

KVH *journal*

STIMMT DA WAS NICHT?

*Warum Ärzte
industriunabhängige Informationen
brauchen*



HACKER-ANGRIFFE

Wie sich Praxen schützen können

SERVICE

Zehn Jahre Infocenter der KV Hamburg

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

IMPRESSUM

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

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. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 6/2016 (Juni 2016)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Während dieses KVH-Journal gedruckt wurde, unterzeichneten KV- und Kassen-Vorstände die Honorarvereinbarung 2016/2017. Leider war dies zu spät, um in dieser Ausgabe der KV-Mitgliederzeitschrift zu berichten. Aber vielleicht haben Sie zwischenzeitlich das „Telegramm“ des KV-Vorstandes gelesen, mit dem über die Ergebnisse informiert wurde. Wenn nicht, können Sie dies auf unserer Homepage (www.kvhh.de) jederzeit nachholen.

Die Rahmenbedingungen von Honorarverhandlungen sind immer enger geworden. Bundesvorgaben, gesetzliche Restriktionen und eine objektiv schwierige Lage der Hamburger Krankenkassen schränken den Verhandlungsspielraum stark ein.

Umso erfreulicher ist, dass wir sowohl die Grundversorgung, als auch einzelne Leistungsbereiche über das von der Bundesebene vorgegebene Maß hinaus stärken konnten. Der Preis hierfür ist zwar ein juristisch recht komplexer Zwei-Jahres-Vertrag, doch es war den Aufwand und die Mühe wert.

Nach den für Hamburg deletären Jahren der strikten Bundesvorgaben schwimmt sich die KV Hamburg langsam wieder frei – auch wenn das Schwimmbecken (s.o.) recht schmal geworden ist. Immerhin: Wir konnten weitere Leistungen aus dem Budget nehmen und als reine Einzelleistung bezahlen. In keiner anderen KV sind prozentual mehr Leistungen ausbudgetiert als in Hamburg. Diesen Spitzenplatz haben wir ausgebaut.

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: Warum ist eine Pharmakotherapieberatung der KV sinnvoll?
- 08**_ Wunderarznei ohne Nebenwirkungen? Wie die Pharmakotherapieberatung in den KVen entstanden ist
- 11**_ Die neuen Pharmakotherapieberater in Hamburg

INFORMATIONSTECHNOLOGIE

- 14**_ Interview: Wie kann ich meine Praxis vor Hacker-Angriffen schützen?

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16**_ Fragen und Antworten
- 18**_ Orientierungshilfe für Behinderte: Barriere-Scouts in den Praxen
- 19**_ „Gesund schwanger“: Neuer Vertrag zur Vermeidung von Frühgeburten
- 20**_ Asylbewerber: Sozialbehörde ist Kostenträger bei „24-Stunden-Bescheinigung“ und fehlendem Anspruchsnachweis
 Psychotherapie für Asylbewerber: Behörde regelt Ablauf des Genehmigungsverfahrens
- 21**_ Fortbildung: Verordnung von Sprechstundenbedarf
 DAK-Infoblatt: Verordnung häuslicher Krankenpflege



ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 21_** Glinide bei Diabetes nicht mehr verordnungsfähig
- 22_** Wirtschaftliche Verordnung von Immuntherapeutika zur Behandlung der RRMS
- 23_** Unabhängige Informationen zur Pharmakotherapie
- 24_** Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

QUALITÄT

- 25_** Qualitätsmanagement-Seminare: „QM-Richtlinie“ und „Datenschutz“
Qualitätsmanagement: Neu nach QEP rezertifizierte Praxen

FORUM

- 28_** Zehn Jahre Infocenter der KV
KBV-Kampagne: Thema ist "Nähe"

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie **Formulare, Anträge und Verträge** herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patienten-flyer, KV-Veröffentlichungen und eine **erweiterte Arztsuche** für Mitglieder.

RUBRIKEN

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

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

- 24_** Bekanntmachungen im Internet

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 26_** Primärversorgung von multimorbiden Patienten

KOLUMNE

- 29_** Hontschiks „Diagnose“

KV INTERN

- 30_** Steckbrief: Dr. Roswitha Seidenzahl-Dittmann
- 31_** Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 8: Sveta/Fotolia; Seite 9: Melanie Vollmert, Sommai/Fotolia; Seite 10: Sommai/Fotolia; Seite 11: Jasmin Kömürçü; Seite 12: Sveta/Fotolia; Seite 13: Sommai/Fotolia, Melanie Vollmert; Seite 17: Felix Faller/Alinea, Melanie Vollmert; Seite 18: RioPatua Images/Fotolia, Gerhard Seybert/Fotolia; Seite 19: BillionPhotos.com/Fotolia; Seite 28: Melanie Vollmert, KBV; Seite 29: Barbara Klemm; Seite 32: Felix Faller/Alinea; Icons: iStockfoto

Warum ist eine Pharmakotherapieberatung der KV sinnvoll?

Wir haben drei Vertragsärzte um eine Stellungnahme gebeten



Jörg Hein
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Bergedorf

Spielräume des Systems aufzeigen

Als ich 2008 in die Niederlassung ging, war mir die Pharmakotherapieberatung nur flüchtig bekannt. Zumal diese im Gespräch mit Kollegen auch immer einen bitteren Beigeschmack hatte – man erzählte sich, dass ein Vertragsarzt zur KV hinzitiert werde, wenn falsch verordnet wurde. Also besser keine schlafenden Hunde wecken – und sich lieber auf eigene Faust durchwurschteln! Jahre später fand ich dann doch noch den Weg dorthin. Würden einem nun die Leviten gelesen werden? Das Gegenteil war der Fall: **Vor mir saß ein freundlicher Dr. Voelker, der über mein Ordnungsverhalten bestens im Bilde war. Zum ersten Mal wurde ich jedoch nicht nur über die Einschränkungen in meiner Arbeit informiert, sondern mir wurde auch der nicht unbeträchtliche Spielraum des bestehenden Systems aufgezeigt.** Hatte ich mich bisher oft aus Unwissenheit verweigert, konnte ich nun fundiert rezeptieren. Ein Satz blieb mir im Gedächtnis: „Wir sollten nicht vergessen, dass unsere Arbeit nicht gegen, sondern für den Patienten ist“. ■



Volker Lambert
Facharzt für Innere Medizin
in Tonndorf

Informationen der Industrie prüfen

Die Vertragsärzte brauchen eine industrieunabhängige Stelle, an die sie sich wenden können, wenn sie Fragen zur Pharmakotherapie haben. Pharmareferenten kommen in die Praxen und arbeiten mit fragwürdig präsentierten Studien. **Dem müssen wir etwas entgegensetzen, denn für die Ärzte ist es fast unmöglich, diese Informationen zu prüfen.** Ein anderes Problem ist die Entlassmedikation. Die Krankenhäuser verabreichen oftmals teure Medikamente, bei denen im Einzelfall schwer einzuschätzen ist, ob sie der Standardtherapie tatsächlich überlegen sind und im ambulanten Bereich weiter verschrieben werden sollten. Beispiele sind die Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen mit Biologicals oder die Behandlung von Diabetes-Mellitus-Patienten mit Medikamenten, die keinen Vorteil bringen. Wenn Pharmareferenten die Ergebnisse großer Studien interpretieren, können die Ärzte kaum nachvollziehen, ob tatsächlich jene Patientengruppen betrachtet werden, die in der ambulanten Praxis vorkommen. Industrieunabhängige Pharmakotherapieberater können die Studienlage überblicken und den Vertragsärzten sagen: „In diesem Fall ist ein Austausch möglich.“ Oder: „Davon lassen Sie besser die Finger.“ ■



Dr. Michael von Bezold
Facharzt für Innere Medizin
in Rahlstedt

Bei der rationalen Versorgung helfen

Gerade auch für einen neu niedergelassenen Arzt ist eine Pharmakotherapieberatung überaus sinnvoll, denn es gibt eine Reihe von Besonderheiten bei der Verordnung von Medikamenten, Hilfs- und Heilmitteln zu beachten. Die Beratung ist unabhängig und erfolgt in einem persönlichen Gespräch über Medikamente, Studienergebnisse der Pharmafirmen als auch Therapieempfehlungen der Kassen/KV. Durch die Analysen der Arzneimittelverordnungen wird man direkt mit dem eigenen Ordnungsverhalten konfrontiert. Deutlich ist zu sehen, ob man unter Umständen Medikamente verschrieben hat, die gar nicht zu Lasten der Kassen ordnungsfähig sind. Und man bekommt einen Blick für die Besonderheiten der Praxis. **Die Pharmakotherapieberatung ist überaus hilfreich bei einer rationalen, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie.** ■

VON DR. JÜRGEN BAUSCH

Wunderarznei ohne Nebenwirkungen?

Früher war es schwierig, verlässliche Informationen über Medikamente zu bekommen. Ärzte wie Dr. Klaus Voelker wollten das ändern – und bauten eine industrieunabhängige Beratungsstruktur auf.



Zufällig fand ich dieser Tage beim Aufräumen einen Pharma-Werbebrief aus der Zeit, als ich in Hessen gerade die väterliche Landpraxis als Haus- und Kinderarzt übernommen hatte. Der Autor des 40 Jahre alten Briefes aus der wissenschaftlichen Abteilung der damals wie heute renommierten Firma – ein Kollege namens Dr. med. H. von Loeper – beginnt mit folgendem Satz: „Druck im Bereich der Herzgegend, Ringen nach Luft, Müdigkeit, nicht selten auch dramatisch geschilderte Herzsensationen sind charakteristische Symptome funktioneller kardiovaskulärer Störungen“.

Da holt der Briefautor den Hausarzt an der richtigen Stelle ab. Denn in der Tat gibt es Patienten, die von solchen Beschwerden geplagt sind. Damals wie heute!

Heute ist die Problemlösung ganz einfach. Da wird nicht lange gefackelt. Das ist ein Fall zur Abklärung eines ACS (Akutes Coronarsyndrom). Ohne Linksherzkatheter läuft in der Kardiologie bekanntlich gar nichts. Obwohl Patienten mit solchen Beschwerden häufig noch keine 50 sind, berufliche und familiäre Konflikte zu meistern haben und ohne Risikofaktoren mit einem normalen Ruhe- und Belastungs-EKG bereits hinreichend abgeklärt wurden.

Damals empfahl Dr. von Loeper in seinem Firmenbrief: „Bei der Behandlung dieser Patienten mit funktionellen Störungen hat sich das in unserer Forschung entwickelte Vesalium® besonders bewährt. (...) Unter der Behandlung mit Vesalium® kommt es zu einer effektiven Entspannung sowie zu einer zentralen Regulierung der vegetativen Impulse. (...) Die Dosierung beträgt 3x1 Dragée Vesalium®. Nebenwirkungen treten nicht auf“.

Leider gibt es dieses nebenwirkungsfreie Wundermittel für deutsche Patienten nicht mehr. Nur in der Tiermedizin scheint es noch benutzt zu werden. Massentierhaltung und Schlachtviehtransporte laufen bekanntlich nicht stressfrei ab.

Um zu verstehen, was dieses Mittel gegen funktionelle kardiovaskuläre Störungen mit dem Aufbau der Pharmakotherapieberatung der Vertragsärzte in den KVen zu tun hat, bedarf es einer Erklärung. Und die findet man in der pharmakologischen Zusammensetzung von Vesalium®. Ein Dragée enthält nämlich 0,3mg Haloperidol und 2mg Isopropamid.

