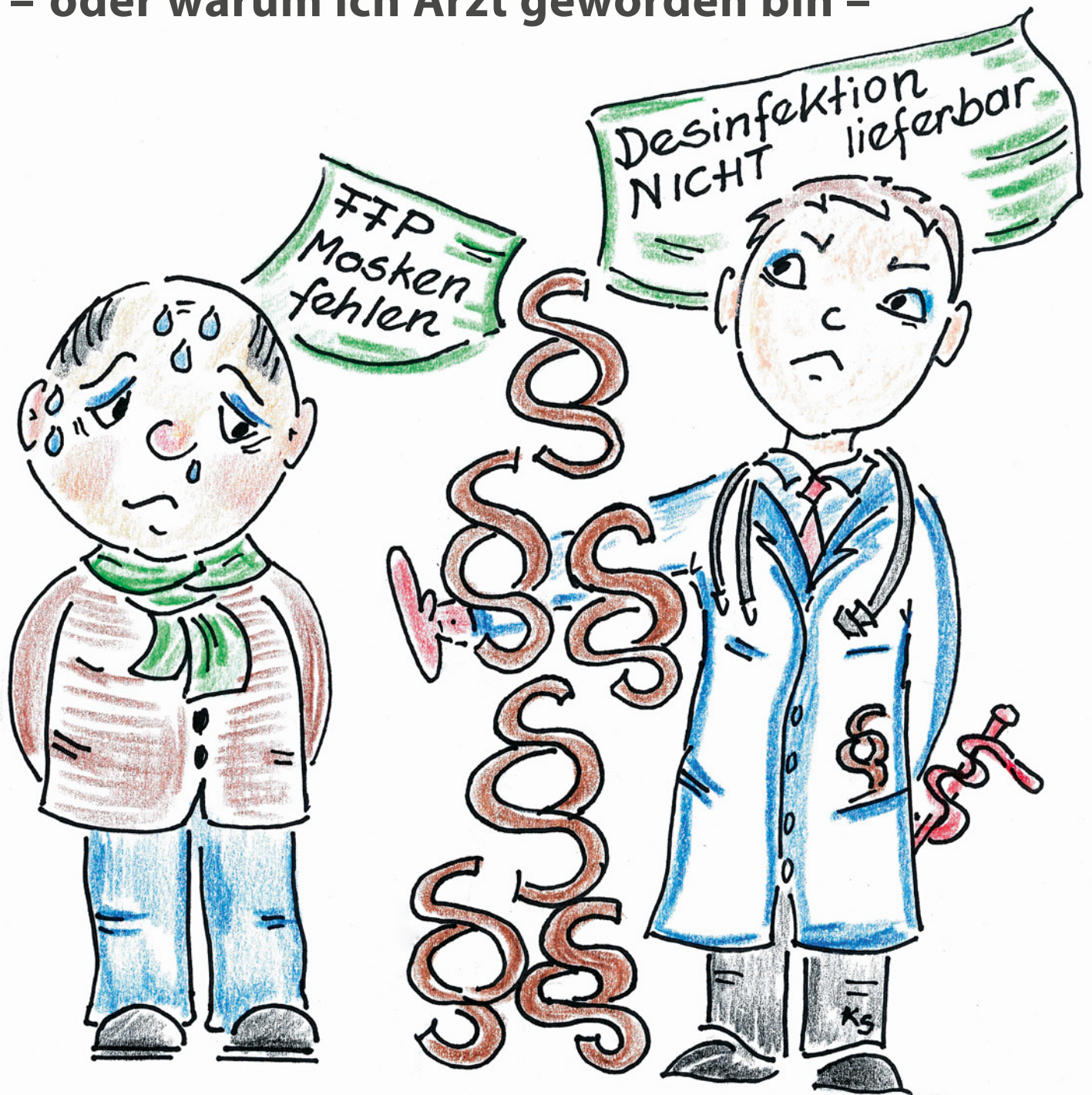


Die Bewährungsprobe

– oder warum ich Arzt geworden bin –



Die Bewährungsprobe

– oder warum ich Arzt geworden bin –



Dr. Klaus Heckemann
Vorstandsvorsitzender



Dr. Sylvia Krug
Stellvertretende
Vorstandsvorsitzende

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn man in dem Gesundheitssystem an irgendeiner Stelle Verantwortung trägt, kann man es heute eigentlich nur falsch machen. Selbst die goldene Regel „Wer nichts macht, macht keine Fehler“ hilft hier einmal nicht weiter. An verantwortlicher Stelle befindet sich allerdings nun momentan jeder Arzt. Die Verunsicherung ist – wohlbegründet – groß.

