

KVH *journal*



RICHTIG STEUERN

*So setzen Sie die Regeln der
neuen Wirkstoffvereinbarung um*

KREBSREGISTER

Meldeportal ist verfügbar

WISSENSCHAFT

Big-Data-Studien gewinnen an Bedeutung

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. Politik und 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 2/2017 (Februar 2017)



Liebe Leserin, lieber Leser!

In diesen Wochen und Monaten wählen die Ärzte und Psychotherapeuten ihre neuen Gremien. Auch in Hamburg werden – wenn Sie dieses Heft in den Händen halten – eine neue Vertreterversammlung konstituiert, ein neuer VV-Vorstand und neue Gremien gewählt sein. Der KV-Vorstand hat eine abweichende Amtsperiode und amtiert noch bis Ende 2019.

Den Frauen und Männern, die die Ämter übernehmen, kommt die Aufgabe zu, die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem wieder sichtbar und wirkmächtig zu machen. Wenn ihnen das nicht gelingt, wird das deutsche Gesundheitssystem ein anderes werden – eines, das von immer kleinteiligeren Gesetzen eingeengt, von Aufsichtern an der kurzen Leine geführt und von gewinnorientierten Multis gesteuert wird. Der Arzt, der Psychotherapeut, der Mitarbeiter, vor allem aber der Patient werden dies negativ zu spüren bekommen.

Nur die Selbstverwaltung hat das deutsche Gesundheitssystem zu dem Vorbild gemacht, das bezeichnenderweise vor allem im Ausland gerühmt wird. Wer die Selbstverwaltung zerstört oder sie verkümmern lässt, der zerstört auch die Flexibilität, die Belastbarkeit und die Regionalität des Systems – Parameter, die für die vielgelobte Niedrigschwelligkeit und Qualität des Systems verantwortlich sind.

Dieses KV-Journal beschäftigt sich ausführlich mit der Einführung der Wirkstoffvereinbarung in Hamburg. Sie löst die zentralistisch vorgegebenen Richtgrößen ab, jenes bürokratische Missverständnis, das glaubte, eine so vielgestaltige medizinische Versorgung wie in Hamburg könne am Durchschnitt selig werden.

Dass wir die Richtgrößen und ihren strikten Regressbezug abschaffen und durch ein systemgerechtes „Steuern statt prüfen“ ablösen konnten, ist dem damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) zu verdanken. Er hat der ärztlichen Selbstverwaltung und vor allen den Regionen viel Handlungsspielraum zurückzugeben. Diesen Spielraum müssen und werden wir nutzen, vor allem in Hamburg mit seinen sehr speziellen Bedingungen – mutig und selbstbewusst, wie es sich für eine Selbstverwaltung gehört.

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
Wirkstoffvereinbarung: Welche Erfahrungen haben die Bayern gemacht?
- 08_ Steuerung statt Prüfung:
Hamburg führt Wirkstoffmodell ein
- 11_ Transparentes System: Wer Generika, Leitsubstanzen und Rabattarzneimittel bei der Verordnung bevorzugt, ist auf der sicheren Seite
- 14_ Alles im grünen Bereich? Wie die Trendmeldung den Ärzten hilft, die Zielvorgaben zu erreichen
- 17_ Daten aus Bayern zeigen:
Die Steuerung funktioniert

WEITERLESEN IM NETZ: WWW.KVHH.DE

Auf unserer Internetseite finden Sie Informationen rund um den Praxisalltag – unter anderem zu **Honorar, Abrechnung, Pharmakotherapie** und **Qualitätssicherung**. Es gibt alphabetisch sortierte Glossare, in denen Sie Formulare/Anträge und Verträge herunterladen können. Sie haben Zugriff auf Patientenflyer, Pressemitteilungen, Telegramme und Periodika der KV Hamburg. KV-Mitglieder können eine **erweiterte Arztsuche** nutzen, in der zusätzlich zu den Fachbereichen und Schwerpunkten der Kollegen noch die Ermächtigungen angezeigt werden.



AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_** Fragen und Antworten
- 20_** Formulare: Todesbescheinigungen nur beim Paul Albrechts Verlag erhältlich
- Krebsregister: Melderportal ist funktionsfähig

ARZNEI- UND HEILMITTEL

- 20_** Grippeimpfung: Kein Bezug von tetravalentem Impfstoff zu Lasten der Kasse

QUALITÄT

- 21_** Qualitätsmanagement-Seminare: Hygiene / Patientenrechte / Tatort Praxis

RUBRIKEN

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

NETZWERK EVIDENZ-BASIERTE MEDIZIN

- 22_** Big Data: Kann eine Auswertung großer Datenmengen die klinischen Studien ersetzen?

KOLUMNE

- 25_** Hontschiks „Diagnose“

KV INTERN

- 24_** Leserbrief
- 26_** Steckbrief: Dr. Peter René Bock-Lamberlin
- 27_** Terminkalender

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Michael Zapf; Seite 8f: Africa Studio;
Seite 19: Felix Faller/Alinea; Seite 25: Barbara Klemm; Icons: iStockfoto

Wirkstoff- vereinbarung: Welche Erfahrungen haben die Bayern gemacht?

Wir haben drei Betroffene um eine Stellungnahme gebeten



Dr. Peter Heinz

Augenarzt in Schlüsselfeld (Oberfranken) und zweiter Bundesvorsitzender des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands

Wahrer Segen

Die Wirkstoffvereinbarung in Bayern ist für uns Augenärzte ein wahrer Segen. **Wir verordnen – wann immer medizinisch möglich – Generika oder Rabattvertragspräparate und haben dann genügend Luft, bei entsprechender Indikation auch Innovationen ohne Angst vor einem Regress einzusetzen.** Die Krankenkassen hatten zunächst Bedenken, dass die Gesamtmenge der verordneten Medikamente (DDD-Gesamtsumme) explodiert, wenn nicht geprüft wird. Doch das ist nicht passiert. Die Regularien des Modells sind leicht verständlich, und die Steuerung funktioniert. ■



Dr. Oliver Abbushi

Allgemeinmediziner in Oberhaching bei München und Vorsitzender des Bayerischen Hausärzterverbandes Bezirk München



Wolfgang Adolf

Leiter des Fachbereichs Arzneimittel/Apotheken der AOK Bayern

Erfolgsmodell

Die bayerischen Ärzte sind dankbar für die Wirkstoffvereinbarung. **Der Erfolg zeigt sich daran, dass seit Einführung des Modells noch kein einziger niedergelassener Arzt in die Prüfung gekommen ist.** Es gab früher in Bayern immer wieder Prüfungen und auch Regresse. Die ständige Gefahr, in ein solches Verfahren zu geraten, hat bei den Ärzten Unsicherheit und Ängste ausgelöst. Die Wirkstoffvereinbarung schafft Ruhe. Wichtig ist, dass die anvisierten Quoten auch künftig immer wieder angepasst werden, damit sie realistisch bleiben. ■

Alle profitieren

Aus Sicht der AOK Bayern weist die Wirkstoffvereinbarung in die Zukunft. Sie folgt der Philosophie, dass die Wirtschaftlichkeit nicht nachträglich in die Versorgung „hineingeprüft“ werden sollte, sondern arbeitsalltägliche Anstrengungen aller Beteiligten erfordert. Nur so kann es gelingen, unnötige Arzneimittelausgaben dauerhaft zu vermeiden, um das Gesundheitswesen finanzierbar zu halten. **Wir freuen uns insbesondere über die breite Akzeptanz des neuen Ansatzes in der bayerischen Ärzteschaft. Mit der Begleitung und Umsetzung der Wirkstoffvereinbarung hat die KV Bayerns ihr Meisterstück im Verordnungsmanagement geliefert.** Im Ergebnis profitieren alle von der breiten Unterstützung dieses kooperativen Ansatzes durch die bayerischen Ärzte. ■

VON DR. STEPHAN HOFMEISTER

Steuerung statt Prüfung

Die Richtgrößenprüfung stellte für die Ärzte eine unberechenbare Bedrohung dar. Mit Einführung des Wirkstoffmodells bekommen die Ärzte die Möglichkeit, ihre Verordnungsanteile selbst zu steuern.

Das System der Richtgrößenprüfung hat einen grundlegenden Konstruktionsfehler: Den Ärzten wird die Verantwortung für die Arzneimittelkosten aufgehälst. Doch die Ärzte haben weder Einfluss auf die Morbidität noch auf die Preisgestaltung im Arzneimittelmarkt. Teilweise wissen sie nicht mal, was ein Arzneimittel kostet, weil die Rabattverträge geheim sind. Die Ärzte können die Kosten also gar nicht sinnvoll steuern – tragen aber dennoch das persönliche Risiko, in Regress genommen zu werden.

