

Notfall in der Praxis

Was tun, wenn es um Leben und Tod geht?

Ärzteprotest

Praxiszelte in
der Innenstadt

Selbstverwaltung

Trauer um
Jörg-Dietrich Hoppe

Arzneimittelrichtlinie

Änderungen
beim Off-Label-Use

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

In Ruhe und frei von äußeren Zwängen Patienten versorgen können ohne existenzielle Sorgen, freiberuflich also – diese Erwartungen an die Honorarreform 2009 haben sich nicht erfüllt. Das versprochene Ende der Budgetierung hat sich als Mogelpackung herausgestellt. Die logische Folge sind Wartezeiten für Patienten, die entstehen, wenn die Nachfrage nach Leistungen größer ist als das Angebot. Deshalb hat der viel zu früh verstorbene vormalige Präsident der Bundesärztekammer, Herr Prof. Dr. Hoppe, bereits vor zwei Jahren und dann immer wieder auf die Notwendigkeit der Priorisierung hingewiesen, deshalb haben der Aktionstag der Selbstverwaltung am 26. Oktober und der Flyer zur Information der Patienten genau dieses Thema aufgenommen. Es bedarf keiner hellseherischer Fähigkeiten, um zu erkennen, dass es keine kurzfristigen Verbesserungen geben kann, auch nicht durch das Versorgungsstrukturgesetz. Der Gesetzentwurf bietet aber wenigstens die Chance, die für die Versorgung in Hamburg notwendigen Regelungen einzufordern – zur Verkürzung der Wartezeiten und Vermeidung von Priorisierung.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Bollmann', written in a cursive style.

*Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg*

Impressum

KVH-Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: (040) 22802-655, eMail: redaktion@kvvh.de

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

Layout und Satz: Headquarters Hamburg, www.hqhh.de

Titelbild: fotolia.de/ Yuri Arcurs

Ausgabe 12/2011 vom 1. Dezember 2011

[Redaktionsschluss: 14. November 2011]

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in das Heft.

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Wie bereiten Sie sich auf Notfallsituationen vor? _____	4
Notfallmanagement in der Praxis: Was tun, wenn es um Leben und Tod geht? _____	5

Forum

Erster „Tag der Allgemeinmedizin“ in Hamburg _____	9
Ärzteprotest: Aktion in der Mönckebergstraße _____	10
Trauer um Professor Jörg-Dietrich Hoppe _____	14

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen zu Verträgen im Internet _____	15
---	----

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	16
Nachgereichter Überweisungsschein: Ausstelldatum muss vor dem Behandlungsdatum liegen _____	17

Brennpunkt Arznei

Neuerungen beim Off-Label-Use _____	18
Frühe Nutzenbewertung durch das IQWiG: Ticagrelor hat „beträchtlichen Zusatznutzen für bestimmte Patienten“ _____	19
Neue Arzneimittel: Stellungnahmen der Arzneimittelkommission zu Eliquis® (Apixaban) und RoActemra® (Tocilizumab) _____	20
Flunitrazepam-Präparate gelten ohne Ausnahme als Betäubungsmittel _____	21

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung _____	22
Terminkalender _____	23

Nachgefragt

■ Wie bereiten Sie sich auf Notfallsituationen vor?



Notfälle sind zum Glück selten. Seit Beginn meiner Praxistätigkeit in 2007 erleben wir es jedes Jahr etwa einmal, dass ein Patient in unserer Praxis einen Herzinfarkt hat. Eine Reanimation mussten wir noch nicht durchführen. Häufigere medizinische Notfälle in unserer diabetologischen Schwerpunktpraxis sind Hyper- oder Hypoglykämien. Die größte Fehlerquelle bei Notfällen ist die Aufregung. Dagegen hilft ein strukturiertes Notfallmanagement im Rahmen des Qualitätsmanagements. Dabei bespricht und dokumentiert das Team gemeinsam Prozesse und Zuständigkeiten: Wer informiert wen? Wer macht was? Damit im Notfall alles Hand in Hand geht, leihen wir uns einmal im Jahr eine Puppe, mit der wir im Team einen Notfall simulieren und alle Abläufe genau durchspielen. Denn was mehr als jede Theorie hilft, ist die praktische Übung.

*Dr. Thorsten Koch,
Internist, Diabetologe und
Notfallmediziner in Wandsbek*



Auf Notfälle muss man seelisch und organisatorisch gut vorbereitet sein. Notfallkoffer und -medikamente müssen immer griffbereit sein, jeder in der Praxis muss wissen, wo sie zu finden sind. Man sollte Notfallsituationen auch gelegentlich in der Praxis durchspielen. Insbesondere in größeren Praxen braucht man quasi ein Drehbuch, damit sich nicht drei Leute gleichzeitig auf das gleiche Problem stürzen. In meiner Praxis bin ich meist mit einer Arzthelferin allein, kann also gar nicht viel delegieren. Notfälle kommen nur selten vor, meist handelt es sich um Patienten, die plötzlich unter Herz-Kreislaufbeschwerden leiden. Einmal wurde einem Patienten im Liegen beim EKG ganz flau, da mussten wir mit Sauerstoff agieren bis der Notarzt eintraf. Reanimieren musste ich in meiner Praxis zum Glück noch niemanden – nur im Friseursalon nebenan ...

*Klaus Schäfer,
Allgemeinmediziner
in Langenhorn*



Als Chirurgen sind wir immer auf Notfälle gefasst, denn es kommen ständig Menschen mit frischen Verletzungen in unsere Praxis. Auch bei ambulanten Operationen treten gelegentlich Notfälle wie Kreislaufbeschwerden oder allergische Reaktionen auf. Wir sind ein eingespieltes Team und üben regelmäßig „Manöverkritik“ über die Abläufe in unserer Praxis. Besonders dramatisch war dieser Fall: Da hatte ein Mann seine Nachbarin zur Behandlung zu uns gefahren und saß während ihrer Behandlung im Wartezimmer. Irgendwann fiel jemandem auf, dass er seltsam dasaß und einen Arm nicht bewegen konnte. Es war ein frischer Schlaganfall. Ein fachfremder Notfall, und nicht einmal ein uns bekannter Patient! Wir konnten den Patienten sehr schnell ohne Zeitverlust in die Stroke-Unit des benachbarten Asklepios Klinikums Altona einweisen.

*Dr. Hans-Victor Grüber,
Chirurg in Othmarschen*



Notfallmanagement in der Praxis

- Mit „echten“ Notfällen sind Vertragsärzte nur selten konfrontiert. Umso wichtiger ist eine gute Vorbereitung: Ein detailliertes Notfallkonzept und praktische Übungen helfen dabei, im Ernstfall einen kühlen Kopf zu bewahren.

Hand aufs Herz: Wissen Sie genau, was zu tun ist, wenn in Ihrer Praxis ein Patient einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall erleidet? Weiß Ihr Praxisteam, wie es sich in medizinischen Notfallsituationen verhalten soll? Würde ein Notfallpatient optimal versorgt, bis der Rettungswagen eintrifft? „Echte“ Notfälle in der Praxis des niedergelassenen Arztes sind zum Glück selten. Entsprechend wenig Routine haben die meisten Praxisteams mit solchen Situationen - und umso wichtiger ist die Vorbereitung.