Keiner kann eine solide Antwort auf die wichtigsten Fragen geben:

- Wie schnell wird es zur vollständigen Durchseuchung der Bevölkerung und damit zum „Totlaufen“ der Infektion kommen?
- Wie viele Menschen werden schwer erkranken, wie viele werden sterben?
- Werden – wie bei der saisonalen Influenza – ganz vorrangig die betroffenen sein, die sehr alt und/oder krank sind, oder wird es auch eine erhebliche Zahl Junger und Gesunder treffen?

Werden die Todesopfer in Deutschland etwa in der Größenordnung der saisonalen Influenza liegen, also bis zu ca. 1.700 laborbestätigte Todesfälle und bis zu 25.000 geschätzte Gesamttodesfälle oder nur ein Zehntel, oder vielleicht auch 10-mal so viel? Im ersteren Fall wird es später einmal heißen: Es wurde völlig unnötig Panik gemacht, im letzteren, dass der Ernst der Lage in sträflicher Weise heruntergespielt wurde. Also: Richtig machen kann man es jetzt ohne prophetische Fähigkeiten eigentlich in keinem Fall.

Jeder Arzt steht jetzt vor dem Dilemma, wie er sich in dieser Situation zwischen ärztlichem Ethos und Selbstschutz richtig verhält. Ohne eine erhebliche Portion Pragmatismus wird die Pandemie nicht beherrschbar sein. Nur bei viel bösem Willen kann man es als Aufforderung zum Rechtsbruch verstehen, wenn die Möglichkeit der Einhaltung auch der letzten Gesetzesklausel, die in guten Tagen formuliert wurde, hinterfragt werden soll (an anderer Stelle bewirkt ein solches Handeln „nur“, dass wir in Deutschland keinen Flughafen fertig bekommen...).

Möglicherweise wird sich eine Frage stellen: Können wir nach dem Ende der Pandemie unseren Patienten noch offen in die Augen schauen – oder wird das nicht mehr möglich sein, weil Ärzte, als man sie am dringendsten brauchte, sich „Vom Acker gemacht haben“? Wir sind aber davon überzeugt, dass unter der Ärzteschaft doch eine altruistische Einstellung den natürlich auch vorhandenen Hedonismus weit überwiegt.

Wenn Sie nun fragen, warum so deutliche Worte überhaupt notwendig sind, ist leider darauf zu antworten, dass entsprechende Äußerungen aus der sächsischen Ärzteschaft vorliegen. Eine solche ist am Ende dieses Heftes abgedruckt. Aussagen wie „dagegen bin ich nicht versichert“ oder „Eigenschutz geht vor Fremdschutz“, sind wohl nicht vom hier erforderlichen Pragmatismus, sondern eher von anderen Überlegungen geprägt.

„Dagegen bin ich nicht versichert“, ist übrigens grundsätzlich falsch, da man schon wissen kann, dass eine Berufskrankheit ausnahmslos auch anerkannt wird, wenn nur die möglichen Schutzmaßnahmen (und nicht die maximalen) angewendet wurden. Selbst bei Nadelstichverletzungen in Folge eines „Recapping“ besteht uneingeschränkter Versicherungsschutz! Muss man nicht wissen, könnte man aber. Andererseits: Gibt es einen, der wirklich glaubt, dass nach dem Ende der Pandemie die Berufsgenossenschaft zur Vermeidung einer Zahlungsverpflichtung Ermittlungen aufnehmen würde, ob eine Ansteckung vielleicht durch das Fehlen einer FFP-Maske begünstigt gewesen sein könnte?

Für die, die es nicht glauben, solange sie es nicht von verantwortlicher Stelle schriftlich vorliegen haben, findet sich nachfolgend eine, aus unserer Sicht, eindeutige Stellungnahme der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW zur Problematik.

