

KVH *journal*

SCHUTZWALL

*Wie sich Hamburger Praxen
gegen die Coronavirus-Pandemie aufstellten*



INFEKTPrAXEN

Ergänzung zum Arztruf Hamburg

SARS-COV-2

Wie aussagekräftig sind Antikörper-Tests?

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 6/2020 (Juni 2020)



Liebe Leserin, lieber Leser!

War das alles nötig gewesen? Der Diskurs über diese Frage wird den Sommer 2020 bestimmen. Die Hochrechnungen und Annahmen, die als Basis für die "Lock-down" genommen worden waren, werden mit Hochrechnungen und Annahmen widerlegt und bestätigt werden. Beides gleich falsch und gleich richtig. Ob das alles nötig war, werden wir niemals wissen.

So bleibt die Frage, was bleibt. Erinnern werden wir uns vor allem an Verunsicherung, Angst und eine kakophonische Sprachlosigkeit. Das vielgestaltige Nichtwissen der Wissenschaftler und in noch stärkerem Maße der handelnden Personen gebar absurde Blüten. Die permanente Korrektur des eben noch Gültigen mag ein wissenschaftlich probates Mittel sein. Sie sollte aber niemals Grundlage politischer Entscheidungen bilden. Leben ist mehr als bloße Statistik.

Wir werden Lehren ziehen müssen. Über unsere Art zu wirtschaften, über das rechte Maß, über die Rückkehr zu menschenangemessenen Dimensionen. Wir werden Vorsorge betreiben müssen, um nicht wieder mit hechelnder Zunge auf einem aus den Fugen geratenen Weltmarkt nach den letzten Masken, Kitteln und Arzneimitteln zu jagen. Wir werden die "Krisengewinnler" im Zaum halten müssen. Und wir müssen endlich das Problem der nosokomialen Infekte angehen – zu denen SARS-CoV-2 wohl gehören dürfte.

Aber wir dürfen auch zufrieden sein. Der glimpfliche Verlauf in Deutschland war nicht nur der Disziplin der Bevölkerung zu verdanken. Diszipliniert waren Italiener, Spanier und Franzosen in noch höherem Maße. Es war das System der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die die wichtigste Arbeit der Eindämmung geleistet haben: dezentral, flächendeckend, flexibel und effizient. So wurde die Flut gebrochen und kanalisiert, bevor sie in "Hotspots" wie Krankenhäuser schwappte. Eine These sei gewagt: Hätte es in den zentral gelenkten und auf Klinikstrukturen ausgerichteten Systemen in den südlichen Ländern eine ähnliche Versorgungsebene gegeben, die (Welt-)Geschichte hätte einen anderen Verlauf genommen.

Sie dürfen also stolz sein, am "Bollwerk" (Gesundheitsminister Jens Spahn) mitgearbeitet zu haben – und ein wenig dürfen Sie auch stolz sein auf "Ihre" KV. Die hat, so Alt-KV-Chef Dr. Wolfgang Wesiack, einen "tollen Job gemacht". Das nicht nachlassende Engagement der KV-Mitarbeiter, ihre Flexibilität, Nervenstärke und Einsatzbereitschaft waren wirklich beeindruckend. Sie gehören zu den Helden, die es nicht in Zeitungsspalten schaffen.

Doch unser System ist nicht selbstverständlich. Wir müssen es bewahren, pflegen und verteidigen. Gefahr droht nicht nur von Politikern und Krankenhausmanagern, denen die KV im Wege steht, sondern auch von innen: wenn das KV-System nicht mehr gelebt, nicht mehr wertgeschätzt wird. Dabei ist es ein Schatz. Nicht nur in der Krise.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

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



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt: Welche Auswirkungen hatte die Corona-Krise auf die Regelversorgung?
- 08_ Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zu Besuch in der KV Hamburg
- 10_ Infektpraxen: Ergänzung zum Arztruf
- 12_ Infektpraxen-Konzept in Hamburg
- 13_ Dialyse: Hausinterne Ansteckung vermeiden
- 15_ Radiologie: Regelversorgung aufrechterhalten
- 17_ Labordiagnostik im Ausnahmezustand

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 20_ Fragen und Antworten
- 23_ Heilmittel: AOK verzichtet auf Genehmigungsverfahren

**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.



HONORAR

- 22_** Umsetzung der Rettungsschirme für die Praxen
- 23_** Kurzarbeitergeld: Anträge von Vertragsarztpraxen werden im Einzelfall geprüft

QUALITÄT

- 24_** Anpassung der Ultraschall-Vereinbarung mit Änderung des EBM

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 25_** Heilmittel: AOK verzichtet auf Genehmigungsverfahren
- 26_** Viele Fragen zu berufsbedingten Masern-Impfungen

FORUM

- 33_** ÄrzteNetz Hamburg testet Mitglieder auf Coronavirus-Antikörper
DESY spendet Schutzvisiere

SELBSTVERWALTUNG

- 34_** Steckbrief: Dr. Harriet Wirkner-Frey



NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

- 28_** Antikörper-Tests bei COVID-19: Was uns die Resultate sagen

RUBRIKEN

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

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 23_** Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

- 27_** Zwischenruf
von Dr. Matthias Soyka

TERMINKALENDER

- 35_** Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 8 und 9: Marco Grundt; Seite 11: Michael Zapf; Seite 12: Marco Grundt; Seite 13: Ilona Habben; Seite 15: Marco Grundt; Seite 17 und 21: Felix Faller/Alinea; Seite 33: Desy / Marta Meyer; Seite 35: Michael Zapf, Melanie Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia; Icons: iStockfoto

Welche Auswirkungen hatte die Corona-Krise auf die Regelversorgung?



Dr. Behrus Subin

Kardiologe in Hamburg-Altstadt und
Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg im
Berufsverband der niedergelassenen Kardiologen (BNK)

Notwendiges wurde nicht aufgeschoben

Wir hatten in den vergangenen Monaten etwas weniger Patienten im CardioMed, doch ich denke nicht, dass notwendige Behandlungen aufgeschoben wurden. In einer Veröffentlichung des *Hamburger Abendblattes* habe ich als Hamburger Berufsverbandsvorsitzender der niedergelassenen Kardiologen an herzkranken Patienten appelliert, ihre Termine wahrzunehmen. Die Patienten sehen ja auch, dass die Praxen ihr Möglichstes tun, um das Infektionsrisiko zu senken. In unserer Praxis beispielsweise haben wir an den Untersuchungs- liegen verschiebbare Glasscheiben montiert, die während der Untersuchung vor das Gesicht des Patienten gezogen werden, den Brustbereich aber freilassen. Es ist uns gelungen, die Wartezimmer zu entleeren. Wer nicht gerade unmittelbar einen Termin hat, wird hinaus zum Spaziergehen geschickt – ins „Außenwartezimmer“ sozusagen. Vor allem in der Anfangszeit der Corona-Krise haben wir mit Patienten telefoniert, um eine gemeinsame Risikoabwägung zu treffen. **Die meisten herzkranken Patienten sehen es völlig realistisch: „Das Gefährlichste wäre, einen notwendigen Termin beim Kardiologen zu versäumen.“** ■



Dr. Stefan Renz

Kinder- und Jugendarzt in Eimsbüttel und Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)

Es ist ruhig in den Praxen

Donnerstag, 28. Februar 20:15 Uhr. Hörsaal des Kinder-UKE, etwa 70 Kinderärztinnen und -ärzte erwarten den Vortrag von Prof. Reinhard Berner, Infektiologe aus Dresden. Doch seit 20 Minuten ist etwas anders: Der erste Covid-19-Patient, ein Mitarbeiter der UKE Kinderklinik, ist in Hamburg positiv getestet worden.

Das Virus kann also jeden treffen. Daraus ergab sich: Wenn möglich in den Praxen in zwei getrennten Teams arbeiten. Nicht notwendige Termine wurden abgesagt, Einlass nur nach Anmeldung, jeder Patient wird bei uns an der Tür abgeholt, der automatische Türöffner ist deaktiviert.

Der BVKJ Hamburg hat eine Online-Tabelle aufgesetzt, in die alle Hamburger Praxen eintragen, ob sie arbeiten (grün), nur am Telefon (gelb) zu erreichen sind oder wegen Quarantäne geschlossen haben (rot). Außerdem gibt es je ein Feld, das zeigt ob ausreichend MFA und Schutzkleidung vorhanden sind. Das ist jederzeit von überall einsehbar. Zusammen mit den Kollegen aus Schleswig Holstein haben wir eine Messenger-Gruppe, in der tagesaktuell Themen (von Schutzkleidung über Kurzarbeitergeld bis zu wissenschaftlichen Publikationen) ausgetauscht und diskutiert werden.

Die Video-Sprechstunde ist besonders bei Hautausschlägen eine große Hilfe und wird sehr gut angenommen.

Im April 2020 hatten wir 30 Prozent weniger Fälle als im Vorjahr. Es ist in den Praxen im Moment ruhig, wir machen viele Vorsorgen, einige Kollegen haben viele abgesagt. Im Moment gibt es kaum fiebernde Kinder, das wird sich mit Öffnung der Kitas wieder ändern und eine große Herausforderung darstellen. Der September 2020 wird spannend! ■



Torsten Michels

Psychologischer Psychotherapeut in Harvestehude und Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)

Versorgung wird aufrechterhalten

Die vertragspsychotherapeutische Versorgung der Patientinnen und Patienten wird im Wesentlichen aufrechterhalten. Anfänglich war die Verunsicherung groß, aber über die Informationen der KV Hamburg, der Heilberufekammern und der Berufs- und Fachverbände haben sich die neuen Prozeduren gut etabliert. Videosprechstunden werden von etwa der Hälfte der Praxen genutzt. **In den ersten Wochen gingen Terminanfragen für Psychotherapie in der TSS aufgrund von Verunsicherung, ob der Zugang weiter erlaubt wäre, zurück. Patientinnen und Patienten erleben die Krise unterschiedlich. Manche fühlen sich in ihren Ängsten bestärkt und bedroht, andere erleben die Krise als Befreiung, da sie ihre Ängste mit vielen teilen können.** Ängste sind gesellschaftsfähiger geworden. Wieder andere arbeiten unverändert an ihren bereits vorher bestehenden psychischen Erkrankungen. Insgesamt zeigt sich, wie wichtig es für Patientinnen und Patienten gerade in dieser verunsichernden Zeit ist, den persönlichen Kontakt zu ihren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufrechterhalten und in die Praxen kommen zu können. ■

Jens Spahn zu Besuch in der KV Hamburg

Bundesgesundheitsminister würdigt die ambulante Versorgung als "Schutzwall gegen die Corona-Epidemie"



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (links) mit Dr. Björn Parey, dem stellvertretenden Vorsitzenden der KV-Vertreterversammlung, vor einem Einsatzwagen des „Arztruf Hamburg“



Besichtigung eines Raumes der Notdienstzentrale, in der Anrufe für den „Arztruf Hamburg“ eingehen und disponiert werden



Pressekonferenz mit KV-Chef Walter Plassmann, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und dem Vorsitzenden der KV-Vertreterversammlung Dr. Dirk Heinrich (v. l. n. r.)



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat am 17. April 2020 die KV Hamburg besucht, um sich über die Arbeit des „Arztruf Hamburg“ in der Corona-Krise zu informieren.

Auf dem Programm stand unter anderem die Besichtigung eines Notdienstesinsatzwagens und ein Besuch der Notdienstzentrale.

„Wir werten diesen Besuch auch als Anerkennung der Arbeit, die unsere Ärztinnen und Ärzte und die Mitarbeiter in den Praxen geleistet haben“, sagte der Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann. „Sechs von sieben Corona-Patienten werden in der ambulanten Versorgung behandelt“, so Plassmann. In Hamburg sei es der „Arztruf Hamburg“ gewesen, der einen großen Teil dieser Arbeit erledigt habe.

