

KVH journal

»ZEITBOMBE DIABETES«

Werden die Gefahren dramatisiert?



REGRESSFORDERUNGEN

Diabetes-Schwerpunktpraxen unter Druck

EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Wer braucht wirklich L-Thyroxin?

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die für das gesamte Team relevant sind. Bitte ermöglichen Sie auch den nichtärztlichen Praxismitarbeitern Einblick in dieses Heft.

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,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 1/2018 (Januar 2018)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Auf eines müssen wir uns einstellen: Ab Juli 2018 können die Hamburger Praxen nur noch über KV-SafeNet oder den Konnektor zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) abrechnen. Mit der Hardware für die TI-Infrastruktur ist es allerdings so eine Sache: Bisher ist nur ein einziger TI-Konnektor auf dem Markt. Der Anbieter, die CompuGroup Medical (CGM), rät den Praxen, parallel zum TI-Konnektor auch einen KV-SafeNet-Router zu betreiben – um „eine bessere Nutzung der vorhandenen Bandbreite zu gewährleisten“. Ob man also darauf setzen sollte, seine Abrechnung ab Juli 2018 allein über den TI-Konnektor abwickeln zu können, ist fraglich.

Die KV hat deshalb zwei Empfehlungen. Erstens: Besorgen Sie sich einen KV-SafeNet-Router. Das sollte auf Ihrer To-Do-Liste Anfang des Jahres 2018 weit oben stehen. Es ist sinnvoll, sich rasch um diese Angelegenheit zu kümmern, denn es wird nicht möglich sein, 3.000 Hamburger Praxen kurz vor Ablauf der Frist im Juli 2018 anzuschließen.

Zweitens: Wenn das erledigt ist, sollten Sie die nächste Frist ins Visier nehmen: Ab Januar 2019 müssen Sie den Versichertenstammdatenabgleich über die TI abwickeln – andernfalls droht Ihnen ein Honorarabzug.

Das alles ist mühselig und aufwändig. Doch es ist ein Modernisierungsschub. Und wir alle wissen: Die Digitalisierung birgt auch Chancen. Um diese Chancen nutzen zu können, dürfen die Ärzte und Psychologen allerdings ihren Einfluss auf den Digitalisierungsprozess nicht aus der Hand geben.

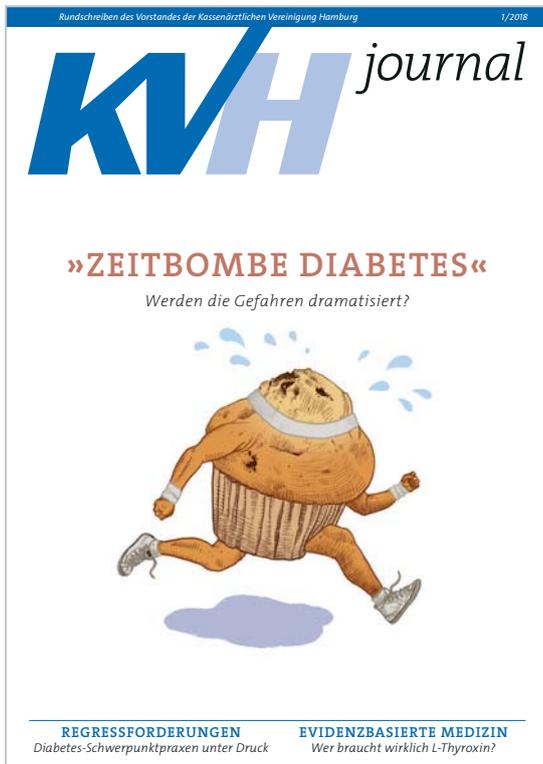
Was das neue Jahr in gesundheitspolitischer Sicht bringen wird, ist noch nicht verlässlich abzusehen – auf jeden Fall gilt aber, die Kräfte der Selbstverwaltung zu bündeln, um die notwendigen fachlichen Kompetenzen politisch zielführend einzubringen. Zunächst aber wünsche ich Ihnen eine ruhige und erholsame Weihnachtszeit. Genießen Sie die Festtage!

Ihre Caroline Roos,
stellvertretende Vorsitzende 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: Wird die Diabetes-Gefahr übertrieben?
- 08_ Typ-2-Diabetes: "Wir wollen unsere Patienten nicht krankreden"
- 14_ Regressforderungen: Diabetes-Schwerpunktpraxen unter Druck

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 16_ Fragen und Antworten
Genehmigungen können nicht rückwirkend erteilt werden
- 17_ Abgabe der Abrechnung
ab 1. Juli 2018
- 18_ Konkretisierte Sachkostenregelung

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.



QUALITÄT

- 19_** Vergütung für Screening auf
Bauchaortenaneurysmen
Ärztliche Stelle mit neuem
Gebührenverzeichnis
- 20_** Qualitätsmanagement: Ausbildungs-
kurs zur Qualitäts- und Praxismanagerin

SELBSTVERWALTUNG

- 26_** Versammlung des Kreises 20
- 28_** Für Sie in der Vertreterversammlung:
Steckbrief Dr. Hans-Jürgen Juhl

FORUM

- 29_** Race across America: Drei deutsche
Ärzte fahren das härteste Radrennen
der Welt

RUBRIKEN

- 02_** Impressum
03_ Editorial

NETZWERK EVIDENZ- BASIERTE MEDIZIN

- 22_** Wer braucht wirklich
L-Thyroxin?

KOLUMNE

- 25_** Hontschiks „Diagnose“

TERMINKALENER

- 30_** Termine und geplante
Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
Seite 3: Mauricio Bustamante; Seite 7:
Michael Zapf; Seite 8 und 9: maogg/iStock;
Seite 17: Felix Faller/Alinea; Seite 20:
Coldwaterman/fotolia; Seite 21: MintVision,
Felix Faller/Alinea, Celiafoto/AdobeStock;
Seite 25: Barbara Klemm; Seite 26: Melanie
Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia;
Seite 28: Michael Zapf; Seite 29: German Docs;
Seite 30: Michael Zapf; Icons: iStockfoto

Wird die Diabetes-Gefahr übertrieben?



Prof. Dr. Bernd Richter

Institut für Allgemeinmedizin der
Universitätsklinik Düsseldorf,
Leiter der Cochrane Metabolic and
Endocrine Disorders Group

Sinkende Grenzwerte

Die Frage, ob die Gefahr durch Diabetes übertrieben wird, zieht ja eine ganze Reihe von Auseinandersetzungen nach sich. Einmal kann man dies – flach haltend – auf gesundheitspolitischer Ebene analysieren und ziemlich sicher sagen, dass der Begriff des "Prädiabetes", der nur einen bestimmten Ausschnitt auf dem Glukosespektrum von Normoglykämie bis zum Typ 2 Diabetes mellitus widerspiegelt, sicherlich fragwürdig ist. **Dies ist schon daran zu erkennen, dass "Grenzbereiche", die ja in den letzten Jahren zum Beispiel durch die American Diabetes Association (ADA) nach unten verschoben wurden, mit einem Schlag Millionen Nicht-Erkrankter zu Erkrankten machen, wobei die jeweiligen Schwellenwerte mehr oder minder willkürlich festgelegt wurden.** Andererseits ist die Frage nach einer "Diabetes-Epidemie" eigentlich nur wissenschaftlich zu beantworten, und dies erfordert eine lange und intensive Auseinandersetzung mit der zugrunde liegenden Evidenzbasis, die sich nicht so einfach in ein paar Sätzen niederschreiben lässt (vorausgesetzt man hätte diesen Aspekt am besten im Sinne eines hochqualitativen systematischen Reviews kritisch evaluiert). ■