Um die Unsicherheiten bezüglich der Wirksamkeit der verschiedenen Masken ein wenig auszuräumen, finden Sie nachfolgend noch einen gemeinsam von Prof. Jatzwauk (Leiter Zentralbereich Krankenhaushygiene/Umweltschutz, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden) und Dr. Grünewald (Leiter Klinik für Infektions- und Tropenmedizin am Zentrum Innere Medizin II, Klinikum Chemnitz) verfassten Artikel. Die hier jetzt schriftlich fixierten Äußerungen waren übrigens die Grundlage für die Aussagen des KV-Vorstandes im Rahmen der Faxaktion.

„Eigenschutz geht vor Fremdschutz“ würde natürlich gelten, wenn wir es hier mit einem Ebola-Virus zu tun hätten, bei dem bekanntermaßen eine Infektion in 25 bis 90 Prozent der Fälle letal verläuft – und dies auch für Junge und Gesunde gilt. Trotz hoher Kontagiosität ist die Letalität des Corona-Virus offensichtlich jedoch

eher in der Größenordnung der Influenza. Uns ist nicht bekannt, dass eine Behandlung von Influenza-Kranken ausnahmslos unter Anwendung von Schutzausrüstung erfolgen würde. Das betrifft übrigens auch den Umgang mit an Masern Erkrankten, wobei an dieser Stelle wahrscheinlich eher mehr Wert auf den Eigenschutz gelegt werden sollte.

„Die Versorgung infektiöser Patienten ist nicht unsere Aufgabe, das müssen andere tun“. Prinzipiell richtig, aber eben nicht im Fall einer schweren Pandemie. Die „Anderen“ gibt es nicht (zumindest nicht in der erforderlichen Zahl). In der Konsequenz würde diese Auffassung bedeuten „Mir doch egal, wer die Patienten versorgt“, auch wenn das letztendlich bedeutet: keiner!

Sicher gehört es nun zur Stellenbeschreibung eines KV-Vorstandes, Abladestelle jeglichen Frusts der Vertragsärzte zu sein, aber es gibt auch hierfür Grenzen, die mit der schon erwähnten, auf der letzten Seite abgedruckten, Äußerung unserer Meinung nach überschritten sind.

Auf der anderen Seite ist natürlich zu konstatieren, dass der Frust (und das betrifft nicht nur einzelne, sondern wahrscheinlich alle Kollegen) schon an mancher Stelle absolut verständlich ist. Denen gilt Dank, die trotzdem pragmatische Lösungen für sich suchen und finden.

Es sind zum Teil schon eindeutig vermeidbare Mangelsituationen aufgetreten (und bestehen noch weiter!). Dies betrifft hauptsächlich die Nicht-Lieferfähigkeit von Desinfektionsmitteln und FFP-Masken. Besonders unter dem Aspekt, dass schon vor Jahren unter Federführung des Robert Koch-Institutes ein sehr ähnliches Krisenszenario erstellt wurde, ist es nicht nachvollziehbar, warum man erst so spät reagiert hat. Am 20. Januar 2020 ist über die erste Corona-Erkrankung außerhalb Chinas (Südkorea) berichtet worden. Spätestens zu diesem Zeitpunkt hätte man so einfache Lösungen wie die temporäre Außer-Kraft-Setzung der Biozid-Verordnung (EU) Nr. 528/2012 (Erlaubnis der Apotheker, selbst Desinfektionsmittel herzustellen) zumindest im Hintergrund schon vorbereiten können, ohne damit gleich Panikreaktionen auszulösen. Bei den der Globalisierung geschuldeten dramatisch gewachsenen Abhängigkeiten hätte auch eine Produktion von FFP-Masken in Deutschland oder zumindest in Europa schon wesentlich früher organisiert werden können.

Auch die, nicht zuletzt dem Föderalismus geschuldeten, in Deutschland uneinheitlichen Empfehlungen bzw. auch Interpretationen der RKI-Vorgaben sind ein erhebliches Ärgernis für jeden, der an der Basis mit den Problemen konfrontiert ist.