Ein Notfall ist generell ein Ereignis, das den normalen Praxisbetrieb sprengt und für den Patienten akut bedrohlich ist. Welche Akuterkrankungen als

Notfall gelten, hängt sowohl von der Fachrichtung als auch von der Patientenlientel der Praxis ab. Ereignisse wie Herzinfarkt, hypertensive Entgleisung, Schlaganfall, Asthmaanfall oder schwere allergische Reaktionen werden aber sicherlich in jeder Praxis als „echter“ Notfall eingestuft. Die Patienten dürfen zu Recht erwarten, dass sie in einer akuten Notfallsituation in einer Praxis situationsgerecht und ohne Verzögerung versorgt werden. Es kommt dann auf ein effektives und strukturiertes Notfallmanagement des gesamten Praxisteams an. Ein solches Notfallmanagement ist Bestandteil des gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsmanagements der Arztpraxis - und wird im Idealfall vom gesamten

Praxisteam gemeinsam entwickelt (siehe Kasten Seite 6).

Es ist auffällig, dass Praxisangestellte meist aufgeschlossener auf Schulungsangebote reagieren, während ihre Chefs bisweilen zurückhaltender sind: „Ich bin doch Arzt, ich müsste das doch auch ohne Training können“, ist ein typisches Gegenargument. Manche Ärzte zögern auch, weil sie denken: „Ich möchte mich nicht vor meinen Arzthelferinnen blamieren.“ Oder: „Wir kriegen das schon irgendwie hin, Notfälle sind ja selten.“

Die Folgen fehlender Vorbereitung wären für alle Beteiligten unerfreulich, denn wenn

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

tatsächlich einmal ein echter Notfall eintritt, kann es im Team Unsicherheiten geben: Was ist in welcher Reihenfolge zu tun? Es gibt zwei denkbare Katastrophenszenarien: Entweder laufen der Arzt und seine Angestellten hektisch und planlos um den Patienten herum und vergessen im Eifer des Gefechts sogar, 112 zu wählen und den Rettungswagen zu rufen. Oder aber sie entziehen sich ihrer Verantwortung und lagern den Notfallpatienten allein in einem abgetrennten Raum auf einer Liege, während der Praxischef sich bereits wieder seiner Sprechstunde widmet. Beide Varianten würden den Notfallpatienten unnötig gefährden.

Ein niedergelassener Arzt muss nicht alle Notfallmaßnahmen bis ins Detail beherrschen. Schließlich ist es nicht Aufgabe des Arztes und seines Teams, den akut erkrankten Notfallpatienten in seiner Praxis vollständig zu versorgen und zu heilen. Auf-

gabe des Teams ist es vielmehr, den Patienten zu stabilisieren und auf die Weiterbehandlung durch den Notarzt vorzubereiten. Der Arzt und seine Arzthelferinnen müssen die Situation nur so lange überbrücken, bis der Rettungswagen eintrifft. In Hamburg mit seinem sehr guten flächendeckenden Rettungswesen dauert es ab dem Zeitpunkt des Notrufs maximal zehn Minuten, bis Notfall-Profis den Patienten übernehmen. In diesen zehn Minuten muss allerdings alles Hand in Hand gehen (siehe Kasten rechte Seite). Damit dies gelingt, sollten alle Abläufe im Team besprochen, definiert und ausgearbeitet werden:

1. **Zuständigkeiten klären**, und zwar entweder personen- oder funktionsgebunden. In einer kleinen Praxis mit wenigen Angestellten, die ganztags arbeiten und dabei festgelegte Arbeitsbereiche haben, empfiehlt sich die personengebundene Zuständigkeit. In größeren Einheiten mit wechselnder Besetzung

der einzelnen Positionen ist es sinnvoller, diese Zuständigkeiten funktionsgebunden zuzuteilen. Zum Beispiel: Wer vorn an der Anmeldung seinen Platz hat (beziehungsweise Teammitglied X), verständigt den Arzt und ruft den Rettungswagen. Wer im Labor arbeitet (beziehungsweise Teammitglied Y), holt den Notfallkoffer. Wer Patienten in die Behandlungsräume dirigiert und sie auf die Untersuchung vorbereitet (beziehungsweise Teammitglied Z), bringt den Notfallpatienten in einen anderen Raum und lagert ihn. Der Lerneffekt ist besonders groß, wenn das Team seinen Notfallplan und alle erforderlichen Abläufe selbst erarbeitet. Alternativ gibt es hierfür aber auch Vordrucke von verschiedenen Anbietern.

2. **Ausstattung des Notfallkoffers** (siehe Kasten nächste Seite oben). Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften, in denen klar geregelt ist, welches

Notfallmanagement: Wie bereite ich mich auf den Ernstfall vor?

- Definition der Indikationen: Welche Notfälle können in unserer Praxis mit gewisser Wahrscheinlichkeit auftreten?
- Definition der Abläufe und Zuständigkeiten: Wer macht was und wer informiert wen?
- Notfallkoffer: Der Notfallkoffer muss für alle zugänglich sein, alle müssen seinen Standort kennen. Der Inhalt des Notfallkoffers wird regelmäßig kontrolliert.
- Schulung: Regelmäßige theoretische Auffrischung der Notfallabläufe mit dem gesamten Team.
- Training: Praktische Simulation von Notfällen unter realistischen Bedingungen, möglichst in der eigenen Praxis.



Das Wichtigste im Überblick: Was tun im Notfall?

Notfall-Equipment der Arzt in seiner Praxis vorhalten muss. Er kann den Notfallkoffer daher im Rahmen seiner ärztlichen Therapiefreiheit nach eigenem Ermessen bestücken. Die Industrie bietet verschiedene fertige Modelle und Ausstattungsvarianten an, doch hier lohnt der genaue Vergleich. Denn ein schicker und bestens ausgestatteter Notfallkoffer nutzt im Ernstfall nichts, wenn das Team das darin enthaltene Equipment nicht bedienen kann oder mit den enthaltenen Medikamenten nicht vertraut ist. Wer eine Intubation beherrscht, sollte den Notfallkoffer mit einem Laryngoskop ausstatten. Andere sollten im Notfall lieber einen Larynxtracheostomie oder eine Larynxmaske einsetzen. Nicht jede Praxis muss einen Defibrillator vorhalten. Für Ungeübte empfiehlt sich ein Automatisierter Externer Defibrillator (AED), der dem Anwender anhand der gemessenen Parameter genaue Anweisungen erteilt. In einer Berufsausübungsgemeinschaft oder in einem Ärztehaus mit mehreren Praxen können auch mehrere Ärzte gemeinsam einen Defibrillator anschaffen – Hauptsache, jeder hat im Notfall Zugang zu dem Gerät. Grundsätzlich gilt: Der Notfallkoffer sollte nur Material und Medikamente enthalten, mit denen das Team vertraut ist. Der Inhalt des Notfallkoffers muss regelmäßig überprüft werden:

1. Ruhe bewahren!
2. Ein Teammitglied sorgt für den Notruf an 112
3. Ein Teammitglied verständigt den Arzt
4. Ein Teammitglied bleibt beim Patienten und lagert ihn in stabiler Seitenlage
5. Der Patient bleibt bis zum Eintreffen des Rettungswagens unter Aufsicht
6. Geeignete ärztliche Maßnahmen zur Überbrückung einleiten (zum Beispiel venöser Zugang, Notfallmedikation, Reanimation)
7. Alle Informationen über getroffene Maßnahmen und Medikation an die Rettungsassistenten weitergeben
8. Nach Möglichkeit wichtige Informationen aus der Patientenakte für den Rettungsdienst kopieren
9. Alle Ereignisse und Maßnahmen genau dokumentieren und später im Team auswerten
10. Juristisch angreifbar sind nur das Nichtstun und die Fehlbehandlung jenseits der eigenen Fachbereichsgrenzen!

Ist das Equipment vollständig? Ist das Verfallsdatum der Materialien und Medikamente noch nicht abgelaufen? Sind alle Batterien noch funktionsfähig?