Nimmt man durchschnittliche Arzneimittelkosten als Messlatte, kommen auch Ärzte in die Prüfung, die das medizinisch Notwendige verordnet haben und dies auch begründen können. Sich im Nachhinein zu rechtfertigen, ist aber ein großer zeitlicher Aufwand. Es ist belastend

und macht die Lust am Arbeiten zunichte. Das wissen und das verstehen wir. Deshalb haben wir uns dafür eingesetzt, das Richtgrößenmodell durch eine sinnvollere Systematik abzulösen.

In der neuen Wirkstoffvereinbarung geht es nicht mehr um Kosten, sondern um Mengenanteile für empfohlene Wirkstoffe. Das Modell hat einen prospektiven Ansatz: Die Ärzte haben die Möglichkeit, ihre Verordnungen nach transparenten Vorgaben selbst zu steuern. Das ist sinnvoller und fairer als ein retrospektives System wie das Richtgrößenmodell, das erst im Nachhinein ausgewertet – und bestraft, wenn nichts mehr geändert werden kann.

Die bayerischen Ärzte haben mit diesem Modell gute Erfahrungen gemacht (siehe Seite 6). Und obwohl auch die in Bayern agierenden Kas-

sen profitiert haben, gab es bei den Verhandlungen in Hamburg eine psychologische Hürde: Wir mussten die Krankenkassen davon überzeugen, dass allen Beteiligten damit gedient ist, wenn die Ärzte selbst steuern können, um regressvermeidend eine Verordnungsquote zu erreichen – statt auf ein System zu setzen, das die Nicht-Einhaltung von Kostenzielen bestraft. Nach langen und zähen Verhandlungen konnten wir durchsetzen, dass die in Bayern entwickelte Wirkstoffvereinbarung auch in Hamburg eingeführt wird.

Das Modell verschiebt die Kostenfrage dorthin, wo sie hingehört – nämlich zu den Krankenkassen. Der Arzt verantwortet lediglich, was er selbst beeinflussen kann: Er wählt den richtigen Wirkstoff aus und beachtet dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot. Wenn es auf Grundlage des



Das Wirkstoffmodell
verschiebt die Kostenfrage
dahin, wo sie hingehört:
zu den Krankenkassen.

→ neusten medizinischen Kenntnisstandes und der aktuellen Evidenz indiziert ist, ein teures Medikament zu verschreiben (und es kein gleichwertiges Mittel gibt, das günstiger ist), verschreibt der Arzt das teure Medikament. Der Druck, auf die Arzneimittelpreise zu achten, lastet also wieder stärker auf den Krankenkassen, die darüber mit der Pharmaindustrie zu verhandeln haben.

Wichtig ist zu verstehen: In der Systematik der Wirkstoffvereinbarung geht es nicht mehr um eine festgelegte Kostenobergrenze, wie das im Richtgrößenmodell der Fall war. Die Starrheit des Richtgrößenmodells führte dazu, dass Ärzte auf Verdünnungsfälle angewiesen waren, um „teure“ Patienten behandeln zu können – und dass sie eigentlich nur eine begrenzte Anzahl „teurer“ Patienten annehmen konnten, weil sie sonst Gefahr liefen, die Kostenobergrenze zu überschreiten.

Das "Verschieben" von Verordnungen auf Kollegen ist im neuen System unsinnig. Das Modell hat keine festgelegten Kostenobergrenzen, sondern schreibt prozentuale Zielwerte vor: Je nach Wirkstoffgruppe und Indikation soll – gemessen an DDD – ein Mindest-Mengenanteil „wirtschaftlicher“ Wirkstoffe verschrieben werden.

Der Arzt kann mehr Patienten behandeln oder weniger, er kann mehr DDDs einer Wirkstoffgruppe verschreiben oder auch weniger – Hauptsache, der prozentuale Mengenanteil empfohlener Wirkstoffe stimmt. Damit ist auch die Morbidität wieder zurück in den Verantwortungsbereich der Kassen transferiert worden.

Sache des Arztes ist es, pharmakologisch und therapeutisch das Richtige zu tun. Dabei muss er sich an vorgegebenen Standards messen lassen. Wenn ein Arzt auffällig verordnet, wird er auf diesen Umstand im Rahmen des Feedbacksystems aufmerksam gemacht. Vielleicht hat er einen ganz ungewöhnlich zusammengesetzten Patientenstamm – und seine Verordnungsquoten sind gerechtfertigt. Vielleicht kommt er zu der Überzeugung, die Quoten seien nicht gerechtfertigt, und stellt einen Teil seiner Patienten auf die empfohlenen Wirkstoffe um.

Der Arzt bekommt für jedes Quartal eine Trendmeldung zugeschickt, der zu entnehmen ist, ob seine Quoten mit den vorgegebenen Zielwerten übereinstimmen. So kann er bereits im laufenden Jahr nachbessern und Einfluss auf sein Jahresergebnis nehmen. Was zählt, ist das Jahresergebnis.

Wenn der Arzt durch eine Änderung des Ordnungsverhaltens seine Quote im Vergleich zum Vorjahr um mindestens 15 Prozent verbessert hat, ohne am Ende des Jahres das Ziel zu erreichen, wird das berücksichtigt – denn die Richtung stimmt. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass eine Umstellung auf die empfohlenen Wirkstoffe bei manchen Patienten nun mal eine gewisse Zeit benötigt.

All das zeigt: Das neue Modell orientiert sich an den Versorgungsrealitäten, es versucht nachzuvollziehen, wie ein Arzt tatsächlich in der Praxis arbeitet.

Es gibt auch vorgegebene Ziele für die gesamte Hamburger Ärzteschaft oder die jeweiligen Fachgrup-

pen. Doch wenn der Arzt unterm Strich im grünen Bereich ist, kann er sich sicher aus der Prüfung heraushalten – egal, wie die anderen Ärzte verordnen.

Es handelt sich um ein lernendes System. Die Kriterien des Wirkstoffmodells werden ständig überprüft und angepasst. Ändern sich beispielsweise die Leitlinien, bildet sich das auch in der Struktur des Wirkstoffmodells ab. Darüber werden die Ärzte informiert. Die vorgegebenen Quoten lassen Raum für unabhängige Entscheidungen – geben aber eine deutliche Orientierung, in welche Richtung die Medizin sich entwickelt.

Offiziell in Kraft getreten ist das Wirkstoffmodell in Hamburg zum Jahreswechsel, doch es läuft vorerst noch im Testbetrieb.

Im Februar oder März 2017 bekommt jeder Arzt eine Trendmeldung zu seiner Medikamentenverordnung im 3. Quartal 2016 zugeschickt. Bitte nicht erschrecken: Das Wirkstoffmodell war im 3. Quartal 2016 noch gar nicht gültig. Doch man bekommt einen Eindruck davon, ob das eigene Ordnungsverhalten mit den anvisierten Quoten für 2017 in Übereinstimmung zu bringen sein wird oder mittelfristig überdacht werden muss.

Das gesamte Jahr 2017 ist von der Prüfung ausgenommen. In dieser Zeit haben die Ärzte Gelegenheit, sich mit dem neuen Modell vertraut zu machen. Ab 2018 wird das System scharfgeschaltet.

DR. STEPHAN HOFMEISTER
stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg

Transparentes System

Die Wirkstoffvereinbarung definiert klare Zielquoten: Wer Generika, Leitsubstanzen und Rabatt-Arzneimittel bei der Verordnung bevorzugt, ist auf der sicheren Seite.

Im Wirkstoffmodell verantworten die Ärzte nicht mehr den Arzneimittel-Preis, sondern die von ihnen getroffene Wirkstoffauswahl. Im Fokus steht dabei der Anspruch an den einzelnen Arzt, einen bestimmten Mindest-Verordnungsanteil „wirtschaftlicher“ Wirkstoffe zu erreichen. Als „wirtschaftlich“ eingestuft wird die Verordnung von Generika, bestimmten Leitsubstanzen und Rabatt-Arzneimitteln.

Gemessen wird die Menge der verordneten Arzneimittel in DDD – also in der definierten, durchschnittlichen Tagesdosis für einen Wirkstoff (Defined Daily Dose). Die DDD dienen zur Bemessung der Menge; der DDD-Preis ist hierbei unbeachtlich.

Der Arzt wird quartalsweise darüber informiert, ob er auf gutem Wege ist, die angepeilten Quoten in den für ihn relevanten Wirkstoffgruppen zu erreichen (siehe Seite 15).

Das Wichtigste ist, dass der Arzt seine Patienten nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin versorgt. Die Quoten sind so berechnet, dass genug Spielraum bleibt, um sich

im Einzelfall gegen die empfohlenen Wirkstoffe zu entscheiden. Der Arzt kann patentgeschützte und teure Medikamente verordnen, wo das medizinisch nötig ist. Doch wenn er mehrere Möglichkeiten hat, das The-

rapieziel zu erreichen, soll er die wirtschaftlichste auswählen.