All das ist allerdings jetzt doch mehr „Manöverkritik“. In der jetzigen Situation muss mit diesen Defiziten pragmatisch umgegangen werden. Hierbei wird sich die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, auch unter der Beteiligung der Sächsischen Landesärztekammer, im Rahmen all ihrer zur Verfügung stehenden Möglichkeiten maximal einbringen. So ist momentan vorgesehen, dass die Ärztinnen und Ärzte FFP-Masken und Schutzmittel über die KV erhalten (allerdings nur, soweit diese lieferfähig sind). Übrigens – für den, der das für erwähnenswert hält – natürlich kostenfrei.

Zum Abschluss noch einmal: Man kann es jetzt eigentlich nur falsch machen. Dass am Ende das Ansehen der Ärzte irreversiblen Schaden nimmt, das kann man allerdings vermeiden! Die Unterzeichner danken der sächsischen Ärzteschaft für das „Aushalten“ der mehr als misslichen Situation. Etwas anderes, als dass jeder sich pragmatisch und im Rahmen seiner Möglichkeiten in die Versorgung der (möglicherweise) Infizierten und Erkrankten einbringt, ist nicht möglich.

Natürlich gibt es im Einzelfall auch einmal gute Gründe, nicht in vorderster Front Infizierten gegenüberzu stehen, z.B. wenn der Arzt oder auch die Arzthelferin unter einer immunsuppressiven Therapie stehen. In solchen Fällen wäre aber zumindest auch eine Teilnahme an der telefonischen Beratung der Patienten möglich. Hier wäre auch einmal die Videosprechstunde hilfreich, die leider bisher nicht in wesentlichem Umfang implementiert werden konnte.

Um es abschließend noch einmal deutlich zu sagen: Wer nach dem Motto „sei nicht feige, lass mich hinter den Baum“ vorgeht, wird von uns keinerlei Verständnis oder Unterstützung erfahren können.

Und noch einmal: Vielleicht und hoffentlich kommt es alles nicht so schlimm.

Die „Chance“, den Ruf der Ärzteschaft zu ruinieren (allerdings auch für das Gegenteil!), werden wir aber in jedem Fall haben.



Dr. Stefan Windau
Vorsitzender der
Vertreterversammlung



Erik Bodendieck
Präsident der Sächsischen
Landesärztekammer

Klaus Heckemann

Sylvia Krug

Stefan Windau

Erik Bodendieck

Die Sicht der Experten: Welche Gesichtsmasken schützen vor SARS-CoV-2?

Ein Beitrag von Prof. Dr. Lutz Jatzwauk, Leiter des Zentralbereichs Krankenhaushygiene/Umweltschutz am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und Dr. Thomas Grünewald, Leiter der Klinik für Infektions- und Tropenmedizin am Zentrum Innere Medizin II am Klinikum Chemnitz.

Begriffsdefinition

Als „Gesichtsmasken“ werden umgangssprachlich sowohl spezielle Atemschutzmasken (in Deutschland FFP/filtering facepiece 1–3 genannt) wie auch Mund-Nasenschutzmasken („chirurgische OP-Masken“= MNS) subsummiert. Atemschutzmasken dienen dem Schutz des Trägers und werden in Deutschland nach den Vorschriften der Berufsgenossenschaften geprüft und als persönliche Schutzausrüstung (PSA) in Verkehr gebracht. Ein MNS ist ein Medizinprodukt. Normativ wird nicht die Schutzwirkung für den Träger, sondern die Keimabgabe in Richtung des Patienten geprüft. Natürlich wirken sie auch in der Gegenrichtung.

Stand der Wissenschaft

Als Stand der Wissenschaft bei der Prävention von Infektionskrankheiten gelten in Deutschland die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut. In den dortigen Empfehlungen zur „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und

Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ wird in ► **Tabelle 1** die bei definierten Infektionskrankheiten notwendige Schutzausrüstung für medizinisches Personal empfohlen. Bei respiratorischen Infektionen bzw. Pneumonie durch Coronaviren (SARS, MERS) wird dem Personal die Nutzung einer FFP2-Maske empfohlen. Bei Patienten, die an einer saisonalen Influenza A oder B erkrankt sind, genügt ein MNS. Die Empfehlung des RKI zur Prävention der aviären Influenza lautet dagegen eine FFP-Maske. Patienten mit offener Lungentuberkulose sind unter Nutzung einer FFP2-Maske zu behandeln. Patienten mit durch multiresistente Mycobacterium tuberculosis (MDR-, XDR-Tbc) hervorgerufene offene Lungentuberkulose erfordern bei gleichem Erreger, biologischer Fitness des Erregers, demselben Übertragungsweg und unveränderter Kontagiosität demgegenüber das Tragen einer FFP3-Maske.