Haloperidol ist ein unverzichtbares Medikament aus der Gruppe der Neuroleptika zur Behandlung der Schizophrenie und damit verbundener schwerer psychischer Entgleisungen. Und Isopropamid gehört in die Gruppe der schwach wirksamen Parasympatholytika. Als solches wird es nicht mehr eingesetzt. Und ist vom Markt verschwunden.

Alle Neuroleptika können als „Klasseneffekt“ eine schwere Nebenwirkung provozieren, die in der Regel nicht reversibel ist, und die Betroffenen zu zwanghaften extrapyramidal motorischen Bewegungs-

mustern zwingt. Neuroleptika sind Standard in der Versorgung paranoid psychotischer Krankheiten und haben in der symptomatischen Therapie funktioneller Störungen nichts zu suchen. Kurzum: Diese Fixkombination hatte pharmakologisch eine unzweckmäßige Zusammensetzung, auch wenn das Haloperidol niedrig dosiert war.

Dennoch stand Vesalium® in zwei Handelsformen zur Verfügung: Eine OP mit 30 Dragées. Und eine „Kur-Packung“, so steht es in dem Brief, mit 100 Dragées.

Das war ganz sicher keine rationale und rationelle Pharmakotherapie – und es war kein Einzelfall. Eine fixe Wirkstoffkombination eines niedrig dosierten Neuroleptikums mit einem Parasympatholytikum war ebenso unsinnig, wie das beliebte Persumbran®, eine Fixkombination zwischen dem angeblichen Koronardilatator (Dipyridamol) mit dem gut wirksamen Benzodiazepin Oxazepam/Adumbran®. Letzteres wirkte so hervorragend entspannend und schlafinduzierend, dass sich daraus versteckte Abhängigkeiten entwi-

ckelten, denen schwer beizukommen war.

Und es sei in dieser Indikation der funktionellen Herzbeschwerden ohne Organbefund noch an ein drittes hochbeliebtes Präparat erinnert: Korodin®-Tropfen. Der wirksame Bestandteil dieser „Herztropfen“, die auf keinem Nachtkästchen älterer Damen fehlen durften, war hochprozentiger Alkohol. Ich erinnere mich noch gut, dass ein Teil der Korodin-Nutzer einen gleichzeitig bereitstehenden Zuckerwürfel mit dem Inhalt des Fläschchens trankten, wodurch ein kleines Schnäpschen seinen gezielten Weg nahm.

Übrigens: Korodin® Herzkreislauftropfen gibt es bis heute. Sie enthalten Kampfer und Weißdornbeerenextrakt und Menthol-Aroma und vornehmlich 60 Prozent Ethanol als pharmakologisch einzig wirksamen Bestandteil. 100 ml kos-

Bei dem hier abgedruckten Text handelt es sich um eine leicht gekürzte Festrede, die zum berufspolitischen Abschied von **Dr. Klaus Voelker** am 1. April 2016 in Hamburg gehalten wurde. Dr. Klaus Voelker war von 1984 bis 1992 Vorsitzender der KV Hamburg und gründete die Pharmakotherapieberatung in Hamburg.



ten 19,77 Euro (shop-apotheke.com – Versand gratis).

Erst mit der Entscheidung des Parlaments, die OTC-Präparate bei Erwachsenen nicht mehr zu erstatten, sind die Korodintropfen eine Privatangelegenheit geworden (2003: GKV-Modernisierungsgesetz, GMG).

Ich habe ganz bewusst diese konkreten Beispiele aus der Frühphase der Entwicklung der Pharmakotherapieberatung ausgewählt, um in das Thema einzuführen. Denn aus den genannten Zufallsbeispielen als pars pro toto ergibt sich ein Befund:

1. DAMALS WIE HEUTE

Die Pharma-Industrie sehr erfinderisch, interessante Versorgungslücken zu entdecken und dann das vorhandene therapeutische Arsenal einzusetzen - weit entfernt von der Frage eines durch hochrangige Studien belegten klinisch relevanten Nutzens. Nicht die Forschung führte zur Vermarktung, sondern die Überlegungen der Marketingfachleute.

2. FRAGEN ZUM THEMA Nutzen und Schaden spielten eine untergeordnete Rolle. Der Marktzugang war durch niedrige Zulassungshürden kaum behindert. Symptomische Therapien überwogen einen kausalen Wirkansatz.

3. DAS PRAXISRELEVANTE Wissen vieler Ärzte um die Probleme einer kritischen Pharmakotherapie in der Normalversorgung war unterentwickelt.

4. LEITLINIEN und die evidenzbasierte Medizin steckten noch in den Kinderschuhen.

5. EMINENZBASIERTE MEDIZIN, anekdotische Wissensakkumulation und „wer heilt hat Recht“ waren der Standard.

6. DER EINFLUSS der Industrie mittels wichtiger Meinungsmacher – Mietmäuler genannt – auf das

Der Einfluss der Industrie mittels so genannter "Mietmäuler" auf das Verordnungsgeschehen war erdrückend.

Verordnungsgeschehen war erdrückend.

7. DER AUSSENDIENST der Firmen durch Pharmaberater zeichnete sich durch Masse statt durch Klasse aus.

8. KONGRESSBESUCHE zu Lasten der Hersteller, hochkarätige vollfinanzierte Fortbildungsmeetings – mit Gattin natürlich – in Davos, Korfu und der Toskana erfreuten sich großer Beliebtheit. Damenprogramm inklusive.

Das war das goldene Zeitalter der Marketingabteilungen der Arzneimittelhersteller.

Als aber die Ausgabenzuwächse im Arzneibereich die Beitragseinnahmen der Kassen Jahr für Jahr überstiegen, ging der Ärger mit den Kostendämpfungsgesetzen los. Die KVen trugen damals Verantwortung für die Umsetzung einer neuen perversen politischen Idee: nämlich die Bindung des mit den Kassen auszuhandelnden Gesamthonorars an die Einhaltung des gleichzeitig festgelegten Arzneibudgets. Verordnen die Ärzte in einem KV-Bezirk mehr, als im Budget vorgesehen, wird das Gesamthonorar um den Überschreibetrag gekürzt.

Auf diese Provokation des Gesetzgebers an die Adresse der Ärzte hatten die KV-Verantwortlichen nur die Möglichkeit, mit einer Doppelstrategie zu antworten: Diese bestand erfolgreich darin, alle politischen Möglichkeiten zu nutzen, diese Budgetidee mit dem Hinweis auf die rechtliche Unmöglichkeit und Unwirksamkeit eines Kollektivregresses wieder aus dem Gesetz zu beseitigen. Und zugleich intern die Hochverordner durch Intensivbera-



tung und Information vor Regressen zu schützen.

Das war die Geburtsstunde der systematischen Pharmakotherapieberatung in Hamburg von und mit dem damaligen KV-Chef Dr. Klaus Voelker. Und er ist diesem Weg der Hilfestellung für die Kollegen weit über seine Amtszeit als Vorstand hinaus treu geblieben.

In der Tat bedürfen viele Ärzte einer Hilfestellung im wirtschaftlichen Umgang mit Arzneimitteln, weil sie während des Studiums und der Weiterbildung in der Klinik vieles gelernt haben und das Meiste perfekt beherrschen. Die rationale und rationelle Pharmakotherapie gehört jedoch nicht dazu.

Obwohl das SGB V im § 12 ganz ausdrücklich festgelegt hat, dass der wirtschaftliche Umgang mit den Arzneimittel-Verordnungen die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit voraussetzt.

Allerdings ist die durch die Doppelstrategie intensivierte Pharmakotherapieberatung der KVen nichts prinzipiell Neues. Kurt Tucholsky, dem wir die interessante Erkenntnis verdanken, „Es gibt keinen Neuschnee“, war mit der Ärztin Else

Fortsetzung auf Seite 12 →

Konkretes Hilfsangebot

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Prüfungen: Die Mitarbeiter der Pharmakotherapieberatung unterstützen die Vertragsärzte dabei, mit den Vorgaben zurechtzukommen.

Nach dem Abschied von Dr. Klaus Voelker aus dem Berufsleben wird die Pharmakotherapieberatung in der KV von zwei anderen fachkundigen Ärzten weitergeführt: Dr. Klaus-Jürgen Winkelmann und Dr. Rainer Ullmann können beide auf eine langjährige Erfahrung in der Praxis zurückgreifen. Sie sind keine Angestellten der KV und beraten ihre Kollegen unabhängig. Im Vordergrund der Pharmakotherapieberatung steht die Frage: Wie versorgt man seine Patienten nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin, ohne mit den vertragsärztlichen Regularien in Konflikt zu kommen? Das Wirtschaftlichkeitsgebot bedeutet ja lediglich: Wenn der Arzt mehrere Möglichkeiten hat, das Therapieziel zu erreichen, ist er verpflichtet, die günstigste auszuwählen – sofern dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen. Beherzigt er diese Regel, muss er sich keine Sorgen machen.



Langjährige Praxisinhaber, die nun ihre Kollegen beraten: Dr. Rainer Ullmann (links) und Dr. Klaus-Jürgen Winkelmann

Die größte Gruppe in der Beratung sind Ärzte, die sich neu niederlassen und für eine Einführung in die Regularien der Arzneimittelverordnung im vertragsärztlichen Bereich dankbar sind. Viele bereits niedergelassene Ärzte nehmen die Beratung in Anspruch, wenn sie praxisspezifische Fragen oder Probleme im Zusammenhang mit den Arzneimittelbudgets haben. Geraten Kollegen in die Prüfung, bekommen sie ein konkretes Hilfsangebot der Beratungsstelle. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die Pharmakotherapieberatung gut angenommen und als hilfreich empfunden wird.

**Ansprechpartner:
Abteilung Praxisberatung,
Tel: 22802-571 / -572**

**Fax: 22802-420;
E-Mail: praxisberatung@kvhh.de**



Weil verheiratet. Die klagte bereits 1920 über das Wirtschaftlichkeitsgebot. „Die Kasse verbietet in einem alljährlich erscheinenden Buch dem Arzt, eine große Anzahl von Medikamenten zu verschreiben, weil sie zu teuer sind. Sie verweist auf Ersatzpräparate.“ (Quelle: Dr. M. Vianpiano, KV BW)

Und die AOK Schweinfurt hat um die gleiche Zeit die Kassenärzte schriftlich dazu aufgefordert, bei gleichwirksamen Arzneimitteln das billigere zu verordnen. Und Cognac nur ausnahmsweise zu rezeptieren und dabei deutschen Weinbrand zu wählen.

Interessanterweise findet man in dieser AOK-Information auch den Hinweis, dass Patienten, die dauernd neue Arzneimittel fordern, zu belehren seien. Dieser rauhe Umgangston mit ihren Versicherten ist heute verschwunden. Aber nicht, weil wir Ärzte nur vernünftige Patienten hätten, sondern weil sie die Kasse wechseln können.

Engagierten Ärzten wie Dr. Klaus Voelker verdanken wir – ohne, dass ich nun historisch aufrolle, wie alles sich fortentwickelt hat – einige wichtige Erkenntnisse, die es immer wieder neu umzusetzen gilt:

1. PHARMAKOTHERAPIEBERATUNG ist eine Form der Erwachsenenbildung. Jeder, der weiß, wie mühsam Kindererziehung ist, kann sich unschwer vorstellen, dass das bei Erwachsenen noch schwieriger ist.