Die Wirkstoffvereinbarung deckt jene Indikationsbereiche ab, in denen es ökonomisch sinnvoll und fachlich vertretbar ist, die Verordnung →

Das Wichtigste in Kürze

In der neuen Systematik geht es nicht um Kosten, sondern um Mengen: Der Arzt soll einen bestimmten Mindestanteil empfohlener Wirkstoffe verordnen. Dieses Ziel erreicht er am einfachsten, wenn er zwei Grundregeln befolgt.

Generika

Generika verordnen!
(... und Substitution erlauben:
kein Aut-Idem-Kreuz!)

Leitsubstanzen

Leitsubstanzen verordnen!

Wer diese Grundregeln berücksichtigt, wird seinen Mindestanteil empfohlener Wirkstoffe erreichen – und kann sicher sein, nicht in die statistische Prüfung zu kommen.

zu „steuern“. In Hamburg wurden insgesamt 28 Wirkstoffgruppen gebildet, in denen ein bestimmter Verordnungsanteil empfohlener Wirkstoffe erreicht werden soll. In 23 dieser Arzneimittelgruppen geht es um den Generika-Anteil, in fünf Gruppen um den Anteil bestimmter Leitsubstanzen. Die Quoten wurden für definierte Arzt-Vergleichsgruppen festgelegt – auf Grundlage des bisherigen Verordnungsverhaltens einerseits und von fachlichen Zielsetzungen andererseits.

GENERIKA-QUOTEN

Für folgende 23 Wirkstoffgruppen wurden prozentuale Mindestquoten für den Generikaanteil festgelegt:

- Analgetika (ohne BTM-pflichtige Opioide)
- Antibiotika zur systemischen Anwendung
- Antidiabetika exkl. Insulin
- Antiepileptika
- Antimykotika zur systemischen Anwendung
- Antiparkinsonmittel
- Antiphlogistika/Antirheumatika
- BTM-pflichtige Opioide
- Corticosteroide zur systemischen Anwendung

- Endokrine Therapie
- Hormonelle Kontrazeptiva zur systemischen Anwendung
- Kombigruppe kardiovaskuläres System
- Lipidregulatoren
- Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen
- Mittel zur Behandlung von Knochenerkrankungen
- Ophthalmika
- Psychoanaleptika
- Psycholeptika
- Rhinologika mit Kortikosteroiden
- Renin-Angiotensin-wirksame Präparate
- Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems
- Thrombozytenaggregationshemmer
- Urologika

Der Arzt muss darauf achten, in diesen Wirkstoffgruppen einen bestimmten Generika-Mindestanteil zu erreichen (bezogen auf seine Gesamtverordnungsmenge in dieser Wirkstoffgruppe). Jede Arzt-Vergleichsgruppe erhält für diese Wirkstoffgruppen eigene Zielwerte.

Eine Übersicht mit den Wirkstoffgruppen und den Zielwerten für Ihre Arzt-Vergleichsgruppe finden Sie im Internet: www.kvhh.de → Verordnungen → Wirkstoffvereinbarung

LEITSUBSTANZ-QUOTEN

Für folgende fünf Arzneimittelgruppen wurden prozentuale Mindestwerte für bestimmte Leitsubstanzen festgelegt:

- Andere Antianämika (EPOs)
- Antikoagulantien
- GnRH-Analoga
- Koloniestimulierende Faktoren
- MS-Therapeutika

In diesen Wirkstoffgruppen muss der Arzt versuchen, eine bestimmte Leitsubstanz-Mindestquote zu erreichen – bezogen auf seine Gesamtverordnungsmenge in der jeweiligen Wirkstoffgruppe. Auch für diese fünf Wirkstoffgruppen bekommt jede Arzt-Vergleichsgruppe eigene Zielwerte vorgegeben.

Eine Liste mit den Wirkstoffen, die als Leitsubstanzen definiert wurden, ist im Internet hinterlegt. Dort finden Sie auch die Zielwerte für Ihre Arzt-Vergleichsgruppe: www.kvhh.de → Verordnungen → Wirkstoffvereinbarung

RABATTARZNEIMITTEL

Arzneimittel, für die Krankenkassen und Hersteller Rabattverträge abgeschlossen haben, gelten ebenfalls generell als „wirtschaftlich“. Zur Erhöhung der Generika- oder Leitsubstanz-Quote trägt also auch bei, wenn der Arzt rabattierte Originalpräparate verschreibt.

STATISTISCHE PRÜFUNG

Man hat in das System viele Kaskaden eingebaut, die durchlaufen werden müssen, bevor ein einzelner Arzt in die statistische Prüfung kommt. Erreicht die Hamburger Ärzteschaft das Gesamtziel, gibt es keine Prüfung. Verfehlt die Hamburger Ärzteschaft das Ziel, werden die Vergleichsgruppen betrachtet: Erreicht die Vergleichsgruppe ihr Ziel, werden deren Mitglieder nicht geprüft. Verfehlt die Vergleichsgruppe ihr Ziel, wird der Arzt betrachtet. Erreicht der Arzt sein Gesamtziel, wird er nicht geprüft. Verfehlt er sein Gesamtziel, muss er sich in jenen Bereichen rechtfertigen, in denen er das Ziel nicht erreicht hat.

Kollektives Ziel muss sein, die landesweiten Quoten einzuhalten, damit statistische Prüfungen erst gar nicht notwendig werden. Den bayrischen Ärzten ist dies bisher in jedem Jahr gelungen. ■

Beratungsangebot im nicht-gesteuerten Versorgungsbereich

Die Wirkstoffvereinbarung deckt nur jenen Teil der Arzneimittelversorgung ab, in dem sinnvoll anhand von Quoten gesteuert werden kann. Der von der Wirkstoffvereinbarung nicht erfasste Bereich ist in Hamburg von Bedeutung: Er macht mengenmäßig und kostenmäßig etwa die Hälfte aller Verordnungen aus. Für diesen Bereich hat die KV mit den Krankenkassen eine Ergänzungsvereinbarung geschlossen.

Darin ist Folgendes geregelt: Die Kassen stellen anhand einer statistischen Auswertung fest, welche Ärzte ein auffälliges Ordnungsverhalten zeigen. Maximal 20 kostenauffällige Ärzte werden der KV gemeldet. Diesen Ärzten bietet die KV eine Beratung durch Kollegen oder Apotheker an. Damit soll eine für den Arzt möglicherweise überraschende Einzelfall-Prüfung vermieden werden. Die Beratung ist freiwillig und zählt nicht als „Erstberatung“ vor einem Regress. Der Arzt kann sie nutzen, um sein Ordnungsverhalten zu diskutieren: „Bin ich sicher, mich in einer Prüfung fachlich rechtfertigen zu können? Gibt es Alternativen?“ Lehnt ein Arzt die Beratung ab oder setzt er das beanstandete Ordnungsverhalten fort, behält sich die Krankenkasse vor, einen Einzelfall-Prüfantrag zu stellen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die bisherige Regelung hinsichtlich der Arzneimittel-Praxisbesonderheiten (z.B. Onkologika, HIV-Präparate oder Insulinverordnungen) nicht mehr gilt, da sie Teil des alten Richtgrößenmodells war.

Alles im grünen Bereich?

Der Arzt bekommt vierteljährlich Trendmeldungen zugeschickt. So hat er seine Quoten stets im Blick – und kann bei Bedarf nachjustieren.

Einmal pro Quartal bekommt jeder Arzt, der in den von der Wirkstoffvereinbarung erfassten Bereichen verordnet, eine Trendmeldung zugeschickt. In der Trendmeldung sind nur jene Wirkstoffgruppen aufgelistet, die für den Arzt relevant sind. Der Arzt kann sofort sehen: Habe ich den vorgegebenen Mindestanteil empfohlener Wirkstoffe in der jeweiligen Wirkstoffgruppe erreicht? Der Zielwert und der tatsächlich erreichte Wert werden in Prozentzahlen angegeben, außerdem wird das Ergebnis durch einen farbigen Punkt nach dem Ampel-Prinzip visualisiert. Grün bedeutet: Ziel erreicht. Gelb bedeutet: Ziel knapp verfehlt. Und rot bedeutet: Ziel deutlich verfehlt.