Aus dem Gesagten wird ersichtlich, dass die Empfehlungen im Ergebnis einer Risikoanalyse nicht allein durch die Qualität der „Gesichtsmasken“, sondern auch durch die bei einer Infektion zu erwartenden klinischen Konsequenzen erheblich beeinflusst werden.

Technische Prüfung von Gesichtsmasken

Die physikalisch-technische Prüfung von Atemschutzmasken erfolgt durch das Berufsgenossenschaftliche Institut für Arbeitsschutz gemäß DIN 149 unter praxisnahen Bedingungen. Probanden werden mit Atemschutzmaske einem NaCl-Prüfaerosol ausgesetzt. Die mittlere Partikelgröße des Aerosols beträgt dabei 0,2 Mikrometer. Es ist wichtig zu verstehen, dass es einen absoluten Schutz vor der Inhalation von Aerosolen unter diesen Versuchsbedingungen nicht gibt (► **Tabelle 1**).

Tabelle 1 – Vergleich der Anforderungen an partikelfiltrierende Halbmasken und an Mund-Nasen-Schutz (MNS)

Typ der Halbmaske	Mindestrückhaltevermögen des Filters bezüglich NaCl-Prüfaerosol	Maximal zulässige Gesamtleckage an Probanden
FFP 1	80 %	22 % [a]
FFP 2	94 %	8 % [a]
FFP 3	99 %	2 % [a]
MNS	[95 %] (<i>S. aureus</i>)	nicht angegeben

Der Mensch ist ohne technische Hilfsmittel (z.B. Absaugkatheter oder Induktion durch entsprechende Manipulation wie z.B. Endoskopie der tiefen Atemwege) jedoch nicht in der Lage, bei Hustenstößen oder Niesen aus dem Respirationstrakt derart



Foto: © ia_64 – www.fotosearch.de

kleine Tröpfchen zu produzieren. In klinisch relevanten Szenarien werden meist Tröpfchengrößen über 5 µm nachgewiesen. Modellversuche mit Bioaerosolen von bereits 1 Mikrometer zeigten gegenüber dem beschriebenen Versuchsmodell der Berufsgenossenschaften eine den Atemschutzmasken vergleichbare Schutzwirkung von MNS. Dieses konnte auch in klinischen Versuchsmodellen mit Staphylococcus aureus als Indikatorkeim belegt werden. Neben der Partikelgröße beeinflussen dann auch noch die chemische Zusammensetzung des Aerosols und die Geschwindigkeit, mit der die Tröpfchen auf die Gesichtsmaske gelangen, die Schutzwirkung. Durch Atemschutzmasken vom Typ FFP 1–3 wird in allen technischen Prüfungen eine optimale Schutzwirkung für Aerosole nachgewiesen. Ob diese Schutzwirkung auch bei Infektionskrankheiten notwendig ist, die durch weitaus größere Tröpfchen aus dem Respirationstrakt übertragen werden, belegen die Modelluntersuchungen nicht.

Epidemiologische Untersuchungen

Die notwendige Schutzwirkung von Gesichtsmasken bei definierten Infektionskrankheiten kann nur durch epidemiologische Untersuchungen erbracht werden. Gesichtsmasken aus Baumwolle schützten 1918 Soldaten in der Mandschurei ausreichend vor der pandemisch auftretenden Influenza. Diese bereits 100 Jahre alte Publikation wird durch aktuelle Studien gestützt, die keine signifikanten Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit an saisonaler

Influenza bei medizinischem Personal nachwies, welches bei Kontakt mit Erkrankten Atemschutzmasken oder MNS trug. Im Rahmen des Auftretens von SARS-Infektionen konnte in kanadischen Studien zu deren Ätiologie und Transmission gezeigt werden, dass das Tragen sowohl von MNS wie auch FFP-Masken gleichermaßen die Ansteckung von Pflegepersonal und Ärzten verhindert hat. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass weder MNS noch FFP-Masken die SARS-Transmissionen vollständig unterbunden haben (kein Unterschied zwischen beiden).