Dr. Frank Stüven

Allgemeinmediziner in Bergedorf und Mitglied der KV-Vertreterversammlung



Bernd Dohm

1. Vorsitzender des Diabetikerbundes Hamburg

Brisante Diskussion

Man sollte die Gefahren des Typ-2-Diabetes nicht dramatisieren. Dennoch rede ich nicht nur von "ein bisschen zu hohem Zucker", wie Kollege Egidi das macht (siehe Seite 10), wenn ich meine Patienten über die Laborwerte informiere. Meiner Erfahrung nach motiviert die Diagnose „Diabetes“ den Patienten, sich mit seinem Lebensstil auseinanderzusetzen. Das kann nicht schaden. Dass körperliche Bewegung laut Look AHEAD-Studie keinen Effekt auf die Mortalität haben soll, verblüfft mich. Bisher war ich der Meinung, dass regelmäßige körperliche Bewegung in vielerlei Hinsicht Vorteile für den Patienten hat (was Diabetesfolgen, KHK, Depressionen etc. betrifft) und der eigentliche Jungbrunnen der Medizin ist. **Politisch ist die Diskussion über Diabetes brisant, da in diesem Versorgungsbereich enorme Kosten für die Krankenkassen entstehen – und wir uns Gedanken darüber machen sollten, wem die gegenüber den hausärztlichen Leitlinien niedrigeren Zielwerte der Diabetologen eigentlich nützen.** Den Patienten mit Typ-2-Diabetes offensichtlich nicht. ■

Heilsamer Schreck

Für mich war die Diabetes-Diagnose ein notwendiger Warnschuss. Meine Zuckerwerte lagen nicht im Grenzbereich, sondern deutlich darüber. Der Arzt sagte zu mir: „So können Sie nicht weitermachen.“ Und ich habe den Schreck in konkrete Verhaltensänderungen umgesetzt. Ich änderte meine Ernährung und nahm stark ab – so stark, dass der Arzt mich schon wieder bremsen musste. Bei Zuckerwerten im Grenzbereich ist die Frage, ob der Arzt dem Patienten die bedrohliche Diagnose „Diabetes“ anheften sollte, durchaus berechtigt. **Jeder Patient geht damit anders um, und bei empfindsameren Gemütern sollte man tatsächlich vorsichtig sein.** Deshalb ist es wichtig, dass der Hausarzt seinen Patienten gut kennt und einschätzen kann, ob der Schreck, eine Diabetes-Diagnose zu bekommen, in seinem konkreten Fall eher heilsam oder eher schädlich ist. ■

VON DR. GÜNTER EGIDI

Zuckersüße Märchen

Erhöhter Blutzucker im Grenzbereich macht den meisten Menschen keine gesundheitlichen Probleme. Deshalb sollte man mit dem angstmachenden Etikett „Diabetiker“ vorsichtig umgehen.

In angelsächsischen Ländern wird Diabetes als „silent killer“ und „time bomb“ bezeichnet. In Deutschland ist von einer „Diabetes-Epidemie“ die Rede.

Doch es gibt keinen Grund, die Situation zu dramatisieren: Erstens werden die Menschen älter. Da die meisten Patienten ihre Diabetes-Diagnose im Alter bekommen, steigt damit automatisch auch die Zahl der Diagnosen. Die Einschränkung der Lebenserwartung ist in dieser Lebensphase gering.

Zweitens ist der Blutzuckerwert, oberhalb dessen man von Diabetes spricht, abgesenkt worden. Auch dies hat für eine Zunahme der Diabetes-



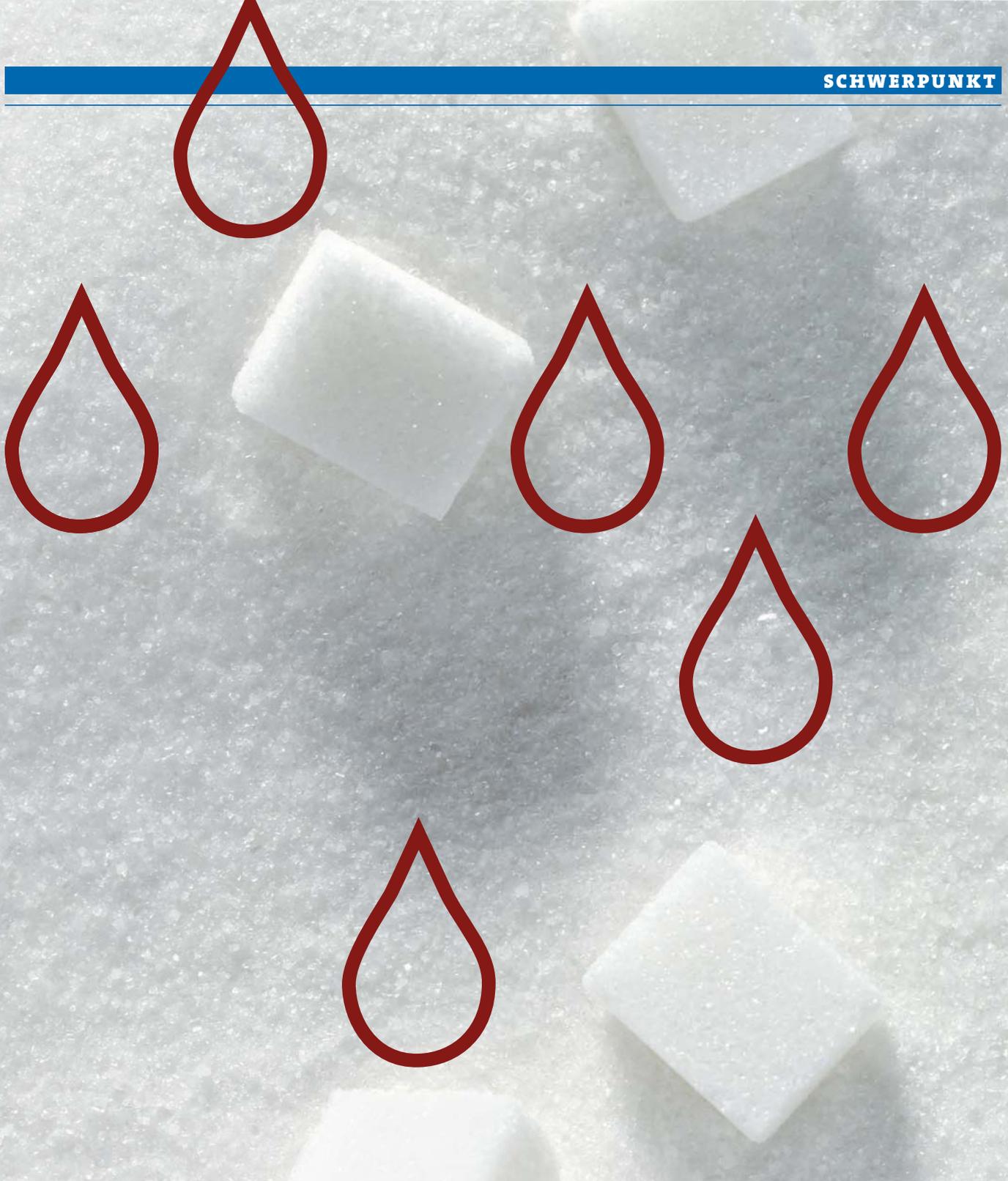
Diagnosen gesorgt. Entscheidend ist: Bei Diabetes-Folgeerkrankungen und Komplikationen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erblindung, Amputationen oder Dialyse ist kein Anstieg zu verzeichnen. Dass erhöhter Blutzucker für die Entstehung schwerwiegender gesundheitlicher Probleme verantwortlich ist, kommt sehr viel seltener vor, als man angesichts der aufgeregten öffentlichen Diskussion vermuten könnte. (1)

KRANKHEIT ODER RISIKOFAKTOR?