3. Regelmäßiges Training: Die Simulation von Notfällen und die anschließende Auswertung des Trainings nehmen dem Notfall seinen Schrecken. Derartige Kurse werden von KV und Ärztekammer, vom Bundeswehrkrankenhaus, aber auch von der Feuerwehr angeboten. Besonders effektiv sind Kurse, bei denen der Trainer in die Praxis kommt und vor Ort mit dem Team ein Notfalltraining durchführt. Bei diesen Kursen muss jeder mitmachen und selbst Hand

anlegen. Dies kostet speziell Ärzte zunächst ein wenig Überwindung – besonders Chefs in streng hierarchisch strukturierten Praxen fürchten bisweilen, sich vor ihren Mitarbeiterinnen eine Blöße zu geben. Doch wer seine Hemmschwelle überwindet, merkt rasch, wie er durch die praktische Übung an Sicherheit auch mit ungewohnten Situationen gewinnt.

4. Dokumentation und Auswertung: Bei einem Notfall in der Arztpraxis müssen alle Ereignisse und Maßnahmen lückenlos dokumentiert werden. Dies gilt für die Verdachtsdiagnose und die eingeleiteten Behandlungs-

Fortsetzung auf S. 8

Empfehlung: Was gehört in den Notfallkoffer?

- Blutdruckmessgerät, ggf. Absaugpumpe
- Für die Notfallbeatmung: Laryngoskop, Larynx-tubus oder Larynxmaske sowie Beatmungsbeutel
- Für den venösen Zugang: Braunüle und Infusionsmaterial
- Für die Reanimation: Notfalldefibrillator oder Automatisierter Externer Defibrillator (AED)
- Notfallmedikation: Adrenalin, Amiodaron, Atropin, Diazepam/Dormicum, Aspisol, Novalgin/Buscopan, ggf. Morphin/Fentanyl, Salbutamol-Spray, Theophillin, Nitrolingual-Spray, Tavegil, Cortison
- Lieber preisgünstige Einwegartikel als teure Mehrwegartikel vorhalten

(Bitte beachten Sie: Nicht alle aufgezählten Produkte sind im Rahmen des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähig.)

Fortsetzung von S. 7

maßnahmen ebenso wie für sämtliche verabreichte Medikamente. Eine Verdachtsdiagnose kann sich im Nachhinein durchaus als falsch erweisen. So können eine Aortendissektion und ein Herzinfarkt zu Beginn ähnliche Symptome aufweisen, erfordern aber eine gänzlich unterschiedliche Behandlung. Auch eine akute Luftnot – einer der häufigsten Notfälle überhaupt – kann vom Herzinfarkt bis zum Asthmaanfall verschiedene Ursachen haben. Dem Erstbehandler bleibt also gar nichts anderes übrig, als seiner begründeten Verdachtsdiagnose zu folgen. So lange das eigene ärztliche Handeln hierbei plausibel und nachvollziehbar ist, muss der Arzt selbst bei einer Fehldiagnose und kontraproduktiver Behandlung des Patienten keine juristischen Konsequenzen befürchten. Wichtig sind allerdings die Weitergabe aller

Informationen an den weiterbehandelnden Notarzt und die lückenlose Dokumentation in Form eines Notfallprotokolls. Insbesondere eine mögliche Fehldiagnose sollte gut dokumentiert werden, sonst gerät man bei Nachfragen rasch in Erklärungsnot – und diese Nachfragen kommen bei einem Notfall in der Regel nicht

nach zwei Stunden, sondern irgendwann später. Und dann gilt: Nur was dokumentiert ist, hat auch tatsächlich stattgefunden.

*Christoph Albrecht,
Facharzt für Allgemeinmedizin und
Notfallmedizin und
Leitender Notarzt*

Infos und Kurse:

Wer hilft meiner Praxis beim Notfallmanagement?

Erste Anlaufstelle für Fragen zum Thema Notfallmanagement ist das Info-Center der KV Hamburg (Tel: 22802-900), das Anrufer zu den Ansprechpartnern des Notfalldienstes durchstellen kann. Hier erhalten Sie auch Informationen über Notfallseminare der KV.

Seminare über verschiedene Aspekte der Notfallmedizin bietet die Ärztekammer an (www.aerztekammer-hamburg.de → *Ärztl. Fortbildung*). Die Feuerwehr führt auf Anfrage bei Ihnen vor Ort in der Praxis ein Notfalltraining durch. (Kontakt: Melanie Eggers/Landesfeuerweherschule. Tel: 42851-4585, E-mail: melanie.eggerts@feuerwehr.hamburg.de)

Vordrucke für Notfallpläne gibt es beispielsweise hier: www.forum-media.com

Erster Tag der Allgemeinmedizin in Hamburg

- Erfolgreiche Premiere: Etwa 150 Ärzte und Praxismitarbeiter nutzten die angebotenen Workshops

Andernorts gibt es ihn schon lange – nun fand erstmals ein „Tag der Allgemeinmedizin“ am Universitätsklinikum in Hamburg statt. Etwa 150 Ärzte und Praxismitarbeiter kamen am 5. November im „Campus Lehre“ zusammen, um einen Tag lang speziell auf die Bedürfnisse der allgemeinmedizinischen Praxis ausgerichtete Fortbildungen zu absolvieren.

Während der Eröffnungsveranstaltung stellte der neue Chef des Instituts für Allgemeinmedizin, Prof. Dr. Martin Scherer, einige wissenschaftliche Projekte vor. Im Anschluss wurden über 20 Workshops angeboten. Den größten Anklang fanden Seminare, in denen ganz praktische Fertigkeiten trainiert wurden – etwa Reanimation oder der Umgang mit chronischen Wunden.



Der Tag der Allgemeinmedizin ist eine unabhängige Veranstaltung ohne Sponsoring. Daher musste das Institut für Allgemeinmedizin als Veranstalter eine Teilnahmegebühr erheben, um die Kosten zu decken. In einer Plenumsveranstal-

tung am Ende des Tages diskutierten die Teilnehmer über die Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlicher und praktischer Allgemeinmedizin und über Probleme der hausärztlichen Nachwuchsförderung und Versorgung.

BEWERBUNGSSCHLUSS
FÜR AUSSTELLER:
15. NOVEMBER 2011

KBV Messe
Versorgungsinnovation 2012

27. BIS 29. FEBRUAR 2012 BERLIN WWW.VERSORUNGSMESSE.NET



Fotos: Melanie Vollmert

Ärzteprotest in der Mönckebergstraße

■ Wird Hamburgs Medizin kaputt gespart? Hamburger Ärzte wehren sich gegen die Benachteiligung der ambulanten Versorgung in der Hansestadt.

So also könnte die ambulante Versorgung nach Ansicht der ärztlichen Berufsverbände zukünftig aussehen: Ärzte, die auf zentralen Plätzen ihr Zelt aufschlagen, ein riesiges Einzugsgebiet versorgen – und dafür nur das Allernötigste zur Verfügung haben.

„Hamburgs Praxisstrukturen sind in Gefahr“, erklärte Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg den Hintergrund einer Protestaktion, die am Vormittag des 26. Oktober 2011 in der Nähe des Mönckebergbrunnens

stattfand. „Schon über 50 Millionen Euro wurden der ambulanten medizinischen Versorgung unserer Stadt seit 2007 durch Bundesbeschlüsse vorenthalten. Kommt das Versorgungstrukturgesetz so, wie es jetzt geplant ist, droht eine Verdoppelung dieses Fehlbetrages bis 2013.“ Die Protestaktion sollte ganz bewusst keine Demonstration sein, sondern in auffälliger Weise auf das Problem aufmerksam machen.