Schlussfolgerungen

Technische Modellversuche legen nahe, dass bei durch kleine Partikel (Aerosole) übertragbaren und zugleich hochkontagiösen Infektionskrankheiten (z.B. Varizellen, Masern) die Verwendung einer Atemschutzmaske bei der Untersuchung oder Pflege eines Erkrankten zum Personalschutz sinnvoll sein kann. Auf Infektionen, deren Übertragung durch größere Tröpfchen aus dem Respirationstrakt des Erkrankten erfolgt (z.B. Influenza, SARS, COVID-19) lassen sich diese Ergebnisse jedoch nicht übertragen. Die Ergebnisse klinisch-epidemiologischer und experimenteller Untersuchungen zeigten bei diesen Infektionskrankheiten eine vergleichbare Schutzwirkung mehrlagiger chirurgischer Gesichtsmasken (MNS).

– Prof. Dr. Lutz Jatzwauk, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
und Dr. Thomas Grünewald, Klinikum Chemnitz,
Literatur bei den Verfassern –

IMPRESSUM

KVS-Mitteilungen

Organ der Vertragsärzte des Freistaates Sachsen
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Herausgeber

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Dr. med. Klaus Heckemann, *Vorstandsvorsitzender (V. i. S. d. P.)*
Landesgeschäftsstelle
Schützenhöhe 12, 01099 Dresden
Telefon: 0351 8290-630, Fax: 0351 8290-565
E-Mail: presse@kvsachsen.de
www.kvsachsen.de

Druck und Verlag

Satztechnik Meißen GmbH, Am Sand 1c
01665 Diera-Zehren/Ortsteil Nieschütz
www.satztechnik-meissen.de

© 2020

Die Sicht der Berufsgenossenschaft

„Beschäftigte in Arztpraxen stehen während ihrer Arbeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Praxisunternehmer unterliegen diesem Schutz hingegen nur dann, wenn sie sich freiwillig in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert haben (Informationen zur freiwilligen Versicherung sind im Internet zu finden unter: https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/BGW-Broschueren/BGW03-04-010_Freiwillige-Versicherung-Aerzte.html).

Die Erkrankung von versicherten Personen infolge einer nachweislich beruflich erworbenen Infektion mit dem Corona-Virus wird als Berufskrankheit anerkannt, soweit hierfür die rechtlichen Voraussetzungen im Einzelfall vorliegen. In diesen Fällen ist die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) der zuständige Unfallversicherungsträger.

In der aktuellen Situation kann es dazu kommen, dass die Versorgung der Arztpraxen mit der notwendigen Ausstattung zum Schutz vor einer Infektion mit dem Corona-Virus (z. B. geeignete Atemschutzmasken) nicht immer sichergestellt werden kann. Sollte in einer Arztpraxis die notwendige Schutzausrüstung nicht vorhanden sein, schließt dies im Falle einer beruflich erworbenen Infektion den Schutz durch die gesetzliche Unfallversicherung nicht aus. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn versicherte Personen bei ihrer Arbeit arbeitsschutzrechtliche Vorgaben oder die Hygieneregeln des Robert Koch-Instituts nicht beachten (z. B. weil sie beim Umgang mit erkrankten Patienten keine der im Betrieb vorhandenen Atemschutzmasken oder Handschuhe tragen). Letzteres ist ausdrücklich vom Gesetzgeber so festgelegt worden; so heißt es im einschlägigen Gesetz (SGB VII): „Verbotswidriges Verhalten schließt den Versicherungsfall nicht aus.“ Durch die Missachtung (arbeitsschutz-)rechtlicher Gebote und/oder Verbote verlieren die versicherten Personen grundsätzlich nicht ihren Schutz in der gesetzlichen Unfallversicherung. Die gilt selbst dann, wenn die Infektion bei Beachtung dieser Gebote/Verbote nachweislich nicht stattgefunden hätte. Etwas anderes gilt ausnahmsweise dann, wenn die versicherte Person den Gesundheitsschaden absichtlich herbeigeführt hat.“

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Viele Grüße

Michael Woltjen
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW
Leiter des Bereichs Grundsätze im Sozial- und Unfallversicherungsrecht

– E-Mail vom 9. März 2020 –

Eine eher weniger pragmatische Haltung

[...]