2. DAS LIEGT DARAN, dass die Ziele einer rationalen und rationellen Pharmakotherapie meist nur dann erreicht werden können, wenn man den Arzt davon überzeugen kann, seine bisher durchgeführte Therapie zu überprüfen und gegebenenfalls umzustellen. Obwohl er gerade mit dieser Therapie aus seiner Sicht – denn er hat ja seine Patienten im Visier – erfolgreich gewesen ist. Die Patienten waren zufrieden, der An-

drang. Es ging bei der Kurierfreiheit um das Recht von Nicht-Ärzten, unter bestimmten Bedingungen kurieren – sprich heilen – zu dürfen.

4. DR. KLAUS VOELKER hat durch seine ruhige und kundige Wesensart vielen Ärzten mit viel Geduld vermitteln können, dass das Zeitalter der eminenzbasierten Medizin abgelöst worden ist. In dieser Welt hat anekdotische Evidenz zwar auch noch Platz, aber sie hat einen anderen Stellenwert bekommen.

In der Pharmakotherapieberatung geht es nicht um „Besserwissererei“, sondern um die Anwendung der bestverfügbaren Evidenz zum Nutzen der Patienten.

5. ZU DEN WICHTIGEN Erkenntnissen der systematischen Pharmakotherapieberatung durch die KVen gehören insbesondere folgende Punkte:

- Es macht keinen Sinn, alle Ärzte in einer KV auf den Pfad der Tugend bringen zu wollen. Denn Aufwand und Nutzen sind abzuwägen. Und in der Pharmakotherapie führen sehr oft verschiedene Wege nach Rom.

- Von der Beratung zu einer rationalen

und rationellen Pharmakotherapie profitieren am meisten die Ärzte, die entweder stark regressbedroht sind oder freiwillig eine Beratung wünschen. Die KVen haben stets Pharmakotherapieberatung als eine Dienstleistung zur Regressprophylaxe verstanden. Dr. Voelker und seine Mitarbeiter gehören auf diesem Feld zu den Vorreitern.

- Wenn man das Verhalten eines Erwachsenen beeinflussen will, muss man bei diesem zunächst Betroffen-

Die AOK Schweinfurt forderte in den 1920er Jahren, Cognac nur ausnahmsweise zu rezeptieren – und wenn, dann deutschen.

drang neuer Patienten war Beweis, auf einem richtigen Weg zu sein.

3. DIE SCHLAGWORTE „Wer heilt hat Recht“ und „ärztliche Kurierfreiheit“ werden allerdings in diesem Kontext vollkommen falsch zitiert. Es war der Erfinder der Homöopathie Dr. Hahnemann, der diese Thesen geprägt haben soll. Die Kurierfreiheit bezog sich nicht auf das Berufsrecht des freien ärztlichen Berufs, sondern auf die Gesetzgebung zur Zeit der deutschen Reichsgrün-

heit herstellen. Das ist im Zeitalter der Vollerfassung aller Verordnungen durch die EDV ein lösbares Problem geworden. In den Anfangsjahren der Pharmakotherapieberatung war die Verordnungskostenanalyse anhand der Rezepte ein zeitaufwendiger mühevoller Vorgang, der von Hand gestaltet werden musste.

- Und es ist bis zum heutigen Tag immer wieder ein interessantes Phänomen, dass Ärzte, wenn sie erstmals eine aufbereitete Analyse ihrer eigenen Quartalsverordnungen durchstudieren, glauben, dass durch einen EDV-Fehler das Analyse-Ergebnis gravierend verfälscht worden sei.

- Pharmakotherapieberatung bedeutet aber auch, nicht zu vergessen, dass außerordentliche viele Menschen durch den richtigen Einsatz von Arzneimitteln länger und beschwerdefreier leben bei erfreulicher Lebensqualität und geringem Anwendungsrisiko.

- Pharmakotherapieberatung kommt nicht ohne Kritik an diversen Vermarktungspraktiken einzelner Hersteller aus. Dennoch ist die Erfolgsgeschichte der modernen Medizin der vergangenen 40 Jahre ohne beachtliche Fortschritte in der Pharmakotherapie undenkbar.

6. WAS SIND DENN nun die Kernziele einer Beratung zur rationalen und rationellen Pharmakotherapie? Alles beginnt mit drei einfachen Fragen:

- Wer und was sollte behandelt werden?
 - Mit welchem Wirkstoff in welcher Dosierung?
 - Wie groß ist der klinische Nutzen?
- Es ist die Suche nach dem richtigen Medikament zum richtigen Zeitpunkt beim richtigen Patienten.

Und das Ganze auch noch unter dem Aspekt des §12 des Sozialgesetzbuches V.

Dr. Klaus Voelker hat darauf hingewirkt, die Prinzipien zu hinterfragen, mit denen Generationen von Ärzten in der klinischen Weiterbildung erzogen wurden:

Zum Beispiel die Therapie von asymptomatischen pathologisch veränderten Surrogatparametern als Zufallsergebnis von umfassenden Laborchecks, die durch die Automatisierung im Labor Routine wurden. Wenn ich beispielhaft Cholesterin und Harnsäure nenne, wissen alle, was Sache ist. „Kurvenkosmetik“, um bei der Chefvisite nicht aufzufallen, war ebenso normal wie überflüssig.

Dr. Voelker hat dazu beigetragen, dass in Hamburg Arzneimittel mit umstrittener Wirkung frühzeitig abgebaut wurden, bis der Gesetzgeber 2004 diese OTC-Präparate aus der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV für Erwachsene ausgeschlossen hat.

Und der hohe Umstellungsgrad von Originalen auf preiswerte gleichwirksame Generika in Hamburg hat etwas zu tun mit der intensiven Pharmakotherapieberatung in der Hansestadt.

Ich möchte schließen mit dem Hinweis an Dr. Voelkers Nachfolger in Hamburg: Pharmakotherapieberatung ist ein Prozess zur permanenten Verbesserung der Versorgung der Patienten mit wirksamen Arzneimitteln. Natürlich unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit.

Denn der Anspruch der Versicherten auf eine Versorgung nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts besteht zu Recht. Und schließt

dennoch eine rationale und rationelle Pharmakotherapie nicht aus, sondern erfordert die Hilfestellung.

Dazu gehört umso mehr ein neues Kapitel der Pharmakotherapieberatung, das die KVen anpacken müssen: Nämlich die Umsetzung der Ergebnisse des AMNOG-Prozesses in das tägliche Verordnungsgeschehen. Da sind noch eine Reihe von Nüssen zu knacken, von der Mischpreisbildung bis zur Frage des Umgangs mit zugelassenen Arzneimitteln, die in unterschiedlichen Subgruppen unterschiedliche Ergebnisse in der frühen Nutzenbewertung aufweisen. Aber noch nie hatten wir eine Zeit, wo so früh nach einer Neuzulassung aus einer objektiven fachlichen Quelle brauchbare Informationen zur Verfügung standen, die man für eine rationale Verordnung benötigt. ■



DR. JÜRGEN BAUSCH

Ehrevorsitzender der KV Hessen, ehemaliges Vorstandsmitglied der KBV

INTERVIEW

„Vorsicht beim Öffnen von E-Mail-Anhängen!“

Wie können sich Arztpraxen vor Hacker-Angriffen schützen? **Dr. Ghislain Kouematchoua** erklärt, worauf Praxismitarbeiter und Chefs achten müssen.



Dr. Ghislain Kouematchoua ist Informatiker und Bereichsleiter IT der KV Hamburg

Man liest immer wieder von Hacker-Angriffen auf Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sind davon auch Praxen betroffen?

Kouematchoua:

Ja, auch kleinere Einrichtungen werden angegriffen. Krankenhäuser und mittelständische Unternehmen

haben eigene IT-Abteilungen, die für die IT-Sicherheit zuständig sind. Dennoch schaffen es Hacker, solche Einrichtungen zu attackieren. Verglichen damit sind Arztpraxen eine leichte Beute, weil sie oftmals schlechter gegen Cyberkriminalität gesichert sind.

Woran merkt man, dass man angegriffen wurde?

Kouematchoua: Krankenhäuser und Praxen, die angegriffen werden, haben plötzlich keinen Zugriff mehr auf ihre Daten. Sowohl die lokalen Festplatten als auch Netzwerklaufrwerke, die vom Eingriffstor zugänglich sind, werden verschlüsselt. Das bedeutet, dass man die Patienten nur eingeschränkt oder gar nicht mehr versorgen kann. Die Motivation der Hacker ist unterschiedlich.

Meist geht es um finanzielle Erpressungen. Es ist aber klar, dass Hacker auch Geld machen können, indem sie gestohlene personenbezogene Gesundheitsdaten verkaufen.

Was weiß man über die Angreifer?

Kouematchoua: Ob Organisationen dahinterstehen oder ob es sich um Einzelpersonen handelt, ist unklar. Fest steht, dass man es – anders als noch vor zehn Jahren – mit wirklichen IT-Experten zu tun hat, die sehr genau wissen, was sie tun. Die Angriffsmethoden variieren ständig und werden immer komplexer.

Worauf sollte man im Praxisalltag achten? Welche Verhaltensregeln gibt es?

Kouematchoua: Es ist sicherzustellen, dass Betriebssysteme, Standardsoftware, Sicherheitssoftware und andere Anwendungen der Praxis regelmäßig aktualisiert werden. Betriebssysteme, die nicht mehr gewartet werden, sind unsicher und sollten vom Praxisnetzwerk entfernt werden. Neben technischen Maßnahmen müssen alltägliche Verhaltensregeln befolgt werden. Es ist Vorsicht geboten bei ausführbaren Dateien wie MS-Office-Dokumenten, die von außen kommen. Neben Word wird auch Excel derzeit bevorzugt von Hackern genutzt, um Trojaner zu verschicken. Hat man

eine E-Mail im Postfach, an die ein MS-Office-Dokument angehängt ist, sollte man prüfen, ob die Quelle vertrauenswürdig ist. Wenn man den Absender nicht kennt und die Mail nicht erwartet, darf man den Anhang nicht öffnen.

Kann ich mich sicher fühlen, wenn ich den Absender kenne und ihm vertraue?

Kouematchoua: Nein, nicht unbedingt. Wenn ein Hacker Zugriff auf den Computer des Absenders hat, werden lokale Anwendungen manipuliert und E-Mails versendet, ohne dass der Absender dies bemerkt. Oder es wird an eine E-Mail, die der rechtmäßige Nutzer des Computers verschickt, ein korrumpiertes Word-Dokument angehängt. Im Zweifelsfall sollte man den Absender anrufen und ihn fragen, ob er tatsächlich ein Dokument verschickt hat. Wenn er sagt: „Ich habe nichts verschickt“ oder „Ich habe nichts angehängt“, sollte man die Mail löschen.

Was bringt es, sich eine sogenannte „sichere E-Mail“ anzuschaffen?

Kouematchoua: Eine „sichere E-Mail“ trägt eine von zertifizierten Vertrauensstellen geprüfte Signatur und verschlüsselt den Nachrichteninhalte, wodurch der Empfänger sicher sein kann, dass

sie tatsächlich vom angegebenen Absender geschickt wurde und der Nachrichtinhalt nicht verfälscht wurde. Es ist damit möglich, einige Angriffsarten zu vermeiden. Ein korruptes Dokument kann aber dennoch angehängt sein.