Der belebte Platz am Mönckebergbrunnen war an diesem

Vormittag von der Farbe Weiß dominiert: Artisten in weißen Arztkitteln jonglierten mit Keulen, spuckten Feuer und führten pantomimisch vor, wie die Ärzte am Gängelband unzureichender Budgets und im fernen Berlin getroffener Beschlüsse gehalten werden. Durch die artistischen Einlagen angelockt besuchten die Passanten die drei großen weißen Praxiszelte, in denen sie mit echten Ärzten ins Gespräch kamen und die Möglichkeit hatten, Postkarten an

Fortsetzung auf S. 12 ■■■



Kreativer Protest: Rund um die Praxiszelle zogen Artisten die Aufmerksamkeit der Passanten an.



Marionetten-Ärztin: Fremdbestimmung statt ärztlicher Freiheit?



Dr. Michael Späth im Praxiszelt:
„Die Praxisstrukturen sind in Gefahr,
wenn der Hansestadt weiterhin
Geldmittel vorenthalten werden.“

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zu unterschreiben, in denen ein Ende der Benachteiligung Hamburgs gefordert wird.

Getragen wird der Protest von ärztlichen Berufsverbänden und der ärztlichen Selbstverwaltung der KV in Hamburg. „Wir setzen auf die Unterstützung der Patienten“, sagte Dr.

Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg. „Sie sind es, zu deren Lasten der Versorgungsabbau gehen wird. Darüber müssen wir sie aufklären.“ In Stadtteilen, wo Ärzte nahezu ausschließlich von Kassenpatienten lebten, seien Praxen nicht mehr wirtschaftlich zu führen, so Hofmeister. Auch der Hamburger Hausärzteverband unterstützte

die Protestaktion und wies in einer Pressemitteilung auf die Bedrohung der hausärztlichen Versorgungsebene hin.

Etwa vierzig Ärzte und Psychotherapeuten versammelten sich bis zum Mittag vor den Praxiszelten, suchten das Gespräch mit den Bürgern und verteilten Flyer, in denen die Situation der Niedergelassenen erläutert wird: „Ich hätte

Warum nehmen Sie an den Protesten teil?



Wir sind hierhergekommen, um uns für die Sicherstellung einer guten Versorgung einzusetzen. Ich möchte vor allem mehr Zeit für meine Patienten haben. Was wir in unserer Praxis an sprechender Medizin und an Krisenintervention machen, wird im Honorar gar nicht abgebildet. Das eigentliche Problem liegt tiefer: Es gibt insgesamt zu wenig Geld für die Hamburger Ärzte.

*Dr. Angelika Giovanopoulos
Allgemeinmedizinerin in
Stellingen*



Mit dem derzeit ausgeschütteten Honorar ist eine anspruchsvolle Versorgung auf Dauer nicht aufrecht zu erhalten. Das ist auch ein emotionales Problem: Wenn die Ärzte so offensichtlich unangemessen bezahlt werden, wächst der Frust. Am Ende sind es die Patienten, die darunter zu leiden haben. Das dürfen wir nicht zulassen.

*Dr. Barbara Beland
Kinderärztin in Wandsbek*



Ich bin Kinder- und Jugendarzt mit einer Psychotherapieausbildung und habe für jeden Patienten, der psychosomatische Medizin braucht oder ein psychotherapeutisches Anliegen hat, nur sechs Minuten im Quartal Sprechzeit. Mehr wird nicht bezahlt. Was ich zusätzlich leiste, ist geschenkt.

*Dr. Martin Fischer
Kinderarzt in Volksdorf*



Mein Anliegen ist, dass die psychiatrische Versorgung der Kinder- und Jugendlichen weiter so fortgesetzt werden kann wie bisher. Ich wünsche mir, dass wir Zeit für die Patienten haben, dass wir auch mit den Familien sprechen können. Und das ist nur möglich, wenn die Versorgung finanziert wird.

*Dr. Silvia Borns
Kinder- und Jugendpsychiaterin in Hohenfelde*



Billig wird teuer: Postkarte und Flyer zur Protestaktion

gern mehr Zeit für Sie“, heißt es dort, „aber dazu müsste ich investieren können“. Es stehe zu wenig Geld zur Verfügung, um mehr Personal einzustellen und die Praxisöffnungszeiten zu verlängern. „Ich setze mich voll und ganz für Sie ein, doch Ihre Krankenkasse bezahlt mir nur 70 Prozent von allem, was ich für Sie tue.“

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) reagierte noch am selben Tag auf den Vorwurf, die Kassen hielten Geld zurück. „Das ist Jammern auf hohem Niveau“, ließ der vdek in einer Pressemitteilung verlauten. Hamburg sei zahlenmäßig mit Ärzten besser versorgt als alle anderen Regionen in Deutschland. „In kaum einem anderen Bundesland geben die Krankenkassen so viel Geld für die medizinische Versorgung ihrer Versicherten aus.“

Mythen dieser Art seien es, die Hamburg in Bedrängnis bräch-

ten, konterte KV-Vizechef Walter Plassmann. „Wir haben in Hamburg einen ähnlichen Behandlungsbedarf wie andere Großstädte“, so Plassmann. „Doch deren Zahlen werden mit den umliegenden ländlichen Gebieten verrechnet. Man kann eine Stadtstaat-KV wie Hamburg nicht auf den Durchschnitt von Flächen-KVen drücken.“ In der Medizinmetropole Hamburg habe sich eine hochspezialisierte ambulante Versorgung herausgebildet, die Patienten aus ganz Norddeutschland anziehe. Plassmann verwies auf neuere Untersuchungen, die bekräftigen, dass man auch bei einer auf Hamburg verengten Sichtweise die ambulante Versorgung nicht isoliert betrachten kann: Eine gut ausgebaute Praxislandschaft entlaste die Krankenhäuser und könne sogar die Mortalität der Patienten senken. „Das Gerede vom überversorgten Ballungsgebiet ist Quatsch“, bestätigt Hofmeister. „Wer bei der ambulanten Versorgung die

Axt anlegt, wird auch im stationären Bereich und im Umland verheerende Effekte auslösen.“ Die Protestveranstaltung am Mönckebergbrunnen war der Auftakt für weitere Aktionen. Die KV hat im Auftrag der Berufsverbände eine Internetseite freigeschaltet, in der die Argumentation der Hamburger Ärzte und ihre Forderungen nachzulesen sind (www.billigwirdteuer.de). Das Aktionskomitee bittet die Hamburger Vertragsärzte und -psychotherapeuten, Flyer und Postkarten an Patienten zu verteilen mit der Bitte, die Proteste zu unterstützen. Die Postkarten sollen an die KV zurückgeschickt werden, die diese dann an den Bundesgesundheitsminister weiterleitet. Auch auf der Website kann man per vorbereiteter Mail seine Forderung für den Erhalt der guten ambulanten Versorgung in Hamburg an die Bundestagsabgeordneten und den Bundesgesundheitsminister schicken.



„Wer möchte schon so einen Job – überlange Arbeitszeiten, die ein Familienleben fast unmöglich machen. Das auch noch zu einem Lohn, der dem Einsatz kaum gerecht wird. Dazu eine Hierarchie, die in ihrer Striktheit dem Militär ähnelt – und für Akademiker nach so langer Ausbildung in dem Alter unangemessen ist. Die gestiegene Anspruchshaltung und Klagefreudigkeit der Patienten macht den Doktor-Alltag nicht einfacher. Die Krönung aber ist die Lawine von bürokratischen Aufgaben, die sich obendrein permanent ändern.“

Jörg-Dietrich Hoppe 2005 (zitiert nach Arztwiki)

Jörg-Dietrich Hoppe zum Gedenken

Als er die Schattenseiten des Arztberufes mit den oben zitierten Sätzen beschrieb, hatte Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe gerade mal die Hälfte seiner Amtszeit als Bundesärztekammerpräsident hinter sich. Hoppe war 1999 zum obersten Repräsentant der Ärzteschaft gewählt worden und gab das Amt erst im Juni 2011 auf. Während dieser zwölf Jahre habe er „mit Leidenschaft gekämpft“, sagt der Vorsitzende der KV Hamburg, Dieter Bollmann – für den freiheitlichen Arztberuf, gegen Überregulierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. „Klarheit, Verbindlichkeit und ein Höchstmaß an Integrität haben sein berufspolitisches Leben geprägt“, so Bollmann.