ABBILDUNG 1: GENERIKA-QUOTE BEI ANALGETIKA

	Wirkstoffgruppe	ATC-Code	Zielwert %	Ihre verordneten DDDs	Ihr Wert %	Ergebnis
1	Analgetika (außer BTM-Rezept-pflichtige Opiode)	N02 (außer N02AA01, N02AA03, N02AA05, N02AA25, N02AB02, N02AB03, N02AC06, N02AE01, N02AX06)	92,24	7.497	92,15	
Von Ihnen verordnete (TOP)-Arzneimittel, die Sie überprüfen sollten				Ihre verordneten DDDs		
Voltaren plus				210		
Tramal				190		
Katadolon				84		
Migränerton				50		
Valoron N				35		

Ein fiktives Beispiel: Der Arzt, dessen Trendmeldung hier abgebildet ist, hat die vorgegebene Generika-Quote im Bereich der Analgetika knapp verfehlt (gelber Punkt). Der Zielwert beträgt 92,24 Prozent, der Arzt hat aber nur 92,15 Prozent erreicht. Im Kasten unter der Bilanz werden die Top-Arzneimittel aufgelistet, die einer Zielerreichung entgegenstehen. Der Arzt wird nun prüfen, welche der in der Liste aufgeführten Mittel er gegen

ein Generikum austauschen kann, ohne die Versorgung des Patienten zu verschlechtern. Die generisch verfügbaren Mittel sind in der Regel gleichwertig mit den Originalpräparaten, so dass es nur in Ausnahmefällen notwendig sein wird, weiterhin ein Original oder einen patentgeschützten Wirkstoff zu verordnen.

ABBILDUNG 2: GENERIKA-QUOTE BEI ANTIEPILEPTIKA

	Wirkstoffgruppe	ATC-Code	Zielwert %	Ihre verordneten DDDs	Ihr Wert %	Ergebnis																		
4	Antiepileptika	N03	66,81	4.782	79,58																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Von Ihnen verordnete (TOP)-Arzneimittel, die Sie überprüfen sollten</th> <th>Ihre verordneten DDDs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lyricea</td> <td></td> <td>482</td> </tr> <tr> <td>Mylepsinum</td> <td></td> <td>240</td> </tr> <tr> <td>Rivotril</td> <td></td> <td>125</td> </tr> <tr> <td>Ergenyl</td> <td></td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Zonegran</td> <td></td> <td>49</td> </tr> </tbody> </table>				Von Ihnen verordnete (TOP)-Arzneimittel, die Sie überprüfen sollten		Ihre verordneten DDDs	Lyricea		482	Mylepsinum		240	Rivotril		125	Ergenyl		80	Zonegran		49			
Von Ihnen verordnete (TOP)-Arzneimittel, die Sie überprüfen sollten		Ihre verordneten DDDs																						
Lyricea		482																						
Mylepsinum		240																						
Rivotril		125																						
Ergenyl		80																						
Zonegran		49																						

Im Bereich der Antiepileptika hat der Arzt den Zielwert erreicht (grüner Punkt). Dennoch sollte er die Liste der Top-Arzneimittel kritisch durchgehen und überprüfen, ob er den Generika-Anteil noch weiter

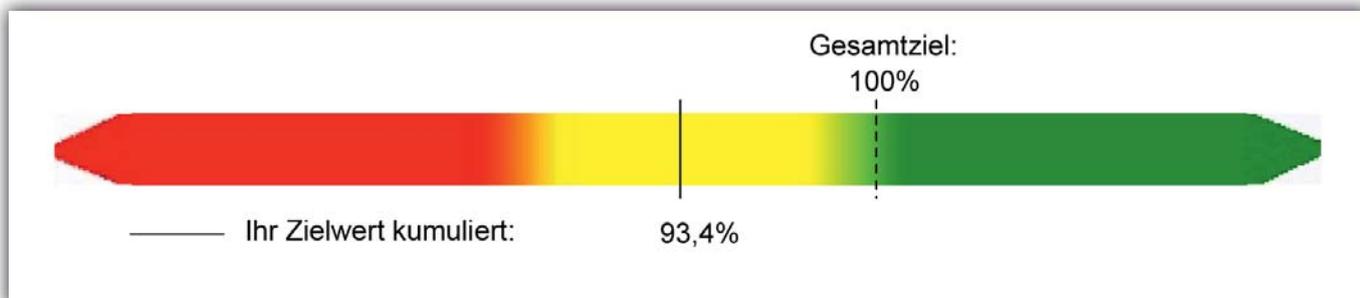
steigern kann. Da die Ergebnisse der Wirkstoffgruppen miteinander verrechnet werden, kann der Arzt einen Ausgleich für verfehlte Ziele in anderen Bereichen schaffen.

ABBILDUNG 3: LEITSUBSTANZ-QUOTE BEI ANTIKOAGULANTIEN

	Wirkstoffgruppe / ATC-Code	Leitsubstanz	Zielwert %	Ihre verordneten DDDs	Ihr Wert %	Ergebnis												
26	Antikoagulantien B01AA03, B01AA04, B01AE07, B01AF01, B01AF02	Phenprocoumon, Warfarin	74,03	9.566	57,36													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Von Ihnen verordnete (TOP)-Arzneimittel, die Sie überprüfen sollten</th> <th>Ihre verordneten DDDs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Xarelto</td> <td></td> <td>2.209</td> </tr> <tr> <td>Eliquis</td> <td></td> <td>1.130</td> </tr> <tr> <td>Pradaxa</td> <td></td> <td>740</td> </tr> </tbody> </table>				Von Ihnen verordnete (TOP)-Arzneimittel, die Sie überprüfen sollten		Ihre verordneten DDDs	Xarelto		2.209	Eliquis		1.130	Pradaxa		740			
Von Ihnen verordnete (TOP)-Arzneimittel, die Sie überprüfen sollten		Ihre verordneten DDDs																
Xarelto		2.209																
Eliquis		1.130																
Pradaxa		740																

Im Bereich der Antikoagulantien hat der Arzt seine Leitsubstanz-Mindestquote nicht erreicht (roter Punkt). Eine Analyse der Verordnungen ist zu empfehlen: Welche der Top-Arzneimittel kann der Arzt ohne medizini-

sche Nachteile für den Patienten durch Leitsubstanzen ersetzen? Die KV unterstützt den Arzt hierbei gerne durch eine Pharmakotherapieberatung. →

→ **ABBILDUNG 4: GESAMTERGEBNIS DES QUARTALS**

Am Ende der Trendmeldung findet man das Gesamtergebnis des Quartals. Ein Arzt, der seinen Zielwert in einigen Bereichen verfehlt hat, kann dieses Defizit ganz oder teilweise durch die Er-

gebnisse in anderen Bereichen ausgleichen. In unserem Beispiel hat der Arzt das Gesamtziel knapp verfehlt: Er hat nicht 100 Prozent, sondern nur einen Anteil von 93,4 Prozent erreicht.

Die Trendmeldung gibt dem Arzt ein Feedback für den laufenden Verordnungsprozess: Er weiß, wo er steht und auf was er achten muss – und kann gegebenenfalls nachjustieren.

Am Ende eines Jahres werden die Ergebnisse der vier Quartale untereinander ausgeglichen. Ergibt diese Saldierung ein „grünes“ Gesamtergebnis, kann der Arzt sicher sein, nicht in die Prüfung zu kommen – egal, ob seine Vergleichsgruppe

oder die Hamburger Ärzteschaft insgesamt die vorgegebenen Zielwerte erreicht hat oder nicht.

Für das Jahr 2017 wurde vereinbart, dass noch keine Prüfungen stattfinden. Die Ärzte bekommen die Gelegenheit, sich in dieser Zeit auf die Systematik einzustellen. Wir empfehlen dringend, sich möglichst schnell mit den neuen Anforderungen vertraut zu machen und diese in der Praxis umzusetzen. ■

Unterstützung und weitere Informationen

Der Vorstand der KV Hamburg ist sich bewusst, dass die Neuordnung eines wichtigen Bereichs wie der Arzneimittelprüfung in den Praxen viele Fragen aufwerfen wird.

Daher sind auf der Internetseite der KV alle wichtigen Informationen zusammengefasst:
www.kvhh.de → **Verordnungen**
→ **Wirkstoffvereinbarung**

Für Fragen und zur Vereinbarung von Beratungsterminen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Abteilung Praxisberatung.

Tel: 22 802-571/572

Fax: 22 802-420

E-Mail: praxisberatung@kvhh.de

Wer hat's erfunden? Die Bayern!

Versorgungsdaten belegen: Die Steuerung durch das Wirkstoffmodell ist für alle Beteiligten von Vorteil



JOHANN FISCHALECK

Teamleiter Arzneimittel im Referat Vertragspolitik und Arzneimittel der KV Bayerns

Die Richtgrößenprüfung hat sich aus mehrerlei Gründen überholt. Nicht nur die Spreizung bei den Preisen und die ärztliche Verantwortung für die Morbidität der Patienten waren für die Neuorientierung ausschlaggebend, sondern auch Probleme hinsichtlich der Verordnungstiefe und mit Verdünnerfällen, die in einer Richtgrößenprüfung überhaupt nicht abgebildet waren.