Aufschlussreich für die Situation in Deutschland sind die Daten der Disease-Management-Programme (DMP). Den größten Datensatz findet man im KV-Bezirk Nordrhein. (2) Etwa 46 Prozent der ins dortige Diabetes-DMP eingeschriebenen Patienten weisen ein HbA1c unter 6,5 Prozent auf. Bei einem Wert unter 6,0 Prozent liegt mit Sicherheit kein Diabetes vor, der Bereich zwischen 6,0 und 6,5 gilt als grenzwertig.

Das bedeutet: Fast die Hälfte der im DMP eingeschriebenen Patienten hat keinen eindeutigen Diabetes – oder hat den "Diabetiker-Status" wieder verloren. Der Grund dafür könnten erfolgreiche ärztliche Interventionen sein. Möglicherweise wurden die Patienten gut beraten, haben sich mehr bewegt und ein paar Kilo abgenommen. Es könnte aber auch sein, dass das extrabud-





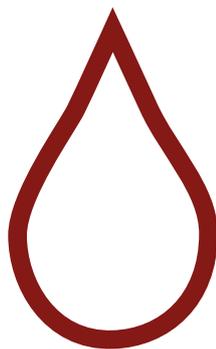
getäre Honorar hier interesseleitend war. Jedenfalls aber spielt sich ein Großteil der Diabetes-Therapie in einem Grenzbereich ab, der mit dem Angstwort „silent killer“ nur wenig zu tun hat.

Richtig ist: Es gibt einen kontinuierlichen Zusammenhang zwischen Höhe des Blutzuckerspiegels und später möglicherweise eintretenden Folgeerkrankungen, Komplikationen und Todesfällen. Doch

es gibt keinen in Stein gemeißelten Grenzwert, der einen Unterschied zwischen gesund und krank markiert. Die meisten der in Deutschland als Typ-2-Diabetiker behandelten Patienten werden wegen ihres Blutzuckers voraussichtlich keine allzu großen Probleme bekommen.

Etwas anderes ist es, wenn bereits diabetestypische Krankheitssymptome erkennbar sind.

Manch ein Patient bemerkt ein andauerndes Durstgefühl, trinkt vielleicht Limonade oder Fruchtsäfte und schraubt damit die Zuckerverwerte weiter nach oben. Vielleicht verliert er Gewicht, fühlt sich klapprig und schwach und kann nicht gut sehen. Vor allem bei einigen Patienten mit Typ-1-Diabetes treten schon früh schwerste Komplikationen auf: Diese Patienten hängen an der Dialyse, müssen sich die Füße amputie-



ren lassen und haben ein hohes Risiko, früh an einem Herzinfarkt zu sterben. In diesen Fällen macht der Diabetes krank – und muss als lebensbedrohliche Krankheit behandelt werden.

Das ist allerdings die Ausnahme. Normalerweise ist Diabetes keine Krankheit, sondern ein Krankheitspotenzial. Deshalb sollte man sich gut überlegen, ob man seinen Patienten das angstmachende Etikett „Diabetes“ aufkleben will.

Uns Ärztinnen und Ärzten fehlt oftmals das Bewusstsein dafür, dass eine solche Diagnose für sich genommen schon ausreichen kann, um die Lebensqualität des Patienten stark einzuschränken. In der Wahrnehmung der Patienten ist eine Diabetes-Diagnose oftmals kaum weniger besorgniserregend als eine Krebs-Diagnose.

Wollen wir Patienten, deren Blutzucker im Grenzbereich liegt, tatsächlich krankdefinieren? Besser wäre es doch, auf das große Wort „Diabetes“ zu verzichten und zu sagen: „Ihr Zucker ist ein bisschen zu hoch. Sehen Sie zu, dass Sie drei, vier Kilo abnehmen.“ Patienten zu einer gesunden Lebensführung zu veranlassen, kann nicht schaden. Dazu braucht man keine Diagnose.

Bei Patienten mit erhöhtem Blutzucker sollte man das Gesamtrisiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Blick nehmen – zum Beispiel mit Hilfe des hausärztlichen Risikorechners Arriba. Der Diabetes ist ein Risikofaktor – neben vielen anderen Risikofaktoren

wie Alter, Blutdruck, Cholesterinspiegel, Rauchen oder familiäre Belastung. Ein um ein Prozent erhöhtes HbA1c erhöht das kardiovaskuläre Risiko im Einzelfall um ein bis zwei Prozent – mehr ist es meistens nicht.

Anhand des Ergebnisses der Risikokalkulation entwickelt man zusammen mit dem Patienten ein individuelles Therapieziel. Es gibt immer mehrere Möglichkeiten. Mancher Patient sagt: „Bevor ich eine Tablette schlucke, höre ich lieber mit dem Rauchen auf.“ Ein anderer sagt: „Sie können mit mir über alles reden – aber nicht über meine Zigaretten.“

Der Patient hat die Freiheit, mit zu entscheiden. Es ist ein gemeinsamer Prozess des Aushandelns. Was ist dem Patienten wichtig? Will er überhaupt etwas tun? Und wenn ja: Welche Intervention ist die am besten zu ihm passende?

WAS BRINGT EINE LEBENSSTILÄNDERUNG?

Früher gab es strenge Diätvorschriften und Verhaltensregeln für Menschen mit Diabetes. Doch mittlerweile sind viele scheinbar unumstößliche Gewissheiten der Ernährungsmedizin erschüttert worden.

Es gibt nur eine einzige gut gemachte, ordentlich randomisierte Studie, die den Einfluss einer intensiven Lebensstil-Intervention auf kardiovaskuläre Komplikationen und Mortalität untersucht. Im Rahmen der Look AHEAD-Studie (3) erhielten die Patienten der Interventionsgruppe eine intensive Lebensstilberatung, bekamen Kochtraining und Bewegungstraining.

Die Studie musste vorzeitig abgebrochen werden: Die Patienten konnten zwar ihr Körpergewicht reduzieren und die körperliche Fit-

ness steigern. Doch der gesündere Lebensstil hatte keinen Effekt auf Herz-Kreislaufkrankungen oder die Mortalität.

Es gibt vieles, was wir Ärzte nicht wissen. Und einiges, was wir zu wissen glaubten, hat sich als zweifelhaft herausgestellt. Deshalb sollten wir zurückhaltend sein mit pauschalen Ratschlägen und Anweisungen.

BLUTZUCKERSENKUNG IST MITTEL ZUM ZWECK

Die Behandlung ist zu individualisieren – das ist eine Botschaft, die auch in die Nationale Versorgungsleitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes“ von 2013 Eingang gefunden hat, an deren Erarbeitung ich als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) beteiligt war. Bei einem HbA1c von 13 Prozent ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient von einer medikamentösen Therapie profitiert, sehr groß. Doch wenn ich ein HbA1c von 8 auf 7,5 Prozent senke, passiert nicht viel.