Wie soll ich reagieren, wenn ich den Absender eines Word-Dokuments nicht kenne, das Anliegen der Mail aber plausibel klingt? Beispielsweise bei einer Bewerbung?

Kouematchoua: Sie können dem Bewerber zurückschreiben und ihn bitten, statt eines Word-Dokuments ein PDF zu schicken. Den Bericht eines Krankenhauses im PDF-Format oder eine Bilddatei können Sie öffnen, wenn Ihr Virenschutz und Ihre dafür genutzten Anwendungen aktuell sind. Solche Anhänge werden zwar auch von Hackern genutzt, diese Angriffsart wird jedoch von vielen Schutzprogrammen geblockt.

Wie oft sollte man sein Virenschutzprogramm aktualisieren? Einmal am Tag?

Kouematchoua: Das ist das mindeste. Eigentlich sollte man solche Aktualisierungen mehrmals täglich durchführen. Ideal wäre es, zwei Virenschutzprogramme zu haben und diese abwechselnd regelmäßig zu aktualisieren. Das erhöht die Chancen, aktuelle Bedrohungen abzuwehren.

Gibt es abgesehen vom E-Mail-Verkehr noch andere Wege, auf denen ein Schadprogramm in mein System kommen kann? Worauf sollten Praxismitarbeiter achten?

Kouematchoua: Man sollte sich der Risiken bewusst sein, die damit verbunden sind, wenn man Dateien von einem Speichermedium wie dem USB-Stick auf den Praxis-

Rechner zieht. War der Stick zuvor außerhalb der Praxis in Verwendung, kann sich darauf eine korrupte Datei befinden, die das Praxisnetzwerk gefährden kann. Auch hier gilt: Vorsicht vor ausführbaren Dateien, also beispielsweise vor Word- oder Excel-Dokumenten, die Makros ausführen können! Und es gibt noch eine weitere wichtige Verhaltensregel: Die Praxismitarbeiter (und die Praxischefs) sollten ihre Rechner sperren, wenn sie nicht daran arbeiten – erst Recht, wenn im selben Zimmer ein Patient wartet. Das ist aus Datenschutzgründen notwendig, aber auch aus Gründen der Datensicherheit.

Wie können Praxisinhaber die IT-Sicherheit strukturell verbessern?

Kouematchoua: KBV und KVen haben für die Praxen ein System entwickelt, mit dem man unter anderem das Praxisnetzwerk und den Transportweg von Daten innerhalb des sicheren Netzes der KVen absichern kann. Mit KV-SafeNet wird gewährleistet, dass Daten auf dem Weg von einem Punkt zum anderen übermittelt werden, ohne dass jemand von außen zugreifen kann. Das schützt vor Datendiebstahl, aber nicht gegen Angriffe per E-Mail. Die Anbieter von KV-SafeNet sind IT-Sicherheitsexperten, die von der KBV nach strengen Richtlinien zertifiziert werden. Will eine Praxis zusätzlich zu KV-SafeNet noch eine freie Internetanbindung nutzen, um beispielsweise per E-Mail kommunizieren oder andere Internetdienste nutzen zu können, wird der KV-SafeNet-Anbieter das einrichten und sagen: „Sie müssen entsprechende organisatorische und technische Sicherheitsmaßnahmen umsetzen.“ Für die Umsetzung

dieser Maßnahmen wird die Praxis vom KV-SafeNet-Anbieter entsprechend unterstützt. So kann eine sichere und professionelle Internetnutzung sichergestellt werden. Die KV Hamburg fördert derzeit die Anschaffung von KV-SafeNet.

An wen kann ich mich wenden, wenn ich kein KV-SafeNet habe, meine Sicherheitsstrukturen aber dennoch verbessern will?

Kouematchoua: Jede Praxis hat ein Praxisverwaltungssystem. Das wird von einem Anbieter bereitgestellt, den man fragen kann, wie die Praxis-IT ausgestattet sein muss, um möglichst wenig Angriffsfläche zu bieten.

Wie oft sollte man Datensicherungen durchführen?

Kouematchoua: Das sollte man täglich tun. Wenn die Praxis zum Ziel eines Hacker-Angriffs wird, hat man zumindest noch die Daten vom Tag zuvor. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass die Datensicherung ordnungsgemäß durchgeführt wird – dass die Daten also beispielsweise auf einem physisch getrennten Speichermedium abgelegt werden. Das Datensicherungskonzept kann man auch an einen externen IT-Sicherheitsexperten delegieren.

Kann der Chef einer Einzelpraxis selbst für die IT-Sicherheit sorgen, wenn er sich kündigt macht?

Kouematchoua: Das ist meiner Ansicht nach heutzutage nicht mehr so einfach. Viele Parameter müssen berücksichtigt werden, damit eine Grundsicherheit der IT-Infrastruktur gewährleistet ist. Ich würde jedem Praxischef empfehlen, die IT-Sicherheit seines Betriebes mit einem Experten zu besprechen und professionell umsetzen zu lassen. ■

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

HAUTKREBSSCREENING

Wir möchten bei einem Patienten, der bei der BIG direkt versichert ist, das Hautkrebsscreening im Rahmen der Sonderverträge für unter 35-jährige Patienten abrechnen. Welche Sondernummer können wir in Ansatz bringen?

Mit der BIG direkt wurde ein Sondervertrag für das Hautkrebsscreening bei Patienten unter 35 Jahren vereinbart. Sie können hierfür die Sondernummer 94505 (26,00 €) in Ansatz bringen. Bitte beachten Sie darüber hinaus, dass es mit Beginn des 2. Quartals 2016 geänderte Teilnahmemodalitäten gab. Für die Teilnahme an Verträgen zum Hautkrebsscreening bei Patienten unter 35 Jahren müssen Sie Ihre Teilnahme gegenüber der KV Hamburg schriftlich erklären. Das entsprechende Formular steht Ihnen zum Download auf der Homepage der KV Hamburg zur Verfügung: www.kvhh.de → Formulare → Downloadbereich → "H" → Hautkrebsscreening.

PRÄOPERATIVE LEISTUNGEN

Darf man neben den präoperativen Leistungen (GOP 31010 bis 31013 EBM) die Laborausnahmenummer GOP 32016 EBM abrechnen?

Nein. Am selben Tag darf grundsätzlich neben einer präoperativen Leistung keine Leistung aus dem Laborkapitel (Kapitel 32) abgerechnet werden.

VERSICHERUNGS- ODER STATUSÄNDERUNG

Entsteht im Praxisverwaltungssystem ein neuer Fall, wenn der Patient nach seinem ersten Praxisbesuch während des laufenden Quartals die Kasse oder den Versichertenstatus wechselt?

Bei einem Statuswechsel während des Quartals (z. B. von Mitglied zum Rentner) wird immer der Status zugrunde gelegt, der bei Quartalsbeginn gültig war. Erst im Folgequartal gilt der neue Status. Wechselt der Patient im laufenden Quartal die Krankenkasse, muss die neue Versichertenkarte eingelesen werden. In diesem Fall wird ein neuer Behandlungsfall in der PVS generiert, und die Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale kann erneut berechnet werden.

GENEHMIGUNG FÜR HEILMITTEL

Stimmt es, dass die AOK Rheinland/Hamburg das Genehmigungsverfahren für die Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalls in der Ergotherapie wieder eingeführt hat?

Ja, die AOK Rheinland/Hamburg hat zum 1. April 2016 das Genehmigungsverfahren in der Ergotherapie wieder eingeführt. Damit ist § 8 der Heilmittel-Richtlinie wieder anzuwenden. Das heißt, dass alle Verordnungen der Ergotherapie außerhalb des Regelfalls von den Versicherten bei der AOK Rheinland/Hamburg zwecks Genehmigung vorzulegen sind.



Bereits veröffentlichte **FRAGEN UND ANTWORTEN** können Sie auf unserer Homepage nachlesen – nach Stichworten geordnet in einem Glossar.

www.kvhh.de →
Beratung und
Information → Fragen
und Antworten

HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE

Wir sind eine hausärztliche Praxis. Wenn wir bei Patienten, die im Laufe des Quartals bereits von uns behandelt wurden, die Notwendigkeit der verordneten häuslichen Krankenpflege überprüfen, verhindert unser PVS die Abrechnung der GOP 01420 EBM. Wieso?

Wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat, dann ist die GOP 01420 EBM in der Versichertenpauschale enthalten und kann nicht zusätzlich abgerechnet werden.

VORSORGELEISTUNGEN

Kann die Versichertenpauschale abgerechnet werden, wenn der Patient ausschließlich für eine Vorsorgeleistung (z. B. Gesundheitsvorsorge, Impfleistung etc.) in die Praxis kommt und in dem Quartal keine anderen Leistungen in Anspruch nimmt?

Nein, da es sich um eine präventive Leistung handelt. Laut Allgemeinen Bestimmungen des EBM können die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen erst beim ersten kurativ-ambulantem Arzt-Patienten-Kontakt in Ansatz gebracht werden.

BEANTRAGUNG EINES PFLEGE BETTES

Ist es richtig, dass ein Pflegebett über das Muster 16 verordnet werden kann?

Nein. Ein Pflegebett ist ein Pflegehilfsmittel und wird – wie jedes andere Pflegehilfsmittel auch – direkt bei der Pflegekasse beantragt. Es wird keine Verordnung nach Muster 16 ausgestellt.

INGESCHRÄNKTER LEISTUNGSANSPRUCH

Welche Bedeutung hat das Feld „eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V“ auf dem Überweisungsschein?

Das Feld ist anzukreuzen, wenn Patienten anstelle der Versichertenkarte das Muster 85 vorlegen. Dieses Formular erhalten Patienten, die mit ihren Kassenbeiträgen im Rückstand sind und deren Chipkarte deshalb von der Krankenkasse eingezogen wurde. Bei diesen Patienten ruht der Leistungsanspruch gegenüber der Kasse, mit Ausnahme der Behandlung bei:

- akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen
- Schwangerschaft und Mutterschaft
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

ERRATUM

KV/Journal
3/2016 Rubrik
Fragen und
Antworten

In der Antwort zur „Früherkennung auf Darmkrebs“ hat sich bei der Altersangabe ein Fehler eingeschlichen. Statt „Ab dem 55. Lebensjahr erfolgt die Hauptberatung ...“, muss es heißen: „Ab dem Alter von 55 Jahren erfolgt die Hauptberatung ...“.

Infocenter Tel: 22802-900



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Anna Yankyera, Monique Laloire, Petra Timmann, Katja Egbers, Stefanie Schmidt



Barriere-Scouts in den Praxen

Neues Projekt will Menschen mit Behinderung helfen, passende Praxen zu finden

Gibt es einen Orthopäden, der auf gehörlose Patienten eingestellt ist? Wo findet eine Rollstuhlfahrerin eine gynäkologische Praxis mit einem höhenverstellbaren Untersuchungsstuhl? In welcher Arztpraxis kann sich ein Patient mit Rollator problemlos bewegen? Eine Patienteninitiative besucht derzeit Hamburger Praxen, um die verschiedenen Aspekte von Barrierefreiheit zu erfassen. So sollen Menschen mit Behinderung differenziertere Informationen darüber erhalten, welche Praxen für sie geeignet sind.

