

KVH *journal*

ATTACKE

Hamburg impft!



mRNA-TECHNOLOGIE

Wie sicher ist der Corona-Impfstoff?

LOGISTIK

Wie ist das Impfzentrum organisiert?

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 2/2021 (Februar 2021)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Durchschlagend erfolgreich wird die Impfkampagne erst sein, wenn massenhaft in den Arztpraxen geimpft werden kann. Derzeit ist das – trotz einer massiven Bewerbung der Impfung – nicht möglich. Neben der komplizierten Handhabung der Impfstoffe mit mRNA-Technik ist das Hauptproblem die geringe Menge des zur Verfügung stehenden Impfstoffs. Die Einladungen an die Impfberechtigten, zum Beispiel an die Bürger über 80 Jahre, wurden nicht stark genug auf die verfügbaren Impfdosen zugeschnitten. Zu allem Überfluss haben sich auch noch die fest eingeplanten Lieferungen von Pfizer/Biontech verzögert.

Solange der Impfstoff nicht in ausreichender Menge vorhanden ist, muss priorisiert werden – und das führt zu Diskussionen.

Es ist gut, dass die Frage, wer vorrangig geimpft werden soll, nicht in den einzelnen Praxen geklärt werden muss. Wäre dies der Fall, bekämen die Ärztinnen und Ärzte nicht nur Hunderte von Fragen gestellt, sondern müssten auch noch Diskussionen mit jenen führen, die noch nicht dran sind. Was auch immer man von der offiziellen Priorisierung oder dem Einladungswesen in Hamburg halten mag: Es gibt zentrale Regeln, die Knappheit wird zentral verwaltet. Die Ärztin oder der Arzt in der Praxis kann damit nicht für Entscheidungen verantwortlich gemacht werden, welche konkret die eigenen Patienten betreffen. Denn die Priorisierung ist scharf – und nicht für jeden in allen Fällen nachvollziehbar.

Auch deshalb ist es richtig, dass die Impfkampagne zunächst zentral organisiert und von mobilen Teams und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Impfzentrums durchgeführt wird. Sobald es Impfstoff in ausreichender Menge gibt, der in den Praxen verarbeitet werden kann, wird die Impfkampagne deutlich an Fahrt aufnehmen. Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten wird eine wichtige Rolle zukommen, wenn es darum geht, eine sehr große Zahl an Menschen möglichst schnell zu impfen. In etwa drei Monaten könnte das dann geschafft sein. Um rasch eine Herdenimmunität zu erreichen, benötigt man die dezentrale Struktur der Arztpraxen.

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende der KV Hamburg

KONTAKT

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

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Warum haben Sie sich freiwillig für den Dienst im Impfzentrum gemeldet?
- 08_ Interview: Der STIKO-Vorsitzende Prof. Dr. Thomas Mertens zur Sicherheit der Corona-Impfung
- 12_ Corona-Impfstoffe: Was bedeutet „zu 95 Prozent wirksam“?
- 14_ Anspruchsvolles System: Wie das Impfzentrum in den Messehallen funktioniert
- 17_ Corona-Testzentrum HBF seit Mitte Januar geschlossen

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_ Fragen und Antworten
- 19_ Neue DMP-Teilnahmeformulare für Versicherte ab April 2021
- 20_ Online-Fortbildungen zur neuen Heilmittel-Richtlinie

**WEITERLESEN IM NETZ:
WWW.KVHH.DE**

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg.

TELEMATIK

- 21_** Mit Sicherheit vernetzt: kv.dox, der KIM-Dienst der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

QUALITÄT

- 22_** Sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren für Nierenersatztherapie

MEDIZINPRODUKTE

- 24_** Verordnung von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundheilung

SELBSTVERWALTUNG

- 34_** Frauenpower für die KV Hamburg: Wie lässt sich der Frauenanteil in den Gremien steigern?
- 37_** Psychotherapeutische Fachgruppen fordern wirksame Qualitätssicherung statt externer Kontrollen und Sanktionen
- 38_** Steckbrief: Bettina Hantke

**NETZWERK
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN**

- 26_** Telemonitoring bei Herzinsuffizienz und die Grenzen der "Real-World"-Evidenz aus nicht-randomisierten Studien

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

**AMTLICHE
VERÖFFENTLICHUNGEN**

- 20_** Bekanntmachungen im Internet

FORUM

- 30_** Leserbrief / Replik

KOLUMNE

- 33_** Zwischenruf
von Dr. Bernd Hontschik

TERMINKALENDER

- 39_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Marcelo Hernandez/Funke Foto Services;
Seite 9: Picture Alliance/SZ Photo/Metodi Popow;
Seite 11, 16: Marco Grundt; Seite 19: Picture-Factory/Fotolia, Fleur Priess; Seite 33: Barbara Klemm;
Seite 35, 36, 39: Michael Zapf; Icons: iStockfoto



Warum haben Sie sich freiwillig für den Dienst im Impfzentrum gemeldet?



Dr. Oktay Yagdiran

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Ottenssen

Ist eine Selbstverständlichkeit

Die Entscheidung mitzuhelfen war sehr spontan – und aus meiner Sicht auch eine Selbstverständlichkeit. Ich arbeite seit über 25 Jahren als Arzt und bin plötzlich Zeitzeuge einer unvorhergesehenen und die Gesundheit von vielen Menschen gefährdenden Pandemie.

Ich betreue eine große Anzahl Patienten in den Heimen und musste mitansehen, wie viele davon in der ersten Welle gestorben sind. Als Nervenarzt konnte ich nicht viel gegen das Virus tun, habe aber die Mitarbeiter in den Heimen mit voller Überzeugung unterstützt und motiviert.

Ich freue mich darauf, dass ich mit der Mitarbeit in dem Impfzentrum einen Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie leisten kann und sehe das als meine Kernaufgabe als Arzt an. Ich frage mich: Wenn nicht jetzt helfen, wann dann? ■



Dr. Elisabeth Lübbers-Klare
Fachärztin für Innere Medizin in Winterhude



Andrea Schildt-Stadtmüller
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Hamburg-Horn

Große Beteiligung ist wichtig

Es ist wichtig, dass sich genug Ärztinnen und Ärzte an der Impfkampagne beteiligen. Ich bin ohnehin ein Impf-Fan. Ich besuche gern Fortbildungen zum Thema, impfe viel in der Praxis, biete Reiseimpfungen an. Die Patientinnen und Patienten haben den Beginn der Impfungen gegen SARS-CoV-2 regelrecht herbeigesehnt und fragen: „Wie erfahre ich, wann ich mich impfen lassen kann? Kann ich das verpassen?“ **Da dachte ich mir: Wenn ich selbst mitmache, bekomme ich aus erster Hand mit, wie es läuft. Und natürlich will ich meinen Teil dazu beitragen, dass die zentrale Impfung in den Messehallen funktioniert.** ■

Ich will helfen, wo es geht

Ich sehe mich dazu angehalten, im Impfzentrum tätig zu werden – um zu helfen, wo es geht. Die Impfung ist eine Chance, die wir jetzt auf jeden Fall nutzen müssen, ein neuer und vielversprechender Weg zur Eindämmung der Pandemie. Ich beobachte in meiner Praxis, wie sehr die Angst vor Ansteckung den alltäglichen Umgang der Menschen miteinander beeinträchtigt. Wenn einer hustet, gilt er vor allem als potentieller Krankheitsüberträger, vor dem man sich in Acht nehmen muss. **Es wäre schön, wenn wir in diesem Jahr wieder zur Normalität zurückkehren könnten.** ■

INTERVIEW

»Schnell und sauber«

Wie sicher ist der Corona-Impfstoff?
Der STIKO-Vorsitzende **PROF. DR. THOMAS MERTENS**
über die Studienlage, das Wirkprinzip der
mRNA-Technologie und die Furcht vor gentechnisch
hergestellten Impfstoffen.

Die Entwicklung des Impfstoffs gegen SARS-CoV-2 hat nicht mal ein Jahr gedauert. Ist es überhaupt möglich, in so kurzer Zeit einen sicheren Impfstoff zu entwickeln?

MERTENS: Der Impfstoff gegen SARS-CoV-2 ist ziemlich rasch entwickelt worden – nicht aber das dem Impfstoff zugrundeliegende Wirkungsprinzip. Biontech sowie andere Firmen und Institute beforschen schon seit etwa zweieinhalb Jahrzehnten sehr intensiv die mRNA-Technologie für Impfungen. Und einer der Vorteile dieser Technologie ist: Wenn man das Verfahren erst mal im Griff hat, kann man es schnell an eine neue Fragestellung anpassen.

Es ist aber der erste Impfstoff dieser Art, oder?

MERTENS: Es ist der erste mRNA-Impfstoff beim Menschen gegen Infektionserreger. Es gibt aber bereits Tumor-Vakzine, die nach dem gleichen Prinzip funktionieren. Und wenn Sie gentechnisch hergestellte Impfstoffe meinen, stimmt die Aussage überhaupt nicht. Der Hepatitis-B-Impfstoff, der sehr erfolgreich und nützlich ist, wird auch gentechnisch hergestellt – allerdings mit einem anderen Verfahren.

Man hört immer wieder, dass bei der Entwicklung des Impfstoffs gegen SARS-CoV-2 nicht alle Erprobungs-Phasen durchlaufen worden seien. Stimmt das?

MERTENS:Nein, das ist Quatsch. Es wurden alle Phasen durchlaufen: die Präklinik und die tierexperimen-

tellen Phasen ebenso wie die drei klinischen Phasen. Man hat den Prozess allerdings beschleunigt, indem man beispielsweise die klinischen Phasen überlappend durchgeführt hat. Es wurden aber keinerlei Abstriche bei der wissenschaftlichen Qualität der Studien gemacht.

Hat die Europäische Zulassungsbehörde EMA für den SARS-CoV-2-Impfstoff ihre Standards aufgeweicht?

MERTENS:Nein. Das Prüfungsverfahren ist lediglich technisch verkürzt worden, zum Beispiel durch die sogenannte „rollende Begutachtung“. Normalerweise schnürt der Impfstoffe-Hersteller am Ende der Erprobungs-Phasen ein großes Paket mit all seinen Studiendaten



Prof. Dr. Thomas Mertens ist Vorsitzender der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut und war Ordinarius für Virologie am Universitätsklinikum Ulm.

und schickt es an die Zulassungsbehörde. Diese fängt dann an, das gesamte Paket zu prüfen. Im Fall der SARS-CoV-2-Impfstoffe hatten die Firmen die Möglichkeit, schon ihre Zwischenergebnisse zu übersenden, die dann bereits geprüft wurden. Dadurch ergab sich eine Beschleunigung, aber keine Aufweichung der Prüf-Standards. Das Verfahren lief schnell und sauber.

An wie vielen Menschen wurde der Impfstoff in der Zulassungsstudie getestet?

MERTENS: In die Studie zum Biontech-Impfstoff waren etwas mehr als 40.000 Personen eingeschlossen. Die Hälfte davon bekam den Impfstoff, die andere Hälfte das Placebo. Das ist im Vergleich zu anderen

Zulassungsstudien durchaus eine angemessen große Gruppe.

Gab es schwerwiegende Nebenwirkungen, die auf den Impfstoff zurückzuführen waren?

MERTENS: Vorübergehendes Fieber ein bis drei Tage. Kopfschmerzen, Übelkeit, Muskelschmerzen, die innerhalb von ein bis drei Tagen wieder abklingen. Schmerzen am Injektionsort. Davon abgesehen gab es in dieser Zulassungsstudie keine durch den Impfstoff verursachten schwerwiegenden Nebenwirkungen.

Was weiß man über sehr seltene Risiken oder späte Nebenwirkungen?

MERTENS: Sehr seltene Risiken oder späte Nebenwirkungen kann man durch Zulassungsstudien nie ganz

ausschließen, weil man die Prüfung nicht endlos ausweiten kann. Natürlich könnte man theoretisch sagen: Okay, wir führen jetzt noch zweieinhalb Jahre lang Studien durch. Da frage ich Sie: Glauben Sie ernsthaft, dass wir diesen Impfstoff noch zweieinhalb Jahre unter Verschluss halten können? Statt auf Grundlage eines ganz normalen Zulassungsverfahrens mit dem Impfen zu beginnen?

Als gegen die Schweinegrippe geimpft wurde, traten seltene Fälle von Narkolepsie bei Kindern auf. Kann so etwas beim Impfstoff gegen SARS-CoV-2 auch passieren?

MERTENS: Die Umstände waren damals anders als heute. Was damals zum Einsatz kam, war kein

High-Tech-Impfstoff, sondern ein normaler, ordinärer Influenzaimpfstoff. Diesem Influenzaimpfstoff hatte man einen neuen, sehr starken Immunverstärker beigefügt, der wahrscheinlich bei bestimmten genetisch prädisponierten Kindern ein Autoimmunphänomen auslöste, welches zur Narkolepsie führte. Der mRNA-Impfstoff braucht keinen Immunverstärker. Und man muss bedenken: Selbst gereinigt ist ein konventioneller Grippe-Impfstoff verglichen mit einem mRNA-Impfstoff noch eine ziemlich „unsaubere Brühe“. Konventionelle Impfstoffe werden mit Hilfe von biologischen Systemen wie Zellkulturen oder Hühnereiern gewonnen. Der mRNA-Impfstoff ist genauer definiert und

sauberer, weil die RNA im Labor vermehrt wird. Ansonsten enthält er nichts außer ein paar Stoffen, die man braucht, um die mRNA zu verpacken. Wenn ich die Wahl habe zwischen einem mRNA-Impfstoff und einem konventionellen Impfstoff gegen COVID-19, würde ich mich für den mRNA-Impfstoff entscheiden – weil die Biologie viel einfacher ist.

Könnte das menschliche Erbgut durch den gentechnisch hergestellten Impfstoff verändert werden?