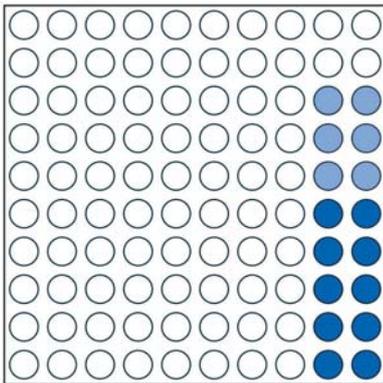
Wir sollten eine patientenorientierte Perspektive einnehmen und sorgfältig abwägen: Was hat der Patient davon, dass ich ihn behandle?

Die nationale Versorgungsleitlinie empfiehlt, das HbA1c auf 6,5 bis 7,5 Prozent zu senken. Das ist ein Kompromiss, hinter dem ich als Vertreter der DEGAM nur eingeschränkt stehe.

In diesem Punkt gab es bei der Erarbeitung der Leitlinie einen Dissens zwischen den Diabetologen einerseits und der DEGAM sowie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) andererseits. DEGAM und AkdÄ sagen: Vorsicht bei einer aggressiven Senkung des Langzeitzucker auf festge-

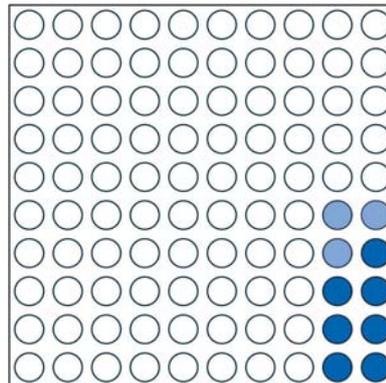
TYP-2-DIABETES: PRÄVALENZ VON FOLGEERKRANKUNGEN

Netzhauterkrankung



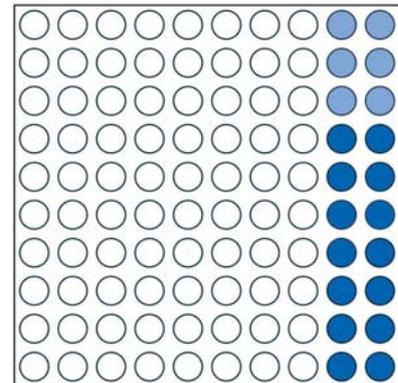
Bei 10 - 16 von 100 Personen mit Typ-2-Diabetes tritt nach rund 10 Jahren eine diabetogene Netzhauterkrankung auf. Das bedeutet aber auch, dass nach rund 10 Jahren Diabetesdauer etwa 85 von 100 Personen keine Schäden am Auge aufweisen. Es erblinden nach rund 10 Jahren weniger als 1 von 100; in neueren Studien nur 1 von 2000 - 5000. Die Zahlen beziehen sich auf Patienten mit einer sehr guten Diabetes-Einstellung (HbA_{1c} um die 7 Prozent).

Nephropathie



Bei 7 - 10 von 100 Personen mit Typ-2-Diabetes tritt nach etwa 9 Jahren eine Schädigung der Nieren auf. Das bedeutet aber auch, dass etwa 90 von 100 Personen keine Schädigung der Nieren aufweisen. Eine schwere Erkrankung der Nieren mit der Notwendigkeit einer Dialyse liegt bei weniger als 1 von 100 Personen vor. Die Zahlen stammen von Menschen mit einem HbA_{1c} von unter 7 Prozent.

Nervenschädigung an den Beinen



Bei 14 - 20 von 100 Personen mit Typ-2-Diabetes tritt nach 9 Jahren eine Nervenschädigung an den Beinen auf. Etwa 85 von 100 Personen weisen keine Nervenschädigung an den Beinen auf. Amputationen an den Füßen oder Beinen treten bei weniger als 1 von 100 Personen auf – in neueren Untersuchungen bei 2 von 1000. Die Zahlen beziehen sich auf Patienten mit einer sehr guten Diabetes-Einstellung (HbA_{1c} um die 7 Prozent).

Quelle: Abholz HH, Egidi G, Zitterbart U: Prävalenz von Folgeerkrankungen und Nutzen der Glukosesenkung bei Diabetes mellitus Typ 2 Basisinformationen für das Patientengespräch. Z Allg Med 2015; 91:220-226

legte Grenzwerte! Die Medikamente haben unerwünschte Wirkungen. Und es gibt keine Belege dafür, dass eine medikamentöse Senkung des Langzeitzuckers unter 7 Prozent von Vorteil ist.

Noch im Jahr 2008 hatte die Deutsche Diabetesgesellschaft empfohlen, das HbA_{1c} unter 6,5 Prozent zu senken. Im selben Jahr wurde die große randomisierte Diabetesstudie ACCORD (4) veröffentlicht, in der zwei Patientengruppen verglichen wurden. Bei den Patienten der ersten Gruppe wurde versucht, den HbA_{1c}-Wert aggressiv auf 6,4

Prozent zu drücken. Doch in dieser Gruppe starben mehr Patienten als in der zweiten Gruppe, in der man den HbA_{1c}-Wert lediglich auf einen Wert von 7,5 Prozent abgesenkt hat.

Seither ist auch bei den Diabetologen etwas in Bewegung gekommen. Dennoch bleibt ein grundsätzlicher Dissens zwischen Diabetologen und Allgemeinmedizinern, denn während viele Diabetologen noch immer vornehmlich auf die Grenzwerte schauen, ist die Blutzuckersenkung für die Hausärzte ein weniger wichtiges Ziel. Entscheidend ist aus unserer Perspektive: Welche Auswirkung hat

die Behandlung auf Morbidität und Mortalität? Gibt es weniger Amputationen, weniger Herzinfarkte?

NICHT ALLE ANTIDIABETIKA SIND GLEICH NÜTZLICH

Das Antidiabetikum der ersten Wahl ist Metformin – darüber sind sich alle Fachleute einig. Die Wirksamkeit des Präparats hinsichtlich Stoffwechseleinstellung und makrovaskulärer Risikoreduktion ist gut belegt. Außerdem hat das Mittel einen eher günstigen Einfluss auf das Gewicht des Patienten und verursacht kaum Hypoglykämien. →

→ Wenn Metformin alleine nicht ausreicht, wird es mit anderen Substanzen kombiniert. In der Leitlinie haben DEGAM und AKdÄ die verschiedenen Optionen aufgeführt und auch deren Vor- und Nachteile benannt.

Sulfonylharnstoffe sind für Patienten zu empfehlen, die Metformin nicht vertragen oder Kontraindikationen aufweisen. Das bekannteste Medikament aus der Gruppe der Sulfonylharnstoffe ist Glibenclamid.

Für dieses Medikament ist die Wirksamkeit nicht nur hinsichtlich einer Senkung der Plasmaglukose und des HbA1c nachgewiesen, sondern auch hinsichtlich einer mikrovaskulären Risikoreduktion. Die Wirksamkeit der Sulfonylharnstoffe lässt normalerweise im Behandlungsverlauf nach, weshalb sie zur Monotherapie nur bedingt geeignet sind. Glibenclamid ist ein altes, sehr preiswertes Medikament, das derzeit von interessierter Seite schlechtgeredet wird, um neue Substanzen auf den Markt zu drücken. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die Gewichtszunahme als unerwünschte Nebenwirkung genannt.

Dabei führte Glibenclamid einer englischen Studie zufolge (5) gerade einmal zu einer Gewichtszunahme von 1,7 Kilo. Das ist nicht relevant für den Patienten.