Auch Jens Spahn lobte ausdrücklich die Arbeit des „Arztruf Hamburg“. Man habe Verdachts-

Patienten in der Häuslichkeit aufsuchen und gegebenenfalls Abstriche vornehmen können. „Damit wurde das Infektionsrisiko für alle anderen Bürger reduziert“, so Spahn.

Die ambulante Versorgung bezeichnete Spahn als „ersten Schutzwall gegen die Corona-Epidemie“. „Dass sich die niedergelassenen Ärzte und die Praxismitarbeiter der Herausforderung gestellt haben, ist mit einer der Gründe, warum wir in Deutschland bis hierhin alles in allem gut durch die Krise gekommen sind“, sagte Spahn. Hier gebe es einen wichtigen Unterschied zu anderen Gesundheitssystemen: „Durch die gute ambulante Versorgung können sich die Krankenhäuser auf die schwereren Verläufe konzentrieren.“

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Hamburg, Dr. Dirk Heinrich, wies darauf hin, dass die Ärztinnen und Ärzte sowie

die Praxismitarbeiter „auch unter Inkaufnahme eines persönlichen Risikos“ ihre Aufgaben erfüllt hätten. Mittlerweile sei die Versorgung mit Schutzausrüstung in Gang gekommen.

„Die KV hat Aufgaben angepackt, für die sie eigentlich gar nicht gemacht ist“, so Heinrich. „Sie hat Material bestellt, Lager gemietet, Material an die Praxen ausgeliefert.“

Den Patientinnen und Patienten sagte Heinrich: „Nehmen Sie die Regelversorgung in Anspruch! Es gibt noch andere Krankheiten als COVID-19, und wir wollen nicht, dass dringende Behandlungen verschleppt werden.“

Die 100-jährige Selbstverwaltung habe sich in der Krise bewährt, die Praxen seien gut gerüstet. „Dieses System kann die Bewältigung der Krise leisten. Wir wollen das leisten und wir werden das leisten. Und darauf bin ich stolz.“ ■

VON DR. JANA HUSEMANN

Infektpraxen: Ergänzung zum Arztruf

Die „Praxis St. Pauli“ war eine von zehn über das Stadtgebiet verteilten Infektpraxen. Durch die separierte Behandlung von Covid-19-Verdachtsfällen sollte das Infektionsgeschehen eingedämmt und gleichzeitig die ambulante Versorgung der Patienten mit anderen Anliegen funktionsfähig gehalten werden.



Die KV Hamburg hat ein Konzept für Infektpraxen entwickelt, das nach Lockerung der Kontaktbeschränkungen einige Wochen lang umgesetzt wurde.

Die als Infektpraxen ausgewiesenen acht Hausarzt- und zwei HNO-Praxen fungierten als Anlaufstelle für Covid-19-Verdachtspatienten, die mobil waren und nicht vom Hausarzt versorgt werden konnten. Die Patienten konnten nicht unangemeldet in die Infektpraxen kommen, sondern mussten sich zwingend über die KV-Hotline einen Termin geben lassen. Im Fokus standen vor allem jüngere Menschen.

Ältere und immobile Patienten sollten durch den „Arztruf Hamburg“ zu Hause betreut werden.

ORGANISATION

Unsere Praxis liegt mitten auf St. Pauli und war Infektpraxis für den Innenstadtbereich. Die Praxis hat zwei Eingänge und kann in zwei getrennte Bereiche unterteilt werden, so dass ohne jedwede Begegnung zeitgleich Infekt-Verdachtsfälle und die Patienten mit anderen Anliegen behandelt werden können.

Schon seit Beginn der Pandemie bieten wir eine Infektsprechstun-

de an, die jeweils am Ende der Sprechzeit liegt, was unsere Patienten begrüßen, da die SARS-CoV-2-Verdachtsfälle von den anderen Patienten separiert werden.

So trugen unsere Patienten auch unter dem offiziellen Titel der Infektpraxis diese Trennung der Patientenströme mit und fanden sich rasch in die modifizierten Praxisabläufe ein.

Die meisten der SARS-CoV-2-Verdachtsfälle haben einen Hausarzt, und in einer idealen Welt würde dieser seine Infektpatienten selbst behandeln. Das ist aber nicht immer möglich, beispielswei-



Dr. Jana Husemann: "Im Rahmen der Infektpraxis haben wir etwa zwei Prozent der Patienten positiv getestet."

se wenn der Hausarzt selbst zur Risikogruppe gehört, wenn er nicht ausreichend Schutzkleidung hat oder wenn seine Praxis nicht die räumlichen Möglichkeiten bietet, die Patientenströme zu trennen. Somit war es auch eine Aufgabe der Infektpraxen, die hausärztliche Versorgung und den „Arztruf Hamburg“ zu entlasten und funktionsfähig zu halten.

BEHANDLUNG

Wenn Patienten als Verdachtsfälle zu uns kommen, untersuchen wir symptomadaptiert und entscheiden, ob ein Abstrich sinnvoll ist. Im

Rahmen der Infektpraxis war dies bei etwa 75 Prozent der Konsultationen der Fall.

Nach der Testung konnte der Patient mit einem Code das Ergebnis auf der KV-Homepage abrufen: Bei negativem Befund behandelte seine Hausärztin oder sein Hausarzt weiter, bei positiven Befund verordnete das Gesundheitsamt häusliche Quarantäne.

Benötigte der Patient während seiner Quarantäne ambulante spezialärztliche Versorgung, stand für ihn eine Struktur von COVID-Sprechstunden in ausgewählten Praxen zur Verfügung. Bei den Konsultati-

onen im Rahmen der Infektpraxis haben wir ungefähr zwei Prozent der Patienten positiv getestet.

Die Menschen in der Infektsprechstunde mit durchaus zu einer SARS-CoV-2-Infektion passenden Symptomen sorgen sich einerseits um ihre Gesundheit. Andererseits ist die diffuse Unsicherheit über den Shutdown samt sozialer und wirtschaftlicher Auswirkungen auch deutlich zu spüren. ■

DR. JANA HUSEMANN

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Mitinhaberin der Praxis St. Pauli

Infektpraxen-Konzept in Hamburg

Die KV Hamburg hat in Abstimmung mit der Gesundheitsbehörde ihr Instrumentarium für die Abwehr von SARS-CoV-2-Infektionen erweitert.



Pressekonferenz zur Vorstellung des Infektpraxen-Konzepts in Hamburg am 20. April 2020: Dr. Dirk Heinrich (Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg), Cornelia Prüfer-Storcks (Gesundheitssenatorin Hamburg) und Walter Plassmann (Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg)

Um auf eine mögliche Zunahme von Infektionen nach Lockerung der Kontakteinschränkungen vorbereitet zu sein, hat die KV Hamburg in Abstimmung mit der Gesundheitsbehörde ein Infektpraxen-Konzept entwickelt.

Zehn große, für die Patienten gut zu erreichende Praxen wurden ausgesucht, um die Aufgaben einer Infektpraxis zu übernehmen. Es handelte sich um acht Hausarztpraxen und zwei HNO-Praxen, die über das ganze Stadtgebiet verteilt waren. In den Infektpraxen wurden Covid-19-Verdachtsfälle diagnostiziert und getestet – räumlich getrennt vom regulären Versorgungsbetrieb (siehe Seite 8).

Im Mai ging die Inanspruchnahme der Infektpraxen zurück, daraufhin wurde das Projekt vorerst beendet. Bei Bedarf kann die Infektpraxen-Struktur jederzeit und kurzfristig wieder „hochgefahren“ werden. ■



VON PRIV.-DOZ. DR. NORBERT RICHARD BRAUN

Hausinterne Ansteckung vermeiden

Hamburgs Nephrologen haben sich in einem Netzwerk zusammengeschlossen, um die Versorgung von Dialysepatienten während der Corona-Krise zu koordinieren. In einer Kooperation des MVZ Diaverum Alter Teichweg mit einer Hamburger Klinik wurde ein ambulant-stationäres Behandlungskonzept umgesetzt, das spezielle Räume und Behandlungsteams für Infizierte vorsieht.

Bereits im Februar 2020 war klar: Das neue Coronavirus wird auch nach Hamburg kommen. Und die Hamburger Nephrologen werden früher oder später vor der Frage stehen, wie man unter den Bedingungen eines SARS-CoV-2-Ausbruchs die Versorgung von Dialysepatienten organisieren kann.

Dialysepatienten sind besonders gefährdet – nicht nur, weil sie abwehrgeschwächt und oftmals chronisch erkrankt sind, sondern auch, weil sie nicht zu Hause bleiben können, um sich vor Ansteckung zu schützen. Sie müssen drei Mal pro Woche zur Behandlung ein Dialysezentrum aufsuchen. Das sorgt auch für Schwierigkeiten, wenn sie infiziert, aber nicht krankenhauspflchtig sind: Man kann sie nicht einfach in häusliche Quarantäne stecken.

Um das zu diskutieren und Informationen über Behandlungs- und Personalkapazitäten auszutauschen, schlossen sich Vertreter der Nephrologie in Hamburg zu einem informellen Netzwerk zusammen. Die Gründungsteilnehmer waren Prof. Dr. Tobias B. Huber und Priv.-Doz. Dr. Florian Grahammer vom UKE, Prof. Tobias Meyer vom AK Barmbek



Leitung des MVZ Diaverum Alter Teichweg (v. links): Lars Pfüßenreuter, Leonetta Kirchhoff-Yüksel, PD Dr. Norbert Braun

sowie Dr. Kai von Appen und ich für die Praxen und Versorgungszentren.

Das AK Barmbek, das AK Harburg und das UKE erklärten sich dazu bereit, die Versorgung von infizierten Dialysepatienten schwerpunktmäßig zu übernehmen und entsprechende Bereiche auf Station einzurichten. In der Schön-Klinik Eilbek ließen wir zwei Räume zu Isolationsdialyse-Zimmern umbauen, die von uns – einem Team des MVZ Diaverum Alter Teichweg – betreut werden. Klinikleiterin Dr. Julia Nolte

und Chefarzt Prof. Dr. Götz von Wiechert waren mit dem Projekt sofort einverstanden: Es ging darum, eine Struktur zu schaffen, in der infizierte Dialysepatienten aus einer Hand stationär und ambulant behandelt werden können.

Wir nahmen Kontakt zu Transportunternehmen auf, um Isolationstransporte von Dialysepatienten zu den ambulanten Einrichtungen zu organisieren. Und wir richteten in unserem MVZ am Alten Teichweg eine ambulante Isolationsdialyse-

Station ein, die völlig abgetrennt ist von den übrigen Behandlungsräumen und über einen eigenen Zugangsweg verfügt. Infizierte Patienten gelangen über den Hinterhof auf das Gelände und fahren mit einem Lasten-Fahrstuhl in den ersten Stock zur Station, so dass sie keinem anderen Patienten begegnen. Die Station war fertig eingerichtet, bevor die ersten COVID-Patienten zu uns kamen.

Uns war wichtig, das „Traffic Control Bundling“ umzusetzen – ein Konzept, das während des SARS1-Ausbruchs in Asien vor zwei Jahren entwickelt wurde. Demnach werden infizierte Patienten strikt von nicht-infizierten Patienten getrennt. Außerdem werden die infizierten Patienten von anderen medizinischen Teams behandelt als die nicht-infizierten Patienten. Deshalb haben mein Team und ich seit Beginn der Krise nur COVID-Patienten behandelt – auf der Station in der Schön-Klinik und bei uns im MVZ.