MERTENS: Nein, dafür spricht wirklich gar nichts. Man sollte sich klar machen, wie die Impfung wirkt: Die mRNA wird von außen ins Zytoplasma der menschlichen Zelle einge-

bracht. In diesem Bereich befinden sich die Ribosomen, also Fabriken, die ständig damit beschäftigt sind, Eiweiße zu Proteinen zu synthetisieren. Die mRNA fungiert als Bote, sie bringt einen Bauplan mit, mit dessen Hilfe ein kleines zusätzliches Protein hergestellt wird – nämlich eines aus der Virushülle. Auf dieses Protein aus der Virushülle reagiert das Immunsystem und produziert Antikörper und spezifische T-Zellen. Das ist die erwünschte Impfwirkung. Um unser Erbgut verändern zu können, müsste die mRNA umgeschrieben werden in DNA, wofür aber der Mechanismus fehlt. Und vielleicht ist nicht jedem klar: Unser Genom befindet sich nicht im Zytoplasma, also dem Außenbereich der

Anaphylaktische Reaktionen: Hinweise der STIKO

Von der Zulassungsstudie für den Biontech-Impfstoff waren Personen ausgeschlossen, bei denen eine Vorgeschichte einer schweren unerwünschten Reaktion im Zusammenhang mit einem Impfstoff und/oder einer schweren allergischen Reaktion (z.B. Anaphylaxie) auf eine Komponente der Studienmedikation bekannt war. Seit Einführung der Impfung in England und den USA wurde über einige anaphylaktische Reaktionen bei Geimpften berichtet. Diese Überempfindlichkeitsreaktionen traten kurz nach der Impfung auf und mussten ärztlich behandelt werden. Solche Zwischenfälle können, wie auch bei anderen Impfungen, auftreten. Genaue Daten zur Häufigkeit solcher Reaktionen nach der COVID-19-Impfung sind noch nicht verfügbar.

Laut STIKO sollen folgende Hinweise bei den Impfungen berücksichtigt werden:

- Die Impfzentren bzw. die mobilen Teams müssen mit einer Notfallausstattung zur Behandlung anaphylaktischer Reaktionen ausgestattet sein.

- Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs soll eine allergische Disposition, auch bei Kosmetika, erfragt werden.
- Bei bekannten Allergien gegenüber Inhaltsstoffen des Impfstoffs ist die Impfung kontraindiziert.
- Sind früher allergische Reaktionen nach der Gabe von anderen Impfstoffen aufgetreten, soll die Nachbeobachtungszeit auf 30 Minuten verlängert werden.
- Bei anderen Allergien (ohne Anaphylaxie) in der Anamnese (Nahrungsmittel, Insektengift, Inhalationsallergien, Unverträglichkeit oraler Medikamente) kann die Impfung regulär erfolgen.
- Ist eine anaphylaktische Reaktion nach Verabreichung der 1. Impfstoffdosis aufgetreten, sollte die 2. Impfstoffdosis nicht gegeben werden.

Die Entscheidung für oder gegen eine Impfung fällt immer im Einzelgespräch mit dem Impfarzt.

Weitere Informationen: www.rki.de →

(obere Navigationsleiste) Infektionsschutz →

Impfen → (linke Navigationsleiste) Impfungen A - Z



"Möglichst viele schwere Erkrankungen und Todesfälle vermeiden": Impfung im Impfzentrum der Stadt Hamburg in den Messehallen

Zelle, sondern im Zellkern. Die DNA müsste erst mal dorthin gelangen – und dann auch noch ins menschliche Erbgut integriert werden. Und zuletzt sind wir immer noch weit von der Keimbahn entfernt, bei der Veränderungen im Genom problematisch wären. Wer sich vor der mRNA-Impfung fürchtet, müsste eigentlich noch größere Angst vor dem Virus haben, das direkt seine RNA in die Zelle bringt. Nein, solche Szenarien sind sehr weit von der Realität entfernt.

Ist der mRNA-Impfstoff auch für ältere Personen geeignet?

MERTENS: Ja. Die Zulassungsstudie von Biontech hat gezeigt, dass der Impfstoff auch bei den Alten wirksam ist – wobei in dieser Gruppe das Konfidenzintervall größer war, weil sie aus weniger Probanden bestand als die Gruppe der Jüngeren. Die erfreuliche Erkenntnis ist, dass die grundsätzliche Wirksamkeit des Impfstoffes über alle Altersklassen gegeben ist. Allerdings wurden

Verständliche Informationen über Corona-Impfstoffe

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat verständliche und verlässliche Informationen über Corona-Impfstoffe erstellt. Auf der Website [Gesundheitsinformation.de](https://www.gesundheitsinformation.de) erhalten Nutzer Antworten auf zentrale Fragen zur Wirkweise, zum präventiven Potential oder zu Nebenwirkungen. Gleichzeitig macht das Institut deutlich, welche Aspekte aktuell noch ungeklärt sind.

Die Informationen im Internet: www.gesundheitsinformation.de

bislang zu wenig Kinder getestet – für diese Gruppe gibt es zu Anfang keine Zulassung.

Wer sollte zuerst geimpft werden? Welche Kriterien sollten für diese Frage angelegt werden? Am STIKO-Entwurf zur Priorisierung von Impfungen gab es von Ärzten harsche Kritik.

MERTENS: Es regt mich wirklich auf, wenn Personen des öffentlichen Lebens von mangelnder Wertschätzung für Ärzte, Polizisten oder andere Gruppen schwadronieren, nachdem jetzt die Pflegeheim-Bewohner ganz oben auf der Liste stehen. Wir machen keine Priorisierungsempfehlung aufgrund von besonderer Wertschätzung, verstehen Sie? Die Priorisierungsempfehlung geht davon aus, dass alle Menschen gleich wertgeschätzt sind. Wir bestimmen so genau wie möglich die Risiken für schwere Erkrankung und Tod und versuchen mit Modellierungen herauszufinden, durch welche Impfstrategie man möglichst viele schwere Erkrankungen und Todesfälle vermeidet. Ist doch eigentlich ganz einfach: Es geht um den größtmöglichen Nutzen der verfügbaren Impfdosen für unsere gesamte Gesellschaft. Erwünschte epidemiologische Effekte, also Veränderung der Virusausbreitung werden erst später (nach Monaten) erkennbar werden. ■

Interview: Martin Niggeschmidt

VON GERD GIGERENZER

Corona-Impfstoffe: Was bedeutet »zu 95 Prozent wirksam«?

Aussagen zur Wirksamkeit von Impfstoffen werden offenbar leicht missverstanden. Die Unternehmen Biontech und Pfizer veröffentlichten im November 2020 eine Pressemitteilung, wonach ihr Impfstoff gegen Covid-19 „zu 90 Prozent wirksam“ sei. Inzwischen haben Biontech und andere Hersteller berichtet, dass Impfstoffe gar zu 95 Prozent wirksam seien. Das sind alles erfreuliche Ergebnisse. Aber was bedeutet „zu 90 Prozent wirksam“?

In verschiedenen Medien, darunter Bayerischer Rundfunk und Berliner Zeitung, wurde erklärt „Das heißt, 9 von 10 Menschen können durch die Impfung vor einer Infektion geschützt werden.“ Demnach wäre der Impfstoff bei 90 Prozent aller Menschen, die sich impfen lassen, wirksam. Das würde bedeuten, wenn man alle 83 Millionen Deutschen impft, dann sind davon 90 Prozent geschützt; nur die restlichen 8,3 Millionen können sich anstecken. Das wären aber immer noch weit mehr Infizierte als es bisher der Fall ist. Also kann das nicht gemeint sein.

Die 90 Prozent beziehen sich nicht auf die Gruppe der Geimpften, sondern auf jene der Infizierten. Biontech berichtete, dass insgesamt etwa 43.000 Menschen an der Studie teilnahmen, etwa die Hälfte davon wurde geimpft und die andere erhielt ein Placebo (1). Sieben Tage nach der zweiten Dosis gab es insgesamt 94 bestätigte Covid-19 Fälle. Im Studienprotokoll von Pfizer (2) findet man die

**Die Aussage bedeutet:
Wer geimpft ist,
hat ein 95 Prozent
geringeres Risiko
zu erkranken.**

Definition der Wirksamkeit: Hierzu wird der Anteil der Covid-19-Fälle in der Impfgruppe dividiert durch den Anteil der Covid-19-Fälle in der Kontrollgruppe. Dieser Wert wird von 1 abgezogen und mit hundert multipliziert, so dass man es bequem in Prozenten ausdrücken kann. Daraus folgt, es muss in der Impfgruppe 8 Fälle und in

der Placebogruppe etwa 86 Fälle gegeben haben, was einer Reduktion von rund 90 Prozent entspricht (bei den 95 Prozent waren es dann 8 versus 156 Fälle).

Die „zu 90 Prozent wirksam“ bezieht sich also nicht auf 9 von 10 Menschen, die zur Impfung gehen, und auch nicht auf alle Teilnehmer der Studie oder alle Menschen, die sich in Deutschland impfen lassen. Sie ist eine relative Risikoreduktion, die sich auf die Zahl der Infizierten bezieht, aber keine absolute Reduktion, die sich auf alle Geimpften bezieht.

Der Unterschied zwischen relativer und absoluter Risikoreduktion ist für viele Menschen schwer zu verstehen. Er wird vielleicht am Beispiel der Gripeschutzimpfung für Menschen zwischen 16 und 65 Jahren nochmals klarer. In einer Saison mit geringer Verbreitung des Grippevirus liegt die Wirksamkeit der Gripeschutzimpfung etwa bei 50 Prozent. Diese Zahl bedeutet aber nicht, dass 5 von 10 Geimpften vor der Grippe geschützt sind. Sie

1) Pressemitteilung: Pfizer und BioNTech geben erfolgreiche erste Zwischenanalyse ihres COVID-19-Impfstoffkandidaten in laufender Phase-3-Studie bekannt. <https://investors.biontech.de/de/news-releases/news-release-details/pfizer-und-biontech-geben-erfolgreiche-erste-zwischenanalyse>

2) A Phase 1/2/3 Study to Evaluate the Safety, Tolerability, Immunogenicity, and Efficacy of RNA Vaccine Candidates Against COVID-19 in Healthy Individuals. https://pfe-pfizercom-d8-prod.s3.amazonaws.com/2020-09/C4591001_Clinical_Protocol.pdf

bedeutet, dass von je 100 Personen ohne Impfung zwei eine bestätigte Influenzainfektion bekamen, und von je 100 Personen mit Impfung nur eine.

Es ist auch wichtig zu verstehen, dass sich die von Biontech und Pfizer berichtete Wirksamkeit nicht auf die Reduktion von schweren Erkrankungen oder gar Todesfällen bezieht. Wir können nur hoffen, dass diese Reduktion in gleichem Maße auf schwere Erkrankungen durchschlägt, aber das wird in den derzeitigen Studien nicht untersucht. ■

Dies ist ein Beitrag aus der Artikelreihe „Unstatistik des Monats“ – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors. 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



wir
regulieren
ihren

[puls • schlag]

/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!

©markoagentur.de

KVH Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg

VON DR. GUIDO TUSCHEN

Anspruchsvolles System

Wie funktioniert das zentrale Impfzentrum in den Messehallen? Dr. Guido Tuschen, der zusammen mit seinem Team den Aufbau und die Struktur des Impfzentrums organisiert, beschreibt, worauf es bei der Planung der Abläufe ankommt.

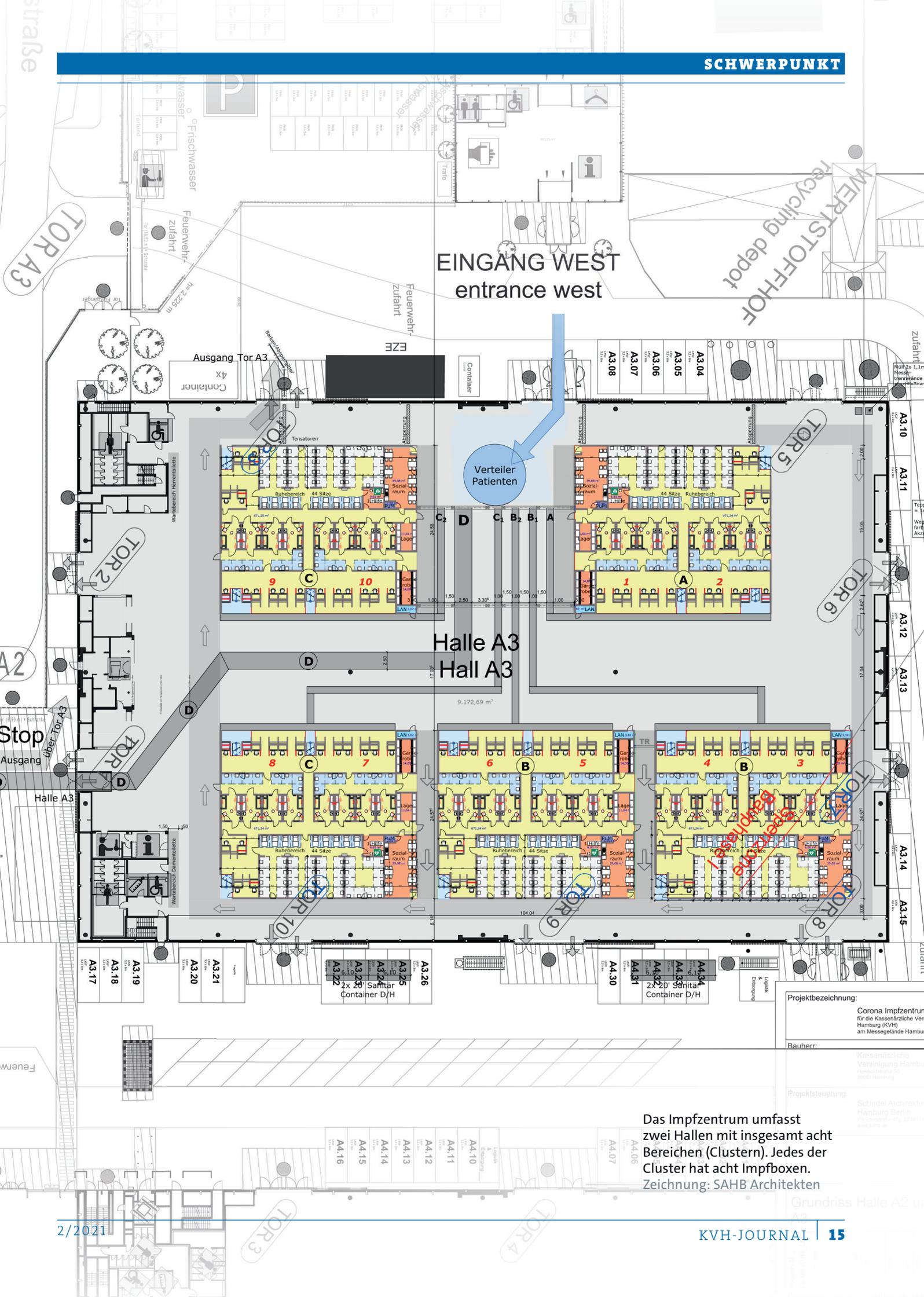
Als die KV Hamburg den Auftrag bekam, innerhalb weniger Wochen das zentrale Impfzentrum der Stadt Hamburg aufzubauen, holte sie sich kompetente und erfahrene externe Unterstützung. Ein so komplexes und wichtiges Projekt zu etablieren, benötigt die Zusammenarbeit vieler Partner.