Hoppe hatte von 1960 bis 1965 in Köln Medizin studiert. Nach seiner Zeit als Assistent in der Inneren Medizin wurde er Facharzt für Pathologie und Allgemeinmedizin. Von 1982 bis 2006 arbeitete er als Chefarzt des Instituts für Pathologie

des Dürener Krankenhauses. In dieser Zeit wurde er Vorsitzender des Marburger Bundes und später Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein. Als Hochschullehrer unterrichtete er am Institut für Rechtsmedizin und an der medizinischen Fakultät der Universität Köln.

Den Medien galt Hoppe als „Provokateur“ (Spiegel), sprach er doch immer wieder Themen an, die von Gesundheitspolitikern und den Krankenkassen lieber unter der Decke gehalten worden wären. So forderte er wiederholt eine Priorisierung von Behandlungen nach einer Rangliste. „Wir Ärzte werden das Thema Priorisierung in die Hand nehmen, weil die Politik sich bisher geweigert hat“, so Hoppe. Das Gesundheitswesen verfüge über zu wenig Geld, um allen Patienten jede Art von Behandlung zu versprechen. Deshalb müssten Expertengremien klären, was wichtig und was weniger wichtig sei.

Im Jahr 2006 stellte sich Hoppe an die Spitze der Ärzteproteste,

die er mit der „existenziellen Not“ vieler niedergelassener Mediziner begründete. „Jede sechste Arztpraxis steht unter Bankkuratel, und jede dritte Arztpraxis ist regelrecht gefährdet“, so Hoppe. „Wir möchten uns wieder um unsere Patienten kümmern können und um deren Sorgen und Nöte, und nicht Papier vollschreiben müssen.“

Bei politischen Auseinandersetzungen habe Hoppe stets den Patienten in den Mittelpunkt gestellt, so Bollmann. „Um dessen Versorgung hat er gekämpft, wohl wissend, dass zugewandte ärztliche Versorgung nur gelingen kann, wenn der Arzt freiberuflich und damit auch frei von existenziellen Sorgen behandeln kann. Mit Jörg-Dietrich Hoppe verlieren wir einen hervorragenden Vertreter, der weit über den Berufsstand hinaus große Anerkennung gefunden hat.“

Jörg-Dietrich Hoppe starb am 7. November 2011 nach längerer Krankheit in Köln.

Amtliche Veröffentlichung

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

- 20. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.04.1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der AOK Rheinland/Hamburg über die Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch vom 20. April 2011
- 21. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.04.1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und dem BKK-LV NORDWEST über die Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch vom 20. April 2011
- 20. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18.04.1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der IKK classic über die Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch vom 20. April 2011
- 29. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 11.04.1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und dem vdek über die Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch vom 20. April 2011
- Ergänzungsvereinbarung zum Gesamtvertrag vom 01.01.2009 über die Leistungsvergütung bei Schwangerschaftsabbruch zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) und der Knappschaft vom 20. April 2011

Hinweis: Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist nun abgelaufen und die Verträge sind somit gültig.

- Vertrag zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der BKK Mobil Oil:

Hinweis: Der Vertrag wurde mit Wirkung zum 31. Dezember 2011 gekündigt.

- Vertrag über den Einbehalt eines Kostenanteils im Rahmen des Vertrages zur Integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis in Hamburg zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der BVKJ-Service GmbH:

Hinweis: Wie uns von der AOK Rheinland/Hamburg mitgeteilt wurde, ist der IV-Vertrag zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht in Kraft getreten. Die Leistungen nach diesem Vertrag sind daher noch nicht abrechenbar. Sie werden informiert, sobald dies möglich ist.

- Vertrag nach § 132 e SGB V über die Durchführung von Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 i.V.m. § 92 Abs. 1 Nr. 15 SGB V (Schutzimpfungs-Vereinbarung) zwischen der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012:

Hinweis: Der Vertrag wurde am 14. Oktober 2011 unter Vorbehalt bekanntgegeben, um Sie rechtzeitig zu informieren. Das Unterschriftenverfahren ist nun abgeschlossen und der Vertrag somit gültig.

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

Infocenter, Tel: 22 802 – 900

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

...eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Tel: 040/202 299 222

Montag-Dienstag	9-13 und 14-16 Uhr
Mittwoch	9-12 und 14-16 Uhr
Donnerstag	9-13 und 14-18 Uhr
Freitag	9-12 Uhr





Foto: Felix Falter

Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter (v.l.n.r.): Sandy Kupferschmidt, Monique Laloire, Fleur Priess, Katja Egbers und Heike Kühnel

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

1 *Wie wird eine Jugendarbeitsschutzuntersuchung abgerechnet?*

Der Patient muss vor der Behandlung einen Berechtigungsschein von seinem Einwohnermeldeamt vorlegen. Die Untersuchung muss nach Vorgaben der dafür vorgesehenen Vordrucke erfolgen, die im Formularraum der KV ausliegen. Die Jugendarbeitsschutzuntersuchung ist keine Kassenleistung, sondern wird über das Amt für Arbeitsschutz abgerechnet:

Rechnungsstelle
Billstrasse 80
20539 Hamburg

2 *Einer unserer Patienten soll unter Narkose von einem Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen operiert werden. In welchen Fällen dürfen wir eine Überweisung für einen Anästhesisten ausstellen?*

Im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-kiefer-gesichtschirurgischen Eingriffen kann eine Narkose nur in folgenden Fällen zu Lasten der GKV durchgeführt werden:

- bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, wenn wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit und/oder durch den Eingriff bedingt eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist (als Begründung muss ICD angegeben werden)
- bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit, die eine geistige Behinderung und/oder eine schwere Dyskinesie haben (als Begründung muss ICD angegeben werden)
- bei Eingriffen entsprechend dem Abschnitt 31.2.8 des EBM, sofern eine Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich ist.

Trifft eine dieser Voraussetzungen zu, kann der Arzt eine Überweisung zum Anästhesisten ausstellen. (Quelle EBM Abschnitt 5.1 Nr. 8)

3 *In der neuen Heilmittel-Richtlinie vom 1. Juli 2011 steht in § 8 Absatz 5, dass die Krankenkassen in besonderen Fällen auf Antrag des Versicherten jetzt auch Leistungen langfristig für mindestens ein Jahr genehmigen können. Bedeutet dies, dass ich beispielsweise für einen MS-Patienten auf einem Rezept Krankengymnastik für ein Jahr verordnen kann?*

Nein, so darf der Passus nicht ausgelegt werden. Die neue Vorschrift ermöglicht nur die langfristige Genehmigung durch die Krankenkassen und ersetzt nicht die regelmäßige vertragsärztliche Heilmittelverordnung. Da die meisten Kassen auf das

Genehmigungsverfahren nach § 8 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie verzichtet haben (die aktuelle Liste dieser Krankenkassen finden Sie im Internet unter: www.kvhh.de - Verordnungen- Heilmittel - Informationen der KV Hamburg), brauchen die meisten betroffenen Versicherten keine langfristigen Genehmigungen zu beantragen. Es ändert sich also nichts in Ihrem bisherigen Verordnungsverhalten.