Tägliche Videokonferenzen mit den deutschen Diaverum Kollegen, unter anderem aus dem „Hotspot“ Heinsberg, halfen, Informationen zum Umgang mit der Situation effizient auszutauschen und schnell voneinander zu lernen. Über den besten Schutz von Dialysepatienten haben wir uns zudem per E-Mail von Kollegen aus Wuhan informiert, zu denen wir Kontakt über nephrologische Fachgesellschaften bekommen hatten. Ein weiterer Ansprechpartner für unsere Fragen war das Team von Prof. Dr. Giuseppe Remuzzi, Leiter des Mario Negri Institute for Pharmacological Research und Dialyse in Bergamo, mit dem ich im Rahmen der Evidenzbasierten Medizin zusammenarbeite. Die norditali-

enische Stadt Bergamo war sehr früh und massiv von der Coronavirus-Welle betroffen. Ein Hauptproblem in Wuhan und in Bergamo war offenbar, dass die Übertragung des Virus häufig innerhalb der Einrichtungen stattfand. Während der Inkubationszeit und danach kann das medizinische Personal symptomfrei sein, aber dennoch das Virus in sich tragen und verbreiten. Indem man die Patientengruppen trennt und sie jeweils durch gesonderte Teams versorgt, kann man das Risiko einer hausinternen Übertragung minimieren.

Das Konzept ist personalintensiv und lässt sich nicht überall umsetzen. Uns half, dass sich ein Dutzend Medizinstudenten des UKE kurzfristig bereit erklärt hatten, in einer außerplanmäßigen Famulatur auf unserer Station im Alten Teichweg die Techniken der Dialysebehandlung zu erlernen, um im Bedarfsfall das Pflegepersonal zu unterstützen.

Wir haben mit dem „Traffic Control Bundling“ sehr gute Erfahrungen gemacht. In einer Dialyseeinheit in Wuhan, die ihre Daten veröffentlicht hat, lag die Infektionsrate unter den Patienten bei 16 Prozent. Bei uns beträgt die Infektionsrate bisher sechs Prozent.

Dem Diaverum-Konzern, zu dem das MVZ Alter Teichweg gehört, muss ich ein Lob aussprechen. Das Unternehmen hat uns schnell und verlässlich mit Masken, Einweghandschuhen und wasserdichten Schutzkitteln ausgestattet. Außerdem können sich die Mitarbeiter auf Betriebskosten testen lassen, ob sie SARS-CoV-2-positiv sind. Hier ist es ein besonderer Vorteil, mit einem internationalen Konzern zusammenzuarbeiten.

Ein Großteil der infizierten Dialysepatienten in Hamburg, die ambulant versorgt werden können, erhält ihre Blutwäsche auf unserer Isolationsstation im Alten Teichweg. Das MVZ ist groß, schon deshalb konzentrieren sich die Patienten bei uns. Außerdem betreuen wir den Bezirk Wandsbek, wo nach inoffiziellen Angaben die höchste Anzahl COVID-19 Patienten in Hamburg gezählt wurde. Daneben werden infizierte Dialysepatienten, die aus den Krankenhäusern entlassen werden können, auf unserer ambulanten Isolationsstation weiterbehandelt.

Dennoch können alle nephrologischen Praxen und MVZ in Hamburg entweder am eigenen Standort oder in Kooperation mit benachbarten Einrichtungen Isolationsdialyseplätze für SARS-CoV-2-positive Patienten anbieten. Die Zusammenarbeit mit den anderen Dialyse-Versorgungseinheiten im ambulanten und stationären Bereich ist exzellent. Im Netzwerk findet ein täglicher Informationsaustausch über Behandlungs- und Personalkapazitäten statt. Als auf dem Höhepunkt der Ansteckungswelle an manchen Orten die Osmose-Geräte für die Erbringung von Dialyseleistungen knapp zu werden drohten, half man sich gegenseitig aus. Über alle Krankenhäuser und ambulanten Einrichtungen hinweg war die Versorgung von infizierten Dialysepatienten in Hamburg bisher jederzeit bestens sichergestellt. ■

PRIV. DOZ. DR. NORBERT RICHARD BRAUN

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

VON DR. MARTIN SIMON

Radiologie: Regelversorgung aufrechterhalten

Die ambulante Versorgung an den Standorten der Radiologischen Allianz läuft auch in Zeiten der SARS-CoV2-Pandemie unter verschärften Sicherheitsbedingungen, aber ansonsten beinahe normal weiter.

Als Ende Februar die ersten COVID-Fälle in Hamburg gemeldet wurden, hat die Radiologische Allianz unverzüglich einen eigenen Krisenstab eingerichtet. Daran beteiligt sind alle Praxisbereiche: Mitglieder der ärztlichen Geschäftsführung und Gesellschafter, Mitarbeiter der Praxisorganisation und medizinisch-technische Mitarbeiter. Diese rasche Bündelung hat die Kommunikation und Entscheidungsfindung innerhalb der Radiologischen Allianz, die insgesamt 13 ambulante Standorte mit mehr als 60 Ärzten umfasst,

sehr erleichtert und optimiert. Neben der ambulanten Versorgung sind Kooperationen mit regionalen Krankenhäusern wichtiger Bestandteil der Arbeit.

Unsere Standorte haben unterschiedliche Schwerpunkte. Ein besonderes Augenmerk legten wir bei den Diskussionen und Planungen natürlich auf die Versorgung unserer onkologischen Patienten. Sie gehören zur Risikogruppe, doch es gibt wenig Spielraum, ihre Termine zu streichen oder in die Zeit nach der Coronavirus-Krise zu verschieben. Die Diagnostik

und Bestrahlung muss weiterlaufen – und dafür braucht es verlässliche Schutzmaßnahmen.

Der Terminplan für unsere Praxen wurde gelockert, um zusätzliche Putz- und Desinfizierphasen zu integrieren. Auf den Empfangstresen wurden bereits Mitte März Schutzwände aus Plexiglas aufgestellt. Es gibt definierte Abstandsbereiche. In den Wartebereichen stehen die Stühle weit auseinander. Patienten, die Symptome einer möglichen Infektion zeigen oder mit Infizierten Kontakt hatten, sollen sich vorab telefonisch melden, um abzuklären, ob eine Untersuchung möglich und nötig ist. Jeder, der zur Untersuchung kommt, muss anhand eines Formulars Angaben zu Symptomen, möglichen Kontakten und initial auch Aufenthalt in Risikogebieten machen. Diese Maßnahme wurde eingeführt, damit Patienten bewusster mit der Situation umgehen, sich selbst als möglichen Verdachts- oder Risikofall einschätzen und diese Information nicht verschwiegen bleibt, vielleicht aus der Sorge, dass der aktuelle Termin abgesagt wird und sie beispielsweise trotz starker Rückenschmerzen lange keinen neuen bekommen. Diese Sorge ist verständlich, aber unbegründet, da wir alle Anstregun-



Dr. Martin Simon (rechts) und Dr. Robert L. Duschka, niedergelassene Radiologen, in der von ihnen ärztlich geleiteten Radiologieabteilung des Diakonieklinikums Hamburg

gen unternehmen, die Versorgung weiterhin zu sichern.

In der Anfangsphase des Shutdown gab es auch Patienten, die sich kaum mehr auf die Straße trauten. Tumorpatienten, die im Verlauf ihres Therapieschemas untersucht werden mussten, ließen aus Angst vor einer Ansteckung ihre Termine verstreichen. Andere nahmen fälschlicherweise an, dass auch Arztpraxen geschlossen sind, weil zunächst vielleicht nicht klar kommuniziert wurde: „Zum Arzt dürfen sie weiterhin gehen!“

Wir versuchen, über Social Media und über unsere Website mit regelmäßigen Updates Klarheit zu schaffen und um Vertrauen zu werben: „Unsere Praxen sind geöffnet. Unsere Empfänge und Wartezimmer sind etwas umgestaltet, und auch die Zeitschriften sind aus Hygienegründen aktuell nicht verfügbar. Desinfektionsmittel steht selbstverständlich für Sie bereit. Wir tun alles, um Infektionsketten für Sie und unsere Mitarbeiter zu unterbrechen und Ihnen auch gerade jetzt sicher und problemlos Ihre Untersuchungen und Therapien zu ermöglichen.“

Dass die Gesichter von Ärzten und Patienten nun teilweise durch Masken verdeckt werden, ist bei Gesprächen eine Herausforderung – besonders, wenn ein Tumor erstmals diagnostiziert wird oder sich ein Krankheitsbild verschlechtert hat. Man ist bei Arzt-Patienten-Gesprächen immer auch auf Gestik und Mimik angewiesen. Mit Maske im Gesicht ist es für beide Seiten schwieriger einzuschätzen, in welchen Nuancen das Gegenüber reagiert.

Am Standort Hohe Weide versorgen wir seit zehn Jahren auch die

stationären Patienten des Agaplesion Diakonieklinikums: Dem Klinikum ist das KAIFU Ärztehaus angegliedert. Es gibt einen Praxisbereich und einen Krankenhausbereich, der zu Teilen auch ambulant genutzt wird. Dr. Robert Duschka und ich betreuen hier mit weiteren Ärzten unseres Teams die radiologische Versorgung der stationären und an das Krankenhaus angegliederten Patienten. Als es im Krankenhaus die ersten COVID-Fälle gab, wurde die Versorgung von Infizierten von der Versorgung von Nicht-Infizierten getrennt. Für infektiöse Patienten, die über die Notaufnahme kommen, sind eigene Zugangswege geschaffen worden. Und es gibt spezielle Infektionsbereiche und einen eigenen „Corona-Röntgenraum“, der nahe an der Notaufnahme liegt. Die Mitarbeiter sind geschult und mit Schutzkleidung ausgerüstet, so dass infektiöse Patienten dort reibungslos versorgt werden können und insbesondere die Röntgenassistenten bei der Untersuchung geschützt sind.

Ob der eingespielten und vertrauten Kooperation mit dem Diakonieklinikum und seiner Notaufnahme (Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Andreas de Weerth) können wir auch in Krisenzeiten weiterhin eine wichtige Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung schaffen. Am Standort Hohe Weide / Diakonieklinikum können wir unseren Patienten die aktuell von einer Corona-Infektion betroffen aber nicht stationär sind, unaufschiebbare Untersuchungen ermöglichen. Insbesondere bei diesen Patienten ist eine rasche Befundkommunikation und Besprechung des weiteren Vorgehens mit dem zuweisenden

niedergelassenen Kollegen für uns selbstverständlich.

Die weitere ambulante radiologische Versorgung Hamburgs und den Versorgungsbetrieb an den anderen Standorten der Radiologischen Allianz normal weiterlaufen zu lassen und auch in Krisenzeiten sicherzustellen, ist unser selbstverständlicher Anspruch. Ohne ein ausreichendes ambulantes Angebot würde es wohl zu unnötigen Besuchen in der Notaufnahme kommen und die Krankenhäuser gerade jetzt an falscher Stelle überlasten.