So übernahm zum Beispiel das Architekturbüro SAHB die Verantwortung für die architektonische Planung und den Innenausbau der Messehallen zum zentralen Impfzentrum. Bei der Planung und Organisation wird die KV von uns – der Alanta Health Group – unterstützt.

Unser Unternehmen verfügt über fundierte Expertise in den Bereichen Pharmazie und Organisation.

Die KV und auch die Stadt Hamburg trauten uns zu, unter Zeitdruck gemeinsam eine verlässliche Organisationsstruktur für das Impfzentrum aufzubauen und die Herausforderungen, die der Umgang mit dem neuen und pharmakologisch schwierigen Impfstoff mit sich bringt, zu bewältigen. Dieses Vertrauen war und ist uns ein Ansporn. Unsere Fachleute übernehmen die Herausforderungen zusätzlich zu ihren „normalen“ Jobs und arbeiten hoch motiviert.





EINGANG WEST
entrance west

Halle A3
Hall A3

Verteiler Patienten

Projektbezeichnung:
Corona Impfzentrum
für die Kassenzentrale Ver
Hamburg (KVH)
am Messegelände Hambu

Bauherr:
Kassenzentrale
Verwaltungsgesellschaft
Hamburg (KVH)
Postfach 4111
20001 Hamburg

Projektleitung:
Schindler Architekten
Hamburg Berlin
Postfach 4111
20001 Hamburg

Das Impfzentrum umfasst
zwei Hallen mit insgesamt acht
Bereichen (Clustern). Jedes der
Cluster hat acht Impfboxen.
Zeichnung: SAHB Architekten

Grundriss Halle A2



Kurz vor dem Impfstart: (v.l.n.r) Sozialsenatorin Dr. Melanie Leonhard, KV-Hamburg Vorsitzender Walter Plassmann, ärztlicher Leiter des Impfzentrums Dr. Dirk Heinrich und Hamburgs Erster Bürgermeister Dr. Peter Tschentscher.



- Die Alanta Health Group wird für die Beratungsleistungen kein Honorar in Rechnung stellen, wir arbeiten "pro bono".
 Unsere Fachleute – das sind zum Beispiel leitende Mediziner, IT-Experten, Personaler, Qualitätsmanager sowie Pharmazeuten – arbeiten in einer Projektgruppe zusammen mit den Mitarbeitern und Ärzten der KV, der Stadt Hamburg und anderer externer Firmen.
 Gemeinsam versuchten wir, den Weg des Impflings durch das Zentrum genau zu planen und optimal zu gestalten. Es stellten sich dabei Fragen wie: Wie viel Personal mit welcher Qualifikation braucht man? Welche Dokumente müssen erstellt und was muss dokumentiert werden? Welche IT-Struktur wird benötigt? Wie gehen wir mit dem empfindlichen Impfstoff um?

Nach dem Auftauen ist der Impfstoff maximal 120 Stunden haltbar.

Der idealtypische Ablauf sieht so aus: Der Impfling betritt das Impfzentrum und wird von einem Mitarbeiter der Stadt an einem Check-in-Schalter empfangen. Es wird die Identität festgestellt und die Impfberechtigung überprüft. Der Impfling erhält dann Aufklärungsunterlagen, einen Laufzettel und begibt sich in den Wartebereich, bis eine Ärztin oder ein

Arzt in der Impfbox das Aufklärungsgespräch durchführt. Nachdem der Impfling schriftlich seine Zustimmung zur Impfung erteilt hat, führt eine medizinische Fachkraft die Impfung durch. Danach begibt sich der Impfling in einen Ruheraum, um nach einer Beobachtungs- und Ruhezeit das Zentrum zu verlassen. Der gesamte Weg ist als Einbahnstraße angelegt, sodass Begegnungsmöglichkeiten minimiert werden.

Das Impfzentrum umfasst zwei Hallen mit insgesamt acht Bereichen (Clustern). Jedes dieser Cluster hat acht Impfboxen. Je nach Bedarf kann der Betrieb in den Clustern unabhängig voneinander gesteuert werden. Alle Cluster sind völlig gleich angelegt, nutzen die gleiche Logistik, die gleiche IT, die gleiche Dokumentation und das gleiche Labor. Diese Synergie ist einer der großen Vorteile eines zentralisierten Impfeschehens.

Der Impfstoff wird an einem zentralen Ort in Hamburg bei minus 70 Grad Celsius gelagert. Einmal täglich kommt ein Transport mit dem Bedarf für den darauffolgenden Tag ins Impfzentrum.

Der Impfstoff ist hochinnovativ: Die mRNA ist in kleinen Kügelchen eingeschlossen – den sogenannten LNP (Lipid-Nanopartikeln). In tiefgefrorenem Zustand ist der Impfstoff stabil und kann problemlos bewegt und transportiert werden. Mit dem Auftauen jedoch beginnt ein Prozess, an dessen Ende die Kügelchen zerfallen und die mRNA freisetzen. Ohne diese Umman-

telung kann die mRNA nicht durch die Zellmembran transportiert werden. Nach Entnahme aus dem Minus-70-Grad-Kühlschrank und Auftauen in Raumtemperatur ist der Impfstoff bei 2 bis 8 Grad maximal 120 Stunden haltbar. Das Material muss äußerst vorsichtig und fachkundig behandelt werden. Das medizinische Personal des Impfzentrums ist entsprechend geschult und ausgebildet.

Der Umgang mit dem Impfstoff ist genau geregelt und wird lückenlos dokumentiert. Die Flasche mit dem Impfstoff darf zur Rekonstruktion nur ganz leicht hin und her bewegt werden, Erschütterungen sind zu vermeiden. Daher wird der Impfstoff innerhalb der Hallen ganz vorsichtig getragen. Eine Flasche des Impfstoffs ist für sechs Impflinge zugelassen.

Im gesamten Impfzentrum wurde ein LKA-erprobtes System für Zugangsberechtigungsbescheinigung installiert. Der Raum, in dem die Impfstoffe gelagert werden, ist videoüberwacht, über Nacht verschlossen und mit einer Alarmanlage gesichert. Ein Sicherheitsdienst patrouilliert im Innen- und Außenbereich. Die Polizei fährt verstärkt Streife rund um das Messegelände.

Trotz aller Komplexität und aller Vorsichtsmaßnahmen soll die Arbeit im Impfzentrum für die Ärztinnen und Ärzte und die medizinischen Fachkräfte so angenehm wie möglich gestaltet werden. In jedem Cluster innerhalb des Impfzentrums gibt es Sozialräume mit kleiner Küche sowie Umkleieräume. Food Trucks sorgen für die Verpflegung aller Mitarbeiter.

Um das Impfzentrum nicht nur in Rekordzeit aufzubauen, sondern auch seine langfristig zuverlässige Funktion sicherzustellen, sind viele Experten „an Bord“: Im laufenden Betrieb übernimmt OMR die Betriebsstellenleitung – eine Agentur, die auch die größte Messe in Hamburg und Großveranstaltungen wie Rock am Ring und Wacken organisiert. Die ärztliche Leitung übernimmt ein Team aus zurzeit sechs Ärzten – unter ihnen der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg, Dr. Dirk Heinrich. Um das Kernteam mit medizinischem Personal zu besetzen, arbeitet das

Corona-Testzentrum Hauptbahnhof seit Mitte Januar geschlossen

Am 15. Januar 2021 hat das Corona-Testzentrum am Hauptbahnhof/ZOB seinen Betrieb eingestellt. Grund sind die neuen Bestimmungen zur Testung symptomloser Personen, die das Test-Aufkommen stark haben zurückgehen lassen.

Anspruch auf einen Corona-Test haben symptomlose Personen nur noch in folgenden Fällen:

- Corona-Warn-App hat angeschlagen
- Gesundheitsamt verlangt einen Test, beispielsweise

weil es eine Kontaktperson identifiziert hat

- vor ambulanter OP oder vor Aufnahme in Krankenhaus, Pflegeheim, Reha-Einrichtung
- PCR-Testung nach einem positiven Antigen-Schnelltest
- Angehörige von Schulen in Hamburg (bis 26. Februar 2021)

Diese Tests können nach Buchung über 116117 bei einem niedergelassenen Arzt oder ohne Anmeldung in den Notfallpraxen Altona und Farmsen durchgeführt werden.

Impfzentrum auch mit der Vermittlungsagentur Doctari zusammen. Das medizinische Kernteam – bestehend aus erfahrenen Ärztinnen und Ärzten – weist medizinische Fachkräfte ein, nimmt zu medizinischen Problemen Stellung, kontrolliert Abläufe und das Qualitätsmanagement. ■



DR. GUIDO TUSCHEN ist Geschäftsführer der Stadtteilklinik Hamburg GmbH und der Alanta Health Service GmbH. Die Unternehmen sind Teil der Alanta Health Group GmbH.

Mitarbeit im Impfzentrum

Die Resonanz auf die Aufrufe der KV zur Mitarbeit im Impfzentrum war überwältigend.

Dennoch möchten wir Sie, liebe Leserinnen und Leser, weiterhin ermutigen, sich zu melden. Die meisten Freiwilligen können nur am Wochenende oder am Mittwochnachmittag arbeiten, weil an diesen Tagen ihre Praxen geschlossen sind. Es wäre schön, wenn wir mehr Freiwillige für die Werkzeuge gewinnen könnten.

Kontakt: Benjamin Laatz
E-Mail: impfzentrum@alanta-group.de



Fragen und Antworten

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

Infocenter Tel: 22802-900

CORONA

Welche Ziffer darf ich mir im Rahmen der geltenden Sonderregelung für das Porto abrechnen, wenn ich eine Folgeverordnung wie beispielsweise Rezepte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, Verordnung über häusliche Krankenpflege usw. verschicke?

Seit dem 2. November 2020 werden die Kosten für den postalischen Versand von bestimmten Folgeverordnungen und Überweisungsscheinen übernommen, die im Rahmen eines Telefonats oder einer Videosprechstunde ausgestellt werden. Hierfür kann die mit 90 Cent bewertete Pseudo-GOP 88122 verwendet werden.

Hinweis: Auf unserer Homepage finden Sie einer Liste der geltenden Sonderregelungen: www.kvhh.de → Corona- Information für Praxen → (nach unten scrollen) Themenschwerpunkte in alphabetischer Reihenfolge → Sonderregelungen

CORONA

Seit dem 2. November 2020 ist die telefonische Konsultation wieder gesondert abrechnungsfähig (geltende Sonderregelung). Darf ich den Telefonkontakt mittels GOP 01433 bzw. GOP 01434 EBM auch bei neuen Patienten abrechnen?

Der Telefonkontakt ist im Rahmen der geltenden Sonderregelung abrechnungsfähig, wenn der Patient in mindestens einem der zurückliegenden sechs Quartale bei Ihnen in Behandlung war.

TERMINSERVICESTELLE

Wie kann ich mir in der Datenbank der Terminservicestelle die Kontaktdaten des mir vermittelten Patienten anzeigen lassen?

Loggen Sie sich hierfür bitte im Onlineportal mit Ihren Zugangsdaten ein. Über die Menüpunkte „Anwendungen“ und „Terminservicestelle“ können Sie auf den Terminkalender der TSS zugreifen. Nachdem Sie Ihre Praxis aufgerufen haben, werden Ihnen die Termine angezeigt, die Sie der TSS zur Verfügung gestellt haben. Termine, die an Patienten vergeben wurden, sind blau hinterlegt. Mit dem Klick auf das blaue Uhrzeitenkästchen erscheinen die Kontaktdaten Ihres vermittelten Patienten.

Neue DMP-Teilnahmeformulare für Versicherte ab April 2021

Ab dem 1. April 2021 gibt es ein neues indikationsübergreifendes DMP-Teilnahmeformular für Versicherte. Dieses ersetzt alle bisherigen DMP-Teilnahmeformulare. Daher sollten bis Ende März keine größeren Bestellungen für alte Formulare beim PAV mehr erfolgen. Alte Formulare können noch bis Ende des Jahres aufgebraucht werden.



VERSICHERUNGSNACHWEIS

Rechnen wir die Leistungen für ein Baby über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) eines Elternteils ab, wenn noch kein eigener Versichertennachweis vorliegt?

Seit Oktober 2020 ist für Säuglinge, bei denen bis zum vollendeten dritten Lebensmonat noch keine eigene eGK vorliegt, das Ersatzverfahren anzuwenden. Hierzu werden folgende Daten erhoben:

- Bezeichnung der Krankenkasse, bei der das Neugeborene versichert ist
- Name und Geburtsdatum des Kindes
- Versichertenart
- Postleitzahl des Wohnortes
- Nach Möglichkeit die Versichertennummer

Durch eine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein – Muster 5 (Rückseite Überweisungsschein) – ist von einem Elternteil zu bestätigen, dass das Kind bei der mitgeteilten Krankenkasse gesetzlich versichert ist.