Die Kennzeichnung von Arztpraxen in Sachen Barrierefreiheit ist bislang oftmals zu vage. Begriffe wie „behindertengerecht“ oder „bedingt barrierefrei“ sagen nichts über die Zugangsbedingungen für die unterschiedlichen Patientengruppen aus und helfen ihnen nicht, die für sie passende Praxis zu finden. Das möchte das Projekt „Barrierefreie Arztpraxen“ der Patienten-Initiative e.V. und der Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS Hamburg) des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes ändern.

„Es geht dabei nicht um eine Bewertung der Praxen“, sagt Projektleiterin Kerstin Hagemann, die selbst einen Rollstuhl nutzt. „Ein Arzt mit Stufen vor seiner Haustür kann für sehbehinderte Patienten gut ausgestattet oder mit

Kenntnissen in Gebärdensprache eine wichtige Adresse für gehörlose Patienten sein. Wir wollen Vorhandenes sichtbar machen, damit die Suche leichter wird.“

Mit Finanzierung durch die AOK können die Projektbeteiligten somit eine Forderung umsetzen, die schon seit Jahren im Selbsthilfebereich, bei Patientenvertretern und Behindertenverbänden erhoben wird. Grundlage des Projektes ist eine neu entwickelte Checkliste, die die unterschiedlichen Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen berücksichtigt. Dabei geht es zum Beispiel um die Maße einer Fahrstuhlkabine, die Regelung zur Mitnahme eines Blindenführhundes oder die kontrastreiche Beschilderung der Praxisräume. In den nächsten Monaten wollen Menschen mit Behinderung als geschulte Barriere-Scouts einen Blick in viele Praxen werfen und alle relevanten Informationen zusammentragen. Die Mitglieder der Patienteninitiative bitten die Praxen um wohlwollende Unterstützung, denn die Beteiligung ist natürlich freiwillig.

Die KV Hamburg hofft, dass sich aus den Ergebnissen des Projekts Kriterien ableiten lassen, wie die Kennzeichnung von Arztpraxen als „barrierefrei“ den Bedürfnissen unterschiedlicher Patientengruppen entsprechend differenziert werden kann. Diese Erkenntnisse sollen dann gegebenenfalls in der Arztsuche auf der Website der KV Hamburg berücksichtigt werden. ■

Ansprechpartnerin:
Kerstin Hagemann, Patienten-Initiative e.V.
Tel: 040 / 235 464 98
E-Mail: info@patienteninitiative.de



Neuer Vertrag zur Vermeidung von Frühgeburten

Die Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der KVen und der KBV hat eine Vereinbarung mit dem Titel „Gesund schwanger“ zur Vermeidung von Frühgeburten abgeschlossen (Vertrag nach § 140a SGB V). Vertragspartner sind die GWQ ServicePlus AG als Vertreterin teilnehmender Krankenkassen, der Berufsverband der Frauenärzte, der Berufsverband Deutscher Laborärzte und der Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Die Versicherten können ab dem 1. Juli 2016 in den Vertrag eingeschrieben werden.

Das Ziel der vereinbarten Maßnahmen ist die Reduzierung der Frühgeburtenrate durch systematisches Risikoscreening und ausführliche Beratung. Die Schwangeren erhalten strukturierte Informationen und Aufklärung über allgemeine und individuelle Risikofaktoren für eine Frühgeburt.

Zusätzlich erfolgt ein systematisches Vaginalscreening, um speziell asymptomatische Infektionen, die zu den Hauptauslösern für eine Frühgeburt zählen, frühzeitig zu diagnostizieren und effektiv zu therapieren. Für eine gezielte Therapieentscheidung werden der bakterielle Erregerstatus nach quantitativen Nugent-Kriterien sowie ein therapierelevanter Befall mit Mykoseerregern bestimmt.



Voraussetzung für die Abrechnung der genehmigungspflichtigen Vertragsleistungen für Vertragsärzte ist die Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung, die auf der Homepage der KV Hamburg im Formularbereich zum Download bereit steht. Dort sind auch die erforderlichen Informationsmaterialien zu den Inhalten und dem Ablauf des Versorgungsprogramms, Teilnahmeformulare für Versicherte sowie die aktuelle Liste der teilnehmenden Labore abrufbar. Die jeweils aktuelle Liste der teilnehmenden Krankenkassen ist als Anlage 13 zum Vertrag auf der Homepage der KV Hamburg im Vertragsbereich einsehbar.

www.kvhh.de → **Formulare und Infomaterial** → **KVH-Formulare** → **Downloadbereich** → „G“ → **Gesund schwanger**

EXTRABUDGETÄR VERGÜTETE LEISTUNGEN

Leistungen	Kosten	Codiernr.
Risikoscreening mit ausführlicher Beratung	60 €	81300
Früh-Ultraschall in der 4. bis zur vollendeten 8. Schwangerschaftswoche	50 €	81301
Infektionsscreening in der 16. bis 24. Schwangerschaftswoche	26 €	81302
Laborkostenpauschale für die Ermittlung des Nugent-Scores und Mykoseerregerbefalls	15 €	81303

Die besondere ambulante Versorgung wird wissenschaftlich begleitet. Implementiert ist ein fortlaufendes externes Evaluationskonzept mit regelmäßigen Zwischenauswertungen. Das Versorgungsprogramm setzt an den relevantesten Risikofaktoren an und ergänzt die bestehende Mutterschafts-Richtlinie. ■

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900

Abrechnung: Flüchtlinge ohne AOK-Bescheinigung

Sozialbehörde ist Kostenträger bei "24-Stunden-Schein" und fehlendem Anspruchsnachweis

Bei Asylbewerbern, die in der Praxis eine sogenannte 24-Stunden-Bescheinigung („Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Personen in der ZEA ...“) vorlegen, muss die Sozialbehörde als Kostenträger angegeben werden. Bitte tragen Sie folgende Daten ein, wenn Sie den Fall manuell in Ihrem PVS anlegen:

- Name, Geburtsdatum, Geburtsland des Patienten und Anschrift der jeweiligen ZEA
- Kostenträger: „BASFI Operative Steuerung“ (nicht: „AOK Bremen/Bremerhaven“)
- Kostenträgerabrechnungsbereich: KTAB 08
- Kostenträgernummer: 02802
- Versichertenart: Besondere Personengruppe 9

Arzneimittel werden auf einem GKV-Rezept verordnet und genauso wie Überweisungen über die BASFI mit der Kostenträgernummer 02802 ausgestellt. Bitte erstellen Sie eine Kopie der ZEA-Bescheinigung (das Original verbleibt beim Patienten). Fügen Sie diese Kopie der Abrechnung bei.

Wenn **kein Anspruchsnachweis** vorgelegt wird, erfolgt die Abrechnung ebenfalls über die „BASFI Operative Steuerung“. Es können in diesem Fall keine GKV-Rezepte und auch keine Überweisungen ausgestellt werden. ■

Psychotherapie für Asylbewerber

Sozialbehörde regelt Ablauf des Genehmigungsverfahrens

Die Hamburger Sozialbehörde hat festgelegt, wie das Genehmigungsverfahren bei psychotherapeutischen Leistungen für Asylbewerber abläuft.

Probatorische Sitzungen

Probatorische Sitzungen müssen nicht genehmigt werden. Der Psychotherapeut kann diese Leistungen über die Versichertenkarte der AOK Bremen/Bremerhaven abrechnen.

Kurzzeit-Psychotherapie

Für Kurzzeit-Therapien gilt das normale Verfahren. Der Therapeut schickt den Antrag für die Kurzzeit-Psychotherapie (und gegebenenfalls den Bericht für den Gutachter) an die AOK Bremen/Bremerhaven, wo über die Genehmigung entschieden wird.

Langzeit-Psychotherapie

Weil über die Genehmigung von Langzeit-Psychotherapien nicht die Kasse, sondern das Gesundheitsamt entscheidet, gibt es hierfür ein gesondertes Verfahren. Zunächst ist alles wie gewohnt: Der Therapeut schickt den Antrag für die Langzeit-Psychotherapie und den roten bzw. gelben Umschlag mit seinem Bericht für den Gutachter an die AOK Bremen/Bremerhaven. Von dort erhält der Gutachter den roten/gelben Umschlag und

schickt seine Stellungnahme an die Kasse und an den Therapeuten. Dann allerdings gibt es eine zweite Runde: Der Therapeut druckt seinen Bericht für den Gutachter nochmals aus und schickt ihn zusammen mit einer Kopie der gutachterlichen Stellungnahme im roten/gelben Umschlag an die Kasse. Die Kasse sendet den ungeöffneten roten/gelben Umschlag und die anderen Unterlagen des Patienten an das Fachamt Grundsicherung und Soziales des jeweils zuständigen Hamburger Bezirksamtes.

Im Fachamt Grundsicherung und Soziales wird geklärt, welchen Aufenthaltsstatus der Patient hat und wie lange er sich voraussichtlich noch rechtmäßig in Deutschland aufhalten darf. Das Ergebnis der Aufenthaltsprüfung und die anderen Unterlagen (inklusive des bislang noch ungeöffneten roten/gelben Umschlags) werden daraufhin an das Gesundheitsamt im selben Bezirksamt weitergegeben. Erst das Gesundheitsamt öffnet den roten/gelben Umschlag und überprüft aus medizinischer Sicht, ob die beantragte Psychotherapie gewährt werden kann. ■

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900



Fortbildung: Verordnung von Sprechstunden- bedarf

Die KV Hamburg bietet erneut eine Veranstaltung zur richtigen Verordnung von Sprechstundenbedarf an. Ziel ist es, über Grundlagen, Fallstricke und Fehlerprävention zu informieren und auf diese Weise zur Vermeidung unnötiger Regresse beizutragen. Die Sprechstundenbedarfsvereinbarung zieht klare Schranken und ist doch nicht immer einfach zu verstehen. In dem Seminar werden übersichtsartig und leicht verständlich die rechtlichen Rahmenbedingungen vorgestellt, der richtige Bezugsweg erläutert und wichtige Hintergrundinformationen vermittelt. Anhand von praktischen Beispielen wird aufgezeigt, welche typischen Fehler leicht vermieden werden können.

Zielgruppe sind Ärztinnen und Ärzte, die ihre Kenntnisse auffrischen oder erweitern wollen. Wir bitten um baldige Anmeldung, da die Teilnehmerzahl begrenzt ist. ■

Referenten:

Barbara Spies, beratende Apothekerin der KV Hamburg

Eva-Elisabeth Zunke, beratende Ärztin der KV Hamburg

3 Fortbildungspunkte

Die Teilnahme ist kostenlos.

Termin: **Mi. 29.6.2016 (18 – 20.15 Uhr)**

Ort: KV Hamburg,

Heidenkampsweg 99,

20097 Hamburg

Auskunft und Anmeldung:

Sabine Daub, Tel: 22802-659

E-Mail: sabine.daub@kvhh.de

Infoblatt zur Verordnung häuslicher Krankenpflege

Die DAK hat einen „Ausfüllhinweis“ zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege erstellt. Das Infoblatt gibt einen Überblick, auf welche Details es ankommt, und enthält einige grundsätzliche Informationen zur Thematik.

Das Infoblatt im Internet: www.kvhh.de → Verordnung → sonstige Verordnungen → „Hinweise der DAK zur Verordnung häuslicher Krankenpflege“

Glinide bei Diabetes nicht mehr verordnungsfähig

Neue Regelung tritt zum 1. Juli 2016 in Kraft

Ärzte dürfen Glinide (Nateglinid z.B. Starlix®; Repaglinid z.B. Novonorm®) zur Behandlung des Diabetes nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen.

Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Eine Ausnahme sieht der Beschluss für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 mit schweren Nierenfunktionsstörungen (Kreatin-Clearance < 25 Milliliter je Minute) vor. Ihnen kann der Wirkstoff Repaglinid (Enyglid®; Novonorm®; Repaglinid Generika) weiterhin zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, wenn keine anderen oralen Antidiabetika infrage kommen und eine Insulintherapie nicht angezeigt ist.

Der Beschluss tritt zum 1. Juli 2016 in Kraft.

Therapeutischer Nutzen der Glinide nicht belegt

Dass Glinide zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2

nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind, hatte der G-BA bereits 2010 beschlossen. Der Beschluss konnte aber zunächst nicht in Kraft treten, weil er vom Bundesgesundheitsministerium beanstandet wurde. Mittlerweile hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg die Beanstandung aufgehoben.

Laut G-BA ist der therapeutische Nutzen der Glinide wissenschaftlich nicht hinreichend nachgewiesen. An der schlechten Datenlage habe sich bis heute nichts geändert, stellte der G-BA in seinem aktuellen Beschluss fest.

Hintergründe zur Entscheidung entnehmen Sie bitte den tragenden Gründen zum Beschluss (www.g-ba.de). ■

Ansprechpartner für Fragen zu Arznei- und Heilmitteln: Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572

Wirtschaftliche Verordnung von Immuntherapeutika zur Behandlung der RRMS

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und die KBV informieren (industrieunabhängig) in *Wirkstoff Aktuell* 1/2016 über Immuntherapeutika, die zur Behandlung der schubförmig remittierenden multiplen Sklerose (RRMS) eingesetzt werden. Der Information über Indikationen, therapeutischen Nutzen, Wirkung und Wirksamkeit, Nebenwirkungen, Kontraindikationen, Warnhinweise und Preise liegt eine Auswertung der relevanten Studien und Leitlinien zugrunde.

Wichtige Punkte zur wirtschaftlichen Verordnung sind:
Für die Behandlung der RRMS stehen verschiedene Immuntherapien zur Verfügung, die aufgrund der Ergebnisse in klinischen Prüfungen/ Studien für die Therapie der milden/moderaten oder (hoch-)aktiven Verlaufsform eingesetzt werden können. Anhand der vorliegenden Daten zeigte sich bisher keine Überlegenheit eines Wirkstoffes.

Milde/moderate Verlaufsform

- Die Immuntherapie der milden/moderaten Verlaufsform kann mit einem Interferon beta (IFN) oder Glatirameracetat begonnen werden. Zu diesen beiden Wirkstoffen liegen die meisten Erfahrungen zur Wirksamkeit und zur Langzeitsicherheit vor. (Bei der Auswahl der Interferonpräparate sind die Kosten zu berücksichtigen!)

- Wenn diese nicht vertragen werden, Kontraindikationen bestehen oder der Patient keine Injektionstherapie wünscht, können alternativ Teriflunomid oder Dimethylfumarat (DMF) eingesetzt werden.

- Teriflunomid zeigte hinsichtlich der Wirksamkeit keinen statistisch signifikanten Vorteil gegenüber den Interferonen. Die Daten, die in der Frühen Nutzenbewertung von Teriflunomid vorgelegt wurden, ergaben keinen Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie Interferon beta 1a (keine statistisch signifikanten Vorteile in der Schubverminderung oder Verringerung der Krankheitsprogression noch Vorteil hinsichtlich der Nebenwirkungen).

- Für DMF zeigten Post-hoc-Analysen einen statistischen Vorteil gegenüber Glatirameracetat. (Dabei ist anzumerken, dass in der klinischen Studie der Referenzarm mit Glatirameracetat nicht für einen direkten statistischen Vergleich geplant war.) Die Frühe Nutzenbewertung ergab für DMF keinen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie (Interferon beta oder Glatirameracetat), da keine geeigneten Daten vorgelegt wurden. Bitte beachten Sie bei einer Behandlung mit DMF die neuen Vorgaben für Maßnahmen zur Senkung des Risikos einer progressiven multifokalen Leukenzephalopathie PML: Überwachung des Blutbilds vor Beginn und nach

Beginn der Behandlung alle 6 bis 8 Wochen, MRT-Kontrollen, Absetzen der Therapie (siehe Rote Hand Brief vom 23.11.15 und Beschluss des G-BA zu den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung).

- Intravenöse Immunglobuline sind für die Indikation RRMS nicht zugelassen. (Off-Label-Anwendung kann haftungs- und leistungsrechtliche Konsequenzen haben.)

(Hoch-)aktive Verlaufsform

- Liegt eine (hoch-)aktive Verlaufsform der RRMS vor, können die Wirkstoffe Fingolimod, Natalizumab und Alemtuzumab verordnet werden.

- Fingolimod ist zugelassen zur Behandlung der hochaktiven RRMS bei Erwachsenen, die mit einem IFN-beta vorbehandelt sind (Zulassung A) und zur Behandlung der hochaktiven RRMS bei Erwachsenen, die eine Vorbehandlung mit einer anderen krankheitsmodifizierenden Therapie als IFN-beta erhalten haben (Zulassung B).

- In der Nutzenbewertung zur Zulassung A ergab sich folgendes Ergebnis:

- ein Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen für die Patienten mit hochaktiver RRMS, die noch keine ausreichende Therapie mit Interferon-beta erhalten haben (Besserung der Schubrate und Besserung der grippeähnlichen Erkrankungen)



2. ein Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen für Patienten mit rasch fortschreitender schwerer RRMS.

- In der Nutzenbewertung für das Anwendungsgebiet nach Zulassung B (Patienten mit hochaktiver RRMS trotz Vorbehandlung mit einer anderen krankheitsmodifizierenden Therapie als Interferon – beta) ergab sich kein Zusatznutzen für Fingolimod (weder für patientenrelevante Endpunkte noch hinsichtlich der aufgetretenen Nebenwirkungen).
- Die Behandlung mit Natalizumab muss aufgrund der Risiken beschränkt bleiben auf Patienten mit (hoch-)aktiver Erkrankung, für die andere angemessene Therapien nicht zur Verfügung stehen. (Studien zum Beleg einer Überlegenheit gegenüber anderen Immuntherapien liegen nicht vor). Zeigen sich nach sechs Monaten weder klinisch noch nach MRT-Kriterien Hinweise auf einen Behandlungserfolg, so ist die Therapie zu beenden.
- Alemtuzumab sollte nach derzeitigem Kenntnisstand nur als letztes Mittel der Reserve eingesetzt werden. ■

Den vollständigen Text finden Sie im Internet unter dem Link www.kbv.de → Service → Verordnungen → Arzneimittel → Wirkstoff Aktuell

Unabhängige Publikationen zur Pharmakotherapie

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) informiert vielfältig und aktuell über rationale Arzneimitteltherapie und Arzneimittelsicherheit. Sie gibt den Newsletter *Neue Arzneimittel* heraus, veröffentlicht Therapieempfehlungen und publiziert Zeitschriften. Einen Überblick der Publikationen finden Sie unter: www.akdae.de - Arzneimitteltherapie

ARZNEIVERORDNUNG IN DER PRAXIS (AVP)

Die von der AkdÄ herausgegebene Zeitschrift *Arzneiverordnung in der Praxis* (AVP) erscheint vierteljährlich. Sie bietet industrieunabhängige und wissenschaftlich abgesicherte Arzneimittelinformationen und richtet sich vor allem an Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten sowie an alle Ärzte, die die Entwicklungen in der Arzneimitteltherapie verfolgen wollen. Die Zeitschrift ist kostenlos online verfügbar.

www.akdae.de → Arzneimitteltherapie → Arzneiverordnung in der Praxis

WIRKSTOFF AKTUELL

Die Publikation *Wirkstoff aktuell* wird von der AkdÄ in Zusammenarbeit mit der KBV erstellt. Sie liefert unabhängige, neutrale Informationen über Arzneimittel, die im Rahmen der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Kassen erhebliche Kosten verursachen. Sie enthält Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise unter Bewertung des therapeutischen Nutzens des jeweiligen Arzneimittels. Den Hinweisen liegt eine Bewertung der für das Arzneimittel relevanten Studien und Leitlinien zugrunde. Veröffentlicht wird *Wirkstoff aktuell* als Beilage des *Deutschen Ärzteblattes* sowie elektronisch auf der Homepage der AkdÄ: www.akdae.de → Arzneimitteltherapie → Wirkstoff aktuell (Hier finden Sie die Bewertungen auch alphabetisch sortiert nach Wirkstoff oder Handelsnamen.) ■

**Ansprechpartner für Fragen zu
Arznei- und Heilmitteln:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572**

Beschlüsse zur Nutzenbewertung neuer Medikamente

Die Nutzenbewertung ist die Entscheidungsgrundlage dafür, wie viel die gesetzliche Krankenversicherung für ein neues Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff zahlt und ist als Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage XII) für alle Vertragsärzte zu berücksichtigen.

Wirkstoffe und/oder Indikationen, die gegenüber der vom G-BA festgelegten zweckmäßigen Vergleichstherapie keinen Zusatznutzen aufweisen und für die noch kein Erstattungsbetrag vereinbart wurde, könnten gegebenenfalls als unwirtschaftlich gelten. Verordnungen unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall sind möglich, müssen jedoch gegebenenfalls auch in einem Prüfverfahren plausibel begründet werden können. Diese Präparate sollten daher (zumindest) bis zum Abschluss des Verfahrens zurückhaltend eingesetzt werden.

Aktuell hat der G-BA zu folgenden Wirkstoffen Beschlüsse gefasst: Gaxilose (LacTest™), Nivolumab (Nivolumab BMS/Opdivo®, nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom), Netupitant/Palonosetron (Akyzneo®), Pembrolizumab (Keytruda®), Tiotropium/Olodaterol (Spiolto® Respiamat®), Insulin degludec/Liraglutid (Xultophy®, neues Anwendungsgebiet), Pertuzumab (Perjeta®, neues Anwendungsgebiet), Evolocumab (Repatha®), Trametinib (Mekinist®),

Sebelipase alfa (Kanuma®), Regorafenib (Stivarga®, Neubewertung nach Fristablauf), Pomalidomid (Imnovid®, erneute Nutzenbewertung), Panobinostat (Farydak®), Idebenon (Raxone®), Dabrafenib (Tafinlar®, neues Anwendungsgebiet), Asfotase alfa (Strensiq®), Acridiniumbromid (Eklira® Genuair®/Bretaris® Genuair®, erneute Nutzenbewertung)

Eine aktuelle Übersicht über alle Wirkstoffe, für die das Verfahren der frühen Nutzenbewertung abgeschlossen ist oder derzeit durchgeführt wird, finden Sie auf den Internet-Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dort ist auf einen Blick zu erkennen, ob die bewerteten Wirkstoffe gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie einen Zusatznutzen aufweisen. Ärzte erhalten Hinweise zu den Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung, sowie zur Wirtschaftlichkeit und erfahren außerdem, ob die Wirkstoffe bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheiten anerkannt sind. **Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Frühen Nutzenbewertung:** www.kbv.de → Service → Verordnungen → Arzneimittel → Frühe Nutzenbewertung ■

Ansprechpartner für Fragen zu Arznei- und Heilmitteln:
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:

- Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten „Gesund schwanger“ mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), dem Berufsverband Deutscher Laborärzte e.V. (BDL), dem Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie e.V. (BÄMI), der GWQ ServicePlus AG und der Daimler Betriebskrankenkasse mit der AG Vertragskoordination

Erratum:

- zum 31. Nachtrag zum Gesamtvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg zur Vereinbarung über die Mitteilung der Feststellung einer Schwangerschaft bei Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg:

Die Paragraphen-Nummer 6 [falsch] - „Kündigung und Laufzeit“ wird durch die Paragraphen-Nummer 7 ersetzt, so dass es richtig heißt: „§ 7 - Kündigung und Laufzeit“.