Um verlässliche Versorgungsstrukturen für SARS-CoV-2 positive Patienten zu schaffen, hat die KV Hamburg über die Einrichtung von Infektpraxen hinaus das Konzept der COVID-Sprechstunden entwickelt. Wenn ein Hausarzt beim Besuch eines Infizierten in häuslicher Quarantäne feststellt, dass fachärztliche Expertise erforderlich ist, stellt er eine spezielle Überweisung aus. Daraufhin kann sich der Patient über die Telefonnummer 22 802 920 für eine COVID-Sprechstunde beim Facharzt anmelden. Dort hin gebracht wird er mit einem vom Hausarzt veranlassten Krankentransport. Bisher haben wir zwei solche Patienten überwiesen bekommen – und dieser Behandlungsweg wird wohl eine seltene Ausnahme bleiben. Doch wir sind für die Versorgung solcher Fälle selbstverständlich vorbereitet. ■

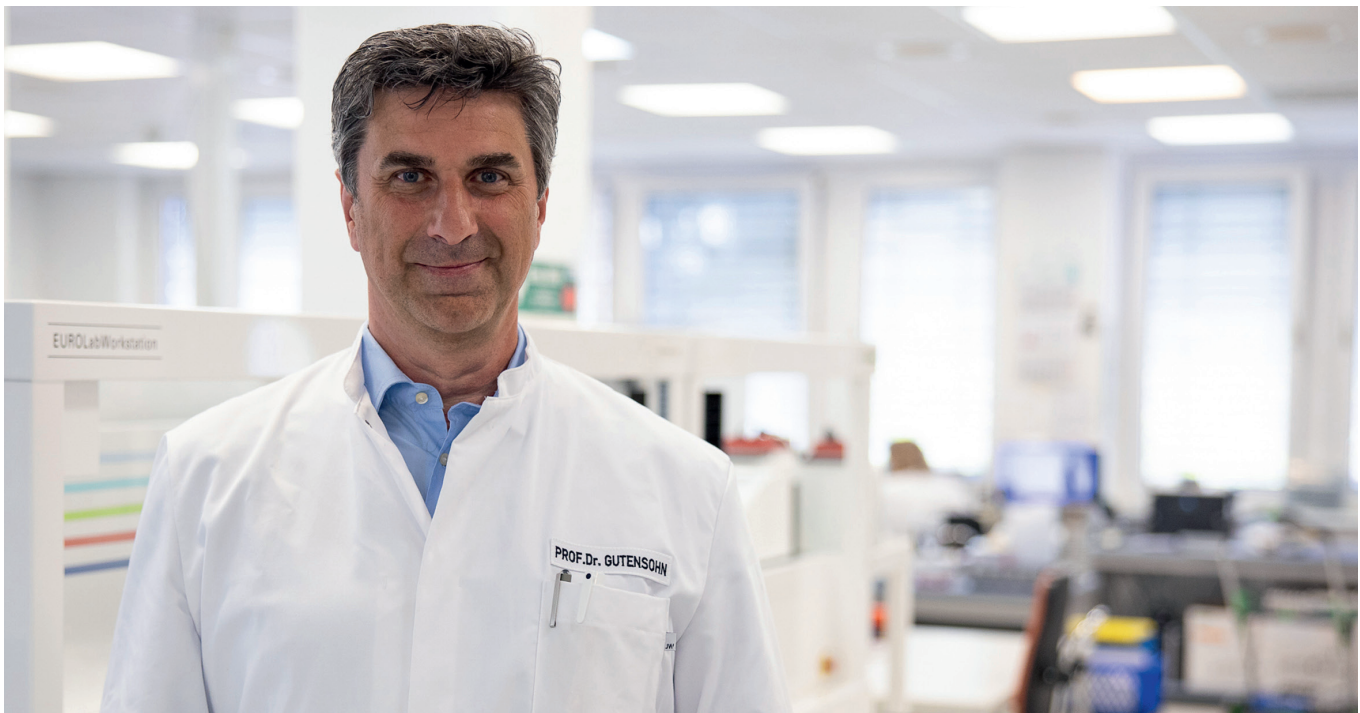
DR. MARTIN SIMON

Gesellschafter der Radiologischen Allianz und Ärztlicher Leiter der Radiologie im Diakonieklinikum Hamburg

VON PROF. DR. KAI GUTENSOHN

Labordiagnostik im Ausnahmezustand

Das aescuLabor musste sich umstrukturieren, um den Anforderungen während der Coronavirus-Krise gerecht zu werden. Ein Schwerpunkt der Arbeit ist die PCR-Analytik – und in zunehmendem Maße der Nachweis von Antikörpern gegen SARS-CoV-2.



Prof. Dr. Kai Gutensohn, Geschäftsführer und Ärztlicher Leiter des aescuLabor Hamburg

Nach den Frühjahrsferien Mitte März änderten sich die Arbeitsanforderungen im aescuLabor Hamburg rapide. Weil Praxen ihr Sprechstundenvolumen reduzierten und Krankenhäuser elektive Behandlungen und Operationen absagten, brachen die Aufträge für Routine-Diagnostik um bis zu 30 Prozent ein. Auf der anderen Seite stieg die Nachfrage nach PCR-Nachweisen

des SARS-CoV-2 so stark an, dass wir einen Schichtbetrieb aufbauen mussten. Unser Labor war das erste in Hamburg, das den PCR-Nachweis des SARS-CoV-2 führen konnte. Orientiert an den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation hatte unser Virologe Prof. Heinz-Hubert Feucht ein Verfahren etabliert, das zusammen mit dem UKE validiert worden war. Das größte Problem war zu-

nächst der stockende Nachschub an Reagenzien und Testmaterialien. Wir mussten eine Situation managen, die wir so noch nie zuvor erlebt haben. Der Einkaufsbereich unserer Unternehmensgruppe stand in ständigem Austausch mit den Herstellern, um Material zu besorgen. Mittlerweile hat sich die Situation entspannt. Selbst wenn die Anzahl der Abstriche wie vom Gesetzgeber vorgesehen

massiv ausgeweitet werden sollte, wären die dafür nötigen Kapazitäten für Testauswertungen in den deutschen Fachlaboren vorhanden.

Die Aufträge für PCR-Testauswertungen kommen einerseits aus dem vertragsärztlichen Bereich – von Praxen sowie beispielsweise von Abstrichzentren in Schleswig-Holstein. Auch Kliniken schicken Proben ein – für ihre Patienten oder ihr Personal.

Momentan gibt es auch viele Anforderungen aus Pflegeeinrichtungen, wo wir einen großen Anteil positiver Fälle sehen.

Abstriche für PCR-Tests werden aus Rachen oder Nase entnommenen.

Sobald die Proben von den Fahrern ins Labor gebracht worden sind, durchlaufen sie eine erste Qualitätskontrolle. Dann werden sie dem jeweiligen Laborbereich zugeordnet. Man isoliert RNA aus den Proben, bildet daraus DNA und führt die Polymerase-Kettenreaktion durch (englisch: polymerase chain reaction, kurz: PCR), um das Erbgut des Erregers durch Vervielfachung sichtbar zu machen. Das Ergebnis wird zunächst durch medizinisch-technisches Personal freigegeben und anschließend durch ärztliches Personal bewertet und kommentiert. Ist der Test positiv ausgefallen, wird umgehend die behandelnde Einrichtung und das Gesundheitsamt benachrichtigt.

In der Regel ist das Ergebnis des Tests nicht schwierig zu interpretieren. Es gibt aber durchaus Einschränkungen. Weltweit wird über falsch negative Ergebnisse im Bereich von etwa 10 Prozent berich-

tet. Grund dafür ist vermutlich, dass Abstriche mangelhaft durchgeführt werden – oder zu spät. Wenn mehr als 10 Tage seit der Infektion vergangen sind, wird es schwieriger, das Erbgut des Virus in einem aus Rachen oder Nase genommenen Abstrich nachzuweisen. Falsch positive Ergebnisse kommen beim PCR-Test praktisch nicht vor.

Wegen der großen Nachfrage nach PCR-Nachweisen mussten wir einen Schichtbetrieb aufbauen.

Zu einem weiteren Schwerpunkt unserer Arbeit werden die Antikörper-Tests auf SARS-CoV-2. Ab der zweiten, besser ab der dritten Woche nach der Infektion können bei einem Patienten viruspezifische Antikörper im Blut aufgespürt werden. Diese Antikörper-Tests weisen nicht das Virus selbst, sondern die Reaktion des Immunsystems auf das Virus nach. Die Tests sind neu, und über ihre Aussagekraft wird viel diskutiert. Bei der Interpretation der Ergebnisse medizinischer Tests spielen nicht nur die Sensitivität und Spezifität des Tests eine Rolle, sondern auch die Prävalenz – also die Frage, wie häufig die Erkrankung in der getesteten Gruppe auftritt. Ungezielt „gesunde“ Gruppen der Bevölkerung, wie beispielsweise Blutspender, zu testen, macht wenig Sinn. Doch wenn man gezielt testet – beispielsweise Personen mit Symptomatik, Pflegepersonal, medizinisches Personal,

Mitarbeiter der kritischen Infrastruktur wie Polizei und Feuerwehr –, wird die Aussagekraft des Tests deutlich erhöht.

Selbstverständlich hat die COVID-19 Pandemie auch Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation innerhalb des aescuLabors. Wir haben konsequent Maßnahmen ergriffen, um die Ansteckungsgefahr für die Mitarbeiter zu reduzieren. In der Molekularbiologie, wo die PCR-Analytik durchgeführt wird, müssen an den Arbeitsplätzen Masken und Schutzbrillen getragen werden. Es gelten die bekannten Hygiene- und Abstandsregeln. Der Zugang zu den Laboren ist eingeschränkt. Nur dort beschäftigte Mitarbeiter und strukturelle Personen, zum Beispiel Techniker, dürfen diese Räume betreten. In vielen Bereichen konnten wir die Teams aufteilen. Die eine Hälfte arbeitet beispielsweise morgens, die andere Hälfte nachmittags – möglichst, ohne sich zu begegnen. Sollte ein Mitarbeiter infiziert werden, könnten wir dessen Gruppe isolieren und hätten immer noch ein Backup-Team, das mit den Aufgaben vertraut ist und fachkundig weiterarbeiten kann. Wir hoffen, auf diese Weise die Funktionalität des Labors und die Versorgung der Patienten mit Laboranalytik während der Coronavirus-Krise kontinuierlich gewährleisten zu können. ■

PROF. DR. KAI GUTENSOHN
Geschäftsführer und Ärztlicher Leiter des aescuLabor Hamburg

wir
regulieren
ihren

[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

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

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

FORMULARE

Wir haben gehört, dass das Muster 61 (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) aktualisiert wurde. Wurde für das neue Muster eine Stichtagsregelung ausgesprochen? Welche Änderungen bringt das neue Muster mit sich?

Seit dem 1. April 2020 gilt das neue Muster 61. Falls noch das alte Formular in der Praxissoftware hinterlegt ist, dürfen Ärzte und Psychotherapeuten dieses noch bis zum 30. Juni 2020 weiterverwenden.

Im neuen Formular können Vertragsärzte und -psychotherapeuten ankreuzen, dass sie einem pflegenden Angehörigen eine stationäre Reha verordnen. In diesem Fall ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ausnahmsweise nicht zu beachten. Der Rechtsanspruch wurde 2019 mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz geschaffen.

Zudem können sich pflegende Angehörige wünschen, dass der Pflegebedürftige während der Rehabilitation in ihrer Reha-Einrichtung betreut wird oder in einer anderen Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege). Die gewünschte Versorgungsform kreuzen Ärzte ebenfalls auf Muster 61 an.

Wenn der Pflegebedürftige nicht mit aufgenommen werden kann, muss die Kranken- oder Pflegekasse seine Betreuung für die Zeit organisieren, in der der pflegende Angehörige in der Reha-Einrichtung ist. Sprechen medizinische Gründe gegen die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen, geben Ärzte diese unter „Sonstiges“ an. Dies kann etwa bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen des pflegenden Angehörigen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Reha-Prognose notwendig erscheint.

ABRECHNUNG

Ich bin Kinderarzt. Ein Kollege sagte mir, dass ich unter bestimmten Umständen zur Abrechnung der GOP 01799 EBM (Beratung einer Schwangeren) berechtigt bin. Stimmt das?

Ja, seit dem 2. Quartal 2020 können Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die von anderen Ärzten (i. d. R. Frauenärzten) für die Beratung einer Schwangeren nach pränataldiagnostischen Maßnahmen mit pathologischem Befund (Annahme einer körperlichen oder geistigen Schädigung der Gesundheit des Kindes) hinzugezogen werden, die GOP 01799 EBM in Ansatz bringen. Die Leistung ist mit 65 Punkten (ca. 7 Euro) bewertet und kann je vollendete 5 Minuten bis zu viermal im Behandlungsfall in Ansatz gebracht werden. Die Vergütung erfolgt außerhalb des Budgets.



STRUKTURZUSCHLÄGE

Ich bin psychologische Psychotherapeutin. Ich habe gelesen, dass wir von der KV nun sogenannte Strukturzuschläge erhalten. Seit wann gibt es den Strukturzuschlag?