PSYCHOTHERAPIE

Ich bin psychologischer Psychotherapeut. Benötige ich vor der Akutbehandlung einen Konsiliarbericht?

Die Psychotherapie-Richtlinie sieht vor, dass der Konsiliarbericht vor einer Kurz- oder Langzeittherapie spätestens nach den probatorischen Sitzungen eingeholt wird. Soll nach der Akutbehandlung eine Kurz- oder Langzeittherapie eingeleitet werden, finden zunächst probatorische Sitzungen statt.

Dementsprechend kann eine Akutbehandlung auch begonnen werden, wenn im Einzelfall der Konsiliarbericht noch nicht vorliegt, aber zeitnah eingeholt wird. Patienten sollten zudem bereits im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde an einen Konsiliararzt überwiesen werden, wenn eine weitere Behandlung geplant ist.

Der Konsiliarbericht ist bei einem Vertragsarzt einzuholen. Welche Vertragsärzte infrage kommen, legt die Psychotherapie-Richtlinie fest. Berichte oder Epikrisen aus stationären Behandlungen können den Konsiliarbericht nicht ersetzen.

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**



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:

- 4. 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).)

- 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 (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).)

- Vereinbarung zwischen der AOK NordWest und der KV Hamburg über ein erweitertes Präventionsangebot für Kinder und Jugendliche

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im Telegramm-Nr. 79 vom 22.12.2020 wurde der 2. Nachtrag zum Vertrag zur Durchführung von Testungen von Lehrkräften auf das Coronavirus (SARS-CoV-2) mit der Freien und Hansestadt Hamburg, vertreten durch die Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des 2. Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren ist nunmehr abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

- Im KVH-Journal 1/2021 wurde der 8. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der KNAPPSCHAFT und der AG Vertragskoordination unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des 8. Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren ist nunmehr abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

Hinweis: Austausch von Anlagen in Verträgen

- Im Vertrag zur mehrstufigen ambulanten Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen durch Kardioversion gemäß § 140a SGB V (Vertrag Kardioversion) mit dem BKK-Landesverband NORDWEST: Die Anlage 6 wurde mit Stand 4. Januar 2021 ausgetauscht sowie um Ansprechpartner ergänzt.

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

Online-Fortbildungen zur neuen Heilmittel-Richtlinie

Die KBV bietet zertifizierte Fortbildungen zur neuen Heilmittel-Richtlinie an. Ärztinnen und Ärzte können so die neuen Regelungen zur Verordnung von Krankengymnastik oder Logopädie kennenlernen und zugleich Fortbildungspunkte sammeln. Da Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seit Januar Ergotherapie verordnen dürfen, sind die neuen Fortbildungen auch für sie interessant.

Die Fortbildung „Heilmittel: Grundsätze und Rahmenbedingungen“ vermittelt Basiswissen. Bei der Fortbildung „Anwendung der Heilmittel-Richtlinie“ wird beschrieben, wie Heilmittel seit Januar verordnet werden. Bei erfolgreicher Teilnahme gibt es jeweils drei CME-Punkte.

Für eine Fortbildung sollten ungefähr 45 Minuten eingeplant werden. Jede Fortbildung besteht aus einem umfangreichen Foliensatz, anschließend geht es zur Prüfung. Diese umfasst zehn Multiple-Choice-Fragen mit jeweils fünf Antwortmöglichkeiten, von denen eine zutreffend ist. Bei erfolgreicher Teilnahme ist eine Bescheinigung abrufbar. Diese kann ausgedruckt und bei der Landesärztekammer eingereicht werden. Bei Ärzten und Psychotherapeuten, die der elektronischen Punkteübermittlung zugestimmt haben, werden die CME-Punkte automatisch an die zuständige Ärztekammer übertragen.

Die Fortbildungen sind im Fortbildungsportal der KBV verfügbar. Um sich anmelden zu können, muss der Praxiscomputer mit dem Sicheren Netz verbunden sein, zum Beispiel über die Telematikinfrastuktur. ■

Fortbildungsportal der KBV:

<https://fortbildungsportal.kv-safenet.de/snk/>



Mit Sicherheit medizinisch vernetzt: kv.dox, der KIM-Dienst der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Arztbriefe, Befunde oder AU-Bescheinigungen sicher und dennoch so einfach versenden wie eine E-Mail an die Freundin oder den Freund: Mit kv.dox geht das. kv.dox ist der Dienst für Kommunikation in der Medizin (KIM), den die KBV für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bereitstellt. Mit kv.dox können Sie Dokumente innerhalb der Telematikinfrastruktur (TI) direkt aus Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) sicher und einfach verschicken – an die ärztliche Kollegin genauso wie an den Apotheker, das Krankenhaus, Pflegeheim oder Ihre Kassenärztliche Vereinigung. kv.dox passt zu allen Praxisverwaltungssystemen und allen E-Health-Konnektoren.

kv.dox: nur für KV-Mitglieder

6,55 €* im Monat zzgl. MwSt.

im Monat zzgl. MwSt.

Im Angebot enthalten sind:

- eine KIM-Adresse
- eine unbegrenzte Anzahl von Nachrichten
- die Bereitstellung KIM (inklusive Clientmodul)**
- der technische Support

Für die Finanzierung eines KIM-Dienstes erhält jede Praxis folgende Förderung:

- einmalig: 100 € für die Einrichtung des Dienstes
- monatlich: 7,80 € für die laufenden Betriebskosten

* plus 3,03 € Rechnungspauschale zzgl. MwSt. pro Quartal

** das KIM Clientmodul wird vom Kunden selbst installiert und betrieben

Jetzt bestellen unter
www.kvdox.kbv.de

Warum kv.dox als KIM-Dienst?



DER KIM-DIENST VON ÄRZTEN FÜR ÄRZTE:

Als Interessensvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bietet die KBV ein passgenaues Angebot.



EINE KIM-ADRESSE, EIN PREIS:

Sie zahlen 6,55 €* zzgl. MwSt. monatlich – egal, wie viele Nachrichten Sie versenden. Es fallen keine Einrichtungsgebühren an.



UNBEGRENZTE ANZAHL AN NACHRICHTEN:

Mit kv.dox können Sie so viele Nachrichten, Arztbriefe oder AU-Bescheinigungen digital versenden, wie Sie möchten.



HOHE FLEXIBILITÄT UND BESTER SERVICE:

kv.dox passt zu jedem PVS und ist monatlich kündbar. Das Serviceteam von kv.dox steht Ihnen kostenfrei zur Verfügung.

Ihr Weg zu KIM mit kv.dox

Über das Portal www.kvdox.kbv.de können Sie kv.dox ganz einfach online bestellen und installieren. So geht's:

- 1 KIM-Adresse bestellen und Registrierungscode erhalten
- 2 kv.dox-Clientmodul installieren
- 3 KIM-Mailadresse im zentralen Verzeichnisdienst registrieren
- 4 kv.dox in das Praxisverwaltungssystem einbinden lassen
- 5 Nachrichten sicher online versenden



Sektorenübergreifendes QS-Verfahren für Nierenersatztherapie

Für die Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen

gelten seit dem 1. Januar 2020 im ambulanten und stationären Sektor dieselben Vorgaben zur Qualitätssicherung (Verfahren QS NET). Bisher erfolgte die Qualitätssicherung in der Dialyse für den ambulanten Bereich nach den Vorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse.

Im Kern geht es dabei um die einheitliche Erfassung und Auswertung von Behandlungsdaten mit dem Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung von Patienten mit chronischem Nierenversagen zu sichern.

Was ist sektorenübergreifende Qualitätssicherung?

Patienten werden im Verlauf einer Behandlung häufig sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor versorgt. Mit Hilfe von sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren sollen die Qualitätsstandards für beide Versorgungsbereiche aufeinander abgestimmt werden.

Bislang gibt es drei sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren mit vertragsärztlicher Beteiligung:

- „Perkutane Koronarinterventionen (QS PCI) und Koronarangiographie“ seit Januar 2016
- „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI)“ seit Januar 2017
- „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)“ seit Januar 2020

Was sieht das Verfahren zur Qualitätssicherung vor?

Ziel des Verfahrens ist es, die Kooperation zwischen Dialyseeinrichtungen und Transplantationszentren zu fördern sowie die Rate an Komplikationen, Begleit- und Folgeerkrankungen im Rahmen von Dialyse und Organtransplantation zu verringern.

Datenquellen der Qualitätsindikatoren sind zum einen die fallbezogenen Dokumentationen der Ärzte sowie Sozialdaten, die den Krankenkassen vorliegen. Diese Daten werden insbesondere genutzt, um den Behandlungsverlauf eines chronischen Nierenversagens über fünf beziehungsweise zehn Jahre erfassen und darstellen zu können (Follow-up-Indikatoren).

Ausgenommen sind Akut- oder Kurzzeitdialysen. Erst nachdem mindestens über ein Quartal hinweg die regelmäßige Behandlung stattgefunden hat, werden die Daten für das Verfahren QS NET ausgewertet. Zudem werden bei den unter Achtzehnjährigen lediglich Kennzahlen erhoben, aus denen keine Qualitätsindikatoren ermittelt werden.

Eine Patientenbefragung wird aktuell entwickelt und steht voraussichtlich ab 2022 für den Einsatz im QS-Verfahren zur Verfügung.

Praxen benötigen neue Software

Die QS-Dokumentation erfolgt weiterhin im Praxisverwaltungssystem. Anders als bei der QS-Richtlinie Dia-

lyse wird es jedoch keine Software-zertifizierung durch die KBV geben. Idealerweise sollte eine Software die meisten dieser Daten automatisch aus der elektronischen Patientenakte in die QS-Dokumentation einfügen. Die händische Dokumentation sollte auf das absolut Notwendigste reduziert sein.

Für die Datenübertragung an die KV-Datenannahmestelle sind eine sichere technische Anbindung sowie eine Benutzererkennung für das Onlineportal der KV über das SNK notwendig. Die Datenübertragung erfolgt gesammelt je Praxis und Quartal im Onlineportal der KV jeweils für das vorherige Quartal bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar. Für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 wurden diese Datenlieferungen aufgrund der Covid-19-Pandemie ausgesetzt. Für das gesamte Erfassungsjahr besteht aber weiterhin eine Verpflichtung zur Datenübermittlung bis spätestens zum Ablauf der Korrekturfrist zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres. ■

Weitere Informationen im Internet:
www.kvhh.de → Praxis → Qualität
 → Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Ansprechpartner
Laura Goldmann, Tel: 22 802-574
laura.goldmann@kvhh.de
Sabrina Pfeifer, Tel: 22 802-858
sabrina.pfeifer@kvhh.de
Michael Bauer, Tel: 22 802-388
michael.bauer@kvhh.de



Beschluss des G-BA zur Verordnung von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundheilung

Der G-BA hat konkretisiert, welche Produkte unter den Begriff „Verbandmittel“ fallen und damit weiterhin unmittelbar zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verord-

nungsfähig sind. Die Klärung wurde erforderlich durch Vorgaben des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV).

Es ist Wille des Gesetzgebers, dass klassische Verbandmittel weiterhin unmittelbar als Verbandmittel Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Sonstige Produkte zur Wundbehandlung müssen sich hingegen einem Verfahren beim G-BA unterziehen, in dem für Medizinprodukte Nutznachweise erbracht werden müssen, da-

mit sie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören können.

ABGRENZUNG VON VERBANDMITTELN ZU SONSTIGEN PRODUKTEN ZUR WUNDBEHANDLUNG

Zu den Verbandmitteln können neben den „Klassika“ auch Produkte mit ergänzenden Eigenschaften gezählt werden, die die natürliche Wundheilung unterstützen, indem sie die Wunde zum Beispiel feucht halten. Diese Produkte sind unverändert weiterhin ordnungsfähig zulasten der gesetzlichen Krankenkassen.

Verbandsmaterialien, die einen pharmakologischen, immunologischen oder metabolischen Einfluss auf die Wundheilung haben, werden als sonstige Produkte zur Wundheilung klassifi-

ziert und müssen künftig ihren medizinischen Nutzen beweisen, bevor sie verordnet werden dürfen. Diese Vorgehensweise soll die Qualität der Wundversorgung stärken.

KÜNFTIG GIBT ES DREI KATEGORIEN:

1. EINEINDEUTIGE VERBANDMITTEL („SIMPLE KLASSIKA“)

Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) Anlage Va Teil 1 (abschließende Liste)

Beispiele: Mullverbände, Verbandwatte, Schlauchverbände usw.

2. VERBANDMITTEL MIT ERGÄNZENDEN EIGENSCHAFTEN

AM-RL Anlage Va Teil 2 (beispielhafte Liste)

Hierzu zählen Produkte mit ergänzenden Eigenschaften ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise. Unter diese ergänzenden Eigenschaften fallen:

- feucht halten
- Wundexsudat binden
- Gerüche binden
- Verkleben mit der Wunde verhindern (antihäsiv) bzw. atraumatisch wechselbar
- Reinigen
- Antimikrobielle Wirkung

Die o.g. Eigenschaften können auch durch Metallbeschichtung erreicht werden (ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkweise!)

3. SONSTIGE PRODUKTE ZUR WUNDBEHANDLUNG

AM-RL Anlage Va Teil 3 (beispielhafte Liste)

Sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkweise aktiv Einfluss auf →

Übergangsregelung bis 2. Dezember 2021

Bis zwölf Monate nach dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses haben Versicherte weiterhin Anspruch auf Versorgung mit sonstigen Produkten zur Wundbehandlung – das heißt, sie sind auch ohne Aufnahme in die Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie ordnungsfähig. Voraussetzung ist laut Gesetzgeber, dass es sich um Produkte handelt, die bereits vor dem 11. April 2017 zulasten der Krankenversicherung erbracht werden konnten.



Übersicht über die

die Wundheilung nehmen können, sind keine Verbandmittel. Darunter fallen z.B. Hydrogele.

Diese sonstigen Produktgruppen zur Wundbehandlung, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss als solche klassifiziert wurden, sollen künftig in Anlage Va Teil 3 gelistet werden.

Für diese sonstigen Produkte zur Wundbehandlung hat der G-BA festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen diese Produkte ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden, und Medizinproduktehersteller können beim Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufnahme eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung in die Arzneimittel-Richtlinie beantragen.