Die KV Bayerns hat deshalb die Richtgrößenprüfung bereits abgeschafft, als sie noch als Regelprüfung im Gesetz stand. Hierfür haben wir ein juristisches Hintertürchen im Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) genutzt. Wir entwickelten ein Modell, in dem die Steuerung des Ordnungsverhaltens im Vordergrund steht, nicht die Prüfung.

Wir hofften sogar, die Prüfung überflüssig zu machen. Das ist bisher tatsächlich gelungen. Seit Einführung des Wirkstoffmodells im Jahr 2014 ist kein bayerischer Arzt in die statistische Prüfung gekommen.

Doch funktioniert die beabsichtigte Steuerung? Die Auswertung der Daten zeigt, dass die Anteile empfohlener Wirkstoffe immer größer werden. Immer mehr Ärzte erreichen ihre Zielwerte oder übertreffen sie sogar.

Früher lag der Generika-Anteil in Bayern unter dem Bundesdurchschnitt. Nun sind wir an einigen anderen KVen vorbeigezogen und

liegen etwa ein Prozent über dem Bundesdurchschnitt.

Bei den Leitsubstanzen ist das Bild noch deutlicher, wobei Bayern in diesem Feld schon immer über dem Bundesdurchschnitt lag. Der Leitsubstanzanteil gegenüber dem Bundesdurchschnitt konnte nochmals um fünf Prozent gesteigert werden.

Die bayerischen Ärzte haben das Wirkstoffmodell von Anfang an unterstützt, weil es transparent ist und den Regressdruck von den Praxen fernhält.

Vor allem die Berufsverbände haben sich hier engagiert und dienen als Multiplikatoren, weil auch sie von dem neuen, transparenten System überzeugt waren.

Die Ärzte wissen nämlich exakt im Moment der Verordnung, wie sie steuern und sich aus der Prüfung heraushalten können. Sie müssen nicht mehr an der falschen Stelle sparen, sondern nur den richtigen Wirkstoff auswählen. Dies beseitigt Unterversorgung und hält die Therapiefreiheit aufrecht. ■ *Johann Fischaleck*

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

ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Ist es richtig, dass eine Kassenanfrage zum Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nach Muster 52 erst nach frühestens sechs Wochen gestellt werden darf?

Die Anfrage nach Muster 52 darf von der Krankenkasse frühestens nach insgesamt 21 Kalendertagen (also nach drei Wochen) Arbeitsunfähigkeit eines Erkrankungsfalls an die Praxis versendet werden.

Hierbei muss es sich nicht zwingend um eine durchgehende Arbeitsunfähigkeitszeit handeln. Eine Anfrage der Krankenkasse, die Sie vor dem Ablauf der 21 Tage erreicht, müssen Sie nicht beantworten.

POSTOPERATIVE LEISTUNGEN

Stimmt es, dass ein niedergelassener Arzt die postoperativen Leistungen nur abrechnen darf, wenn ein Überweisungsschein vom Operateur vorliegt?

Ja, das stimmt. Der Operateur ist bei einer ambulanten OP verpflichtet, dem Arzt, der die postoperativen Leistungen durchführt, einen Überweisungsschein auszustellen. Hierauf hat er mitzuteilen, an welchem Datum die OP stattgefunden hat und welche postoperativen Leistungen abzurechnen ist.

Sollten Sie die ambulante OP selbst durchgeführt haben, ist natürlich keine Überweisung erforderlich.

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

POSTOPERATIVE LEISTUNGEN

Für Patienten, die ich zu einer ambulanten OP überweise, habe ich bereits einen Fall im Praxisverwaltungssystem angelegt. Was mache ich, wenn ich vom Operateur dann zusätzlich einen Überweisungsschein für die postoperativen Leistungen erhalte? Muss ich diesen zusätzlich in meinem Praxisverwaltungssystem anlegen? Und kann ich dann ein zweites Mal die Versichertenpauschale abrechnen?

Sie müssen zusätzlich den Überweisungsschein anlegen. Da es sich um einen einzigen Behandlungsfall handelt, ist die Abrechnung einer zweiten Versichertenpauschale nicht möglich.



HAUTKREBSSCREENING

Wir sind eine dermatologische Praxis und haben von einem Hausarzt einen Patienten überwiesen bekommen, bei dem anhand des Hautkrebsscreenings eine auffällige Hautveränderung festgestellt wurde. Dürfen wir die EBM-Leistungen für ein nochmaliges Hautkrebsscreening abrechnen, obwohl der Hausarzt die Leistungen bereits abgerechnet hat?

Ja, wenn Sie das Hautkrebsscreening bei auffälligem Befund nochmals durchführen, dürfen Sie auch die GOP 01745 EBM abrechnen.

DMP-SCHULUNGEN

Kann ein Patient, der nicht im DMP Diabetes Typ 2 eingeschrieben ist, trotzdem an den Schulungen teilnehmen?

Ja. Die Entscheidung, am Disease-Management-Programm (DMP) teilzunehmen, obliegt dem Patienten. Wenn ein Patient nicht in ein zutreffendes DMP eingeschrieben werden möchte, kann er trotzdem an den Schulungen teilnehmen. In diesen Fällen muss der Patient sich von der Krankenkasse eine Kostenübernahmebestätigung geben lassen und diese der Praxis, welche die Schulung durchführt, vorlegen. Eine Abrechnung der Schulungsleistungen über die KV Hamburg ist dann allerdings nicht möglich.

UNTERSUCHUNG DER WÖCHNERIN

In welchen zeitlichen Abständen ist es möglich, die GOP 01815 EBM (Untersuchung und Beratung der Wöchnerin) abzurechnen?

Laut Mutterschafts-Richtlinie findet eine Untersuchung (inkl. Bestimmung des Hämoglobin) innerhalb einer Woche nach der Entbindung statt. Eine zweite Untersuchung sollte etwa sechs Wochen, spätestens acht Wochen nach der Entbindung durchgeführt werden. Diese zweite Untersuchung umfasst: die Allgemeinuntersuchung (falls erforderlich einschließlich Hb-Bestimmung), die Feststellung des gynäkologischen Befundes, Blutdruckmessung, Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß, Zucker und Sediment, ggf. bakteriologische Untersuchungen (z. B. bei auffälliger Anamnese, Blutdruckerhöhung, Sedimentbefund) sowie eine Beratung der Mutter.

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



Formulare: Todesbescheinigungen nur beim Paul Albrechts Verlag erhältlich

Todesbescheinigungen sind ausschließlich beim Paul Albrechts Verlag erhältlich. Bis Ende 2015 konnte man Todesbescheinigungen über das Bezirksamt Wandsbek beziehen. Das ist jetzt nicht mehr möglich.

Einen Bestellschein des Paul Albrechts Verlags erhält die Praxis bei jeder Lieferung zusammen mit den bestellten Formularen. Alternativ findet man den Bestellschein auch auf der Homepage der KV Hamburg: www.kvhh.de → Formulare & Infomaterial → PAV-Formulare ■

Ansprechpartner bei Fragen zu Bestellung und Versand:
Paul Albrechts Verlag,
Tel: 04154 /799-123

Krebsregister: Melderportal ist funktionsfähig

Das Melderportal des Hamburgischen Krebsregisters steht seit November 2016 unter dem Link <http://hkr-melderportal.hamburg.de> zur Verfügung. Mit Hilfe des Melderportals können Hamburger Ärzte sowohl Einzelmeldungen übertragen als auch ganze Meldungspakete im bundeseinheitlichen ADT/GEKID-XML-Format aus dem jeweiligen Praxis-Softwaresystem an das Krebsregister senden. Für die Freischaltung und Registrierung sowie für alle Fragen rund um das Melderportal stehen Ihnen die Mitarbeiter des Krebsregisters zur Verfügung. ■

Ansprechpartner:
Krebsregister, Melderportal-Beratung
Tel: 428 37 2674
E-Mail: hkr-melderportal@hamburg.de
Weitere Informationen und die Kurzanleitung finden Sie auf der Internetseite:
<http://www.hamburg.de/krebsregister>

Klarstellung: Kein Bezug von tetravalentem Grippeimpfstoff (z.B. Influvac Tetra®) zu Lasten der Kassen

Die Hamburger Kassen lehnen es ab, die Kosten der Impfung mit tetravalentem Grippeimpfstoff (z.B. Influvac Tetra®) zu übernehmen – auch für besonders erkrankte Patienten wie beispielsweise Tumorpatienten. (Einzige Ausnahme ist die Impfung mit Fluenz Tetra® für zwei- bis sechsjährige „Indikations“-Kinder. Eine Änderung der Leistungspflicht steht aber in Kürze bevor – siehe Beschluss des Bundesausschusses unter: www.g-ba.de)