Rückwirkend zum 1. Januar 2020 hat der Bewertungsausschuss die Bewertung der Strukturzuschläge für psychotherapeutische Einzeltherapien, Gruppentherapien und Sprechstunden sowie Akutbehandlungen im EBM um circa 4,3 Prozent erhöht. Psychotherapeuten erhalten die Strukturzuschläge zu ihren Leistungen, wenn sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl von antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen, psychotherapeutischen Sprechstunden, Akutbehandlungen und bestimmter neuropsychologischer Leistungen abrechnen. Die GOP 35571, 35572 und 35573 EBM werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg automatisch zugesetzt.

VIDEOSPRECHSTUNDE

Ich habe heute im Rahmen der Videosprechstunde einen neuen Patienten betreut. Ich habe gehört, dass ich bei diesem Patienten die GOP 01444 EBM abrechnen darf. Stimmt das?

Die extrabudgetär vergütete GOP 01444 EBM ist ein Zuschlag zur Versicherten- und Grundpauschale für Patienten, die noch nie oder nicht im laufenden bzw. Vorquartal in der Praxis behandelt wurden. Bezahlt wird der Aufwand der Authentifizierung, da die Stammdaten der elektronischen Gesundheitskarte nicht automatisch erfasst werden können.

Die GOP 01444 wurde für zwei Jahre befristet in den EBM aufgenommen. Anschließend sollen neue technische Verfahren den Zusatzaufwand zur Authentifizierung in der Praxis obsolet machen.

IMPFUNG

Wann ist eine Impfung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse möglich?

In der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) ist der Leistungsanspruch des gesetzlich Versicherten für Schutzimpfungen geregelt. Der Bundesausschuss entscheidet über Voraussetzungen, Art und Umfang dieses Leistungsanspruchs auf Basis der Impfpfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch Institut. Siehe: www.rki.de

Die Schutzimpfungsvereinbarungen, die die KV Hamburg mit den Kassen abgeschlossen haben, regeln die Höhe der Vergütung für diese Schutzimpfungen und die abzurechnenden Symbolnummern.

Auf unserer Homepage finden Sie entsprechende Übersichten, die als Arbeitshilfen für die Praxis gedacht sind, sowie einen Weblink zur Schutzimpfungs-Richtlinie: www.kvhh.de → **Verordnung → Schutzimpfungen**

Die KV Hamburg hat zudem Zusatzvereinbarungen zu den Schutzimpfungen mit einigen Kassen verhandeln können. Eine Übersicht finden Sie ebenfalls auf unser Homepage: www.kvhh.de → **Verordnung → Schutzimpfung** → „Übersicht zu den Zusatzvereinbarungen von Schutzimpfungen (Reiseimpfungen)“

Infocenter Tel: 22802-900



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

VON WALTER PLASSMANN

Rettungsschirme für die Praxen aufgespannt

Vertreterversammlung und Vorstand haben Regeln zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben festgelegt

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg und der Vorstand haben mit Beschlüssen die Umsetzung der „Rettungsschirme“ für die Quartale 1 und 2/2020 abschließend vorbereitet.

Gemäß der gesetzlichen Regelung wird im extrabudgetären Bereich ein Rückgang des Honorarumsatzes auf 90 Prozent des Vorjahresumsatzes ausgeglichen. Das hierfür notwendige Geld müssen die Krankenkassen zusätzlich bereitstellen.

Unter den „EGV-Umsatz“ fallen alle Leistungen, die aufgrund gesetzlicher oder vertraglicher Regelungen außerhalb des Budgets gezahlt werden, aber nicht diejenigen Leistungen, die aufgrund solcher Bestimmungen oder aufgrund von Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) zwar zu 100 Prozent ausgezahlt werden, rechtlich aber dem Budgetbereich angehören. Hierzu zählen beispielsweise Notdienst-Leistungen oder die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Im budgetierten Bereich hat die Vertreterversammlung die Interventionsgrenze auf 60 Prozent (Hausärzte) bzw. 80 Prozent (Fachärzte) festgelegt. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass der Abstand

zwischen dem gemäß der Hamburger Gebührenordnung angeforderten Honorar und den tatsächlich zur Verfügung stehenden Mitteln sehr groß ist. Es musste also ein Kompromiss zwischen einer möglichst hohen Auszahlung für erbrachte Leistungen und einem Ausgleich für stark zurückgegangene Umsätze gefunden werden.

Da der Patientenrückgang im fachärztlichen Bereich stärker sein dürfte als im hausärztlichen, wurden die Interventionsgrenzen unterschiedlich festgelegt.

Die Abrechnung für die Quartale 1 und 2/2020 läuft demnach wie folgt ab: Zunächst wird die Abrechnung nach den Bestimmungen des HVM durchgeführt.

Dann wird das Honorar im budgetierten Bereich mit dem entsprechenden Honorar des Vorjahresquartals verglichen. Liegt dieses bei oder über 60 bzw. 80 Prozent des Vorjahres, wird die Abrechnung ganz normal nach HVM durchgeführt.

Für die Praxen, deren Abrechnung unter dieser Grenze liegt, wird das Honorar auf diese Grenzen (60 Prozent Hausärzte, 80 Prozent Fachärzte) aufgestockt. Mit den verbleibenden Finanzmitteln

im Budget werden anschließend die das ILB übersteigenden Leistungsanforderungen bezahlt.

Sollten auch diese zu 100 Prozent bezahlt werden können und noch immer Finanzmittel vorhanden sein, werden diese dazu herangezogen, die Ausgleichsquoten zu erhöhen. Damit wird sichergestellt, dass die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte budgetierte Gesamtvergütung auch komplett abgerufen werden kann.

Die dargestellten Regelungen werden von Amts wegen vorgenommen, es müssen keine Anträge gestellt werden. Die KV Hamburg will zudem trotz der deutlich komplexeren Anforderungen einen einheitlichen Abrechnungsbescheid erlassen, in dem alle HVM- und Rettungsschirm-Regelungen berücksichtigt werden. Hierzu gehören auch die TSVG-Regelungen, insbesondere die Bereinigung, die für die ersten Konstellationen (vor allem die Terminvermittlung über die TSS) ab dem 12. Mai 2020 ausläuft.

Auswirken werden sich zudem die EBM-Änderungen zum 1. April 2020 und die Extra-Budgetärstellung der „Corona-Fälle“ in beiden Quartalen. Schlussendlich ist im HVM der KV Hamburg eine



Kurzarbeitergeld: Anträge von Vertrags- arztpraxen werden im Einzelfall geprüft

Auch Vertragsärzte und -psychotherapeuten können grundsätzlich Kurzarbeitergeld erhalten. Nach einer Intervention der KBV hat die Bundesagentur für Arbeit mitgeteilt, dass Anträge auf Kurzarbeitergeld in Vertragsarztpraxen im Einzelfall geprüft werden.

Zuvor hatte die Bundesagentur für Arbeit die Auffassung vertreten, die Praxen würden bereits vom durch den Bundestag beschlossenen Covid-19-Schutzschirm profitieren und hätten deshalb grundsätzlich keinen Anspruch auf Kurzarbeitergeld. Die Ärzteschaft hatte gegen diese Auffassung protestiert – und war damit erfolgreich.

„Unter den vom Bundestag beschlossenen vertragsärztlichen Schutzschirm fallen nur Umsätze aus der Tätigkeit innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung“, sagte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV. „Nicht darunter fallen Einnahmen beispielsweise aus privatärztlicher oder arbeitsmedizinischer Tätigkeit. Diese Leistungen stellen in vielen Praxen durchaus einen hohen Anteil dar. Trotz des Schutzschirms könne es daher Einnahmeverluste geben, die die Voraussetzungen von Kurzarbeitergeld erfüllen.“ ■

Auskünfte zum Kurzarbeitergeld erteilt die Bundesagentur für Arbeit. Weitere Informationen und einen Link zum Online-Antrag finden Sie im Internet: www.arbeitsagentur.de → Unternehmen → Finanzielle Hilfen und Unterstützung → Kurzarbeitergeld

Auffangregelung („Garantie-ILB“) vorgesehen für außergewöhnliche Fälle, in denen die TSVG-Regeln das ILB „auf Null“ bereinigen würden.

Der Vorstand hat eine Reihe von Entscheidungen getroffen, die Einzelfragen im Zusammenhang mit dem „Rettungsschirm“ regeln sollen. So werden Fälle des 1. und 2. Quartals, die in einem späteren Quartal abgegeben werden, bei der Berechnung des Rettungsschirms berücksichtigt. Es kann also dazu kommen, dass gezahlte Ausgleichsgelder zurückgefordert werden, wenn durch verspätet eingereichte Abrechnungen die Interventionsgrenze nachträglich überschritten wurde.

Zudem wurden Regelungen für Veränderungen in der Praxiszusammensetzung getroffen, für die Zahlung der Weiterbildungszuschüsse, die Leistungsmengengrenze und nachträgliche Korrekturen. ■

Die Beschlusstexte finden Sie auf der Homepage der KV Hamburg: www.kvhh.de → Abrechnung

WALTER PLASSMANN

Vorstandsvorsitzender
der KV Hamburg

Anpassung der Ultraschall-Vereinbarung mit Änderung des EBM

Die Ultraschall-Vereinbarung ist überarbeitet worden. Neben der Einführung eines neuen Anwendungsbereichs zur Nerven- und Muskelsonographie wurden unter anderem die Vorgaben zur ärztlichen Dokumentation konkretisiert und die Genehmigungsvoraussetzungen zum Bauchaortenaneurysma-Ultraschallscreening geändert.

Neue GOP zur Nerven- und Muskelsonographie

Der Bewertungsausschuss hat die Einführung einer neuen Gebührenordnungsposition (GOP) 33100 zur Nerven- und Muskelsonographie beschlossen. Zum Nachweis der fachlichen Befähigung werden 200 Sonographien des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur gefordert. Da die Nervensonographie ausschließlich als Zusatzdiagnostik nach erfolgter elektroneurographischer und/oder elektromyographischer Untersuchung berechnungsfähig ist, muss darüber hinaus eine entsprechende Handlungskompetenz in diesen Untersuchungen nachgewiesen werden.

Für Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung auf der Grundlage einer früheren Weiterbildungsordnung (vor 2018) absolviert haben, wurde eine Übergangsregelung vereinbart. Diese Ärztinnen und Ärzte müssen 100 Sonographien von Nerven und Muskeln nachweisen.

Aus der neuen GOP 33100 ergibt sich, dass für die Nerven- und Muskelsonographie ein Ultraschallsystem mit B-Modus und Farbduplex vorzuhalten ist.

Diese Leistung darf ausschließlich von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie erbracht werden.

Den Antrag auf Genehmigung der Leistung finden Sie im Internet: www.kvvh.de → Formulare & Infomaterial → Formulare → Downloadbereich „U“ → Ultraschalldiagnostik → „Antrag auf Genehmigung - Sono Gefäßdiagnostik“

Dokumentation bei Normalbefund

Bei den Vorgaben zur ärztlichen Dokumentation (§ 10) in der Ultraschall-Vereinbarung wurde eine Klarstellung vorgenommen. Demnach ist bei einem Normalbefund keine Dokumentation der aus der Ultraschalluntersuchung abgeleiteten diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen vorgeschrieben.

Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen

Die Genehmigungsvoraussetzungen für das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen wurden angepasst. Die fachliche Befähigung muss entweder für den Anwendungsbereich 7.1 (Abdomen, Retroperitoneum einschließlich Niere, transkutan) oder den Anwendungsbereich 20.10 (Duplexverfahren – abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum) gemäß Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung nachgewiesen sein. Als Anforderungen an die apparative Ausstattung gelten die Vorgaben der Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung für die Anwendungsklasse 7.1 (Abdomen, Retroperitoneum einschließlich Niere, transkutan) oder die Anwendungsklasse 20.9 (Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex).