Ein Produkt aus dieser Gruppe ist nur verordnungsfähig, wenn es in der abschließenden Liste (Anlage V AM-RL) aufgeführt ist. Dies gilt auch für die Verordnung für Kinder. Ein solches Prüfverfahren ist für andere arzneimittelähnliche Medizinprodukte bereits etabliert.

WIE KANN ICH SCHNELL ERKENNEN, OB DAS AUSGESUCHTE PRODUKT VERORDNUNGSFÄHIG IST?

Es wird ein Kennzeichen in der Verordnungssoftware geben, anhand dessen erkennbar ist, ob das Produkt verordnungsfähig ist. Die Produktkennzeichnung als erstattungsfähiges Verbandmittel erfolgt durch den Hersteller selbst. Aktuelle Herausforderung ist beispielsweise der Umgang mit falschen Kennzeichnungen von Herstellerseite. Wie zeitnah kann eine Korrektur erfolgen und was für Konsequenzen ergeben sich daraus für den Vertragsarzt, der sich auf das Kennzeichen verlassen hat? Diese und andere Fragen gilt es innerhalb der einjährigen Übergangsfrist zu klären. ■

1. EINEINDEUTIGE VERBANDMITTEL („SIMPLE KLASSIKA“)

Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) Anlage Va Teil 1 (abschließende Liste)

Binden

- Augen- und Ohrenbinden
- Dauerbinden
- Fixierbinden
- Gipsbinden
- Idealbinden
- Kompressionsbinden
- Kurzzugbinden
- Langzugbinden
- Mittelzugbinden
- Mullbinden
- Papierbinden
- Pflasterbinden
- Polsterbinden
- Schaumgummi- /Schaumstoffbinden
- Tamponadebinden
- Trikotschlauchbinden
- Universalbinden
- Zinkleimbinden

Kompressen

- Augenkompressen
- Mullkompressen (aus Verbandmull)
- Saugkompressen
- Schaumgummikompressen
- Schlitzkompressen
- Vlieskompressen
- Zellstoff-Mull-Kompressen
- Zellstoff-Vlies-Kompressen

verschiedenen Produktgruppen

Pflaster

Augenokklusionspflaster
 Fixierpflaster
 Heftpflaster
 Klammer-/ Wundverschlusspflaster
 Sprühpflaster
 Wundschnellverbände
 Wundverbände

Tupfer

Mulltupfer
 Zellstofftupfer

Watte

Synthetikwatte
 Verbandwatte
 Wattetampons

Sonstige Produktgruppen

Cast-Verbände
 Mullverbände
 Netzverbände
 Tapeverbände (keine kinesiologischen Tapeverbände)
 Schlauchverbände
 Stützverbände
 Zellstoffverbände
 Postoperative/ posttraumatische Stütz- und Entlastungsverbände
 Synthetisches Stützverbandsmaterial, ggf. Schiene mit Alu-Kern
 Klebemull

2. VERBANDMITTEL MIT ERGÄNZENDEN EIGENSCHAFTEN

AM-RL Anlage Va Teil 2
 (beispielhafte Liste)

Feucht haltend

Alginate
 Hydrofasern/ Aquafasern
 Hydrogele (in Kompressenform)
 Hydrokolloide
 Hydropolymerie

Die ergänzende Eigenschaft wird erreicht, indem die hydroaktive Substanz:
 - auf Trägermaterial aufgetragen,
 - in mehrschichtig/mehrteilig aufgebauten Wundauflagen eingegliedert ist oder
 - bei formstabiler Aufbereitung der hydroaktiven Substanzen isoliert angewandt wird.

Antiadhäsiv:

Salbenkompressen/ Salbentamponaden
 Aluminiumbedampfte Kompressen / Pflaster

Die ergänzende Eigenschaft wird erreicht durch Imprägnierung/ Beschichtung der Wundauflage; ggf. auch in mehrschichtigem Aufbau.

Gerüche bindend

Aktivkohlekompressen
 Saugkompressen mit Polyacrylaten (Superabsorber)

Die ergänzende Eigenschaft wird ggf. auch erreicht durch mehrschichtigen Aufbau.

Wundexsudat/ Keime bindend

Aktivkohlekompressen
 Saugkompressen mit Polyacrylaten (Superabsorber)

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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Telemonitoring bei Herzinsuffizienz und die Grenzen der "Real-World"-Evidenz aus nicht-randomisierten Studien

VON PROF. DR. STEFAN SAUERLAND UND DR. LARS G. HEMKENS IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN E.V. (DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Am 17.12.2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, ein Telemonitoring für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz einzuführen [1].

Das Behandlungskonzept besteht darin, dass Vitalparameter und weitere Messwerte entweder durch kardiale Implantate oder durch externe Geräte erfasst und mindestens einmal täglich an ein telemedizinisches Zentrum weitergegeben werden. Dort kann eine behandlungsbedürftige Verschlechterung frühzeitig erkannt werden, um dann durch geeignete Interventionen eine Dekompensation der Herzinsuffizienz im Ansatz zu verhindern. Telemonitoring soll den Drehtüreffekt, also sich häufig wiederholende ungeplante Krankenhausaufnahmen aufgrund von Herzinsuffizienz, verhindern und letztlich nicht nur die kardiale Morbidität, sondern auch die Mortalität reduzieren.

Organisatorisch und ärztlich führt Telemonitoring in Neuland. Der bzw. die primär behandelnde Arzt/

Ärztin (PBA) behält zwar die Kontrolle über die Behandlung. Parallel aber überwacht ein/e Kardiologe/ in im Telemedizin-Zentrum (TMZ) den Erkrankungsverlauf aus der Distanz und weist gegebenenfalls auf Änderungsbedarf hin.

Ein solches Dreiecksverhältnis zwischen PBA, TMZ und Patient braucht gute Organisation, klare Spielregeln und viel Vertrauen. Der Erfolg des Telemonitorings hängt neben den technischen Voraussetzungen von schnellem, zielgerichtetem, kooperativem Handeln ab.

Telemonitoring als Ergänzung zur ambulanten Präsenzmedizin von Haus- und Facharzt wird vor allem in ländlichen Regionen, wo das ärztliche Versorgungsnetz dünn ist, sehr begrüßt werden. Aufgrund der COVID-19-Pandemie steigt das Interesse an Telemedizin und Telemonitoring aber insgesamt deutlich an. Mittelfristig ist damit zu rechnen, dass auch bei anderen Krankheiten telemedizinische Konzepte zunehmen werden.

Die wissenschaftliche Bewertung von Telemonitoring ist nicht ganz einfach, weil es sich um eine komplexe Intervention handelt, bei der die verschiedenen Elemente der Behandlung sehr variabel gestaltet werden können, sodass sich Nutzen und Schaden deutlich zwischen verschiedenen Varianten von Telemonitoring unterscheiden können.

Überall dort, wo durch geschicktes Optimieren der Behandlung und geschicktes Auswählen der Studienteilnehmer die Ergebnisse einer Studie beeinflussbar erscheinen, kommt die Frage auf, ob nicht ein „hochwissenschaftliches“, aber praxisfermes Studiendesign

Probleme damit hat, die Wirklichkeit abzubilden. Traditionell verwenden RCTs (randomisiert kontrollierte Studien) meist wissenschaftlich fokussierte, zum Teil sogar artifizielle Behandlungsprotokolle und liefern so zwar eine korrekte Antwort unter den jeweiligen Studienbedingungen, sie beantworten aber nicht die eigentlich relevante Frage für die Behandlungsentscheidung.

So geht es beim Telemonitoring weniger darum, ob bei sorgfältig ausgewählten Patienten mit Herzinsuffizienz eine sehr detaillierte und aufwendige Überwachung hilfreich ist, sondern ob ein realistisch umsetzbares Telemonitoring für die große Mehrzahl der Patienten im Behandlungsalltag vorteilhaft ist.

In der Vergangenheit wurde dieses Spannungsfeld oft als Gegensatz zwischen richtigen Antworten auf weniger relevante Fragen und weniger richtigen Antworten auf relevante Fragen überhöht und missverstanden.

Auch wurde dies als Spannungsfeld zwischen RCTs und nicht-randomisierten Studien beschrieben [2]. Hierbei wurde RCTs eine hohe interne Validität (d. h. richtige Antworten), aber eine niedrige externe Validität (d. h. praktisch irrelevante Antworten) zugeschrieben, während für nicht-randomisierte Studien genau das Gegenteil gelten sollte.

Hierbei wurde ignoriert, dass es weniger ein Unterschied von Studienmethoden (randomisierte Zuteilung oder nicht) an sich ist, sondern vielmehr ein Unterschied in der Planung und Durchführung der Studien.

Schon in den 1960er Jahren wurde erkannt [3], dass RCTs entweder eher auf die informierte Entscheidung fokussieren können und entsprechend in einem alltäglichen Setting durchgeführt werden und realistische Behandlungsalternativen vergleichen (sogenannte pragmatische Studien), oder eher unter strikt kontrollierten Rahmenbedingungen, einem Laborexperiment vergleichbar, durchgeführt werden,

um bestmögliche Bedingungen zur Untersuchung der vor allem medikamentösen Therapeutika zu schaffen (sogenannte explanatorische Studien).

Strikte Rahmenbedingungen, wie z. B. der Ausschluss von komorbiden Personen oder Schwangeren, sollen dabei helfen, die Variabilität in den Daten zu reduzieren, sodass der interessierende Effekt klarer erkennbar ist. Auch sollen vulnerable Patientengruppen entsprechend den ethisch-rechtlichen Vorgaben besonders geschützt werden.

Bei pragmatischen RCTs werden Placebo-Kontrollen und artifizielle Zusatzuntersuchungen vermieden, und Teilnehmer werden nicht ausgeschlossen, wenn es klinisch nicht sinnvoll ist. Die Sicht auf RCTs ist dennoch vielfach geprägt von den explanatorischen Studien, wie sie meist für die Arzneimittelzulassung verwendet werden.

Auch der Begriff der "Real-World"-Evidenz als „Label“ für alltagsnahe Forschungsergebnisse ist weitverbreitet, wobei oft vergessen wird, dass dies sowohl randomisierte wie nicht-randomisierte Studien umfasst, so sie denn auf alltäglichen Bedingungen und Daten aus der Behandlungsroutine beruhen.

Problematisch ist, dass hierdurch suggeriert wird, RCTs würden eine „unreal world“, also eine artifizielle Situation, abbilden. Auch wird auf diese Weise nahegelegt, dass interne Validität (als Kerneigenschaft von RCTs) und externe Validität (als mutmaßliche Kerneigenschaft von Beobachtungsstudien) den gleichen Stellenwert besäßen.

In Wahrheit aber ist ein richtig ermittelter Therapieeffekt für eine bestimmte Patientengruppe viel wichtiger für eine Entscheidung als ein unklarer Therapieeffekt, der möglicherweise auch bei anderen Patientengruppen oder unter anderen Rahmenbedingungen erzielt werden kann.

Wenn RCTs sehr alltagsnah konzipiert und durchgeführt werden, wird die externe Validität manch →



→ einer pragmatischen RCT über jeden Zweifel erhaben sein und die Frage der Übertragbarkeit stellt sich bei dieser randomisierten „Real-World“-Evidenz nicht.

Dass nicht-randomisierte „Real-World“-Evidenz sich so großer Beliebtheit erfreut, liegt zum Großteil auch daran, dass Beobachtungsdaten heute breit verfügbar sind.

Wo früher manch ein/e Doktorand/in mühselig das Krankenblattarchiv eines Krankenhauses nach Daten durchsucht hat, können heute mit einem Maus-Klick alle relevanten Patientendaten zu einer Forschungsfrage herausgefiltert werden.

Auf Bundesebene existieren sogenannte Routine- und Abrechnungsdaten und die Digitalisierung der Medizin wird weitere Datenquellen verfügbar machen. Auch wenn die schnelle Verfügbarkeit von Daten eigentlich für jede Form einer Studie (auch die RCT) hilfreich ist, profitieren hiervon derzeit vor allem retrospektive Kohortenstudien [4]. Gerade große Datenmengen verführen zu schnellen Analysen.

Das Beispiel Telemonitoring bei Herzinsuffizienz zeigt, welche Risiken ein unkritischer Umgang mit nicht-randomisierter „Real-World“-Evidenz birgt: In einer systematischen Analyse wurden kürzlich die Ergebnisse von RCTs und großen „Real-World“-Beobachtungsstudien zum Telemonitoring verglichen [5].

Neben 17 RCTs – darunter auch solche aus Deutschland – fanden sich 6 Beobachtungsstudien mit der geforderten Mindestgröße von 100 Personen. Die Studien untersuchten vergleichbare Telemonitoring-Konzepte, und auch die Nachbeobachtungszeit war vergleichbar. Während die RCTs in Summe 10.130 Teilnehmer rekrutiert hatten, umfassten die nicht-randomisierten „Real-World“-Analysen insgesamt 343.520 Personen – also 30-fach mehr Daten.

Die Metaanalyse der RCTs zeigte allenfalls eine Tendenz zu einer geringeren Gesamtsterblichkeit (Odds Ratio 0,92; 95%-Konfidenzintervall 0,81 bis 1,05; $P = 0,73$).

Die Beobachtungsstudien dagegen berichteten deutlich größere Interventionseffekte: Die Effektschätzer in diesen 6 Analysen lagen zwischen 0,19 und 0,67.

Diese drastische Diskrepanz zwischen randomisierter und nicht-randomisierter Evidenz ist umso bemerkenswerter, wenn man berücksichtigt, dass alle 6 Beobachtungsstudien eigentlich gute Methoden angewendet hatten, um Bias durch Störvariablen (Confounding) statistisch zu reduzieren.

Die Analyse zeigt, dass Interventionseffekte in Beobachtungsstudien stark verzerrt und irreführend sein können. Vorausgesetzt wird bei diesem logischen Schluss, dass die RCTs sich auf etwa dieselben Patienten, Behandlungsumstände und Interventionen beziehen (was hier der Fall ist).

