einer Ostseeumsegelung – es darf auch gern in mehreren Etappen sein. ■



VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 20.5.2021 (ab 19.30 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Aktuelle Informationen finden Sie im Internet:
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



FORTBILDUNGS-AKADEMIE DER ÄRZTEKAMMER

Aktuelle Informationen zu Veranstaltungen finden Sie im Internet:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

FORTBILDUNGEN FÜR MFA

Aktuelle Informationen zu Veranstaltungen finden Sie im Internet:
www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

QUALITÄTSSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

"Brain at Work – Intelligenter arbeiten, mehr erreichen"

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

6 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 2.6.2021 (18 - 21 Uhr)

(unter Einhaltung der Hygiene-Regeln)

**Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
 Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
 Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
 Anmeldung bitte per E-Mail an:
praxis@neurologiewinterhude.de**

DATENSCHUTZ-JAHRESSCHULUNGEN

Für Praxisinhaber und Mitarbeiter

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

Referentin: Dr. Rita Trettin, zertifizierte Datenschutzbeauftragte

4 FORTBILDUNGSPUNKTE

Fr. 27.8.2021 (14.30 - 17 Uhr)

Fr. 19.11.2021 (14.30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr:
 € 69 pro Teilnehmer / € 179 pro Praxis bei bis zu drei Teilnehmern
 (unter Einhaltung der Hygiene-Regeln)

**Ort: Ärztehaus (GG, Säle 5 + 6)
 Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
 Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin,
 E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de
www.neurologiewinterhude.de oder:
www.datenschutz.neurologiewinterhude.de**

Bitte nutzen Sie ausschließlich das aktuelle Anmeldeformular, das Sie per E-Mail anfordern können (E-Mail-Adresse siehe oben).

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!