Die Änderungen sind zum 1. April 2020 in Kraft getreten. ■

Ansprechpartner:
Abteilung Qualitätssicherung
Natascha Albrecht, Tel: 22802-406
Svenja Mindermann, Tel: 22802-684
Saskia Willms, Tel: 22802-631



Heilmittel: AOK verzichtet auf Genehmigungs- verfahren

Die AOK Rheinland/Hamburg verzichtet seit dem 30. April 2020 auf das für Ergotherapie und einige physiotherapeutische Behandlungen geforderte Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls. Dieses Verfahren wird jetzt nur noch von der HEK und wenigen BKK durchgeführt (siehe: www.kvhh.de → **Verordnungen** → **Heilmittel** → **Genehmigungsverzicht**).

Wenn am 1. Oktober 2020 die überarbeitete Heilmittel-Richtlinie in Kraft tritt, entfällt das Genehmigungsverfahren vollständig. Wir werden Sie rechtzeitig informieren. ■

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

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

- 2. Nachtrag zum Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen der AG Vertragskoordinierung (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- Honorarvereinbarung für das Jahr 2020 (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).)

Hinweis: Austausch von Anlagen

- Anlage 3 zum Rahmenvertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen der AG Vertragskoordinierung
- Anlage 2 zum Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gem. § 73c SGB V zwischen der IKK classic und der AG Vertragskoordinierung

Hinweis: Aufhebung von Vorbehalten

- Im KVH-Journal 4/2020 wurde der 2. Nachtrag zum DMP Asthma bronchiale unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.
- Im KVH-Journal 5/2020 wurde der 5. Nachtrag zur Honorarvereinbarung für das Jahr 2019 unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu dieser Vereinbarung ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.
- Im KVH-Journal 2/2020 wurde der 5. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung gem. § 106b Abs. 1 SGB V unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages durch die Vertragspartner veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren zu diesem Nachtrag ist abgeschlossen und der Vorbehalt damit gegenstandslos.

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

Infocenter, Tel: 22 802 - 900



Berufsbedingte Masern-Impfungen

Seit dem 1. März müssen Angehörige bestimmter Berufsgruppen (sofern sie nach 1970 geboren sind) ihre Immunität gegen Masern nachweisen. Hierzu gab es in der Praxisberatung viele Fragen. Wir haben die am häufigsten angesprochenen Aspekte für Sie zusammengestellt.

ES GIBT ZWEI MÖGLICHKEITEN, SEINE IMMUNITÄT NACHZUWEISEN:

- durch den Nachweis zweier Masern-Impfungen z.B. durch Vorlage des Impfausweises
- durch eine ärztliche Bestätigung der Immunität auf Basis einer Titer-Bestimmung oder einer durchgemachten Masernerkrankung

KOSTEN FÜR DIE IMPFUNGEN ÜBERNIMMT DIE KRANKENKASSE

Müssen für diesen Immunitätsnachweis Masernimpfungen nachgeholt werden, so sind beide Masern-Mumps-Röteln-Impfungen Pflichtleistung der gesetzlichen Kassen. (Da es in Deutschland keinen monovalenten Masernimpfstoff gibt, wird grundsätzlich der Dreierimpfstoff MMR verwendet).

SEROLOGISCHE TITER-BESTIMMUNG IST IN DIESEM ZUSAMMENHANG KEINE KASSENLEISTUNG

Vorherige serologische Titer-Bestimmungen zur Prüfung, ob eventuell schon ausreichend Antikörper vorhanden sind, werden von der Ständigen Impfkommission nicht empfohlen und gehören deshalb nicht zu den Pflichtleistungen der Kassen.

ZWEI IMPFUNGEN GEGEN MASERN (MUMPS/RÖTELN) BEI BERUFSBEDINGTER INDIKATION

Das Robert Koch Institut hat seine Empfehlungen zur Anzahl der Impfungen für berufsbedingte Impfungen für Masern, Mumps und Röteln angepasst. Es werden nunmehr – analog zur Varizellen-Impfung – auch in diesen Fällen zwei Impfungen (im Abstand von mindestens 4 Wochen) entweder mit dem MMR-Impfstoff oder bei zusätzlicher berufsbedingter Indikation für die Varizellen-Impfung mit dem Impfstoff MMRV empfohlen. Achtung: Erfolgt die Masernimpfung außerhalb berufsbedingter Indikationen, bleibt es bei der Empfeh-

lung der einmaligen Impfung mit MMR für nicht oder nicht ausreichend Geimpfte (geboren ab 1. Januar 1971).

Es gibt keine Impfpflicht für vor 1971 Geborene, aber viele Kassen übernehmen freiwillig die Kosten für die MMR-Impfung für diese Versichertengruppe. Informationen zum Bezug des Impfstoffs sowie zur Abrechnung finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Verordnung → Schutzimpfung → „Übersicht zu den Zusatzvereinbarungen von Schutzimpfungen“

BERUFSBEDINGTE IMPFUNGEN ZU LASTEN DER GESETZLICHEN KASSEN

Berufsbedingte Impfungen können – soweit in der Schutzimpfungs-Richtlinie aufgeführt – zulasten der gesetzlichen Kassen abgerechnet werden. Zu den berufsbedingten Impfungen zählen auch Reiseimpfungen, wenn die Reise aus beruflichen Gründen erfolgt.

Sind berufsbedingt sowohl Hepatitis A und B Impfungen indiziert, so können in diesem Fall auch Impfungen mit dem Kombinationsimpfstoff Twinrix® abgerechnet werden.

Alle Impfstoffe für berufsbedingte Impfungen gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie werden in Hamburg (ebenso wie die Impfstoffe für alle anderen Impfungen, die Pflichtleistungen der Kassen sind) zulasten der Rezeptprüfstelle Duderstadt angefordert.

Auf unserer Homepage finden Sie zu Ihrer Unterstützung eine Übersicht zu „berufsbedingten Impfungen und berufsbedingten Reiseschutzimpfungen“ (mit Impfstoffnamen, Abrechnungsnummern und Voraussetzungen bzw. Indikationen für die gelisteten Impfungen) sowie eine Ausfüllhilfe für die Impfanforderungen:

www.kvhh.de → Verordnung → Schutzimpfung

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



Sweet Home Alabama

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

Where the skies are so blue“, spielt der NDR mir morgens auf dem Weg zur Arbeit. Das war noch vor Corona. Den Song singt die Band „Lynyrd Skynyrd“, die sich nach ihrem wenig geliebten Sportlehrer benannte, einem auch für Alabama-verhältnisse „hartem Hund“.

15 Minuten später, der erste Patient in der Praxis ist ein pensionierter Sportlehrer. Harter Händedruck, gerader Blick, hager und muskulös trotz seiner 75 Jahre. Leonard Skinnerd höchstpersönlich, denke ich. So habe ich ihn mir vorgestellt.

Herr Skinnerd leidet jetzt unter Arthrosen an beiden Hüften, Knien und Schultern. Muskelfaserrissen, -verkürzungen und Achillessehnen-tendinitis. „Ich habe es wohl früher etwas übertrieben“, sagt er. Er möchte nicht mehr Fußballspielen, aber Walken, Joggen, Bergwandern, vielleicht eine Alpenüberquerung.

Patienten wie er sind mit die Schwierigsten, die ich habe, und ich behandle sie besonders gern.

Die Ansprüche sind hoch, aber Mitarbeit und Trainingsbereitschaft auch. Sie kosten Zeit, und in der Regel erfordert ihre Behandlung das ganze Instrumentarium der Sportmedizin – und in dem Alter auch der Schmerztherapie. Von Cyriax und Manueller Therapie über Injektionen und Stoßwelle ist alles gefragt, die psychotherapeutische Ansprache und Bremsen beim Trainingsaufbau nicht zu vergessen.

Hört sich an wie ein Konjunkturprogramm für Sportärzte.

Aber auch, wenn mein Herr Skinnerd Privatpatient ist, ökonomisch ist die Behandlung ein Verlust, denn den erforderlichen Aufwand zahlt keine Versicherung, erst recht nicht die GKV. Menschlich und fachlich ist sie aber meist ein Gewinn.

Die alten Sportler können einem zwar auch mal auf die Nerven gehen mit ihren hohen Ansprüchen. Aber sind diese wirklich so abwe-

ins hohe Alter bei. Jetzt zu Zeiten von Covid-19 zeigt sich außerdem, dass die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems und unserer Praxen Verläufe wie in Italien und den USA verhindert. Trotzdem wird das Geld für uns nicht gerne ausgegeben. Anders als zum Beispiel bei der Kreuzfahrtindustrie (3,4 Milliarden für 2,7 Millionen Kunden), werden die Umsätze der Kassenärzte (38 Milliarden für fast 90 Prozent der Bevölkerung) nicht als wichtiger

Hager und muskulös trotz seiner 75 Jahre: So habe ich mir Leonard Skinnerd vorgestellt.

gig? Würde nicht jeder von uns versuchen, im Alter noch Aktivität und Freude an Bewegung zu genießen?

Bescheidene Menschen halten es möglicherweise für eine „normale Alterserscheinung“, dass eine Alpenüberquerung nicht mehr möglich ist. Heiner Geißler schon sah das anders und griff lieber zum Diclofenac, als es sein zu lassen.

Die Menschen werden nicht nur älter, auch ihre Vorstellungen von einem guten Lebensabend ändern sich. Sie wollen nicht nur im Sessel sitzen, sondern aktiv bleiben. Und diese Seite der Mehrbeanspruchung des Gesundheitswesens finde ich durch und durch sympathisch. Die moderne Medizin, die wir in den Praxen leisten, trägt ganz wesentlich zur besseren Lebensqualität bis

Teil der Wirtschaftsleistung gesehen, sondern als zu minimierende Kosten.

Das Geld für die Gesundheit ist besser investiert als in Sahnetorte, Kreuzfahrten und Handys.

Jeder von uns profitiert davon und jeder hat Freunde, Bekannte oder Patienten, die sich auch nach dem 65. Lebensjahr Aktivitäten widmen können, die früher eher der Jugend vorbehalten waren. Wir reden hier nicht nur von Golf und Tennis, auch von Wellenreiten, Bergsteigen, Fallschirmspringen, Jujitsu oder dem Spielen von Südstaaten-Rock als Gitarrist in einer Band.

Und die Kosten? Ehrlich gesagt, das Ganze wäre auch noch seinen Preis wert, wenn es doppelt so teuer wäre. ■

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



AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Antikörper-Tests bei COVID-19

Was uns die Resultate sagen

VON DR. KARL HORVATH, THOMAS SEMLITSCH UND DR. KLAUS JEITLER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V. (WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Aktuell werden zunehmend Testsysteme zum Nachweis von Antikörpern gegen das SARS-CoV-2-Virus kommerziell angeboten. Das Vorhandensein solcher Antikörper (IgM, IgG oder IgA) lässt darauf schließen, dass die Person bereits mit diesem Virus in Kontakt ist bzw. war [1]. Verschiedene Aussagen und Berichte in den Medien erwecken auch die Erwartung, dass mit Hilfe dieser Tests Personen mit einer bestehenden Immunität bzw. mit akuten Infektionen identifiziert werden können. Antikörper-Tests werden auch von offiziellen Stellen immer wieder im Kontext von Überlegungen zu zukünftigen Teststrategien und Maßnahmen im weiteren Verlauf der COVID-19-Pandemie angesprochen.