In einer „Real-World“-Situation ist es aus ärztlicher Perspektive gut nachvollziehbar, dass sich Anwendbarkeit und Nutzen von Telemonitoring sehr stark zwischen einzelnen Patienten unterscheiden. Gerade wenn man nicht nur den Patienten und die Krankheitsschwere, sondern auch sein häusliches und soziales Umfeld betrachtet, lassen sich Dutzende von Faktoren erkennen, die für ein effektives Telemonitoring im Einzelfall hinderlich oder förderlich sein können. In den nicht-randomisierten Studien führt dies zu starken Selektionsmechanismen, was ein valides Erfassen von den tatsächlichen Behandlungseffekten deutlich erschwert.

Ärztliche Sorgfalt, Erfahrung und vielleicht auch Intuition sind also für die reale Medizin unverzichtbar. Genau dieses zentrale Element ärztlicher Heilkunst, die richtige Indikationsstellung, entzieht sich aber oft einer Messbarkeit, sodass dieser Einfluss-

faktor aus einer nicht-randomisierten Studie auch mit bester statistischer Methodik nicht „herausgerechnet“ werden kann, allein dadurch, weil es keine Daten gibt, die dies ermöglichen.

Viel von dem, was als ärztliche Erfahrung die Behandlungsentscheidung beeinflusst, bleibt daher als sogenanntes „residuelles Confounding“ (überbleibende Störeinflüsse) übrig und kann die Ergebnisse nicht-randomisierter Studien stark verfälschen.

Der tatsächliche Einfluss mancher Details ärztlichen Handelns bleibt somit in Studien letztlich oft unklar. Je näher die Studien jedoch, unabhängig vom Design, an der Behandlungsrealität bleiben, desto eher lassen sich ihre Ergebnisse auch auf die Praxis übertragen.

Wenn man die Forderung nach „Real-World“-Evidenz in diesem Sinne versteht und RCTs in den Alltag integriert, kommt man der Idealvorstellung

einer Verbindung zwischen Forschung und Praxis schon sehr nahe.

Abschließend sei noch erklärt, warum im Jahr 2021 das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (Stadium II oder III) trotz des nicht signifikanten Gesamtmortalität-Effekts eingeführt wird: Die Metaanalysen zum engmaschigen, ärztlich überwachten Telemonitoring zeigten zumindest für die kardiovaskuläre Mortalität einen Vorteil [6]. Und immerhin 2 der 4 RCTs kamen aus Deutschland, sodass es für die „Real-World“-Anwendung nun direkte Vorbilder gibt. ■

Prof. Dr. med. Stefan Sauerland
 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
 im Gesundheitswesen (IQWiG)
 Im Mediapark 8, D-50670 Köln;
 Tel.: 0221 / 356 85 – 359
 stefan.sauerland@iqwig.de

Literatur:

1. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020: G-BA führt neues datengestütztes Management für Patientinnen und Patienten mit Herzschwäche in die Versorgung ein (Pressemitteilung). <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/922/>
2. Sherman RE, Anderson SA, Dal Pan GJ, Gray GW, Gross T, Hunter NL, LaVange L, Marinac-Dabic D, Marks PW, Robb MA, Shuren J, Temple R, Woodcock J, Yue LQ, Califf RM: Real-world evidence - What is it and what can it tell us? *N Engl J Med* 2016; 375: 2293-2297. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1609216>
3. Schwartz D, Lellouch J: Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *J Chronic Dis* 1967; 20: 637-48 (erneuter Abdruck in: *J Clin Epidemiol* 2009; 62: 499-505) <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.01.012>
4. Hemkens LG, Contopoulos-Ioannidis DG, Ioannidis JPA. Routinely collected data and comparative effectiveness evidence: promises and limitations. *CMAJ* 2016; 188(8): E158-E164. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150653>
5. Schell LK, Schulz A, Angelescu K, Glinz D, Knellen M, Sauerland S: Misleading results even after adjustment for a dozen covariates: a comparison between 'real world' analyses and randomized controlled trials (RCTs) in telecardiology. Abstracts of the 25th Cochrane Colloquium, Edinburgh, UK. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; (9 Suppl 1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD201801>.
6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem (IQWiG), 2019: Datengestütztes, zeitnahes Management in Zusammenarbeit mit einem ärztlichen telemedizinischen Zentrum für Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz (Rapid Report N19-01). <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/nichtmedikamentoese-verfahren/n-projekte/n19-01-datengestuetztes-zeitnahes-management-in-zusammenarbeit-mit-einem-aerztlichen-telemedizinischen-zentrum-fuer-patientinnen-und-patienten-mit-einer-fortgeschrittenen-herzinsuffizienz-rapid-report.11591.html>





Leserbrief

Zu „Risikokommunikation von COVID-19 Mortalitätsdaten“, KVH-Journal 12/2020, Seite 28

Was ist der richtige Bezugsrahmen?

Ich stimme der Kollegin zu. Es braucht eine differenzierte Risikokommunikation. Zu Panik besteht kein Anlass, aber die Bevölkerung muss richtig informiert werden. Und zwar über das relativ niedrige eigene Risiko, aber auch über das enorme Risiko einer ungebremsten Epidemie. Umso bemerkenswerter ist die Zahl der Nebelkerzen, mit denen Frau Mühlhauser in ihrem



Text um sich wirft. Ein paar herausgegriffen (und hoffentlich gelöscht):

In dem Abschnitt „Bezugsrahmen deutsche Bevölkerung“ ist zu lesen, es sterben jeden Tag 2.600 Menschen in Deutschland. Und: Ein 80-85 Jahre alter Mann habe eine „restliche Überlebenszeit“ von 8 Jahren. Unklar bleibt, was die Autorin damit sagen möchte. Ich kann nur hoffen, dass diese „Bezugsgrößen“ nicht als relativierende Aufrechnung von Lebenszeit gemeint sind.

Ein paar Zeilen weiter fordert die Autorin die Bewertung „im Kontext anderer Erkrankungen“. Wo ist der Sinn schiefer Vergleiche zu Pneumokokken oder Influenza? Sind 500 COVID-19-Tote täglich dann „wenig“, weil es so viel anderes Schlimmes gibt? Ihre Argumentation gleicht der Forderung, einen bevorstehenden Vulkanausbruch müsse man „im Kontext“ richtig einordnen, ein Erdbeben wäre schließlich auch schlimm. Aber wenn schon Vergleich, dann bitte richtig: Die bemühten ambulant oder nosokomial erworbenen Pneumonien neigen eher selten dazu, sich in einer Bevölkerung millionenfach zu verbreiten. Und eine derartige, in Hoch-Inzidenz-Zeiten beobachtete Exzess-Mortalität (New York, Italien, UK, Schweden) hat es bei bemühten Influenza-Epidemien der letzten

Jahrzehnte zu keinem Zeitpunkt gegeben. Kein Wort dazu von der Autorin.

Nächster Punkt: Der „Nachweis von Virusfragmenten im PCR-Test“ gäbe keinen Aufschluss über das Ansteckungsrisiko oder darüber, ob eine Erkrankung vorliege – eine Infektion aber doch schon, hoffentlich? SARS-CoV-2 gehört nicht in die Nase oder in die Lunge, auch nicht als „Fragment“. Dass eine positive PCR nach etwa 8 Tagen nicht mehr unbedingt mit kultivierbarem Virus gleichzusetzen ist, wissen wir seit Ende März [1]; dass asymptomatische Patienten das Virus sehr gut übertragen können, sogar seit Januar [2]. Ich habe im Übrigen in den letzten Monaten bei keinem einzigen in unserem Zentrum diagnostizierten Patienten irgendeinen Zweifel gehabt, dass die PCR-„Fragmente“ keine Infektion anzeigten. Inkonklusive PCR-Ergebnisse sind extrem selten. Man könnte es so klar und einfach formulieren: Eine positive PCR heißt Infektion, vor allem nach Ende der Symptome ist sie nicht zwingend mit Infektiosität gleichzusetzen (mit einem PCR-positiven Menschen möchte ich übrigens trotzdem eher nicht Silvester feiern, auch wenn er symptomfrei ist).

Und weiter: Statt klar zu kommunizieren, dass eine Diskussion über die Todesursachen in die Irre führt, vermutet die Autorin einen „erheblichen“ Diagnose-/Klassifikations-Bias, da Patienten mit positiver PCR als COVID-19-Todesfall gewertet werden, „selbst wenn die eigentliche Todesursache ... ein anderes akutes Leiden“ ist. Vielleicht könnte sie den KollegInnen aus der Rechtsmedizin des UKE mal über die Schulter schauen. Die Evidenz ist doch da: Die allermeisten Menschen, die an COVID-19 sterben, sterben an einer Pneumonie. Unter den ersten 80 COVID-19-Toten im UKE waren 76 nachweislich an COVID-19 gestorben [3]. Ganze 4 wurden

als Nicht-COVID-19-Todesfälle gewertet. Sollen wir also 5 oder 10 %, die nicht an einer Pneumonie oder an einem thrombotischen Ereignis gestorben sind, von der Sterberate abziehen? Ändert das etwas? Und müssen wir dann andererseits nicht auch den beachtlichen Teil der Toten, der unerkannt an COVID-19 gestorben ist, wieder draufschlagen? Sogar im UKE waren es 6 von 80 Fälle, bei denen SARS-CoV-2 erst post mortem offenbar wurde. Hilfreicher als eine Diskussion über Todesursachen wäre der Hinweis gewesen, dass Todesfälle nur einen Teil des Schadens dieser Pandemie ausmachen. Kein Wort dazu, kein Wort zu Folgeschäden, zu Long COVID, gerade bei jungen Menschen. Die Autorin hat ganz offensichtlich noch keinen dieser bedauernswerten Fälle gesehen.

Aber weiter im Text: Statt die „hohe Varianz der Mortalitätsdaten“ wirklich zu erklären, wird eine weitere Nebelkerze geworfen. Der Hinweis auf den unterschiedlichen Anteil asymptomatischer Patienten („von 3% Ende März bis auf fast 35 %“) ist irreführend. Das Gegenteil ist der Fall, der Anteil pauci- oder asymptomatischer Patienten liegt der RKI-Webseite zufolge gerade in den zurückliegenden Wochen bemerkenswert konstant bei 15-20%. Natürlich hat es durch Reiserückkehrer ein paar Menschen mehr gegeben, die asymptomatisch PCR positiv getestet wurden, und natürlich werden weiter viele Infektionen übersehen. Aber was ändert das? Wer den Einfluss von 40 % oder sogar 60 % asymptomatischer Patienten auf die Case Fatality Rate (CFR) durchdenkt, merkt schnell, dass diese durch die bislang beobachteten Schwankungen in der Rate asymptomatischer Fälle kaum beeinflusst wird. Es wäre gut gewesen, zu sagen: Ja, es gibt nicht nur präsymptomatische, es gibt auch rein asymptomatische Fälle, von denen uns einige durch die Lappen gehen. Und

gerade das ist ja ein großes Problem, weil diese Fälle durchaus infektiös sind!

Immerhin erwähnt die Autorin das Alter („zudem“) als wichtigen Risikofaktor. Wie wichtig es für die Fallsterblichkeit tatsächlich ist, wird nicht deutlich. Dass die CFR und ihre Varianz ganz überwiegend nur durch den Anteil älterer Menschen an den SARS-CoV-2-Diagnosen vorgegeben wird – und dass, wichtiger noch, dieser Anteil regional und landesweit noch immer extrem unterschiedlich ist –, wird mit keinem Wort erwähnt [4,5]. Eine klare, wissenschaftsbasierte Kommunikation wäre gewesen, dass sich kein Land auf einer niedrigen CFR ausruhen darf. Dass in vermeintlich glimpflich davongekommenen Ländern wie Hong Kong oder Island die infizierten Menschen bislang deutlich jünger als in schwer betroffenen Ländern wie Italien, Spanien oder Belgien gewesen sind, und dass eine hohe CFR so gut wie nichts mit Intensivkapazitäten, Luftverschmutzung oder Virusstämmen zu tun hat [6].

Die eingeforderte „Infection Fatality Rate“ (IFR) ist ein epidemiologisch interessantes Konstrukt. Natürlich ist sie niedriger als die CFR. Aber wenn die von der Autorin selbst zitierte Review-Arbeit von Levin [7] zur IFR stimmte („0.4% at age 55, 1.4% at age 65, 4.6% at age 75, and 15% at age 85“), dann kann sich auch ein Nicht-Mathematiker ausrechnen, dass 0,4% in einem Boomer-Jahrgang ganz schön viele Tote sind! Eine wissenschaftsbasierte Risikokommunikation wäre gewesen, sich mit Arbeiten auseinanderzusetzen, die eine ungebremste Durchseuchung in Deutschland sehr sorgfältig modelliert haben [8]. Und dass dem in der PCR positiv getesteten Patienten seine niedrige IFR wurscht sein kann: Er ist in das CFR-Lager gewechselt, und da wird's auch schon ab 60 Jahren durchaus spannend. →



→ Die Argumentation der Autorin ist nicht nur gefährlich, sie spielt auch Corona-Verharmlo-
sungen in die Hände, die sich seit Monaten an der
PCR-Aussagekraft („Fragmente“ oder „Gen-
Schnipsel“), Todesursachen („mit“ und „nicht
an“ COVID-19) und der altersbedingten Varianz
der Sterblichkeit („Grippe“) abarbeiten. Und
verunsichert viele andere. Eine gute Risikokom-
munikation sieht anders aus.

Nur eine Seite weiter lese ich dann eine
Kolumne, in der sich Kollege Hontschik, obschon
„nicht sehr tief mit der Materie befasst um das
zu verstehen“, dann aber doch „misstrauisch“
zeigt, da mit einigen dieser Impfungen „Eingriffe
in das menschliche Erbgut“ verbunden wären.
Das ist immerhin ehrlich (als Chirurg wird er
vermutlich nicht impfen müssen, aber auch für
eine solche Kolumne kann man sich durchaus
mal belesen, was eine messenger RNA ist). Und
dennoch: Solche Artikel sind Schläge ins Gesicht
alle jener, die täglich mit dem Elend der COVID-
19-Patienten klarkommen und arbeiten müssen.
Und sich jetzt auf die Impfung vorbereiten.