Für DPP-4-Hemmer (Dipeptidyl-Peptidase-4-Inhibitoren, Gliptine) ist keinerlei Nutzen in randomisierten Studien bezüglich klinischer Endpunkte (diabetesbedingte Komplikationen, kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität) belegt worden. Der Verdacht, dass die Einnahme

dieser Medikamente zu Bauchspeicheldrüsenentzündung und Bauchspeicheldrüsenkrebs führen kann, ist nicht ausgeräumt. Dennoch werden die DPP-4-Hemmer derzeit massiv beworben, ihr Umsatz ist stark angestiegen.

In diesem Zusammenhang sind auch die SGLT-2-Hemmer (Gliflozine) zu nennen. Erkenntnisse zum klinischen Nutzen gab es bis vor kurzem nicht. Nun ist für eine Substanz ein Nutznachweis gefunden worden bei Hochrisikopatienten – also bei Patienten, die nicht nur erhöhten

Normalerweise ist Diabetes keine Krankheit, sondern ein Krankheitspotenzial.

Blutzucker haben, sondern auch am Herzen erkrankt sind.

Die Schutzwirkung beruht dabei aber wahrscheinlich nicht auf der Blutzuckersenkung, sondern auf einer vermehrten Flüssigkeitsausscheidung. Das führt dazu, dass die Patienten seltener am Lungenödem und an Herzschwäche sterben.

Einen vernünftigen Grund, Insulinanaloga einzusetzen, sehe ich nicht. Für diese Arzneimittel ist kein Nutzen erwiesen, der über das hinausgeht, was normales Insulin leisten kann.

WIE WEIT SOLL DER BLUTDRUCK GESENKT WERDEN?

Bei der Frage, wie weit der Blutdruck bei Menschen mit Diabetes gesenkt werden sollte, hat es in den vergangenen Jahren einen Paradigmenwechsel gegeben. Früher hieß es: Bei Menschen mit Diabetes soll man

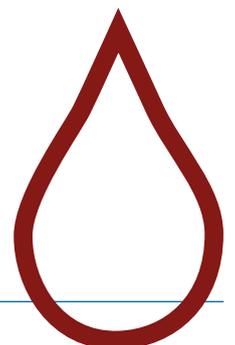
den Blutdruck stark senken – stärker als bei Menschen ohne Diabetes. Inzwischen ist es andersherum: Die US-amerikanische SPRINT Studie kam zum Ergebnis, dass man bei Menschen ohne Diabetes den systolischen Blutdruck stramm senken sollte – nach Möglichkeit auf einen Wert von 130 mmHg. (6) Bei Menschen mit Diabetes hingegen sollte man mit intensiven antihypertensiven Therapien vorsichtig sein: Denn bei stark gesenktem Blutdruck steigt das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse offenbar wieder an. (7)

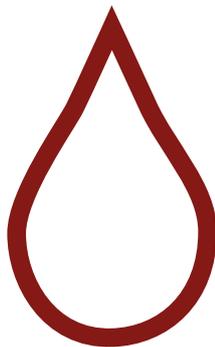
Übrigens ist es nach jüngsten Erkenntnissen ziemlich egal, welche Medikamente man zur Blutdrucksenkung einsetzt. (8)

In älteren Leitlinien wurde noch empfohlen, unbedingt ACE-Hemmer oder Sartane zu verordnen. Das lässt sich nicht mehr halten. ACE-Hemmer oder Sartane haben gegenüber anderen Blutdrucksenkern keine nachweisbaren Vorteile.

WAS NÜTZEN CHOLESTERINSENKER?

Was die Cholesterinsenkung bei Menschen mit Diabetes angeht, gibt es einen Dissens in der wissenschaftlichen Gemeinde. Die DEGAM und die AKdÄ sagen: Wenn das Risiko erhöht ist, entscheiden Arzt und Patient gemeinsam, ob es angebracht ist,





einen Cholesterinsenker einzusetzen. Konkret heißt das: Wenn der Risikorechner (Arriba) ein Risiko von über 20 Prozent dafür anzeigt, dass der Patient in den nächsten zehn Jahren einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall bekommt, besprechen Arzt und Patient die Vor- und Nachteile verschiedener Therapieoptionen.

Lautet die gemeinsame Entscheidung: „Ja, wir setzen ein cholesterinsenkendes Medikament ein“, sollte man wenn möglich auf Statine zurückgreifen, denn diese Arzneimittel sind meist in einer Standarddosis einzusetzen und man muss keine weiteren Cholesterinkontrollen mehr durchführen.

Für die Faustregel „je niedriger, desto besser“ gibt es allerdings keine Belege. Ob es dem Patienten beispielsweise tatsächlich nutzt, den LDL-Wert unter einen Grenzwert von 70 mg/dl abzusenken, ist völlig offen. Statt sich auf die Cholesterinwerte zu konzentrieren, sollten Ärztinnen und Ärzte das Gesamtrisiko in den Blick nehmen.

Es gibt Belege dafür, dass die Einnahme eines Statins das kardiovaskuläre Risiko des Patienten um 20 bis 25 Prozent senkt – relativ. Was bedeutet das? Nehmen wir an, der Risikorechner zeigt an, dass 50 von 100 Männern mit der gleichen Risikokonstellation wie der vor mir sitzende Patient in den nächsten

zehn Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bekommen. Senke ich das Risiko relativ um 20 Prozent, bekommen nur noch 40 von 100 Männern mit der gleichen Risikokonstellation wie mein Patient in den nächsten zehn Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Ich habe also eine ziemlich ausgeprägte absolute Risikoreduktion von 50 auf 40. Anders ausgedrückt: Es wurden 10 von 100 Männern durch die Cholesterinsenkung vor einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall bewahrt.

Das heißt aber auch: 90 von 100 Männern nehmen das Mittel, ohne dass es ihnen nützt. Bei einem geringeren Ausgangsrisiko (beispielsweise 20 von 100) ergibt eine relative Risikoreduktion um 20 Prozent ein noch ungünstigeres Ergebnis. Dann nehmen 96 von 100 Männern das Präparat, ohne einen Nutzen davon zu haben.

Es ist wichtig, dem Patienten nachvollziehbar zu erläutern, wie begrenzt der Nutzen einer Intervention ist. Nur wenn ihm das klar ist, kann er zusammen mit dem Arzt eine informierte Entscheidung treffen.

WIDER DIE ANGSTMACHE

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird zu oft Alarm geschlagen und Angst geschürt. Dafür gibt keinen Grund. Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, Demenz – all diese Krankheiten führen seltener zum Tod als dies früher der Fall war. (9) Die Motive der Katastrophenprediger und Krankheitserfinder sind offensichtlich: Es geht um Vermarktungsinteressen.

Die Allgemeinmedizinische Fachgesellschaft stellt sich dieser Tendenz entschieden entgegen – und zwar aus einem wichtigen Grund: Als Hausärzte wollen wir unsere Patienten nicht krankreden, sondern ihnen im Gegenteil helfen, sich gesund zu fühlen.

Gesundheit ist ja nicht nur eine Frage der Messwerte und Krankheitsmarker. Viel wichtiger ist, ob der Patient sich krank oder gesund fühlt. Das ist die ärztliche Philosophie, die hinter dieser Haltung steckt. ■



DR. GÜNTER EGIDI

ist niedergelassener Allgemeinmediziner in Bremen, Sektionssprecher Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) und Vertreter der DEGAM bei der Nationalen Versorgungslinie Diabetes.