VERLÄSSLICHKEIT VON TESTERGEBNISSEN

Wie bei allen diagnostischen Maßnahmen ist die Verlässlichkeit der Testergebnisse von den Testeigenschaften Sensitivität (Wie gut erkennt der Test erkrankte Personen als erkrankt?) und Spezifität (Wie gut erkennt der Test nicht erkrankte Personen als nicht erkrankt?) sowie von der Vortestwahrscheinlichkeit (d.h. der Wahrscheinlichkeit, mit der die gesuchte Erkrankung / die Infektion vor Durchführung des Tests bei der zu testenden Person vorliegt) abhängig. Über die Bedeutung von positiven und negativen Testresultaten für die jeweils betroffene Person geben der positiv bzw. negativ prädiktive Wert Auskunft. Der positiv prädiktive Wert (PPW) beschreibt die Wahrscheinlichkeit, mit der bei einem positiven Testresultat davon ausgegangen werden kann, dass die Erkrankung tatsächlich vorliegt. Der negativ prädiktive Wert (NPW) gibt darüber Auskunft, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine Person mit einem negativen Testresultat tatsächlich nicht erkrankt ist.

Neben prinzipiellen Limitationen müssen aber auch weitere, vom Test unabhängige Einschränkungen bedacht werden. Antikörper können fehlen, weil tatsächlich keine Infektion stattgefunden hat oder weil zwar eine Infektion vorliegt, diese jedoch noch nicht lange genug besteht. Die Bildung von Antikörper-

pern benötigt Zeit, deshalb sind sie in der Frühphase der Infektion noch nicht nachweisbar. Entsprechend einer Untersuchung erfolgt die Serokonversion bei 50% der mit SARS-CoV-2 infizierten Personen innerhalb der ersten 7 Tage. Erst nach 14 Tagen kann bei allen Infizierten mit einem Antikörper-Nachweis gerechnet werden [2]. Auch die Möglichkeit, dass zu wenige Antikörper für einen Nachweis vorhanden sind oder dass der Test fehlerhaft durchgeführt wurde, muss bei der Interpretation der Testresultate berücksichtigt werden. Selbst bei einem korrekten Nachweis von Antikörpern kann nicht sicher auf eine durchgemachte SARS-CoV-2-Infektion geschlossen werden. Potenzielle Fehlerquellen inkludieren, dass es sich bei den nachgewiesenen Antikörpern nicht um SARS-CoV-2-spezifische, sondern um mit anderen Coronaviren kreuzreagierende Antikörper handelt oder dass selbst bei vorhandenen Antikörpern kein verläSSLicher und anhaltender Schutz gegen eine neuerliche Infektion besteht.

TESTGÜTE VON SARS-COV-2-ANTIKÖRPER-TESTS

Verschiedene Hersteller und Distributoren von SARS-CoV-2-Antikörper-Testsystemen geben Sensitivitätswerte zwischen 80% und 100% und Spezifitätswerte zwischen 92,5% und 100% an [3-8]. Damit würden die Testeigenschaften der Antikörper-Tests zu SARS-CoV-2 in einem vergleichbaren Rahmen wie etablierte Antikörper-Tests zu anderen Virusinfekten (z.B. Epstein-Barr-Virus, Cytomegalie-Virus, Herpes-simplex-Viren) liegen [9]. In einer rezenten Untersuchung zu den Testeigenschaften von neun kommerziell erhältlichen SARS-CoV-2-Antikörper-Testsystemen – sowohl Enzyme-linked Immuno-

sorbent Assay (ELISA) als auch Point-of-Care-Testing – konnten für die Sensitivität hingegen Werte von 67% bis 93% und für die Spezifität Werte von 80% bis 100% ermittelt werden [10]. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit gibt für ELISA Testsysteme Sensitivitätswerte von 72,2% bis 94,4% und Spezifitätswerte von 96,7% bis 99,5% an. Für Point-of-Care Testsysteme werden Werte von 52,8% bis 82,8% für die Sensitivität bzw. Werte von 91,4% bis 99,4% für die Spezifität angeführt [11].

HÄUFIGKEIT VON SARS-COV-2-INFEKTIONEN

Die Prävalenz von SARS-CoV-2-Infektionen in unterschiedlichen Personengruppen kann aus derzeit verfügbaren Daten nur abgeschätzt werden. Aus den Resultaten einer Querschnittsstudie in Österreich kann abgeleitet werden, dass die Prävalenz von SARS-CoV-2-Infektionen in der allgemeinen Bevölkerung im Zeitraum 1. bis 4. April 2020 wahrscheinlich bei rund 1%, zumindest aber unter 5% liegt (abgesehen von regionalen Ausnahmen z.B. in Tirol) [12]. Für Deutschland kann von einer ähnlichen Prävalenz ausgegangen werden. Diese Annahmen gelten auch für die Prävalenz aller bisher durchgemachten Infektionen, die für die Überlegungen zur Bedeutung der Testergebnisse zum Nachweis von IgG-Antikörpern relevant ist. In der letzten Märzwoche betrug der Anteil positiv getesteter Personen an der Zahl aller getesteten Personen (jeweils PCR-Test) in Österreich rund 20% [13]. Es ist wahrscheinlich, dass zu diesem Zeitpunkt Testungen vorwiegend bei Personen mit COVID-19-kompatiblen Symptomen, Personen mit Kontakt zu einem COVID-19-Fall, bei Personen in SARS-CoV-2-Hotspots oder bei Personen aus Risikobereichen erfolgten. Diese Personengruppe würde dann



einer Population mit erhöhter Prävalenz für eine SARS-CoV-2-Infektion entsprechen.

ANTIKÖRPER-TESTUNG BEI SARS-COV-2: BEDEUTUNG VON POSITIVEN UND NEGATIVEN TESTERGEBNISSEN

In der Tabelle (siehe rechte Seite) werden der positive und negative prädiktive Wert von zwei Antikörper-Tests für jeweils unterschiedliche Vortestwahrscheinlichkeiten dargestellt. Grundlage waren die verfügbaren Angaben zu den Testeigenschaften in der rezent publizierten systematischen Übersichtsarbeit [11], wobei für die Berechnung einerseits ein Testsystem (ELISA) mit den höchsten Sensitivitäts- und Spezifitätswerten (Best-Case: 93,5% bzw. 98,7%) und andererseits ein Testsystem (Point-of-Care) mit den niedrigsten Sensitivitäts- und Spezifitätswerten (Worst-Case: 53,7% bzw. 91,4%) herangezogen wurden.

Bei Verwendung eines Testsystems mit hoher Testgüte und einer Vortestwahrscheinlichkeit von 1% bis maximal 5% – dies entspricht der geschätzten aktuellen Prävalenz von SARS-CoV-2-Infektionen in der Bevölkerung in Österreich oder Deutschland – beträgt der PPW 42,1% bzw. 79,1%. Dies bedeutet, dass zumindest bei jeder zweiten bis jeder fünften Person mit positivem Testresultat tatsächlich keine Antikörper vorliegen, obwohl dies vom Test angezeigt wird. Mit zunehmender Vortestwahrscheinlichkeit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass bei einem positiven Testresultat tatsächlich Antikörper vorhanden sind. Für jene Gruppe von Personen mit erhöhter Vortestwahrscheinlichkeit, angenommene Prävalenz einer SARS-CoV-2-Infektion 20%, beträgt der PPW bereits 94,7%,

bei einer Vortestwahrscheinlichkeit von 80% liegt er bei 99,7%. Die Bedeutung eines positiven Testresultats für eine symptomlose Person, die sich nicht in einer Region mit hoher Durchseuchung aufhält (und für die beides auch in der Vergangenheit nicht der Fall war) und die auch nicht der Gruppe der Risikoberufe angehört, unterscheidet sich somit deutlich von der Bedeutung eines ebenfalls positiven Testresultats für eine Person mit COVID-19-kompatiblen Symptomen in einem Risikogebiet (jeweils aktuell und in der näheren Vergangenheit) und/oder Tätigkeit in einem Risikoberuf.

Für eine Population mit niedriger Vortestwahrscheinlichkeit bis maximal 5%, beträgt der NPW für das Testsystem mit hoher Testgüte zumindest 99,7%. Für eine Person, die ein negatives Testresultat erhält, beträgt daher die Wahrscheinlichkeit, dass tatsächlich keine Antikörper vorliegen, nahezu 100%. Mit steigender Vortestwahrscheinlichkeit nimmt die Sicherheit eines negativen Testresultats ab. In der Gruppe von Personen mit erhöhter Vortestwahrscheinlichkeit, angenommene Prävalenz einer SARS-CoV-2-Infektion 20%, beträgt der NPW 98,4%, bei einer Vortestwahrscheinlichkeit von 80% beträgt der NPW 79,1%. Allerdings kann auch bei hoher Verlässlichkeit eines negativen Testresultats eine akute Infektion nicht sicher ausgeschlossen werden, da Antikörper in der Frühphase einer Infektion (zumindest 3-6 Tage) noch nicht nachweisbar sind.

Bei Verwendung eines Testsystems mit geringerer Testgüte ändert sich die Aussagesicherheit der Testresultate deutlich. Für Personen mit niedriger Vortestwahrscheinlichkeit ist dann damit zu rechnen,

dass die Wahrscheinlichkeit, dass trotz positivem Testergebnis keine SARS-CoV-2-Infektion vorliegt, zumindest drei- bis sechzehnmal so hoch ist wie die Wahrscheinlichkeit, dass eine Infektion vorliegt. Für Personen mit erhöhter Vortestwahrscheinlichkeit sinkt die Aussagekraft negativer Testergebnisse (siehe Tabelle).

POSITIVER (PPW) UND NEGATIVER PRÄDIKTIVER WERT (NPW) IN ABHÄNGIGKEIT VON SPEZIFITÄT, SENSITIVITÄT UND VORTESTWAHRSCHEINLICHKEIT

Testeigenschaften	Prävalenz	PPW	NPW
hohe Testgüte: 93,5% Sensitivität/ 98,7% Spezifität	1%	42,1%	99,9%
	5%	79,1%	99,7%
	20%	94,7%	98,4%
	50%	98,6%	93,8%
	80%	99,7%	79,1%
geringe Testgüte: 53,7% Sensitivität/ 91,4% Spezifität	1%	5,9%	99,5%
	5%	24,7%	97,4%
	20%	61,0%	88,8%
	50%	86,2%	66,4%
	80%	96,2%	33,0%

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Bei einer Testung von Personen, bei denen keine Hinweise auf eine Infektion und keine Risikofaktoren (enger Kontakt mit infizierten Personen, Aufenthalt in einem Risikogebiet, Risikoberuf) vorliegen, ist mit

einer hohen Zahl an falsch positiven Ergebnissen zu rechnen. Bei Personen mit hoher Vortestwahrscheinlichkeit ist die Aussagekraft mit einem geringeren potenziellen Fehler behaftet.

Abhängig von der anzunehmenden Prävalenz für eine SARS-CoV-2-Infektion zeigen sich somit wesentliche Unterschiede in der Bedeutung eines konkreten Testresultats für die jeweils betroffenen Personen.

Auch bei richtig positiven Ergebnissen kann aus dem Vorliegen von Antikörpern derzeit nicht sicher auf eine Immunität geschlossen werden. Einerseits ist es unklar, ob mit den aktuell verfügbaren Tests immunisierende Antikörper nachgewiesen werden können, andererseits besteht auch Unsicherheit darüber, ob nach durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion überhaupt ein verlässlicher und anhaltender Schutz gegen eine neuerliche Infektion besteht.

Negative Testresultate sind bei Personen mit geringer Vortestwahrscheinlichkeit weitgehend verlässlich. Sie bringen aber keine wesentliche zusätzliche Sicherheit, da die Wahrscheinlichkeit, dass keine SARS-CoV-2-Infektion vorliegt, schon vor Durchführung des Tests hoch ist. Eine restlose Sicherheit ist aber dennoch nicht gegeben, da Antikörper in der Frühphase einer Infektion noch nicht nachweisbar sind.

Um die Möglichkeiten eines sinnhaften Einsatzes von Antikörper-Tests besser beurteilen zu können, müssen die Tests ausreichend evaluiert und ihre Testeigenschaften gesichert werden. Ebenso sind weitere Studien zur Prävalenz einer SARS-CoV-2-Infektion in unterschiedlichen Populationen notwendig.