Prof. Dr. med. Christian Hoffmann
Infektionsmedizinisches Centrum Hamburg / ICH
Stadtmitte; hoffmann@ich-hamburg.de

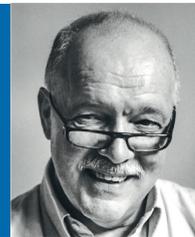
Antwort der Autorin

Christian Hoffmann bezweifelt nicht die Fak-
ten, die ich präsentiert habe, sondern beklagt
die benutzten Vergleiche und den Rahmen, in
dem die wissenschaftlichen Daten kommuni-
ziert wurden. Zudem wird eine unvollständige
Darstellung des Themas COVID-19 kritisiert.
Beispielsweise würde auf mögliche Langzeitfol-
gen von COVID-19 Infektionen nicht gebührend
eingegangen. Tatsächlich fokussierte der Artikel
auf Mortalität, wie im Titel festgehalten. Ich
interpretiere den Leserbrief von Christian Hoff-
mann als Ausbruch persönlicher Empörung, die
uns in der wissenschaftlichen Diskussion nicht
weiterhilft. Jede und jeder kann meinen Artikel
(nochmals) selbst lesen, um sich eine eigene
Meinung zu den Vorwürfen von Christian Hoff-
mann zu bilden. Zudem sei auf weitere Artikel
des EbM-Netzwerks zum Thema COVID-19, wie
Langzeitfolgen und PCR-Test, verwiesen
([https://www.ebm-netzwerk.de/de/
veroeffentlichungen](https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen)).

Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser
Universität Hamburg / MIN-Fakultät,
Gesundheitswissenschaften

Referenzen

1. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 581, 465–469 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>
2. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med.* 2020 Mar 5;382(10):970-971. PubMed: <https://pubmed.gov/32003551>. Full-text: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2001468>
3. Edler C, Schröder AS, Aepfelbacher M, et al. Dying with SARS-CoV-2 infection-an autopsy study of the first consecutive 80 cases in Hamburg, Germany. *Int J Legal Med.* 2020 Jul;134(4):1275-1284. PubMed: <https://pubmed.gov/32500199>. Full-text: <https://doi.org/10.1007/s00414-020-02317-w>
4. Hoffmann C, Wolf E. Older age groups and country-specific case fatality rates of COVID-19 in Europe, USA and Canada. *Infection.* 2020 Oct 24;1-6. PubMed: <https://pubmed.gov/33098532>. Full-text: <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01538-w>
5. Sudharsanan N, Didzun O, Bärnighausen T, Geldsetzer P. The Contribution of the Age Distribution of Cases to COVID-19 Case Fatality Across Countries : A Nine-Country Demographic Study. *Ann Intern Med.* 2020 Nov 3;173(9):714-720. PubMed: <https://pubmed.gov/32698605>. Full-text: <https://doi.org/10.7326/M20-2973>
6. Hoffmann C, Wolf E. The Low Case Fatality Rate of COVID-19 in Hong Kong Could Be Deceptive. *Clin Infect Dis.* 2020 Oct 29;ciaa1676. PubMed: <https://pubmed.gov/33119056>. Full-text: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1676>
7. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, et al. Assessing the Age Specificity of Infection Fatality Rates for COVID-19: Systematic Review, Meta-Analysis, and Public Policy Implications. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.23.20160895>
8. Barbarossa MV, Fuhrmann J, Meinke JH, et al. Modeling the spread of COVID-19 in Germany: Early assessment and possible scenarios. *PLoS One.* 2020 Sep 4;15(9):e0238559. PubMed: <https://pubmed.gov/32886696>.



Ein Paradies für Pflegekräfte?

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

Die Philippinen sind für Deutschland Hauptherkunftsland gut ausgebildeter ausländischer Pflegekräfte. So kann man es auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums lesen. Die Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Weiss ist 2019 auf die Philippinen gereist und erklärte dort: „Die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte ist ein wichtiger Baustein, um die Personalsituation in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu verbessern.“ Das hat Programmcharakter. Nach Mexiko und in den Kosovo ist Bundesgesundheitsminister Jens Spahn persönlich gereist, um Abkommen über die Anwerbung von Pflegekräften zu schließen.

Das Ganze ist ein alter Hut, auch wenn es jetzt als großartige neue Idee verkauft wird. Als ich vor über 40 Jahren zum ersten Mal im Krankenhaus Höchst gearbeitet habe, waren etwa ein Viertel der OP-Schwwestern und -Pfleger aus Indonesien. Auch damals war schon von einem Pflegenotstand die Rede. Inzwischen sind 14 Gesundheitsministerinnen und -minister an mir vorbeigezogen, aber es ist niemandem von ihnen gelungen, das Problem zu lösen. Es hat sich nämlich niemand an die Ursachen gewagt. Im Gegenteil: In den vergangenen 25 Jahren wurde etwa die Hälfte der Krankenhäuser geschlossen, und es wurden etwa 50.000 Stellen im Pflegebereich gestrichen. Gleichzeitig

stieg die Anzahl der Behandlungsfälle um ein Viertel an. Mehr Arbeit mit weniger Personal führte vielerorts zu unerträglichem Arbeitsdruck. Wer kann in dieser Hetze noch pflegerisch arbeiten, noch dazu miserabel bezahlt und mit zumeist lebensfeindlichen Arbeitszeiten? Und so sind im Lauf der Zeit etwa 300.000 ausgebildete Pflegekräfte aus ihrem Beruf geflohen.

Eine Befragung hat ergeben, dass etwa die Hälfte von ihnen in den Pflegeberuf zurückkehren würde, wenn eine angemessene Bezahlung, gute Arbeitszeiten mit Erholungsphasen, Wertschätzung und Respekt gegeben wären. Mehr als Beifall und eine armselige Einmalzahlung hat man den Pflegekräften aber nicht geboten, auch jetzt nicht, in der Corona-Pandemie. Stattdessen reist Jens Spahn nach Mexiko und in den Kosovo, um deren voll ausgebildete Pflegekräfte abzuwerben. Dass sie dann dort fehlen, kümmert ihn nicht.

Das bezeichne ich als Pflegeimperialismus. Spahn bezeichnet das als Triple-Win-Situation: Das Herkunftsland gibt arbeitslose Kräfte ab, Deutschland besetzt freie Stellen, die Betroffenen lernen Deutsch und verdienen hiesige Löhne. Man könnte das Ganze aber auch eine Triple-Lose-Situation nennen: Das Herkunftsland verliert gut ausgebildete junge Menschen, in Deutschland erfüllen sie die Funktion von Lohnrückern

gegenüber dem deutschen Pflegepersonal, und die Betroffenen erhalten fern der Heimat häufig skandalöse Arbeitsverträge, ja sie müssen sogar sogenannte Anwerbekosten von bis zu 15.000 Euro selbst bezahlen, sobald sie desillusioniert kündigen wollen, um in ihre Heimat zurückzukehren.

In letzter Zeit erfahren wir täglich nicht nur das Wetter und die Börsenkurse, sondern auch die Zahl von freien Intensivbetten. Was ist eigentlich ein Intensivbett? Ein Intensivbett ist ein Krankenbett, in dem eine intensivmedizinische Versorgung von Schwerkranken durch spezialisiertes Pflegepersonal stattfindet, das eine mindestens zweijährige Zusatzausbildung hat. Wenn man also Messehallen mit Betten und Apparaten vollstellt, nutzt das noch nichts. Es braucht Intensivschwwestern und -pfleger. Die haben wir aber nicht, und die können wir auch nicht aus dem Kosovo oder aus Mexiko einfliegen. Jetzt zeigt es sich, dass der personelle Kahlschlag und die Gewinnorientierung unserem Gesundheitswesen schwer geschadet haben. Da muss man staunen, dass Schwestern und Pfleger, Ärztinnen und Ärzte unter diesen Bedingungen noch immer jeden Tag Höchstleistungen vollbringen. Aber auf Dauer wird das nicht gutgehen, es sei denn, das Gesundheitswesen wird wieder zu einem Teil der staatlichen Daseinsvorsorge. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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

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



Frauenpower für die KV Hamburg!

Wie lässt sich der Frauenanteil in den KV-Gremien steigern?

Die beiden folgenden Artikel wurden von drei Frauen verfasst, die die Arbeit in der Selbstverwaltung aus langjähriger Erfahrung kennen – und unterschiedliche Wege vorschlagen.

Der erste Weg

VON HANNA GUSKOWSKI UND DR. MARIA HUMMES

Im Satzungsausschuss und in der Vertreterversammlung (VV) der KV Hamburg wird zur Zeit eine Wahlrechtsreform diskutiert, die vom Vorstand der KV angestoßen wurde, um die Selbstverwaltung zu stärken und das ehrenamtliche Engagement in der KV Hamburg zu fördern.

Im Verlauf dieser Diskussion wurde sowohl von weiblichen wie auch von männlichen Kolleginnen und Kollegen in beiden Gremien der Vorschlag aufgeworfen bzw. unterstützt, eine Frauenquote von mindestens 50 Prozent für alle Wahllisten in der Satzung der KV festzuschreiben.

Die Begründung dafür liegt auf der Hand: In allen drei Versorgungsbereichen (hausärztlich, fachärztlich, psychotherapeutisch) arbeiten bereits jetzt deutlich mehr als 50 Prozent Frauen, und diese Zahl steigt weiter.

Wer also den Nachwuchs fördern und ehrenamtliches Engagement in den Gremien der KV stärken will, muss gezielt Frauen ansprechen und unterstützen.

Natürlich wurde im Verlauf dieser Diskussion sowohl im Satzungsausschuss wie auch in der VV genau das Gegenargument eingebracht, das im Zusammenhang mit der Diskussion um eine Quote immer genannt wird:

“Wir würden ja gern mehr Frauen auf den Wahllisten und in Gremien haben, aber Frauen lassen sich dafür einfach nicht gewinnen.“

Oder es wird die Frage gestellt, was denn überhaupt das Problem sei, Frauen könnten doch in allen Institutionen, Gremien und Spitzenämtern Funktionen besetzen, wenn sie dies wollten.

Formal mag eine solche Aussage stimmen. Tatsächlich ist dies aber sowohl in den regionalen KVen wie auch in der KBV immer noch die Ausnahme.

Sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse als auch die Geschichte zeigen, dass in der Politik wie auch in den Vorständen von Wirtschaftsunternehmen die Zahl von Frauen immer erst dann gewachsen ist bzw. wächst, wenn es dafür gesetzliche Vorgaben – und das heißt Quotenregelungen – gibt. Politik und auch Berufspolitik ist immer noch ein Feld, in dem deutlich mehr Männer als Frauen in hohen Funktionen und Spitzenpositionen vertreten sind. Das ist auch in der KV Hamburg so, trotz ihrer 54 Prozent an weiblichen Mitglieder.

Die Gründe, warum Frauen immer noch deutlich weniger bzw. gar nicht in Führungs- bzw. Spitzenpositionen vertreten sind, sind komplex, aber im

Kern geht es zumeist um ein Thema: Macht. Und es gibt systemimmanente Interessen der derzeitigen „Machtinhaber“, die Macht dort zu belassen, wo sie ist: nämlich bei Männern. Männer in Machtpositionen haben Netzwerke, mit deren Hilfe sie sich selbst und ihren „Buddies“ gegenseitig Informationen und damit Machtpositionen zuschieben.

Die Frauenquote wäre nicht so bedrohlich (und würde nicht so viel Emotionalität erzeugen, wie bei der Diskussion in der zurückliegenden VV zu diesem Thema deutlich zu beobachten war), wenn es nicht um die reale Abgabe von Macht, Posten, Einfluss, Status und auch von Geld gehen würde.

Geschlechtergerechtigkeit kann und muss daher in allen Gremien von allen Geschlechtern gestaltet werden. Die Schaffung von Strukturen, die Genderparität ermöglichen, ist also im Kern Führungsaufgabe.

Dafür müsste eine grundlegende Analyse von Strukturen in der KV Hamburg erfolgen, möglicherweise könnte man Fokusgruppen und Umfragen zu diesem Thema durchführen. Davon ausgehend können dann Maßnahmen geplant werden, um Genderparität zu ermöglichen:

z. B. Workshops für die in der VV vertretenen Berufs- und Fachverbände zu „best practice“-Beispielen; die BFAs könnten beteiligt werden, um differenzierte Informationen über die Situationen in den einzelnen Fachgruppen zu erhalten, u.a. mehr.

Wollen Frauen denn keine Macht? Frauen sind anders als Männer – aufgrund ihrer Biologie, ihrer Sozialisation und aufgrund von Rollenvorstellungen, die unterschwellig in der Gesellschaft weiter vorhanden sind und Wirkung entfalten.

Frauen haben in der Regel andere Vorstellungen von den Wichtigkeiten im Leben als Männer. Frauen haben oftmals weniger Interesse als Männer an der Ausübung von Macht per se und sind deshalb auch weniger bereit als Männer, in Institutionen und Gremien Zeit mit Machtkämpfen zu verbringen.

Deshalb ist es wichtig, auf institutioneller und struktureller Ebene klar zu signalisieren, dass Frauen willkommen sind – nicht nur als „Wasserträgerinnen“ für „wichtige Männer“. Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass es Frauen ermöglicht wird, ein zusätzliches berufspolitisches Engagement mit Beruf und Familie zu vereinbaren – denn nach wie vor ist es gesellschaftliche Realität, dass es Frauen sind, die den Hauptteil der sogenannten Care-Arbeit erbringen.

Hier einige weitere konkrete Vorschläge, mit denen Frauen gezielter angesprochen und für berufspolitisches Engagement gewonnen werden können:

- Wichtig ist z.B. die Möglichkeit, dass Frauen für eine Position als

Zweierteam antreten können, um sich die Arbeit auf dieser Position zu teilen und damit weiterhin ausreichend Zeit für ihre Familie zu haben. Unterstützend ist auch die Bezahlung von Kinder- und Angehörigenbetreuung während Zeiten von Abwesenheit aufgrund von Gremiensitzungen.