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

Wir empfehlen, die Impfung mit tetravalentem Impfstoff grundsätzlich als Privatleistung abzurechnen. Diese Empfehlung gilt für „Wunschleistungen“ der Patienten, aber auch für den Fall, dass ärztlicherseits eine Indikation zur Bevorzugung des tetravalenten Impfstoffs im Einzelfall gesehen wird. Den Patienten bleibt unbenommen, bei ihrer Kasse eine Kostenerstattung zu beantragen oder zu erstreiten. ■



Seminar: Hygiene in der Arztpraxis

In den meisten Praxen muss ein Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellt werden. Was dessen Aufgaben sind, wird in einem QEP-Seminar der KV Hamburg vermittelt. Die Teilnehmer erhalten einen Überblick über alle wichtigen Aspekte, die im Hygienemanagement der Praxis eine Rolle spielen. Sie erfahren außerdem, wie man sich auf eine Praxisbegehung durch die Behörden vorbereitet. Das Seminar richtet sich an Praxisinhaber und -mitarbeiter. ■

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termin: **Mi. 15.2.2017 (9:30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: KV Hamburg

Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Seminar: Patientenrechte im Alltag

Das Seminar zeigt auf, wie die Anforderungen aus dem Patientenrechtegesetz in die Praxisabläufe und in das Qualitätsmanagement integriert werden können. Wichtige Aspekte hierbei sind die Informationspflicht des Arztes, die Dokumentation der Behandlung und die Einsicht in die Patientenakte. Außerdem erhält man praktische Tipps für einen sinnvollen Umgang mit Einwilligungen und Einverständniserklärungen und zur Gestaltung geeigneter Arbeitsanweisungen. Das Seminar richtet sich an Ärzte und Psychotherapeuten sowie an alle Mitarbeiter mit Führungsverantwortung. ■

10 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termin: **Mittwoch, 22.2.2017 (9:30 - 17 Uhr)**

Teilnahmegebühr:

€ 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: KV Hamburg

Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

Seminar: Tatort Praxis

Von verbalen Attacken über Aggressionen bis zur Gewalt – Ärzte und Praxismitarbeiter gehören zu den gefährdeten Berufsgruppen. Psychische Belastungen werden nur selten aufgearbeitet, prophylaktische Maßnahmen zur Konfliktprävention bisher zu wenig ergriffen. Das Seminar vermittelt Grundlagenwissen: Was könnte passieren? Welche vorbeugenden Maßnahmen sollte man in der Praxis ergreifen? Wie sollte man im Aggressionsmoment reagieren, um zu deeskalieren? ■

5 FORTBILDUNGSPUNKTE

Termin: **Mi. 15.3.2017**

(14 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 85 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: KV Hamburg

Heidenkampsweg 99

20097 Hamburg

Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Qualitätsmanagement:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

»Big data« in aller Munde

Warum die Auswertung riesiger Datenmengen künftig eine größere Rolle spielen könnte – aber nicht geeignet ist, klinische Studien zu ersetzen.

**VON GABRIELE MEYER IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
(DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)**

D

Durch die Mess- und Speichermöglichkeiten entstehen auch in der Medizin und Gesundheitsversorgung große Datenmengen. „Big data“ sind zu groß, zu komplex oder ändern sich in zu großer Geschwindigkeit, um mit den üblichen Methoden der Datenanalyse ausgewertet werden zu können. Von „Big data“ wird gesprochen, wenn Datenmengen im Terabyte-Bereich (1 Terabyte = 1024 Gigabyte) untersucht werden (1). „Big data“ können auch unstrukturiert, heterogen und unvollständig sein (2). Solch große Mengen an heterogenen Daten werden von Krankenkassen über die Versicherten erhoben und im stationären Bereich durch Untersuchungen wie Röntgen, CT, MRT oder Blutuntersuchungen erzeugt und in elektronischen Akten der Krankenhausinformationssysteme mit ärztlichen Berichten und Behandlungsverläufen archiviert. Prominent geworden ist das Projekt „Google Flu Trends“ (3) zur Vorhersage der Influenzaaktivität auf Regionalebene durch Bestimmung der Häufigkeit von Anfragen in der Suchmaschine Google. Üblicherweise liegen solchen Vorhersagen aufwändige

Datenerhebungen zugrunde, zum Beispiel durch die US Centers for Disease Control and Prevention (1). Das Google-Projekt galt als Vorzeigebeispiel für „Big data“. Spätere Untersuchungen haben allerdings gezeigt (4), dass es deutliche Abweichungen zwischen Vorhersage und Influenzageschehen gab. Verantwortlich sind vermutlich Modifikationen des Suchmaschinenalgorithmus zur Optimierung der primären geschäftlichen Nutzung, die dann die Influenzavorhersage als Sekundärnutzung in Mitleidenschaft gezogen hat (1).

Ist die „Data-based Medicine“ das Ende der Evidenzbasierten Medizin (EbM), wie manche Apologeten meinen? Was können „Big data“ zum wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn in der Medizin und Gesundheitsversorgung beitragen?

Grundsätzlich repräsentieren EbM und „Big data“ zwei vollkommen unterschiedliche Ansätze der Informationsgewinnung. Im Verständnis von EbM haben Daten einen hohen Wert, wenn ihre Erhebung einem vorab festgelegten methodischen Studienprotokoll folgt, eine Hypothese zum Gegenstand des Untersuchungsziels prädefiniert wurde, qualitativ abgesicherte Studienmethoden benutzt wurden, das heißt eine sorgfältige Fallzahlplanung getätigt wurde, geeignete Maßnahmen der Vermeidung methodischer Verzerrungen (Bias) ergriffen wurden (bei Interventionsstudien sind dies insbesondere: externe, randomisierte Zuteilung zu den Studiengruppen, Verblindung der Intervention und/oder der Erhebung der Erfolgsparameter, Analyse nach Intention-to-treat-Prinzip), angemessene biostatistische Methoden zur Überprüfung der Hypothese gewählt wurden, die klinische Relevanz

und Übertragbarkeit (externe Validität) sorgsam erwogen wurde.

„Big data“ entspringt der Tradition der Datenverarbeitung und ist datengetrieben anstatt hypothesengesteuert. „Big data“-Methoden arbeiten sich an rohen Beobachtungen ab und berücksichtigen kein kontextuelles Wissen in der Datengenerierung. Mit Algorithmen können Muster in den analysierten „Big data“ identifiziert werden und Zusammenhänge zwischen Merkmalen dargestellt werden. Ähnlich wie beim Zusammenhang zwischen Storchenflug und der Geburtenhäufigkeit (5) kann es sich jedoch um die Koexistenz von nicht voneinander abhängigen Merkmalen handeln - statt um einen echten Zusammenhang.

EbM hingegen schreibt der Kontrolle von Störgrößen und methodisch bedingten Verzerrungen im Bemühen um die bestmögliche interne Validität höchste Priorität zu. Das Ziel von klinischen Studien zum Nachweis von Wirksamkeit und Sicherheit von Interventionen ist es, Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu belegen, die reproduzierbar sind.

„Big data“-Ansätze sind selten protokollgestützt und folgen dem Diktum: „Mehr Daten sind besser als bessere Daten“ (6). „Big data“ teilen nicht das Problem klinischer Studien, eine angemessene Fallzahl zu generieren, denn es gibt keine Datenknappheit. Statistische

Signifikanz ist nicht das Problem von „Big data“, denn die großen Datenmengen führen mit Leichtigkeit zu statistisch signifikanten Ergebnissen zwischen identifizierten Zusammenhängen (7).