Eine unkontrollierte Anwendung von Antikörper-Tests zum aktuellen Zeitpunkt kann zu unerwünsch-



ten Effekten führen, wenn aus den Testresultaten falsche Schlussfolgerungen und daraus abgeleitete Handlungen resultieren. Personen, bei denen fälschlicherweise eine Immunität angenommen wird, können z.B. aus einem falschen Sicherheitsgefühl wieder vermehrt Kontakte aufnehmen oder die Hygieneregeln weniger beachten. Das kann in Folge zu einer Gefährdung anderer und der eigenen Person führen und die Verbreitung von COVID-19 wieder erhöhen. Ebenso kann z.B. der fälschliche Ausschluss einer akuten Infektion bei Personen in Pflegeberufen zu weitreichenden negativen Konsequenzen führen. Anwendungen von Antikörper-Tests sind derzeit nur im Rahmen von organisierten, strukturierten Testprogrammen zu spezifischen Fragestellungen mit begleitender Evaluation der Daten zu empfehlen. ■

PD Dr. Karl Horvath

Institut für Allgemeinmedizin und
evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV),
Medizinische Universität Graz,
Auenbruggerplatz 2/9, 8036 Graz
karl.horvath@medunigraz.at

Mag. Thomas Semlitsch

Institut für Allgemeinmedizin und
evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV),
Medizinische Universität Graz

Dr. Klaus Jettler

Institut für Allgemeinmedizin und
evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV),
Medizinische Universität Graz

Literatur:

1. Murin CD, Wilson IA, Ward AB. Antibody responses to viral infections: a structural perspective across three different enveloped viruses. *Nat Microbiol.* 2019;4(5):734-47. DOI: 10.1038/s41564-019-0392-y
2. Wolfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Muller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature.* 2020. DOI: 10.1038/s41586-020-2196-x
3. Wang A, Yang S, Distributor: technomed GmbH. Clinical Data for Sample correlation Study in house [https://technomed.at/rest/DO/Default.GetMediaStreamDOKUMENT\(pi_DO_NR='139057'\)](https://technomed.at/rest/DO/Default.GetMediaStreamDOKUMENT(pi_DO_NR='139057')), 2020 (Zugriff am 16.04.2020)
4. Hersteller: InTec PRODUCTS INC, Distributor: NanoRepro AG. SARS-CoV-2 Antikörper-Schnelltest (IgM/IgG). Rev. 03 https://www.nanorepro.com/media/pdf/Coronavirus_Schnelltest_PB_DE.pdf, 2020 (Zugriff am 16.04.2020).
5. Hersteller: Beijing Wantai Biological Pharmacy Enterprise Co., Distributor: Szabo-Scandic HandelsgmbH. WANTAI SARS-CoV-2 Ab Rapid Test. Rapid Test for Detection of Total Antibodies to SARS-CoV-2. IFU VER: 20/01 https://www.szabo-scandic.com/shop/media/product_data/datasheet/WAN/WAN-DATA-WANWJ-2750.pdf, 2020 (Zugriff am 16.04.2020).
6. Hersteller: Beijing Wantai Biological Pharmacy Enterprise Co., Distributor: Szabo-Scandic HandelsgmbH. WANTAI SARS-CoV-2 Ab ELISA. Diagnostic Kit for Total Antibody to SARS-CoV-2 (ELISA). V. 2020-01 https://www.szabo-scandic.com/shop/media/product_data/datasheet/WAN/WAN-DATA-WANWS-1096.pdf, 2020 (Zugriff am 16.04.2020).
7. Hersteller: Beijing Wantai Biological Pharmacy Enterprise Co., Distributor: Szabo-Scandic HandelsgmbH. WANTAI SARS-CoV-2 IgM ELISA. Diagnostic Kit for IgM Antibody to SARS-CoV-2 (ELISA). V. 2020-01 https://www.szabo-scandic.com/shop/media/product_data/datasheet/WAN/WAN-DATA-WANWS-1196.pdf, 2020 (Zugriff am 16.04.2020).
8. EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG. Anti-SARS-CoV-2-ELISA (IgA). Testanleitung. <https://www.coronavirus-diagnostics.com/antibody-detection-tests-for-covid-19.html> (Zusendung auf Anfrage), 2020 (accessed 17.04.2020).
9. VIDIA Ltd. Product Catalogue http://www.vidia.cz/uk/images/katalog/Catalogue_2019_ENG_web.pdf, 2019 (accessed 21.04.2020).
10. Lassaunière R, Frische A, Harboe ZB, Nielsen ACY, Fomsgaard A, Krogfelt KA, et al. Evaluation of nine commercial SARS-CoV-2 immunoassays. *medRxiv.* 2020. DOI: 10.1101/2020.04.09.20056325
11. Kontou PI, Braliou GG, Dimou NL, Nikolopoulos G, Bagos PG. Antibody tests in detecting SARS-CoV-2 infection: a meta-analysis. *medRxiv.* 2020. DOI: 10.1101/2020.04.22.20074914
12. Ogris G, Hofinger C. COVID-19 Prevalence https://www.sora.at/uploads/media/Austria_COVID-19_Prevalence_BMBWF_SORA_20200410_EN_Version.pdf, 2020 (accessed 21.04.2020).
13. Österreichischer Rundfunk (ORF). Coronavirus in Österreich: Daten und Karten <https://orf.at/corona/stories/3157533/>, 2020 (accessed 21.04.2020).



ÄrzteNetz Hamburg testet Mitglieder auf Coronavirus- Antikörper

Das ÄrzteNetz Hamburg e.V. hat seinen ärztlichen Mitgliedern angeboten, sich auf SARS-CoV-2-Antikörper testen zu lassen. 168 der insgesamt 330 Netzärztinnen und -ärzte nahmen das Angebot an und ließen die IgG-Bestimmung gegen SARS-CoV-2 im Blut durchführen. Zugleich beantworteten die Teilnehmer einen Fragebogen zu Reisen, Kontakten mit Infizierten, Symptomen und zurückliegenden PCR-Testungen. Damit sollen Rückschlüsse auf Ansteckungswege, Krankheitsverläufe und den Immunitätsgrad in der Hamburger Ärzteschaft gezogen werden. Der genutzte Antikörpertest steht seit Anfang April zur Verfügung und ist CE-zertifiziert. Es handelt sich um denselben Test, der auch in der großen UKE-Studie zur „Durchseuchung“ der Hamburger Bevölkerung verwendet wird. Um möglichst zuverlässige Ergebnisse zu erhalten und einen Verlauf dokumentieren zu können, wird das ÄrzteNetz die Testungen an den Ärztinnen und Ärzten nach vier und acht Wochen wiederholen. Eine Auswertung der Untersuchung soll im Sommer veröffentlicht werden.
www.aerztenetz-hamburg.de ■

DESY spendet Schutzvisiere an Praxen



Bas Deutsche Elektronen-Synchrotron DESY, ein Forschungszentrum der Helmholtz-Gemeinschaft, stellt der KV Hamburg und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. über 2.000 Schutzvisiere zur Verfügung. Die Schutzvisiere werden von DESY mit 3D-Druckern in den eigenen Werkstätten hergestellt und montiert. Sie sollen zum persönlichen Schutz gegen das Corona-Virus an besonders gefährdete Praxen und Pflegeheime ausgeliefert werden. Einen Teil der Schutzausrüstung hat DESY-Presse Sprecher Thomas Zoufal (auf dem Foto links) am 7. Mai an KV-Pressereferentin Stefanie Schäfer übergeben. ■

Web-Shop für Schutzausrüstung

Seit Mitte Mai können die Mitglieder der KV Hamburg einen Web-Shop zum kostenlosen Bezug von Schutzausrüstung nutzen. Die Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten haben einen Brief mit den Zugangsdaten und Informationen zu den Bezugsbedingungen erhalten. Das Lager der KV ist derzeit gefüllt. Über den Web-Shop soll das Schutzmaterial an die Hamburger Praxen weitergegeben werden. ■



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Harriet Wirkner-Frey**
Mitglied der Sonographie-Kommission Gynäkologie

Name: **Dr. Harriet Wirkner-Frey**

Geburtsdatum: **24.03.1969**

Familienstand: **verheiratet, zwei Söhne**

Fachrichtung: **Gynäkologie und Geburtshilfe**

Hobbys: **Musik (Gesang und mehr); Sport, Motorrad fahren, Tanzen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen erfüllt, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren? Auf jeden Fall. Ich wollte schon immer Ärztin werden, und mein Interesse an einem operativen Fachgebiet etablierte sich sehr früh. Meine Begeisterung für den Ultraschall habe ich im Laufe meiner Assistenzzeit entdeckt. Ich gehe in meinem Beruf voll und ganz auf und bin weiterhin neugierig.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Qualitätssicherungs-Kommission? Ultraschall ist eins der wichtigsten Diagnoseverfahren - vor allem in meinem Fachgebiet. Ich möchte helfen sicherzustellen, dass Frauen eine qualitativ hochwertige Medizin erhalten.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Eine jährliche Mammasonographie sollte für alle Frauen ab dem 40. Lebensjahr Standard sein und von den Krankenversicherungen finanziert werden. Die Veränderungen im Rahmen der Krebsvorsorge ab 2020 halte ich für bedenklich.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen für Ihre Fachgruppe in Hamburg? Wir müssen darauf achten, dass genuine Bereiche der Gynäkologie nicht von anderen Fachgruppen übernommen werden und sich unser Spektrum in Folge dessen reduziert.

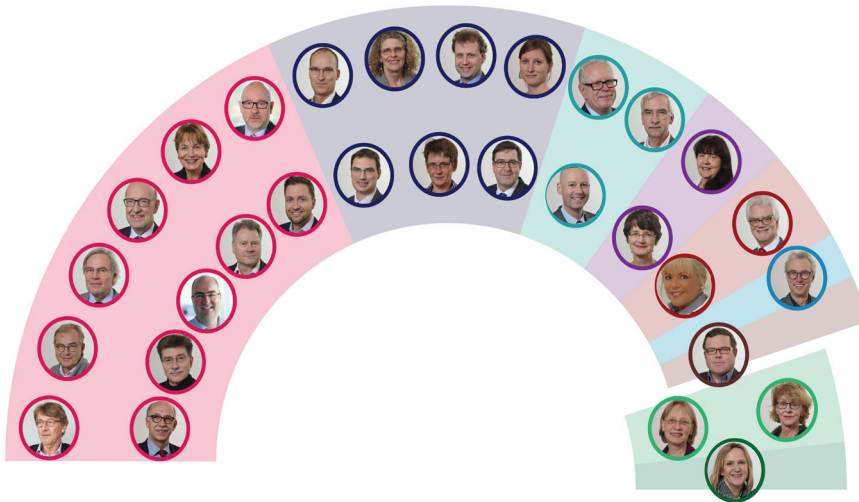
Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Fallschirmspringen aus 4000 Metern Höhe! Einen Gutschein dafür habe ich schon!



VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 1. Oktober 2020 (19.30 Uhr)

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



ABGABE DER ABRECHNUNG

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

**QUALITÄTSMANAGEMENT-
SEMINARE**

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

QUALITÄTSZIRKEL

Winterhuder Qualitätszirkel

"Parkinson-Syndrome"
Ursachen – Differentialdiagnostik –
aktuelle Themen

**6 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 17.6.2020 (18 Uhr)**

Ort: Ärztehaus Winterhude
1. OG, Hudtwalckerstr. 2
22299 Hamburg

Ansprechpartnerin: Dr. Rita Trettin
E-Mail: praxis@neurologiewinterhude.de

**VER-
SCHOBEN**

KREISVERSAMMLUNG

KREIS 2 (Winterhude)

Kreisobfrau: **Dr. Rita R. Trettin**

Stellvertreterin:

Dr. Elisabeth Lübbers-Klare

Mi. 26.8.2020 (18 Uhr)

Programm: Vortrag von Walter Plassmann
(Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg)

Ort: KV Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



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!