(1) Abholz HH, Egidi G, Zitterbart U: Prävalenz von Folgeerkrankungen und Nutzen der Glukosesenkung bei Diabetes mellitus Typ 2 Basisinformationen für das Patientengespräch. Z Allg Med 2015; 91:220-226

(2) <https://www.kvno.de/10praxis/50qualitaet/60qualiberichte/> - letzter Zugriff am 16.11.2017

(3) Look AHEAD Research Group Wing RR, Bolin P, Brancati FL et al. Cardiovascular effects of intensive life style intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med 2013; 369: 145-154

(4) The ACCORD Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N. Engl. J. Med. 2008; 358: 2545-59

(5) Turner R, Holman R, Matthews D et al. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33) Lancet 1998; 352: 837-53

(6) Wright G, Williamson D, Whelton P et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. The SPRINT Research Group* N Engl J Med 2015;373:2103-16

(7) Brunström F, Carlberg B. Effect of antihypertensive treatment at different blood pressure levels in patients with diabetes mellitus: systematic review and metaanalysis. BMJ 2016;352:i717)

(8) Bangalore S, Fakheri R, Toklu B, Messerli F. Diabetes as a compelling indication for use of renin angiotensin system blockers: review and metaanalysis of randomized trials. BMJ 2016;352:i438

(9) http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/GesInDtId_node.html;sessionid=49002700FD273A65A2B3442CDDFF25B6.2_cid372 - letzter Zugriff am 16.11.2017

»Immense Regressforderungen«

Die Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen geraten finanziell unter Druck. Grund dafür ist ein juristisches Schlupfloch in den DMP-Verträgen, das einige Krankenkassen zu ihren Gunsten ausnutzen. Interview mit **DR. ANDREAS KLINGE**, Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen.



Dr. Andreas Klinge

Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen

Es gibt in Hamburg einen Konflikt zwischen Krankenkassen und diabetologischen Schwerpunktpraxen. Worum geht es?

KLINGE: Einige der Krankenkassen fordern Honorare zurück. Für alle diabetologischen Schwerpunktpraxen in Hamburg zusammengenommen könnte es sich dabei um eine Summe von etwa 1,5 Millionen Euro handeln.

Was ist das für eine Forderung?

KLINGE: Unsere Vergütung wird im

Rahmen des Diabetes-DMP gezahlt. Es kommt immer wieder vor, dass Patienten, die ins DMP eingeschrieben sind, ungewollt wieder „ausgeschrieben“ werden. Das geschieht beispielsweise, wenn sie längere Zeit nicht in die Praxen kommen. Die Kassen beenden den DMP-Status dieser Patienten – und zwar rückwirkend für jenen Zeitpunkt, zu dem das letzte Mal eine Dokumentation erfolgt ist. Wir dürfen formal nur DMP-Patienten behandeln. Die Vergütung für jene Leistungen, die wir in der Zwischenzeit erbracht haben, wird deshalb von einigen Kassen zurückgefordert.

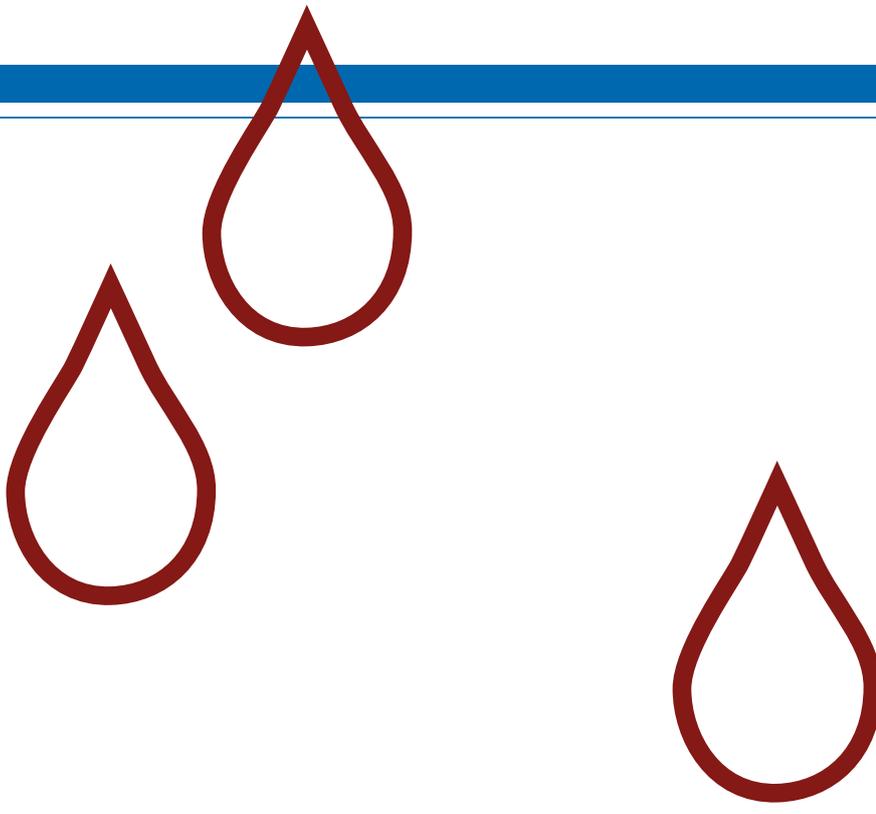
Könnten Sie das Verhalten der Patienten nicht besser kontrollieren?

KLINGE: Wie soll das gehen? In der Realität wissen wir oft gar nicht, ob ein Patient tatsächlich eingeschrieben ist. Es gibt ja keinen DMP-Ausweis, den er vorlegen könnte. Und wir haben keinen Einfluss darauf, ob ein Patient, der ins DMP eingeschrieben ist, in den nächsten

Quartalen zur Folgedokumentation wiederkommt. Meist ist der Patient beim Hausarzt eingeschrieben. Bei einigen Patienten erfolgt die Einschreibung bei uns in den Diabetes-Schwerpunktpraxen. Auch in diesen Fällen kann es zu unbeabsichtigten „Ausschreibungen“ kommen. Wir können die Patienten ja nicht in die Praxis tragen, um die geforderte Dokumentation zu erstellen.

Was für Patienten behandeln Sie in den Schwerpunktpraxen?

KLINGE: Wir sind die „Versorgungsebene zwei“. Wenn es mit einem Diabetes-Patienten Komplikationen gibt, überweist der Hausarzt an uns. Der Patient bekommt bei uns in den Schwerpunktpraxen beispielsweise eine Schulung, er wird von uns eingestellt und über ein bis drei Quartale hinweg betreut. Dann schicken wir ihn zurück zum Hausarzt, der die Behandlung fortführt. Außerdem versorgen wir eine gewisse Anzahl von Patienten, die einen schwer zu beherrschenden



Diabetes haben. Wenn beispielsweise die Bauchspeicheldrüse operativ entfernt werden musste, kann das starke Blutzuckerschwankungen zur Folge haben. Solche Patienten haben wir länger in Behandlung.

Was halten Sie von den Honorar-Rückforderungen der Kassen?

KLINGE: Formaljuristisch sind die Kassen vermutlich im Recht. Doch verflixt noch mal: Ich habe diese Leistungen erbracht. Ich habe die Versicherten dieser Kassen medizinisch versorgt. Ich habe ihnen möglicherweise einen Krankenhausaufenthalt erspart. Und jetzt wird mir das Geld für diese Leistungen im Nachhinein abgezogen ...

Die Kassen bestreiten nicht, dass diese Leistungen erbracht wurden und dass sie notwendig waren?

KLINGE: Nein, das ist völlig unstrittig. Seit Einführung der DMP haben die Kassen ja auch immer anstandslos bezahlt. Das hat sich erst im vergangenen halben Jahr geändert.

Warum hat sich das geändert?