Zwar sind „Big data“ nicht geeignet, sorgfältig geplante klinische Studien und Beobachtungsstudien abzulösen, doch haben „Big data“ möglicherweise in Zukunft einen wichtigeren Stellenwert in der wissenschaftlichen Medizin. So zum Beispiel bei der Generierung von Computeralgorithmen zur Vorhersage kritischer Ereignisse wie einer Sepsis (8). Selbstverständlich müssen solche Verfahren zur Vorhersage auch einer Validierung unterzogen werden, mit dem üblichen Standardverfahren verglichen werden und vor allem im Hinblick auf patientenrelevante Ergebnisparameter untersucht werden. Für die Nutzer von wissenschaftlicher Literatur sind EbM-Kompetenzen unerlässlich, um Ergebnisse aus den „Big data“-Studien auf ihre Aussagekraft und Gültigkeit hin hinterfragen zu können. ■

Prof. Dr. Gabriele Meyer

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Medizinische Fakultät

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

E-Mail: Gabriele.Meyer@medizin.uni-halle.de

(1) Binder H, Blettner M. Big data in medical science - a biostatistical view. Part 21 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 137-142

(2) Zukunftsrat der Bayerischen Wirtschaft. Zukunft digital – Big Data Analyse und Handlungsempfehlungen. Stand Juli 2016. <http://www.vbw-zukunftsrat.de>, Zugriff am 18.12.2016

(3) Ginsberg J, Mohebbi MH, Patel RS, Brammer L, Smolinski MS, Brilliant L. Detecting influenza epidemics using search engine query data. Nature 2009; 457: 1012-1014

(4) Lazer D, Kennedy R, King G, Vespignani A. The parable of google flu: Traps in big data analysis. Science 2014; 343: 1203-1205

(5) Höfer T, Przyrembel H, Verleger S. New evidence for the theory of the stork. Paediatr Perinat Epidemiol 2004; 18: 88-92

(6) Sim I. Two Ways of Knowing: Big Data and Evidence-Based Medicine. Ann Intern Med 2016; 164: 562-563

(7) Antes G: Big data und personalisierte Medizin. Goldene Zukunft oder leere Versprechungen? Es erscheint überfällig, die Versprechungen für die Zukunft auf den Prüfstand der Qualitätsdiskussion (Good Scientific Practice) zu stellen. Dtsch Arztebl 2016; 113: A-712-713

(8) Lindner HA, Balaban Ü, Sturm T, Weiß C, Thiel M, Schneider-Lindner V. An algorithm for systemic inflammatory response syndrome criteria-based prediction of sepsis in a polytrauma cohort. Critical Care Medicine 2016; 44: 2199-2207





Leserbrief

zu: KVH-Journal Nr. 1/2017, S.30 "Stolz auf die ärztliche Identität"

Junge Kollegen wünschen sich Verlässlichkeit

Die von Prof. Siebolds angesprochenen Veränderungen sind längst Realität, und (auch) die Welt der niedergelassenen Medizin ist davon betroffen. Doch zunächst ein Blick zurück: 1987 haben wir mit neun Assistenten und zwei Oberärzten eine 250-Betten-Frauenklinik mit knapp 2.000 Geburten versorgt. Dies gelang nur, weil wir mindestens jeden dritten Tag (Nacht-)Dienst hatten, und keiner auf die Idee kam, nach einem solchen Dienst nach Hause zu gehen – bevor nicht die Station versorgt, Visiten absolviert, Aufnahmen angesehen, Abschlussuntersuchungen durchgeführt und eventuelle Gespräche mit Angehörigen geführt waren. Heute schon aus arbeitsrechtlichen Gründen ein Unding! Darüber hinaus waren wir mehr oder weniger Alleinverdiener, hatten eine Familie zu versorgen, ein Haus abzubezahlen

oder ähnliches. Arbeit durch Freizeit auszugleichen, kam uns gar nicht in den Sinn. Das ist heute anders. Freizeit – nicht im Sinne von Nichtstun, sondern, um sich anderen Dingen, wie zum Beispiel der Familie, zu widmen – wird immer wichtiger. Hinzu kommt, dass in der Regel mehrere Verdiener die Familie versorgen. Und wie sieht die (Einzel-)Praxis aus? Zwölf-Stunden-Tage sind an der Tagesordnung. Fortbildungen finden am Wochenende statt. Verwaltungsaufgaben wie Statistik, DMP-Meldungen, Privatabrechnungen etc. werden in den Abendstunden oder am Wochenende erledigt. Für Kranksein ist da wenig Platz, auch Urlaube müssen wohlüberlegt sein. Nicht zuletzt deshalb werden abzugebende KV-Sitze gesplittet, um zu zweit oder zu dritt planen und beispielsweise die plötzliche Erkrankung eines Kindes durch Vertretung auffangen zu können. Schließlich auch die mehr oder weniger unsichere Einkommenssituation:

Auch nach 23 Jahren in der Niederlassung kommt die Quartalsabrechnung einer Wundertüte gleich! Trotz stabiler Patientenzahlen schwankt das Honorar gerne mal um ein paar Tausend Euro. Wem will man es also verdenken, wenn zunehmend "Medizinkonzerne" in die niedergelassene Medizin drängen? Den Patienten und den Kassen ist es egal! Patienten wollen versorgt werden, die Kassen gute Medizin möglichst zum Discounterpreis. Unsere jungen Kolleginnen und Kollegen wünschen sich: verlässliche Arbeits- und Urlaubszeiten, Absicherung im Krankheitsfall und ein geregelter Monatseinkommen. Den KVen kommt dabei die Aufgabe zu, dies sicherzustellen! Auch das nicht ganz uneigennützig, denn Konzerne werden mit den Gesundheitsanbietern direkt verhandeln und machen so die KVen überflüssig.

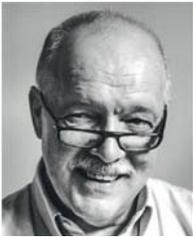
Dr. Thomas Gent, Frauenarzt in
Volksdorf - seit 1993 niedergelassen

wir
regulieren
ihren

[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

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



Etappensieg

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

Eine Meldung über Großzügigkeit, Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe eines Großkonzerns der Pharmaindustrie lässt aufhorchen: Der US-amerikanische Konzern Pfizer stellte der Hilfsorganisation ‚Ärzte ohne Grenzen‘ vor kurzem eine Million Impfdosen gegen die von Pneumokokken verursachte Lungenentzündung kostenlos zur Verfügung.

Die Pneumokokken-Pneumonie verursacht eine Million Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren weltweit, mehr als jede andere Infektionskrankheit. Aber nur 37 Prozent aller Kinder weltweit sind geimpft, denn der Impfstoff, den außer Pfizer auch Glaxo Smith Kline herstellt, ist sehr teuer. Nur ein Drittel aller Länder dieser Welt können ihn sich leisten.

Nun ist der Konzern Pfizer bislang nicht gerade bekannt gewesen für große Gesten gegenüber Kindern in Entwicklungsländern. Pfizer musste sich vor sechs Jahren vor einem US-Gericht wegen Medikamententests verantworten, die zuvor an 200 Kindern in der Provinz Kano in Nigeria durchgeführt worden waren. Der Konzern hatte sein Zelt dort direkt neben dem von ‚Ärzte ohne Grenzen‘ aufgebaut. Die Eltern konnten den humanitären Einsatz nicht von dem Medikamententest mit dem bis dato unerprobten Antibiotikum Trovan unterscheiden. Elf Kinder

seien daran gestorben, viele lebenslang behindert. Und gerade ist Pfizer wegen Wettbewerbsverstößen zur Zahlung von knapp 100 Millionen Euro verurteilt worden, weil man in Großbritannien „überhöhte und ungerechte“ Preise verlangt hatte.

Zurück zu dem Geschenk von einer Million Pneumokokken-Impfungen: Auf diese großartige Spende folgte eine ebenso großartige Reaktion von ‚Ärzte ohne Grenzen‘, über die man überall zunächst sprachlos war. Die Hilfsorganisation wies die Spende nämlich zurück und erklärte, dass der Pneumokokken-Impfstoff Prevnar völlig überteuert verkauft würde, so dass eine Impfung bei Kindern in Entwicklungsländern unmöglich sei. ‚Ärzte ohne Grenzen‘ forderte Pfizer auf, statt solch willkürlicher Barmherzigkeitsanfänge endlich den Preis des Impfstoffes auf höchstens fünf Euro für die vier erforderlichen Impfdosen zu senken. Der New Yorker Konzern war empört über diese Zurückweisung! Doch bei der Hilfsorganisation blieb man unbeirrt: Man werde keine noch so hohe, aber eben doch begrenzte Zahl von gespendeten Impfungen annehmen, um mit diesem kurzfristigen Nutzen die notwendige Verbesserung für alle zu verhindern. Pfizer hatte 2015 mit diesem Impfstoff immerhin einen Umsatz von über sechs Milliarden US-Dollar erwirtschaftet, was etwa

einem Siebtel des Gesamtumsatzes entsprach.

2001 hatte die vollständige Impfung eines Kindes in den Entwicklungsländern laut ‚Ärzte ohne Grenzen‘ noch weniger als einen Dollar gekostet, 2014 dagegen über 45 Dollar, und die Hälfte davon wird allein für die Pneumokokken-Impfung verbraucht. Pfizer hat diesen Impfstoff mit einem Schutzwall von Patenten umgeben und damit alle Prozesse gegen preiswertere Nachahmerpräparate gewonnen.