4 Kann ich antiallergische Bezüge (Encasing) für die Bettwäsche über die Krankenkasse verordnen?

Nein, antiallergische Bettwäsche ist nicht Gegenstand des Hilfsmittelkataloges. Einige Krankenkassen sind trotzdem bereit, die Kosten (gegebenen-

falls anteilig) zu übernehmen. Der Patient sollte sich vorher bei seiner Kasse informieren, ob das der Fall ist. Wenn ja, können Sie eine Verordnung auf einem Kassenrezept unter Angabe der Diagnose ausstellen. Da es sich nicht um ein gelistetes Hilfsmittel handelt, muss die Krankenkasse die Verordnung genehmigen.

5 Wir übernehmen häufig die Vertretung für andere Kollegen. Wie verfahren wir, wenn ein Patient während solcher Vertretungsdienste eine Quittung über die bereits gezahlte Kassengebühr vorlegt?

Die vorgelegte Quittung müssen Sie mit Ihrem eigenen Praxisstempel entwerten und einen Notfall-/Vertreterschein (Muster

19) anlegen. Auf diesem wird dann zusätzlich zu den Leistungen, die sie erbringen, die Codiernummer 80033 (Inanspruchnahme eines Vertreters) abgerechnet.

6 Ich bin erst seit kurzem niedergelassen und möchte erstmals einen Polizeibeamten gegen Grippe impfen. Kann ich auch für Versicherte der Freien Heilfürsorge Hamburg (Polizei und Feuerwehr) den Impfstoff über die BARMER GEK beziehen?

Nein. Impfstoffe für Versicherte der sogenannten Sonstigen Kostenträger (zum Beispiel Freie Heilfürsorge, Bundeswehr, Bundespolizei, Postbeamtenkrankenkasse A) sind auf den Namen des Patienten zu verordnen.

Nachgereichter Überweisungsschein: Ausstelldatum muss vor dem Behandlungsdatum liegen

Im KVH Journal 10/2011 (Seite 16) haben wir einen Artikel über die nachträgliche Zahlung der Kassengebühr veröffentlicht. Dabei ging es unter anderem um die Situation, dass ein Patient seinen Überweisungsschein erst nachträglich vorlegt: Der Patient weist damit nach, dass er keine Kassengebühr zahlen muss; die Praxis löscht die Codiernummer für nicht gezahlte Kassengebühr 80044 (oder 80045) aus der Abrechnung und wandelt den zuvor angelegten Originalschein in einen Überweisungsschein um.

Der Artikel hat Nachfragen ausgelöst. Deshalb hier eine Klarstellung:

1. Die Praxis kann den nachgereichten Überweisungsschein nur annehmen, wenn er vor Beginn der Behandlung ausgestellt wurde. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn ein Patient den Überweisungsschein zu Hause vergessen hat. Ein Überweisungsschein, der erst nach Beginn der Behandlung beim „Überweisungsempfänger“ aus-

gestellt wurde, ist unzulässig.

2. Die Praxis muss einen nachgereichten Überweisungsschein nicht annehmen. Tut sie es dennoch, muss sie die Codiernummer 80044 (oder 80045) aus der Abrechnung löschen und den Originalfall in einen Überweisungsfall (Mit-/Weiterbehandlung) umwandeln. Bitte denken Sie daran, auch die BSNR und LANR des ausstellenden Arztes und das Ausstelldatum des Überweisungsscheins einzutragen.

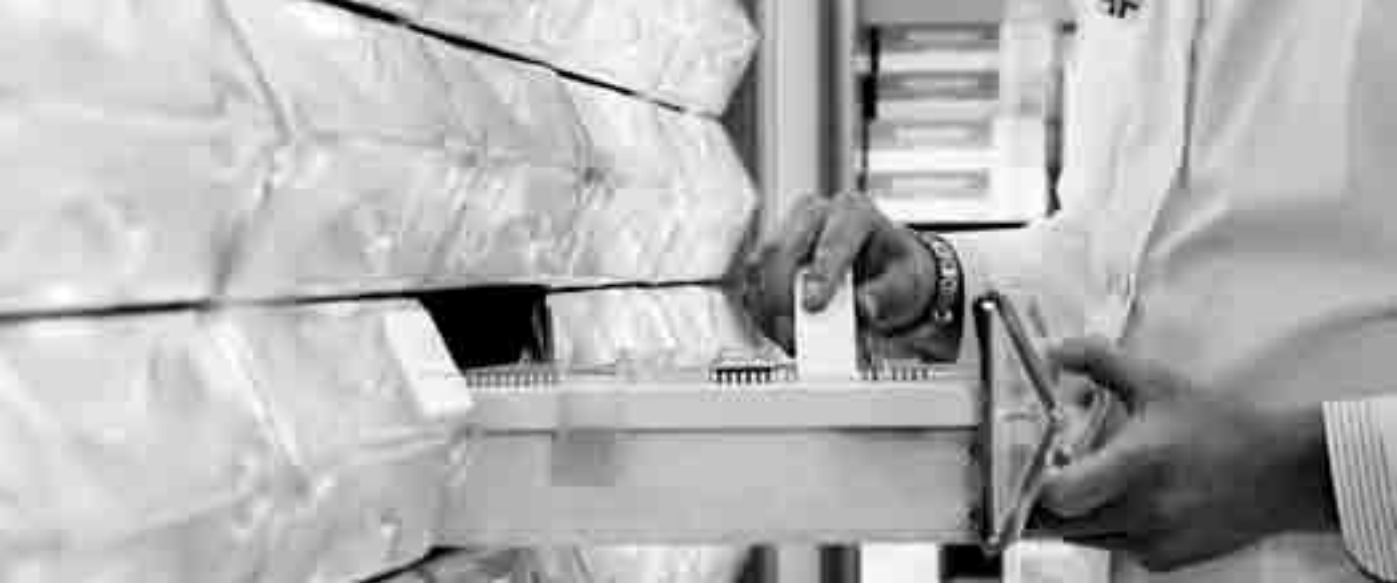


Foto: fotolia.de/diego cervo

Neuerungen beim Off-Label-Use

Off-Label-Verordnung von Doxorubicin bei Merkelzellkarzinom zulässig

Der Bundesausschuss hat Doxorubicin zur palliativen Behandlung des disseminierten oder lokoregionär fortgeschrittenen/inoperablen Merkelzellkarzinoms in Teil A der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen. Der Off-Label-Use ist damit zulässig, wenn lokale Behandlungsmöglichkeiten mit Operation und/oder Radiatio ausgeschöpft oder nicht möglich sind. Bei Patienten, die auf die Behandlung ansprechen, wird die Kombination von Doxorubicin mit Cyclophosphamid und Vincristin (CAV-Schema) und eine Anwendung in sechs Zyklen empfohlen.

Nur die Doxorubicin-haltigen Präparate folgender Firmen dürfen für diese off-label-Indikation verordnet werden:

- Activis Group PTC ehf
- Cell Pharm GmbH
- EBWE Pharma GmbH Nfg. KG
- Hexal AG

- HIKMA Farmaceutica (Portugal) S.A.
- Medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH
- Medicopharm AG
- Neocorp AG
- Pharmachemie BV
- TEVA GmbH

Off-Label-Verordnung von Etoposid bei Ewing-Tumoren in verschiedenen Kombinationen zulässig

Der Bundesausschuss hat den Wirkstoff Etoposid bei Patienten mit Ewing-Sarkomen des Knochens, extraossären Ewing-Sarkomen und malignen peripheren/primitiven neuroektodermalen Tumoren (PNET) in einer alternierenden Kombination mit anderen Wirkstoffen (so genanntes VACA-IE-Schema) in Teil A der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen.