KLINGE: Ich weiß es nicht. Meine Vorstellung ist: Ein Kontroller hat

gesagt: „Oh, guck mal! Da können wir was einsparen.“ 1,5 Millionen – das ist eine ordentliche Summe. Die Kassen freuen sich, wenn sie die zurückbekommen.

Was bedeutet das für die einzelnen Praxen?

KLINGE: Das tut finanziell richtig weh. Eine Regresssumme in dieser Größenordnung würde einzelne Praxen in massive Liquiditätsprobleme bringen.

Müssten die Krankenkassen nicht eigentlich ein großes Interesse daran haben, dass die Versorgung in den Diabetes-Schwerpunktpraxen weiterhin funktioniert?

KLINGE: Aber sicher. Die Diabetologie hat sich in Hamburg fast vollständig in den ambulanten Bereich verlagert. Viele der Patienten, die wir in den Diabetes-Schwerpunktpraxen betreuen, wären früher als „Stoffwechsellentgleisung“ ins Krankenhaus eingewiesen worden und hätten eine stationäre Einstellung und Schulung bekommen. Die Krankenkassen haben die Entstehung der ambulanten Diabetologie in Hamburg selbst vorangetrieben,

Diabetologische Schwerpunktpraxen in Hamburg

Derzeit gibt es in Hamburg 23 Diabetes-Schwerpunktpraxen, die über das Hamburger Stadtgebiet verteilt sind. Hier arbeiten 55 Diabetologen, die pro Quartal etwa 45.000 Menschen mit Diabetes betreuen und schulen. Durch die gute ambulante Versorgungsstruktur können in Hamburg auch Patienten mit kompliziertem Diabetes ambulant behandelt und geschult werden. So werden unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden.

um unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die Rückforderung unserer Honorare offenbart nun eine völlig verschobene Perspektive: Es geht um Verwaltungsformalismus, der den Kassen kurzfristig Geld bringt. Es geht nicht um die Versorgung der Versicherten. Es geht nicht mal um die große Gesamtrechnung, denn die ambulante Versorgung ist für die Kassen natürlich wesentlich günstiger als die Krankenhausversorgung.

Wie wäre das Problem zu lösen?

KLINGE: Ich weiß nicht, ob man den Webfehler in den Verträgen beseitigen kann, dass der DMP-Status von Patienten, die nicht zur Folgedokumentation kommen, rückwirkend beendet werden kann. Ich finde, man sollte einfach wieder zum alten Konsens zurückkehren. Die Krankenkassen sollten aufhören, juristische Schlupflöcher zu suchen und stattdessen sagen: „Unsere Versicherten werden versorgt. Das wissen wir zu schätzen. Und dafür zahlen wir natürlich auch.“ ■

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

VERTRETUNG

Muss ich einen Vertreter benennen, wenn ich meine Praxis zwischen den Feiertagen (also für weniger als eine Woche) schließen will?

Ja. Auch bei einer Praxisschließung von weniger als einer Woche muss ein Vertreter benannt werden – zum Beispiel durch einen Aushang an der Tür und/oder eine Ansage auf dem Anrufbeantworter. Die Vertretung ist mit dem benannten Arzt abzusprechen. Der Verweis auf den Kassenärztlichen Notdienst ist hierbei nicht zulässig.

CANNABIS-VERORDNUNG

Ich bin Hausarzt und habe die Verordnungsfähigkeit von Cannabis bei meinem Patienten überprüft. Kann ich das Präparat direkt verordnen?

Nein, vor der Erstverordnung bedarf es einer Genehmigung durch die Krankenkasse. Ihr Patient beantragt zunächst formlos die Cannabistherapie bei seiner Krankenkasse. Diese gibt den Antrag in den meisten Fällen an den MDK zur Begutachtung. Der MDK verschickt daraufhin einen umfangreichen Arztfragebogen, den

Genehmigungen können nicht rückwirkend erteilt werden

Wenn Sie im Rahmen Ihrer vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit genehmigungspflichtige Leistungen ausführen und abrechnen wollen, müssen Sie dafür bei der Abteilung Qualitätssicherung Anträge auf Genehmigung stellen. Sie dürfen diese Leistungen erst ausführen und abrechnen, wenn die Genehmigung vorliegt. Maßgebend für die Wirksamkeit der Genehmigung ist der Zugang des Bescheides. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Genehmigungen nicht für zurückliegende Zeiträume erteilt werden können.

Um die Bearbeitungszeiten möglichst kurz zu halten, ist es wichtig, dass die Antragsformulare vollständig ausgefüllt sind, die erforderlichen Informationen (z.B. Zeug-

nisse, Bescheinigungen, Fachkunden, Gerätenachweise) beiliegen und die Anträge frühzeitig bei der KV Hamburg eingereicht werden. Insbesondere bei Leistungen, die an eine besondere apparative Ausstattung, an die Teilnahme an einem Kolloquium, an spezielle Räume oder an das Vorhandensein von bestimmtem Personal gebunden sind, entsteht ein erhöhter Prüf- und Bearbeitungsaufwand.

Antragsformulare im Internet:

www.kvhh.de → Formulare und Infomaterial
→ KVH-Formulare

Ansprechpartner:

Abteilung Qualitätssicherung

E-Mail: qualitaetssicherung@kvhh.de



Sie ausfüllen müssen. Für die Bearbeitung haben die Kassen fünf Wochen Zeit – beziehungsweise drei Wochen, wenn kein MDK-Gutachter eingeschaltet wird. Bei Palliativpatienten, die in der SAPV betreut werden, muss die Krankenkasse innerhalb von drei Tagen entscheiden. Die Kasse sendet eine formlose Genehmigung der Verordnung an den Patienten, der Ihnen diese Genehmigung vorlegen muss. Nun ist die Verordnung auf einem BTM-Rezept zulässig. Bitte beachten Sie die zulässigen verordnungsfähigen Höchstmengen.

Weitere Informationen und eine Ausfüllanleitung zum BTM-Rezept finden Sie auf unserer Website unter: www.kvhh.net → Verordnung → Cannabis

ABRECHNUNG CANNABIS-VERORDNUNG

Welche Gebührenordnungspositionen können wir im Zusammenhang mit der Cannabis-Verordnung abrechnen?

Sie können folgende Leistungen abrechnen:

- GOP 01460 EBM - Aufklärung über Begleiterhebung, Aushändigung des Infoblattes, GOP 01461 EBM - Datenerfassung und elektronische Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung an das BfArM (sobald diese erfolgt ist)
- GOP 01626 EBM - Ärztl. Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis

AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Wie lange müssen wir die „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ in unserer Praxis aufbewahren?

Die Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung muss zwei Jahre aufbewahrt werden.

Abgabe der Abrechnung ab 1. Juli 2018

Bitte beachten Sie: Die Abgabe der Abrechnung ist ab 1. Juli 2018 nur noch via KV-SafeNet oder Telematikinfrastruktur-Konnektor möglich. Das betrifft die Abrechnung des 2. Quartals 2018 und alle späteren Abrechnungen.

TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Bis wann muss unsere Praxis an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sein?

Bis zum 1. Januar 2019 müssen alle Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sein und als erste Anwendung das Versichertenstammdatenmanagement durchführen können. Ärzten und Psychotherapeuten, die nach Ablauf dieser Frist kein Versichertenstammdatenmanagement durchführen, wird laut Gesetz das Honorar um ein Prozent gekürzt.