Mit einer nur scheinbar guten Nachricht hat diese Kolumne begonnen, mit einer wirklich guten Nachricht endet sie jetzt: Nachdem 2015 in Genf bei der UN-Weltgesundheitsversammlung 193 Länder eine Resolution für transparente und bezahlbare Impfstoffpreise verabschiedet hatten, nachdem ‚Ärzte ohne Grenzen‘ bis April 2016 über 400.000 Unterschriften in der Kampagne „A Fair Shot - Bezahlbarer Impfstoff für jedes Kind“ gesammelt und an Glaxo und Pfizer übergeben hatte, nachdem Glaxo Smith Kline dann eine deutliche Impfstoff-Preissenkung ankündigte, hat Pfizer vor einem Monat endlich nachgezogen und ebenfalls eine massive Preissenkung für humanitäre Organisationen vorgenommen. Ein kleiner Schritt in die richtige Richtung, ein großer Schritt für Kinder in Entwicklungsländern!

chirurg@hontschik.de, www.medicinHuman.de

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



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Peter René Bock-Lamberlin**, Mitglied der neuen Vertreterversammlung

Name: **Dr. Peter René Bock-Lamberlin**

Familienstand: **glücklichst verheiratet, 4 Kinder**

Fachrichtung: **Orthopädie und Unfallchirurgie**

Weitere Ämter: **Berufsverbandsvorsitzender der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie BVOU Hamburg, Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Hamburger Orthopäden e. V., Mitglied BFA Fachärzte, Facharztprüfer**

Hobbys: **Familie, Golf, Lesen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ich habe die richtige Berufswahl getroffen, liebe meinen Beruf, der mir immer wieder viel Freude und Genugtuung bereitet.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Es ist immer besser, selbst zu verwalten, als fremdverwaltet zu werden.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Ärztliche Geschlossenheit zur Durchsetzung einer patienten- und ärztfreundlichen Gesundheitspolitik, Stärkung der Freiberuflichkeit, stärkere Einbindung der Politik.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? In der mangelnden finanziellen Ausstattung der ambulanten Medizin und der mangelnden Wertschätzung unserer Arbeit. Außerdem in der zu geringen Mitarbeit der jüngeren Kollegen in der Selbstverwaltung.

Welchen Traum möchten Sie gerne einmal verwirklichen? Ich finde mein jetziges Leben so spannend und erfüllend, dass ich gar keine Wunschträume habe, die ich verwirklichen möchte. ■



TERMINKALENDER

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 2.2.2017 (Konstituierende Sitzung der neuen VV - ab 18 Uhr)/ weiterer Termin: Do, 6.4.2017 (ab 19.30 Uhr)
KV Hamburg (Casino, 1. Stock), Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Hygiene in der Arztpraxis Für Ärzte und Praxispersonal. Themen sind: Aufgaben einer Hygienebeauftragten, Erstellung von Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungsplänen; Gesetzeslage; Begehung durch Behörden 10 FORTBILDUNGSPUNKTE	Patientenrechte im Alltag Für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal: Das Seminar zeigt, welche Anforderungen sich aus dem Patientenrechtegesetz ergeben: Informationspflicht, Dokumentation, Einsicht in Patientenakte 10 FORTBILDUNGSPUNKTE	Tatort Praxis Für Ärzte und Praxispersonal: Das Seminar vermittelt Strategien zum Konfliktmanagement: Vorbeugende Maßnahmen, Deeskalation im Aggressionsmoment. 5 FORTBILDUNGSPUNKTE
Mi. 15.2.2017 (9.30-17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss	Mi. 22.2.2017 (9.30-17 Uhr) € 149 inkl. Getränke und Imbiss	Mi. 15.3.2017 (14 – 18 Uhr) € 85 inkl. Getränke und Imbiss
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633 / Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889		

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ-SEMINARE

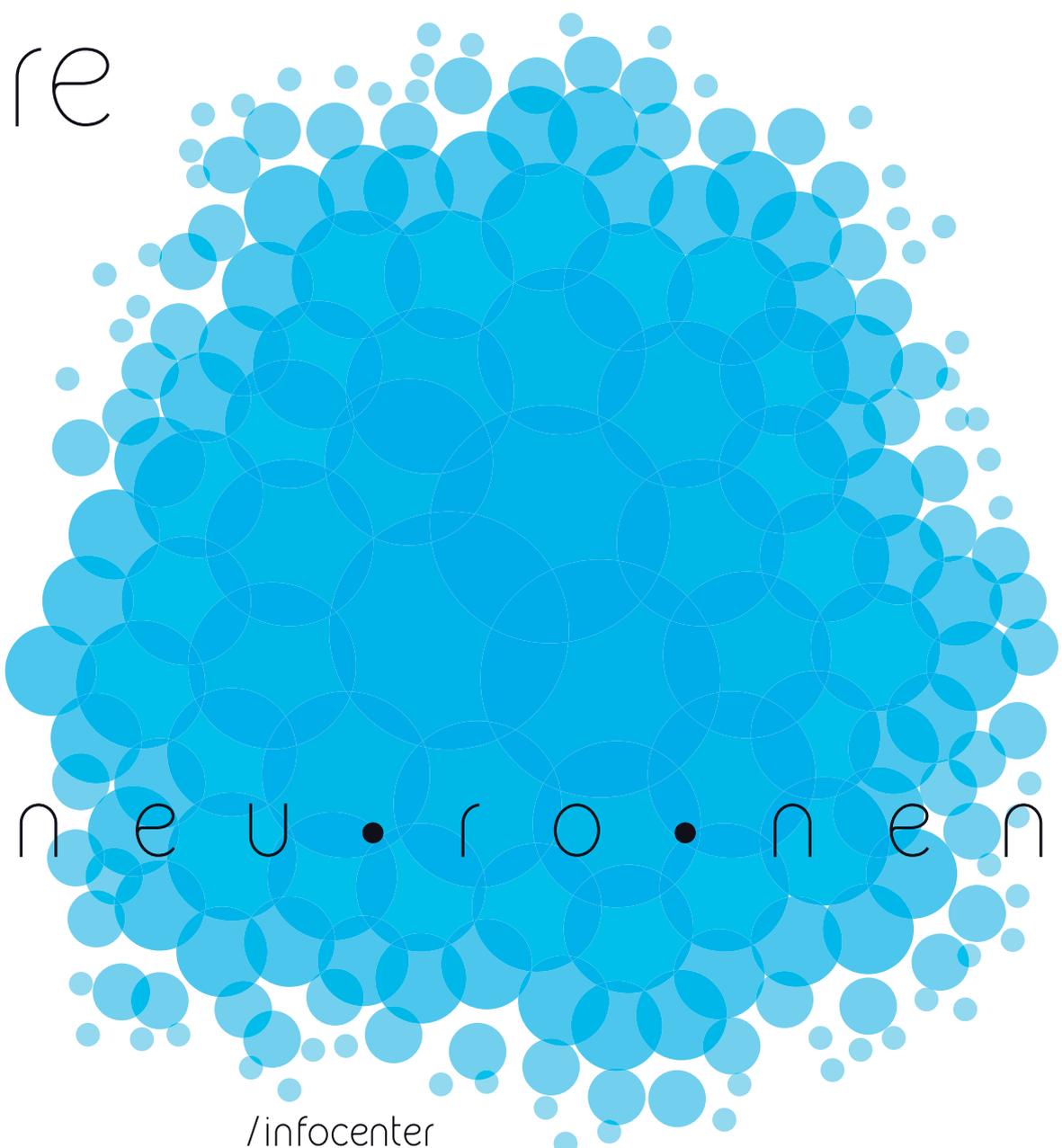
Grundschulung für Unternehmer Für Praxisinhaber, die die Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ihrer Mitarbeiter selbst in die Hand nehmen wollen BGW-zertifiziertes Seminar 8 FORTBILDUNGSPUNKTE	Gefährdungsbeurteilung Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften
Mi. 8.2.2017 (15-20 Uhr), weitere Termine: 10.2.2017, 1.3.2017, 5.4.2017, 10.5.2017, 12.5.2017; € 226	Mi. 22.2.2017 (15-18 Uhr), weitere Termine: 26.4.2017; € 60
Ort: KV Hamburg, Heidenkampsweg 99 / Anmeldung bei: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Betriebsarztpraxis Dr. Gerd Bandomer, Tel: 278063-47, Fax: 278063-48, E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de	

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

DMP Patientenschulungen Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen	Sprechstundenbedarf Für Praxispersonal – Vertiefung der Kenntnisse zum Umgang mit der Sprechstundenbedarfsvereinbarung, Vermeidung von Regressen
Termine: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → Stichwort → Zi-DMP	Mi. 15.2.2017 (15-17 Uhr); € 25
Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122 b, Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300, E-Mail: akademie@aekhh.de , Online-Anmeldung: www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html	

ABGABE DER ABRECHNUNG FÜR DAS 1. QUARTAL 2017 VOM 1. BIS 18. APRIL 2017

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

das infocenter gibt auskunft zu allem, was die kvh für sie tun kann, und schafft bei komplexen anliegen zügig verbindungen zu beratenden ärzten, apothekern und fachabteilungen. fragen sie uns einfach!