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



Informationen zur neuen QM-Richtlinie

Wegen der starken Nachfrage bietet die KV eine weitere Informationsveranstaltung für Ärzte und Praxispersonal zur neuen Qualitätsmanagement-Richtlinie an. In vertragsärztlichen Praxen gelten nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Dezember 2015 geänderte Vorgaben zur Einführung und Weiterentwicklung von praxisinternem Qualitätsmanagement. Die bisher nebeneinander existierenden QM-Richtlinien für Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Krankenhäuser wurden zu einer gemeinsamen Richtlinie verschmolzen.

Für Praxen ergeben sich daraus einige Änderungen, die in der Veranstaltung erläutert werden. Schwerpunkte sind unter anderem die einfache Umsetzung von Mitarbeiterbefragungen für jede Praxisgröße und die Einführung von Checklisten und Risikomanagement.

Arbeitsmaterialien und schriftliche Informationen zur Umsetzung der QM-Richtlinie werden gestellt. ■

4 Fortbildungspunkte

Termin: **Mi. 15.6.2016 (14.30 – 17.30 Uhr)**

Teilnahmegebühr: € 65 inkl. Getränke und Imbiss

Ort: Satellite-Office im Gutruf-Haus, Neuer Wall 10 (Ecke Jungfernstieg), 20354 Hamburg

Datenschutz-Seminar

Die Teilnehmer werden in diesem Seminar mit allen technischen und organisatorischen Aspekten des Datenschutzes vertraut gemacht. Im Mittelpunkt stehen die gesetzlichen Grundlagen des Datenschutzes, der korrekte Umgang mit Patientendaten sowie Diskretion in der Arztpraxis. Mit Unterstützung des Seminarleiters werden alle im Rahmen des Qualitätsmanagements relevanten Verfahrens- und Arbeitsanweisungen im Bereich Datenschutz erarbeitet.

Außerdem erfährt man, wann ein betrieblicher Datenschutzbeauftragter bestellt werden muss und welche Aufgaben er hat. ■

Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

10 Fortbildungspunkte

Zeit: **Mi. 15.6.2016 (9.30-17 Uhr)**

Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Teilnahmegebühr:

€ 149 (inkl. Getränke und Imbiss)

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

QUALITÄTSMANAGEMENT

Neu nach dem Qualitätsmanagementsystem QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen:

Praxis	Fachrichtung	Adresse	
Dr. Rita Trettin	Neurologie / Psychiatrie / Psychotherapie	22299, Hudtwalckerstr. 2 - 8	Nov. 2015
Praxisgemeinschaft Hallerstraße Dr. Norbert Neuburger, Dr. Friederike Windler, Bettina Gerrard, Julia Hartmann	Innere	20146, Hallerstraße 6	15.12.2015
Dr. Erdmann von Salisch Dr. Petra Podszus	HNO	22587, Erik-Blumenfeld-Platz 27	29.12.2015



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Primärversorgung von multimorbiden Patienten

Erlaubt die Forschungslage Schlussfolgerungen zur Effektivität von Interventionen? Ergebnisse eines Cochrane-Reviews

VON DAGMAR LÜHMANN IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V. (DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)

S

Seit den 1990er Jahren wird der Terminus „Multimorbidität“ verwendet, um das Krankheitsgeschehen von Patienten zu beschreiben, die unter mehreren (zumeist verstanden als mehr als zwei) chronischen Erkrankungen gleichzeitig leiden. Multimorbidität ist durch die prinzipielle Gleichrangigkeit der Einzelerkrankungen gekennzeichnet – im Gegensatz zur „Komorbidität“, bei der eine Indexerkrankung mit einer oder mehreren Begleiterkrankungen im Fokus steht. Patienten mit Multimorbidität haben im Vergleich zu nicht von Multimorbidität betroffenen Patienten eine kürzere Lebenserwartung und eine schlechtere Lebensqualität. Sie leiden häufig unter funktionellen Defiziten und stehen unter vermehrter psychischer Belastung. Der Versorgungsbedarf von Patienten mit Multimorbidität ist komplex, evidenzbasierte Leitlinien zur Versorgung von Patienten mit Multimorbidität gibt es nicht, und

ein Vorgehen auf der Grundlage von Leitlinien für einzelne Krankheitsbilder würde schnell zur Überforderung von Patienten und Leistungserbringern führen. Moderne Versorgungskonzepte fordern daher klare Prioritätensetzungen und die konsequente Berücksichtigung von Patientenpräferenzen und -werten. Verkompliziert wird die Versorgung von Patienten mit Multimorbidität durch fragmentierte Versorgungsstrukturen und Zeitmangel.

Vor diesem Hintergrund fragt der im März 2016 aktualisierte Cochrane Review (1) nach der Wirksamkeit von komplexen Versorgungsinterventionen, die auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Patienten mit Multimorbidität abzielen. Die zu untersuchenden Interventionen mussten im primärärztlichen oder gemeindenahen Setting verortet sein und Akteure involvieren, die einerseits befähigt sind, alle weit verbreiteten Gesundheitsprobleme in allen Altersgruppen zu behandeln, und andererseits eine dauerhafte Beziehung zu den Patienten zu pflegen (in erster Linie Hausärzte und speziell für die Primärversorgung ausgebildete Pflegekräfte und therapeutische Professionen). Interessierende Endpunkte waren klinische oder psychische Messgrößen, patientenberichtete Endpunkte, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Gesundheitsverhalten, Verhalten der Leistungserbringer, Zufriedenheit (Patienten/Leistungserbringer) sowie Kosten. In den Review sollten (randomisierte) kontrollierte Studien (RCT), kontrollierte Vorher-Nachher-Ver-

gleiche und unterbrochene Zeitreihenuntersuchungen eingeschlossen werden – wobei keine der letztgenannten aufgefunden wurden.

Bis zum September 2015 konnten die Autoren 9 RCT zur Versorgung von multimorbiden Patienten in den Review einschließen (weitere 9 RCT berichten über Patienten mit spezifischen Indexerkrankungen – diese werden im Folgenden nicht weiter thematisiert). Sieben Studien stammen aus den USA, je eine aus Großbritannien und Kanada. Die methodische Qualität der Arbeiten wurde von den Reviewautoren als verhältnismäßig gut eingestuft. Übergreifende und klare Aussagen zur Wirksamkeit der Interventionen konnten die Autoren des Review dennoch nicht herausarbeiten. Nicht nur die in die Studien eingeschlossene Patientenklientel sondern auch die im Vergleich zur Regelversorgung untersuchten Interventionen waren hochgradig heterogen – es wurden eher organisatorisch ausgerichtete Maßnahmen (wie Case Manager, koordinierte Managementstrukturen und -programme, Schulungen für Versorger) und direkt an Patienten gerichtete Interventionen (Schulungen, Unterstützung des Selbstmanagement) berichtet. Die Studienergebnisse waren inkonsistent – in fast allen betrachteten Ergebnisdimensionen waren vereinzelt positive Effekte zu verzeichnen, allerdings war die überwiegende Zahl der berichteten Ergebnisse indifferent, das heißt, es waren keine Unterschiede zu

den Ergebnissen der Regelversorgung feststellbar. Sehr vorsichtig weisen die Reviewautoren auf sich abzeichnende Tendenzen hin: Interventionen, die spezifische funktionelle Beeinträchtigungen oder Risikokonstellationen adressieren, scheinen eher Erfolge zu zeigen als sehr breit angelegte Managementprogramme. Auch die Ein- und Anbindung an bestehende Versorgungsstrukturen scheint eher ein Charakteristikum von erfolgreichen Interventionen zu sein.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die publizierten Studien zur Wirksamkeit von Interventionen zur Primärversorgung von Patienten mit Multimorbidität derzeit nur sehr eingeschränkt praxisrelevante Schlussfolgerungen erlauben – deren Übertragbarkeit auf den Kontext des deutschen Gesundheitssystems noch nicht geprüft wurde. Die Reviewautoren konnten aber weitere 15 laufende Studien identifizieren – man darf auf die Aktualisierung des Review gespannt sein. ■

Korrespondenz:

Dr. med. Dagmar Lühmann,
 Institut für Allgemeinmedizin,
 Universitätsklinikum
 Hamburg-Eppendorf
 E-Mail: d.luehmann@uke.de
 Tel: 040 / 7410 - 56782

Literatur: 1. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings [Internet]. The Cochrane Collaboration, Herausgeber. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [zitiert 24. März 2016]. Verfügbar unter: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858>





Zehn Jahre Infocenter

Für schnelle Auskünfte: Die zentrale Anlaufstelle für Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit wird intensiv genutzt

Das Infocenter der KV Hamburg feiert sein 10-jähriges Bestehen. Entstanden ist die Abteilung, nachdem die KV erste Erfahrungen mit Hotlines zu Praxisgebühr oder EBM 2000plus gesammelt hatte. Die KV-Mitglieder nutzten diese Hotlines so intensiv, dass die KV-Führung beschloss, das Angebot auszubauen. Vier KV-Mitarbeiterinnen wurden daraufhin als Team zu einer zentralen Auskunftsstelle zusammengefasst und bauten Wissensdatenbanken zu den verschiedenen Bereichen der vertragsärztlichen Tätigkeit auf.

Am 1. Juli 2006 ging das neue Infocenter offiziell an den Start. Schon im ersten Jahr nahmen die Mitarbeiterinnen über 1200 Anrufe pro Monat entgegen. „Besonders stark ist die Nachfrage jeweils zu Jahresbeginn, wenn neue Gesetze in Kraft treten“, sagt Sandy Kupferschmidt, Leiterin der mittlerweile auf acht Personen angewachsenen Abteilung. „Werden große Gesundheitsreformen umgesetzt, können wir uns vor Anrufen kaum retten.“



Die Abteilung Infocenter (v.l.n.r.): Monique Laloire, Sandy Kupferschmidt, Petra Timmann, Fleur Priess, Anna Yankyera und Stefanie Schmidt (nicht im Bild: Katja Egbers und Kirstin Michaelis).

Die Mitarbeiterinnen des Infocenter geben schnelle und verbindliche Auskünfte. Kann die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden, stellen sie das Gespräch in eine Fachabteilung durch oder rufen nach kurzer Recherche zurück. Auch per Post, Fax oder E-Mail können die KV-Mitglieder Fragen an das Infocenter stellen.