Wenn ich Zitate lese, wie: „Die erhobenen Vorgaben der Berufsgenossenschaften scheinen überzogene Anforderungen an die Ärzteschaft zu sein.“ lese, in der sich ein Vorsitzender der KV Sachsen über Anweisungen der Berufsgenossenschaft hinwegsetzen will, was ihm nicht zusteht und dann darüber „Falls keine FFP-Maske vorhanden sein sollte, muss trotzdem eine Versorgung des Patienten erfolgen.“, was eine Arbeitsanweisung ist, entgegen der Prämisse meines Gelöbnis, mich selbst zu schützen, vor dem Fremdschutz, dann sind unsere besprochenen Themen hinüber.

Der KV-Vorsitzende Klaus Heckemann stellt sich über das Genfer Gelöbnis, will mir per Anordnung mein Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit nehmen, gibt damit zu, dass wir Kassenärzte nicht selbständig, sondern angestellt sind und stellt sich dann noch als über den Anweisungen der Berufsgenossenschaft stehend dar.

Und dann die erste Seite: Für 50 Euro pro Stunde soll die KV aus Geldern des Vorwegabzuges der Gesamtvergütung den Katastrophenschutz des Freistaates Sachsen bezahlen.

Wissen Sie, welche Welle damit kommt? Schon jetzt betreibt die KV Sachsen nur noch 80 Prozent ihres Etats als Kerngeschäft. 20 Prozent werden rein für den Bereitschaftsdienst verbraucht. Und das wird mit den hier geplanten Vorgaben noch viel viel mehr. Aktuell gehen weniger Patienten zu den Fachärzten. Das ist, weil sich die Patienten Gedanken machen, was eine höhere Priorität hat. Es wird also zu weniger Scheinen kommen und durch die geringere Gesamtvergütung für noch weniger Geld für die Fachgruppen. Ab 1. April gibt es sowieso – 7 % pro Fall. Mit den fünf Pflichtstunden letztes Jahr gab es schon – 25 %. Wir sind ohne Inflationsausgleich also schon bei – 32 % Gesamthonorar pro geleistete Arbeit, nur über ein Jahr.

In Dresden wird gerade um das Überleben der KV gekämpft, mit unverständlichen Mitteln.

Wie hätte ein richtiger KV-Vorsitzender reagiert?

- Katastrophenschutz ist keine Sache der KV.
- Gebt Geld, ehe wir das machen.
- Nein, wir machen es nicht, bis der Staat die Ausrüstung stellt.

Stattdessen wird in Dresden gedacht, dort wird über die Leben und Körper der Vertragsärzte verfügt, per Anordnung.

Selbst wenn die KV Sachsen es schafft, die seit 30 Jahren durch Einsparung sich ergebenden Lücken zu füllen, so fehlt die Ausrüstung auch hier: Feuerwehren. Bei jedem Aufbrechen einer Wohnung muss man auch von Coronavirus ausgehen. Die Feuerwehren werden genauso wie wir ohne Waffen in den Krieg geschickt. Und da wundert man sich, wenn die Soldaten desertieren.

Mit freundlichen Grüßen,

Christoph Lohmann
Facharzt für Allgemeinmedizin

– E-Mail an die KV Sachsen vom 3. März 2020 –



Die KV Sachsen stellt Ihnen permanent **aktuelle Informationen** zur Verfügung.

www.kvsachsen.de > Aktuell > Corona-Virus

- Handlungsempfehlungen und Praxisinformationen
- Prophylaktische und präventive Maßnahmen für die Arztpraxen
- Fragen und Antworten für Ärzte, Mitarbeiter und Patienten
- Meldepflicht
- Patienteninformationen
- Labor für die labordiagnostische Abklärung
- Desinfektionsmittel
- Hinweise für die häusliche Unterbringung der Patienten
- Abrechnung und Kennzeichnung Corona-Virus
- Weitere Informationsmaterialien wie Pandemieplan
- FAQ der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Aktuelle Informationen des Robert Koch-Instituts zur Lage

www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Ihr zuständiges Gesundheitsamt

<https://tools.rki.de/PLZTool/>

Meldung von Verdachtsfällen

www.rki.de > Infektionskrankheiten A–Z > COVID-19
> Meldung von COVID-19-Verdachtsfällen