Die Präparate folgender Hersteller können für diese Indikation verordnet werden:

- BERAGENA Arzneimittel GmbH
- Cell Pharm GmbH
- HEXAL AG

- HIKMA Farmaceutica (Portugal), S.A.4.
- Medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH
- Neocorp AG
- Pharmachemie BV
- TEVA GmbH

Unzulässiger Off-Label-Use

Der Off-Label-Use von Dapsone in der Monotherapie zur Behandlung der Pneumocystis carinii Pneumonie ist nicht zulässig. Ebenso wurde der Off-Label-Use von Aldesleukin (auch als Adjuvans) bei HIV/AIDS als unzulässig eingestuft.

Beide Wirkstoffe wurden für die genannten Anwendungen in den Teil B der Anlage VI der Arzneimittelrichtlinien aufgenommen. Sie sind somit für diese Indikationen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnungsfähig.

Die Beschlüsse im Internet:
www.g-ba.de

*Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Arzneimitteln:
Abteilung Praxisberatung
Regina Lilje, Tel. 22802-498
Barbara Spies, Tel. 22802-564*

IQWiG bescheinigt Ticagrelor (Brilique®) „beträchtlichen Zusatznutzen für bestimmte Patienten“

■ Abschließende Bewertung des Bundesausschusses liegt noch nicht vor

Um Blutgerinnseln vorzubeugen, steht bei einer akuten Durchblutungsstörung des Herzmuskels zusätzlich zu Acetylsalicylsäure (ASS) seit Anfang 2011 auch der Wirkstoff Ticagrelor zur Verfügung. Das neue Konkurrenzpräparat zu Clopidogrel beziehungsweise Prasugrel ist bei gleichzeitiger Einnahme von ASS zugelassen zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei erwachsenen Patienten mit einem akuten Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris und Myokardinfarkt ohne oder mit ST- Streckenhebung). Die Indikation umfasst sowohl medikamentös behandelte Patienten als auch Patienten, bei denen eine perkutane Koronarintervention oder eine aortokoronare Bypass-Operation durchgeführt wurde.^[1]

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte das IQWiG beauftragt, eine Nutzenbewertung des Wirkstoffs Ticagrelor zu erstellen. Es ist die erste sogenannte frühe Nutzenbewertung, die das IQWiG gemäß der Vorgaben im AMNOG durchführt (§35a SGB V). Die Bewertung erfolgte auf Basis eines Dossiers, das der pharmazeutische Unternehmer zur Verfügung stellen muss.

Die Nutzenbewertung von Ticagrelor + ASS erfolgte gegenüber

- Clopidogrel + ASS bei Patienten mit instabiler Angina pectoris und Myokardinfarkt ohne ST-Streckenhebung (IA/NSTEMI),
- Clopidogrel + ASS bei Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Streckenhebung (STEMI) bei medikamentöser Behandlung,
- Prasugrel + ASS bei Patienten mit STEMI, bei denen eine perkutane Koronarintervention (PCI) durchgeführt wurde,
- ASS-Monotherapie bei Patienten mit STEMI, bei denen eine aortokoronare Bypass-Operation (CABG) durchgeführt wurde.

Zusammenfassend kommt das Gutachten zu folgenden Ergebnissen:

- Es gibt einen Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen von Ticagrelor + ASS gegenüber Clopidogrel + ASS für Patienten mit einer instabilen Angina pectoris und Myokardinfarkt ohne ST-Streckenhebung. Die Ergebnisse im Einzelnen: Für die Gesamtmortalität, sowie die kardiovaskuläre Mor-

talität ergibt sich ein Beleg für einen Zusatznutzen. Für den Endpunkt Myokardinfarkt wird kein Beleg sondern nur ein Hinweis auf einen Zusatznutzen gesehen (kein Unterschied bei der Anzahl tödlicher Myokardinfarkte). Für den Endpunkt Schlaganfall gilt ein Zusatznutzen als nicht belegt.

- Ein Zusatznutzen ist nicht belegt gegenüber der jeweiligen zweckmäßigen Vergleichstherapie Clopidogrel + ASS, Prasugrel + ASS beziehungsweise ASS-Monotherapie für die Patienten mit einem Myokardinfarkt mit ST-Streckenhebung (STEMI) unabhängig davon, ob sie medikamentös behandelt wurden oder einen Stent oder einen Bypass erhielten.

Die Bewertung des IQWiG ist Anfang Oktober ins Stellungnahmeverfahren gegangen. Die endgültige Bewertung des Zusatznutzens nimmt der G-BA vor.^[2] Die Beschlussfassung findet voraussichtlich Mitte Dezember statt.

Quellen: [1] Fachinformation zu Brilique [2] Ticagrelor – Nutzenbewertung; www.g-ba.de





Nützlich? Überflüssig? Schädlich?

■ In dieser Rubrik informieren wir Sie über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln.

Neu zugelassene Arzneimittel werden von den Herstellerfirmen oftmals intensiv beworben. Zum Zeitpunkt der Markteinführung ist es für Ärzte aber noch schwierig, sich ein Urteil zu bilden. Es liegen lediglich die Ergebnisse der Zulassungsstudien vor. Die Beurteilung der klinischen Relevanz im Vergleich zu anderen Arzneimitteln gleicher Indikation ist schwierig. Außerdem fehlen Langzeitstudien, Erkenntnisse über unerwünschte Nebenwirkungen, Interaktionen oder Ähnliches.

Um die zur Verfügung stehenden Informationen leichter zugänglich zu machen, berichten wir in dieser Rubrik über Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu neuen Arzneimitteln. Diese Stellungnahmen werden relativ schnell nach der Zulassung auf Grundlage des Europäischen öffentlichen Beurteilungsberichts (EPAR) über neu zugelassene Arzneimittel in der EU erarbeitet.

Wir kürzen diese Stellungnahmen auf die für den Alltag in der Praxis wichtigen Aussagen. Falls vorhanden, fügen wir außerdem Preisvergleiche hinzu, die von Prof. Dr. Ulrich Schwabe an der Universität Heidelberg erstellt wurden.

Wir bitten Sie, diese Informationen auch im Hinblick auf eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu berücksichtigen. Bei Arzneimitteln, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Nutzenbewertung abgibt, kann sich der Preis auch nach längerer Zeit nochmals ändern. Arzneimittel, für die der G-BA keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen feststellt und die gegenüber der Vergleichstherapie teurer sind, können bis zur Vereinbarung eines Erstattungsbetrages als unwirtschaftlich angesehen werden. Außerdem kann es zu Verordnungseinschränkungen kommen.

Neue Arzneimittel

Eliquis® (Apixaban)

Indikation

Zur Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) bei erwachsenen Patienten nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen.

Bewertung

Nach elektivem Hüft- oder Kniegelenkersatz tritt unter einer Thromboembolieprophylaxe mit Apixaban der kombinierte primäre Endpunkt (asymptomatische oder symptomatische tiefe Venenthrombosen (TVT), nichttödliche Lungenembolie oder Tod jeder Ursache) seltener auf als unter Enoxaparin. Apixaban führt aber nicht zu einer Verminderung symptomatischer Thromboembolien, Lungenembolien oder Todesfällen. Die Rate schwerer Blutungen unterscheidet sich zwischen Apixaban und Enoxaparin nicht. Bei Unverträglichkeit oder Kontraindikation gegenüber einem niedermolekularen Heparin kann ein direkter Faktor-Xa-Inhibitor eingesetzt werden, dabei zeigt der indirekte Vergleich Vorteile von Rivaroxaban gegenüber Apixaban.