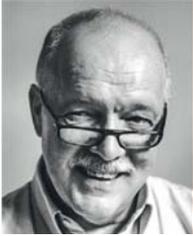
Kontakt: Infocenter
Tel: 22802-900, Fax: 22802-420
E-Mail: infocenter@kvhh.de



KBV-Kampagne: Motive zum Thema "Nähe"

Im Mai 2016 waren deutschlandweit die neuen Plakatmotive der Kampagne zum Thema „Nähe“ zu sehen. Zum einen zeigten die Plakate Ärzte und Patienten, die eine besondere Vertrauensbeziehung haben. Daneben gab es Motive mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, die eng zusammenarbeiten. Rund um den Deutschen Ärztetag wurde der Bahnhof Hamburg-Dammtor komplett mit Kampagnenmotiven belegt. Die Plakate hingen außerdem in allen Landeshauptstädten, an allen ICE-Bahnhöfen und im Umfeld der jeweiligen KV-Standorte.

Weitere Informationen zur KBV-Kampagne im Internet:
www.ihre-aerzte.de/kampagne



Saure Kirschen

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

Es ist schon einige Jahre her, als ein alter Bekannter in meine Praxis kam. Er war sehr blass, so blass wie man halt blass ist nach einer großen Operation. Was war geschehen?

Wie jedes Jahr hatte er im Garten seiner Mutter Kirschen gepflückt. Er verlor sein Gleichgewicht und stürzte ab. In der nahegelegenen Universitätsklinik stellte man fest, dass drei Wirbel geborsten waren, am Übergang von der Brust- zur Lendenwirbelsäule. Mit einer inneren Fixation, einer Art doppelter Haltestange mit Schrauben auf jeder Seite, wurden die Frakturen stabilisiert. Dennoch trug er zusätzlich noch ein starres Mieder. „Warum das?“, fragte ich ihn. Die Operation sei noch nicht abgeschlossen, in zehn Tagen werde er noch einmal aufgenommen, um die Fixation von vorne, vom Bauchraum her, abzuschließen. Als ich das einem befreundeten Neurochirurgen erzählte, der auf Wirbelsäulenoperationen spezialisiert war, fing dieser an zu grinsen. Als er dann auch noch „Pecunia“ murmelte, wusste ich: Mit Medizin hat das nichts zu tun. Seit die Krankenhausfinanzierung vor über zehn Jahren

von einem zeitorientierten System (sog. Tagessatz) auf ein Fallpauschalen-System (sog. DRG) umgestellt worden ist, häufen sich solche Fälle. Krankenhäuser sind zu Wirtschaftsunternehmen geworden, die schwarze Zahlen schreiben müssen. Betriebsleiter terrorisieren Klinikdirektoren mit dem Case Mix Index, dem Fallpauschalendurchschnitt. Ärzte sind nicht mehr zuerst für ihre

einen Kaiserschnitt auf die Welt. Bis 2008 hatten sich dabei die geplanten und die ungeplanten Eingriffe etwa die Waage gehalten. Seit ein geplanter Kaiserschnitt aber nur noch mit etwa 2.700 Euro vergütet wird, ein ungeplanter Notfalleingriff hingegen mit über 3.400 Euro, hat sich das Verhältnis auf 40 zu 60 verschoben: Mit Medizin hat das nichts zu tun.

Eine weitere Operation? Als ich das einem befreundeten Neurochirurgen erzählte, fing dieser an zu grinsen und murmelte: „Pecunia“.

Patienten verantwortlich, sondern für die Bilanz ihrer Klinik. Indem man also aus einer Operation zwei macht, kann man die hohe Fallpauschale auch zweimal abrechnen: Mit Medizin hat das nichts zu tun.

Überhaupt nahmen plötzlich Eingriffszahlen bei Diagnosen mit gut bezahlter Fallpauschale zu. So wurden 2006 etwa 38.000 Wirbelsäulenversteifungsoperationen durchgeführt, 2014 waren es schon 68.000. Und es gibt noch viel mehr Tricks. Etwa ein knappes Drittel aller Kinder kommt bei uns derzeit durch

Die Kurzzeit-Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Oktober 1998 – Januar 2001), gefragt nach ihrer jetzigen Sicht auf ihre damaligen Entscheidungen, antwortete vor kurzem: „Worauf ich aber noch heute stolz bin, ist die Einführung des DRG-Systems – damit konnten wir endlich zeitan- gemessene adäquate Vergütungsformen in den Krankenhäusern etablieren, die sich vielfach in höherer Qualität für die Patienten ausgezahlt haben.“

Wie gesagt: Mit Medizin hat das nichts zu tun. ■

chirurg@hontschik.de, www.medizinHuman.de

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



STECKBRIEF

Dr. Roswitha Seidenzahl-Dittmann, Moderatorin des interdisziplinären Qualitätszirkels Hamburg-Langenhorn

Name: **Dr. Roswitha Seidenzahl-Dittmann**

Geburtsdatum: **19.2.1958**

Familienstand: **verheiratet mit Dr. med. Andreas Dittmann, 1 Tochter**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Akupunktur, Homöopathie**

Hobbys: **Klassische Musik, Gesang, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja. Ich bin sowohl gelernte Krankenschwester als auch studierte Ärztin. Diese beiden Berufserfahrungen haben mich geprägt, das Ganzheitliche im Menschen zu sehen. Als Allgemeinärztin behandle ich ein breites Spektrum an Erkrankungen, wobei sich mir durch die ergänzenden Naturheilverfahren zusätzliche therapeutische Möglichkeiten bieten. Die ärztliche Kunst in der Regulationsmedizin ist mir Anliegen und Ansporn.

Was ist der Grund für Ihr Engagement im Qualitätszirkel? Der fachliche Erfahrungsaustausch mit den Kolleginnen und Kollegen bringt neue Anregungen und entlastet mein Dasein als "Einzelkämpferin im Praxisalltag". Sich zwanglos über unterschiedliche therapeutische Sichtweisen auszutauschen, ermöglicht voneinander zu lernen.

Wo liegen die Schwerpunkte Ihres Qualitätszirkels? Als interdisziplinärer Qualitätszirkel sind wir für alle ärztlichen Fachrichtungen offen, ebenso für alle Themen, die die Teilnehmer besprechen wollen. Zurzeit haben wir zwei Schwerpunkte: die Akupunktur und die Homöopathie. Aus zeitökonomischen Gründen treffen wir uns zu Doppelsitzungen. Das erleichtert es, Patienten live vorzustellen und zugleich therapeutische Erfahrungen intensiver zu diskutieren. Interessierte TeilnehmerInnen sind willkommen!

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Ich würde gerne die Anerkennung der bewährten, seriösen Naturheilverfahren in der Kassenmedizin erreichen und damit den Zugang zu diesen Therapiemöglichkeiten für alle Patienten, die für sich diese Verfahren wünschen; zumal diese Verfahren oftmals sehr effektiv und preiswert sind.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Ich wünsche mir eine gute Balance zwischen Praxistätigkeit und mehr künstlerischer "Freizeit". ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 16.6.2016 (ab 19.30 Uhr) – KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Hygiene in der Arztpraxis Aufgaben eines Hygienebeauftragten; Erstellung von Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungsplänen; Gesetzeslage 10 FORTBILDUNGSPUNKTE	Datenschutz Umgang mit Patientendaten, Diskretion, Bestellung eines Datenschutzbeauftragten 10 FORTBILDUNGSPUNKTE	Info zur QM-Richtlinie Wiederholung der Info-Veranstaltung Qualitätsmanagement-Richtlinie – insbesondere zu Mitarbeiterbefragungen und Risikomanagement. 4 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 8.6.2016 (9.30 - 17 Uhr) € 149 (inkl. Getränke und Imbiss)	Mi. 15.6.2016 (9.30 - 17 Uhr) € 149 (inkl. Getränke und Imbiss)	Mi. 15.6.2016 (14.30 - 17.30 Uhr) € 65 (inkl. Getränke und Imbiss)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99	Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99	Ort: Satellite-Office im Gutruf-Haus, Neuer Wall 10 (Ecke Jungfernstieg)
Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

AUS DER PRAXIS

Sprechstundenbedarf Für Ärzte - Vertiefung der Kenntnisse zum Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen 3 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 29.6.2016 (18 - 20:15 Uhr) Teilnahme kostenlos
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 Anmeldung: Sabine Daub, Tel: 22802-659, E-Mail: sabine.daub@kvhh.de

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

Grundschulung für Unternehmer Qualifizierung für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen. BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE	Fortbildung für Mitarbeiterinnen: „Gefährdungsbeurteilung I“ Zur Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften
Mi. 5.10.2016 (15 - 20 Uhr) Weitere Termine: Fr. 7.10.2016, Mi. 30.11.2016, Fr. 2.12.2016 € 226 (inkl. Imbiss und Material)	Mi. 15.6.2016 (15 - 18 Uhr) Weitere Termine: Mi. 12.10.2016 (15 - 18 Uhr), Mi. 14.12.2016 (15 - 18 Uhr) € 60 (inkl. Imbiss und Material)
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldeformulare bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Fax: 2780 63 48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de	

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Sprechstundenbedarf Für Praxispersonal - Vertiefung der Kenntnisse im Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen	Hörgeräteversorgung bei Kindern und Erwachsenen Für Ärzte – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung dieser Leistungen	DMP-Patientenschulungen Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen
Mi. 12.10.2016 (15 - 17 Uhr) Weitere Termine: Mi. 14.12.2016 (15 - 17 Uhr) € 25	Mi. 21.9.2016 (14 - 19 Uhr) Weiterer Termin: Mi. 30.11.2016 (14 - 19 Uhr) € 90	Termine und Infos: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „Zi-DMP“ eingeben
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b; Anmeldung: Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekhh.de		

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 2. QUARTAL 2016 VOM 1. BIS 15. JULI 2016

INFOCENTER DER KVH

BEI ALLEN FRAGEN RUND UM IHREN PRAXISALLTAG

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der KV Hamburg helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

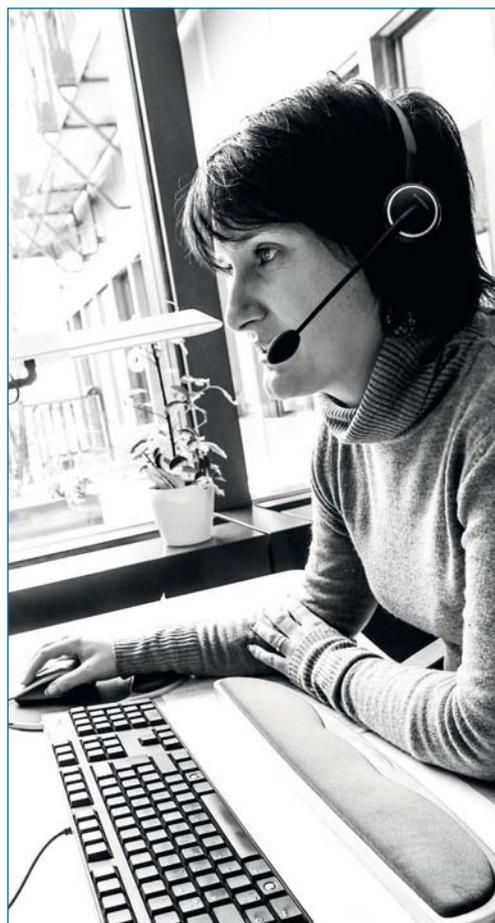
- schnelle und verbindliche Auskünfte bei allen Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit und zum Leistungsspektrum der KV
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg
Telefon: 22 802 - 900
Telefax: 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



KVH

Infocenter der KVH
Telefon 040/22 802 900
infocenter@kvhh.de