- Berufsverbandsvorstände können – und das nicht erst kurz vor Wahlen – junge Frauen in Vorstände kooptieren und ihnen so die Möglichkeit geben, berufspolitische Arbeit auf Leitungs- oder Führungsebene kennenzulernen. Wenn Frauen dort die Erfahrung machten, dass sie etwas bewegen und mitgestalten können, dass sie ihre Fachlichkeit und Kompetenzen einbringen können, dass ihre Perspektiven respektiert werden und auf Interesse stoßen, dann würde auch ihre Motivation, sich weiter in der Selbstverwaltung zu engagieren, unzweifelhaft wachsen.

- Die KV könnte Mentoringprogramme für Frauen entwickeln und etablieren, mit denen eine schnellere und bessere Einarbeitung sowohl in formale wie auch in informelle Strukturen in der KV Hamburg ermöglicht wird. Auch die Frauen, die als Mentorinnen arbeiten, könnten von der Sicht von außen, die die „neuen“ Frauen mitbringen, profitieren

- Die KV Hamburg könnte Seminare anbieten zu Rhetorik und Auftreten – und zwar auch schon für Mitglieder, die noch keinerlei Funktionen haben. Das hätte einen deutlich einladenden,

inspirierenden Charakter und würde die Kompetenzen und vermutlich auch das Interesse dafür stärken, sich weiter in KV-Strukturen hineinzubegeben. Außerdem wären solche Seminare eine Möglichkeit, bei der Frauen, die ein prinzipielles Interesse an berufspolitischem Engagement haben, sich kennenlernen und später möglicherweise gegenseitig unterstützen könnten.

Um solche und andere Maßnahmen zu entwickeln, sie zu etablieren, zu evaluieren und weiterzuentwickeln, wären die Gründung eines Arbeitskreises von Frauen, eine Gleichstellungskommission o.Ä. in der KV sicher sinnvolle Instrumente.

Wir sind zuversichtlich, dass mit diesen und ähnlichen Maßnahmen und dem damit verbundenen deutlichen Signal, dass berufspolitisches Engagement von Frauen in der KV Hamburg herzlich willkommen ist, mehr Frauen für die ehrenamtliche Tätigkeit in der Selbstverwaltung gewonnen werden können.

Und ganz nebenbei könnten von vielen der hier vorgeschlagenen Maßnahmen auch Männer profitieren. Denn Studien zufolge arbeiten gemischte Teams auf Augenhöhe vitaler und erfolgreicher. Und das sollte bei allen unterschiedlichen Interessen ja das Ziel sein. →



HANNA GUSKOWSKI, Psychotherapeutin, und **DR. MARIA HUMMES**, Hausärztin, sind Delegierte der Vertreterversammlung der KV Hamburg



→ Der zweite Weg

VON ANGELA DEVENTER

Meine Position ist ähnlich, unterscheidet sich aber in der Höhe der Quote. Auch ich glaube, dass sich ohne Quote der Frauenanteil und auch die sonstige Flexibilität nicht schnell genug weiterentwickeln.

Das zeigt eine kurze Internet-Recherche: In der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst ist der Frauenanteil erst nach Einführung der Quote 2016 gewachsen. Freiwilligkeit hatte nichts geändert.

Aktuell hat sich im November 2020 eine Arbeitsgruppe der Großen Koalition auf eine gesetzliche Weiterentwicklung einer verbindlichen Frauenquote („Zweites Führungspositionen-Gesetz“) in börsennotierten und der paritätischen Mitbestimmung unterliegenden Unternehmen in Vorständen und Aufsichtsräten von mindestens 30 Prozent geeinigt.

Auch bei Körperschaften des öffentlichen Rechts wie den Krankenkassen, den Renten- und Unfallkassen und anderen soll eine Mindestbeteiligung eingeführt werden.

Die Stellungnahmen beruhen auf einem unabhängigen Evaluationsgutachten der Firma Kienbaum Consultants International GmbH: Nur eine feste Quote hat zu einem Anstieg der Frauen in Aufsichtsräten geführt und auch zu weiteren positiven Effekten bei den einbezogenen Unternehmen. (www.bmjv.de: Evaluationsgutachten FüPog - Stellungnahme der Bundesre-

gierung. Pressemitteilung vom 18.11.2020)

Ich finde 30 Prozent – natürlich nur mit allen aufgeführten flankierenden Maßnahmen! – einen guten Einstieg.

Auch der Zeitpunkt ist gut, denn die nächste Wahl ist in zwei Jahren. So bleibt genug Zeit zur Vorbereitung. Wir müssen unterscheiden zwischen dem anzustrebenden Ziel und der Verpflichtung zu einer Mindestquote. Natürlich soll unser Ziel 50 Prozent sein, aber eine Verpflichtung darauf könnte auch Listen ausschließen.

Aus meiner Sicht ist eine durch Satzungsänderung ermöglichte Tandembildung pro „Posten“ der wichtigste Hebel zur Änderung. Tandembildung sollte in allen Gremien der KV möglich sein. Auch ein Reißverschlussystem m/w innerhalb der Listen kann überlegt werden.

Es gibt noch einen weiteren Grund, mit 30 Prozent zu starten: Der Altersdurchschnitt der Vertragsärzte ist immer noch sehr hoch (zwischen 50 und 55 Jahren). Das liegt daran, dass noch viele Babyboomer der Jahrgänge 1952 bis 1962 praktizieren. Das ist bei den Fachärzten stärker ausgeprägt als bei den Hausärzten.

Da wird der Drang zum Ehrenamt in der Selbstverwaltung eher durch altersentsprechendes Haushalten mit den eigenen Kräften gebremst. Die gute Nachricht ist, dass sich das Problem in den

nächsten fünf Jahren von selbst verringern wird: Etwa 15 bis 20 Prozent aller heutigen Vertragsärzte werden bis dahin in Rente gehen. Die dann – hoffentlich – mit frischem Schwung und neuen Ideen in die Praxen nachrückenden Kolleginnen und Kollegen werden auch neuen Wind in die Selbstverwaltung bringen.

Besonders mit dem Tandemsystem bei der Kandidatur bzw. der Postenvergabe lässt sich die Work-Live-Balance verbessern. Wer gerade am besten Zeit hat von beiden Partnern, bereitet etwas vor bzw. geht zur Sitzung. Wenn beide Zeit und Interesse haben, sollte auch das möglich und auch nebeneinander möglich sein. Selbstverständlich haben sie immer nur eine Stimme.



Der Aufbau eines „Young Girls Network“ ist eine gute Idee. Als „Mentorin“ oder besser als Dolmetscherin zwischen KV-SPRECH und Alltagsdeutsch werden sich einige „Old Girls“ sicher gern zur Verfügung stellen.

Old Boys Network hat funktioniert. Hier und anderswo. Doch die Welt dreht sich weiter und wir drehen uns mit. ■

ANGELA DEVENTER, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, war Delegierte der Vertreterversammlung der KV Hamburg. Im Januar 2021 ist sie wegen Rückgabe ihrer Zulassung aus Altersgründen aus der KV ausgeschieden.

RESOLUTION VERTRETERVERSAMMLUNG

Psychotherapeutische Fachgruppen fordern wirksame Qualitätssicherung statt externer Kontrollen und Sanktionen

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg fordert in einer Resolution vom 12. Dezember 2020, dass sowohl die bereits beschlossenen wie auch die geplanten gesetzgeberischen „Maßnahmen zur Qualitätssicherung“ in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in dieser Form nicht umgesetzt werden.

Die Abschaffung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie wurde völlig überraschend und ohne vorherige Beratung durch die Profession bereits gesetzlich beschlossen.

Diese Abschaffung hat das Potential, die bisherige hohe Qualität in der ambulanten Psychotherapie deutlich zu beeinträchtigen. Denn mit der Antrags- und Genehmigungspflicht ist die Vorwegnahme der Wirtschaftlichkeitsprüfung verbunden.

Mit dieser vorweggenommenen Prüfung wurde für PatientInnen und TherapeutInnen der notwendige sichere Raum geschaffen, in dem Psychotherapie stattfinden konnte und bis Ende 2022 auch noch stattfinden kann, ohne dass zeitlicher und wirtschaftlicher Druck den therapeutischen Prozess behindert oder zerstört.

Die aktuell geplanten Änderungen im Fünften Sozialgesetzbuch zur Einführung einer einrichtungsübergreifenden sektorenspezifischen Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie sind nach Ansicht der Vertreterversammlung keinesfalls dazu geeignet, Qualitätssicherung zum Wohle der PatientInnen herbeizuführen. Stattdessen würde mit dem

Inkrafttreten und der Umsetzung dieser „Qualitätssicherungsmaßnahmen“ ein kompletter Paradigmenwechsel vollzogen: weg von der bisherigen internen Qualitätssicherung durch die Profession, hin zu externer, zentralisierter Kontrolle, zum Benchmarking aller niedergelassener Praxen und zu Sanktionen.

Das eigentliche Ziel dieser gesetzlich geplanten „Qualitätssicherungsmaßnahmen“ ist offenkundig die Rationierung von Psychotherapie. Vertreterinnen und Vertreter der psychotherapeutischen Fachgruppen fordern gesetzliche Maßnahmen, die tatsächlich geeignet sind, die wissenschaftlich belegte hohe Qualität ambulanter Psychotherapie auch zukünftig aufrechtzuhalten und diese weiter zu fördern.

Dazu muss laut Resolution die Profession (Kammern und Berufsverbände) künftig die Möglichkeit bekommen, in den Gremien, die sich mit der Umsetzung dieser Gesetzesvorhaben befassen, alternative Qualitätssicherungsmodelle zu entwickeln.

Die Resolution wurde auf Antrag aller ärztlichen und psychologischen PsychotherapeutInnen in der Vertreterversammlung einstimmig angenommen. ■

HANNA GUSKOWSKI,
Beratender Fachausschuss
Psychotherapie der KV Hamburg



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Bettina Hantke**
Mitglied des beratenden Fachausschusses Psychotherapie

Name: **Bettina Hantke**

Geburtsdatum: **15. Juli 1964**

Familienstand: **verheiratet, 2 Töchter - 13 und 18 Jahre**

Fachrichtung: **Psychologische Psychotherapie / Psychoanalytikerin**

Hobbys: **Berge und Meer. Ich bin seit meiner Jugend Sporttaucherin, halte mich aber auch gern in den Bergen zum Skifahren und Wandern auf.**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Den Wunsch, Psychologin zu werden, hatte ich bereits als Schülerin. Mit Beginn meines Studiums der Psychologie an der Universität Hamburg war eine sozialrechtliche Zulassung für mich noch in weiter Ferne, da die Kolleginnen und Kollegen zu dieser Zeit nur im Delegationsverfahren behandeln konnten. Die Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen, das Psychotherapeutengesetz von 1999 und meine Fortbildung am psychoanalytischen Institut ermöglichten mir letztendlich die Approbation und Zulassung. Bis heute freue ich mich, niemanden am Telefon nach seinem Versicherungsstatus fragen zu müssen. Das empfinde ich als Privileg, und meine Erwartungen haben sich in all den Jahren mehr als erfüllt. Bis heute kann ich mir keinen interessanteren und abwechslungsreicheren Beruf für mich vorstellen.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Ich wurde vor 3 Jahren von meinem Kollegen Michels gefragt, ob ich mich im Fachausschuss Psychotherapie engagieren möchte. Wie sollte ich da Nein sagen? Selbstverwaltung beinhaltet die Chance, gestaltend tätig zu sein und Einfluss zu nehmen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Als oberstes Ziel müssen die Freiberuflichkeit ebenso wie die Freiheit der Forschung und Lehre unangetastet bleiben. Hiervon lassen sich alle weiteren berufspolitischen Ziele ableiten, wie z.B. notwendige Befugnisserweiterungen sowie die Verbesserung der notfallpsychotherapeutischen Versorgung.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Die Herausforderungen für mich als Psychoanalytikerin bleiben wie in jedem anderen Bundesland spannend.

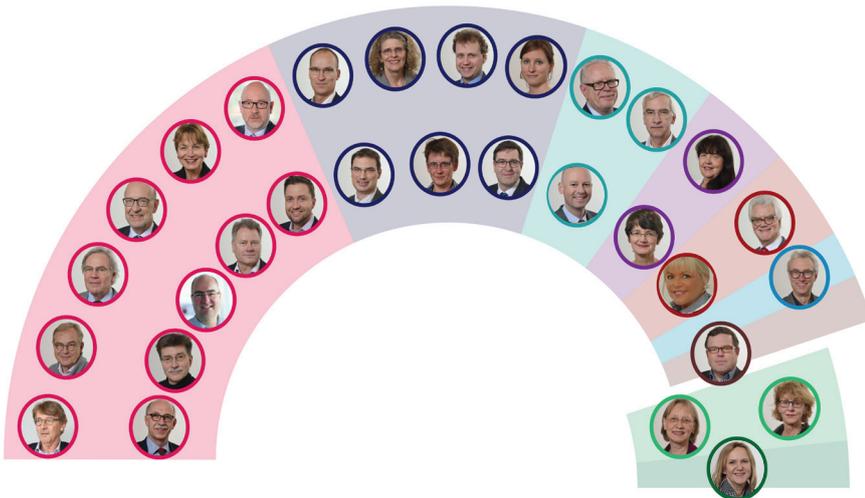
Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Mentale Fitness bis in ein höheres Alter - mit einer kleinen Sprechstunde so lange wie möglich. Den Traum, zeitweise in Perth zu leben, stelle ich dahinter. Für uns alle erträume ich mir Frieden und Besonnenheit. ■



VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 18.2.2021 (ab 19.30 Uhr)

Ärztelhaus (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

oder per direkter Kontaktaufnahme
über die E-Mail-Adresse

praxis@neurologie-winterhude.de

**FORTBILDUNGS-AKADEMIE
DER ÄRZTEKAMMER**

Aktuelle Informationen zu Veran-
staltungen 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 → 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



**FORTBILDUNGEN
FÜR MFA**

Aktuelle Informationen zu Veran-
staltungen 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!