RoActemra® (Tocilizumab) – neu zugelassene Indikation

Indikation

Zur Behandlung von Patienten im Alter von zwei Jahren und älter mit aktiver systemischer juveniler idiopathischer Arthritis (sJIA) zugelassen, die nur unzureichend auf eine vorangegangene Behandlung mit nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAs) und systemischen Kortikosteroiden angesprochen haben. Es kann (falls eine Methotrexat(MTX)-Unverträglichkeit vorliegt oder eine Therapie mit MTX unangemessen erscheint) als Monotherapie oder in Kombination mit MTX verabreicht werden.

Bewertung

Auch für Tocilizumab fehlen vergleichende Untersuchungen zu anderen biologischen DMARDs. Wie alle DMARDs führt es nicht zur Heilung der sJIA, kann aber eine Verlangsamung des Krankheitsprozesses (radiologische Progression, fortschreitende Gelenkzerstörung) bewirken. Die Behandlung mit Tocilizumab sollte von einem Facharzt mit Erfahrung in der Diagnose und Behandlung der sJIA eingeleitet und überwacht werden. Die schwerwiegenden Nebenwirkungen (Leukopenie, Thrombozytopenie, Hyperlipidämie, bakterielle und virale Infektionen, erhöhte Suszeptibilität gegenüber tuberkulösen Neuinfektionen, Hepatotoxizität) und die hohen Kosten sind zu beachten. Da Tocilizumab die Akut-Phase-Reaktion unterdrückt (fehlender CRP-Anstieg), kann der Beginn einer schwerwiegenden Infektion verschleiert werden. Bei Kindern, die ihre Beschwerden oft nicht präzise schildern können, ist deshalb höchste Aufmerksamkeit auf die Frühsymptome einer schwerwiegenden Infektion zu verwenden. Wenn nach zwölf Wochen keine Besserung erzielt wird, ist eine Weiterbehandlung nicht gerechtfertigt.

Die kompletten Stellungnahmen der AKdÄ einschließlich der Literaturangaben finden Sie unter www.akdae.de → *Neue Arzneimittel*. Die öffentlichen Europäischen Beurteilungsberichte (EPAR), auf deren Grundlage die Stellungnahmen erarbeitet wurden, finden Sie unter www.ema.europa.eu. Weitere Informationen zu den Arzneimitteln (unter anderem zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Risiken) entnehmen Sie bitte der Fachinformation in der jeweils aktuellen Fassung: www.fachinfo.de

Ansprechpartner: Abteilung Praxisberatung, Tel: 22802-571 oder -572

Flunitrazepam-Präparate gelten ohne Ausnahme als Betäubungsmittel

Seit 1. November 2011 unterliegt Flunitrazepam (zum Beispiel Rohypnol®) ohne Ausnahme dem Betäubungsmittelrecht (das unter anderem die Verschreibung auf einem Betäubungsmittel-Rezept so-

wie die gesicherte Aufbewahrung vorschreibt). Vor diesem Stichtag konnten Präparate mit bis zu 1 Milligramm Flunitrazepam als „ausgenommene Zubereitungen“ auf einem normalem Rezept verordnet

werden. Wegen des „erheblichen Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzials“ wurden die Anforderungen mit der 25. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) verschärft.

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. med. Volker Lambert



Geburtsdatum: 26.9.1945

Fachrichtung: Innere Medizin, Allgemeinmedizin

Weitere Ämter: Zweiter Vorsitzender Hausärzterverband Hamburg

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja, was die Arbeit im engeren medizinischen Sektor anbetrifft, die Arbeit als Diagnostiker, als Therapeut, als Lotse und Berater. Lotse ist spannend und vollauf zufriedenstellend. Nein, was das Umfeld anbetrifft. Die bürokratischen Anforderungen sind zeitaufwändig, oft redundant und selten nützlich.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die Stärkung der Hausarztmedizin sowohl im wissenschaftlichen (auch universitären) Rahmen als auch durch Akzeptanz der Besonderheiten der Hausarztmedizin. Solange die Majorisierung durch andere ärztliche Berufsgruppen nicht durch einen politischen Minderheitenschutz gedämpft wird, sind keine echten Fortschritte zu erwarten.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Das Gesundheitssystem ist dermaßen komplex, dass es wohl ohne ständige Reformen nicht funktionieren könnte. Ob eine „echte“, das heißt umfassende Reform überhaupt möglich ist, bezweifle ich. Die KV hat nur dann eine Zukunft, wenn sie sich um eine gute ärztliche Versorgung kümmert, diese dann auch finanziell einigermaßen gerecht absichert und nicht weiter einem Institutionsegoismus frönt. (Tendenz aller Behörden, sich für unersetzlich zu halten.)

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Im Moment steht mir nicht so recht der Sinn nach Politikern.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Ich habe im Urlaub in Portugal einen alten, halb zerfallenen Turm direkt am Meer gesehen. Daneben eine kleine Baracke. Dies alles in einem halb-touristisch geprägten Dorf. Restaurieren, einen Teil der Rente dort verbrauchen.

Terminkalender

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

Nach einem bundesweit einheitlichen Schulungscurriculum werden Praxisinhaber und -mitarbeiter befähigt, das QM-System „QEP®-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ohne externe Hilfe einzuführen. Das Seminar wird von KBV-lizenzierten QEP®-Trainern durchgeführt.

Fr 11.05.2012 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 12.05.2012 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

QEP®-Refresher-Kurs

(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

Nach fünf Jahren Anwendung in der Praxis wurde das QM-System QEP überarbeitet. Das Seminar soll einerseits Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr QEP auf die neue Version umzustellen.

Mi 22.02.2012 (9:00-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 180,
jeder weitere € 130

inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen

Unterstützt durch Mustervorlagen und anhand vieler Beispiele wird im Seminar ein praxisindividuelles, CD-gestütztes QM-Handbuch nach QEP® erarbeitet. Zielsetzung des Seminars ist die Zertifizierungsreife – wobei die Zertifizierung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist.

5-teiliges Blockseminar 2012

Teil 1: Mi 15.08.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 12.09.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 17.10.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 14.11.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 12.12.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

In diesem Seminar können Sie überprüfen, ob Ihre Praxis zertifizierungsfähig ist und an welchen Stellen gegebenenfalls noch nachgebessert werden muss.

Mi 06.06.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Datenschutz in der Praxis

Hier wird aufgezeigt, was in puncto Datenschutz in der Praxis zu beachten ist, wann ein Datenschutzbeauftragter benannt werden muss und welche Aufgaben er übernimmt.

Mi 21.03.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Arbeitsschutz

In einer Arztpraxis muss das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz beachtet werden. In diesem Workshop lernen Sie den Umgang mit Gefahrstoffen, wie Sie Personal und Patienten vor Unfällen schützen können und wie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird.

Mi 13.06.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP-Hygiene in der Arztpraxis

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Im Seminar wird erläutert, welche Aufgaben hierbei anfallen, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind. Ein Überblick darüber, was bei einer Praxisbegehung durch die verschiedenen Behörden passiert rundet das Thema dieses Seminars ab.

Mi 29.08.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

Der Arzt ist in der Praxis gleichzeitig Führungskraft und muss sich mit Personalfragen wie beispielsweise Personalauswahl, Einstellungsmodalitäten, Motivation und Konfliktbewältigung auseinandersetzen. Hier erfahren Sie, wie Sie damit umgehen können und was beachtet werden muss.

Mi 31.10.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

Das Seminar zeigt, wie man mit Patientenbeschwerden souverän umgeht, diese schon im Vorfeld vermeiden kann – und wie ein Fehlermanagement in der Praxis aufgebaut wird.

Mi 28.11.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der
KVH helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

- schnelle und verbindliche Auskünfte in
allen Fragen, die die vertragsärztliche
Tätigkeit und das Leistungsspektrum
der KVH betreffen
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die
gewünschte Information nicht sofort
erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen
Anfragen per Post, Fax oder eMail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr



Foto: Felix Fallert