Ein halbes Jahr vor dem bundesweit gültigen Stichtag greift eine Hamburger Regelung: Die Hamburger Praxen müssen ab 1. Juli 2018 an ein digitales Gesundheitsnetz angeschlossen sein. So hat es die KV-Vertreterversammlung beschlossen. Das heißt: Ab 1. Juli 2018 muss Ihre Praxis entweder per KV-SafeNet einen Zugang zum sicheren Netz der KVen (SNK) haben oder an die TI angeschlossen sein.

Infocenter Tel: 22802-900



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



Konkretisierte Sachkostenregelung

Um Transparenz gegenüber den Krankenkassen zu gewährleisten, müssen die bekannten Regeln genau eingehalten werden

Ansprechpartner:
Infocenter,
Tel: 22802 - 900
Abteilung
Praxisberatung,
Tel. 22802-571/-572

Ab 1. Januar 2018 gilt eine neue Sachkostenvereinbarung mit den Ersatzkassen und dem BKK Landesverband Nordwest. Die bisherigen Regeln wurden konkretisiert und zusammengefasst. Hauptanliegen der Neufassung ist es, die Transparenz des Verfahrens gegenüber den Kassen zu gewährleisten.

Die KV Hamburg konnte in den Verhandlungen erreichen, dass die Sachkostenabrechnungen weiterhin über die KV laufen. Die BKKn hatten den Gesamtvertrag gekündigt und wohl beabsichtigt, die Abrechnung der „Sachkosten auf dem Schein“ (also aller Kosten außerhalb der Sachkostenpauschalen des Kapitels 40 EBM) künftig selbst durchzuführen – wie es in den meisten anderen KVn bereits gemacht wird. Dort müssen die Ärzte die Rechnung direkt an die Kasse schicken und sich bei Unstimmigkeiten auch direkt mit der Kasse auseinandersetzen.

Dieses Szenario konnte in Hamburg durch die Neuregelung vermieden werden: Die Hamburger Ärzte können die Abrechnung weiterhin bei der KV einreichen. Die KV prüft die abgerechneten

Sachkosten auf Plausibilität, zahlt dem Arzt die Kosten zurück und belastet die Kassen mit den Ausgaben.

Wichtig ist, dass die Ärzte die bekannten Regeln genau einhalten:

- Werden auf dem Behandlungsausweis (Abrechnungsschein) Kosten in Euro-Beträgen geltend gemacht, so sind die Materialien einzeln mit den tatsächlich dafür entstandenen Kosten unter Berücksichtigung etwaiger Rabatte in Klammern anzugeben. Zum Beispiel: (21,27 Euro) (Herzkatheter). Nur so kann die geforderte Transparenz gegenüber den Kassen gewährleistet werden.

- Die rechnungsbegründenden Unterlagen (Originalrechnungen und Quittungen) werden zusammen mit der Abrechnung des jeweiligen Quartals eingereicht. Die Unterlagen müssen folgende Informationen beinhalten: den Namen des Herstellers, die Produktbezeichnung (mit Artikel- und Modellnummer) und die Versichertennummer des Patienten, für dessen Behandlung die Materialien gesondert berechnet werden.

- Die abgerechneten Materialien müssen zur erbrachten Leistung passen. Ist dieser Zusammenhang nicht gegeben, wird die Abrechnung von der KV beanstandet.

- Nicht als Sachkosten auf dem Behandlungsausweis abrechnungsfähig sind Materialien,
 - die in den berechnungsfähigen Leistungen des EBM (unter anderem Kosten nach 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM) enthalten sind,
 - die zu den nicht berechnungsfähigen Kosten nach 7.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM zählen
 - und die in der zum Zeitpunkt der Erbringung der Leistung aktuell gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung als Sprechstundenbedarf aufgeführt sind.

Die KV prüft die rechtlich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen und der geltend gemachten Sachkosten. Dies umfasst allerdings keine Prüfung der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Es gelten die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV, die Anschreibevorschriften des Vorstandes, die Vereinbarung über die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung und § 44 des Bundesmantelvertrags. ■



Vergütung für Screening auf Bauchortenaneurysmen

Ab dem 1. Januar 2018 kann das Screening auf Bauchortenaneurysmen bei Männern ab dem 65. Lebensjahr als Präventionsleistung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Hierzu wurden zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM, Abschnitt 1.7.2, aufgenommen:

GOP 01747: Aufklärung zum Screening

Mit der GOP 01747 kann die ärztliche Aufklärung zum Screening auf Bauchortenaneurysmen und die Ausgabe von Versicherungsinformationen abgerechnet werden. Diese Beratungsleistung kann von Hausärzten, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen berechnet werden. Eine Antragspflicht besteht nicht.

GOP 01748: Ultraschallscreening der Bauchorta

Die GOP 01748 ist für die sonografische Untersuchung der Bauchorta berechnungsfähig. Diese Leistung kann von Hausärzten, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen auf Antrag berechnet werden. Voraussetzung ist, dass der Antragsteller über eine gültige Genehmigung zur Ausführung von Ultraschalleistungen für den Anwendungsbereich "Abdomen und Retroperitoneum (einschließlich Nieren) bei Jugendlichen/Erwachsenen im B-Mode" verfügt.

Ein Antragsformular finden Sie auf unserer Internetseite:

www.kvhh.de → KVH-Formulare →

„B“ Bauchortenaneurysmen.

Die Ausführung und Abrechnung dieser Leistung ist erst nach Erteilung einer entsprechenden Genehmigung durch die KV Hamburg zulässig. ■

Ansprechpartner:

Abteilung Qualitätssicherung

Svenja Mindermann, Tel: 22802-684

Anna Möckel, Tel: 22802-406

Kay Siebolds, Tel: 22802-478

Saskia Willms, Tel: 22802-631

Ärztliche Stelle mit neuem Gebührenverzeichnis

Gemäß der bestehenden Vereinbarung zwischen der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), vertreten durch das Amt für Arbeitsschutz, der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg über die Einrichtung der Ärztlichen Stelle können für die Tätigkeiten der Ärztlichen Stelle nach § 17a Röntgenverordnung und § 83 Strahlenschutzverordnung Gebühren erhoben werden.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat in ihrer Sitzung vom 28. September 2017 eine Überarbeitung der bisherigen Gebührenstruktur beschlossen. Nachdem die BGV der Änderung zugestimmt hat, ist das neue Gebührenverzeichnis für den Geschäftsbereich bei der KV Hamburg zum 1. Dezember 2017 in Kraft getreten. ■

Das Gebührenverzeichnis finden Sie auf der Internetseite der Ärztlichen Stelle: www.kvh.de → Qualität → Ärztliche Stelle → weiterführende Informationen

Ansprechpartner:

Abteilung Qualitätssicherung / Ärztliche Stelle

Sophie Behnke, Tel. 22802 - 469

Heike Malzfeldt, Tel. 22802 - 434

Thomas Müller, Tel. 22802 - 552

Mirja Poggenberg, Tel. 22802 - 548



Qualitätsmanagement: Ausbildungskurs zur Qualitäts- und Praxismanagerin



Wegen der anhaltend großen Nachfrage findet im März 2018 wieder ein fünf-tägiger Ausbildungskurs zur „Qualitäts- und Praxismanagerin“ statt. Der Kurs richtet sich an Medizinische Fachangestellte mit Führungsverantwortung, Qualitätsmanagementbeauftragte, Erstkräfte an der Anmeldung sowie an Praxismitarbeiterinnen, die auf zukünftige Veränderungen in der Praxis vorbereitet sein wollen.

Ziel des Kurses ist es, sich in den wichtigsten Funktionen und Aufgabengebieten

des Praxis- und des Selbstmanagements zu stärken. Dies eröffnet die Möglichkeit, zugewiesene Führungsaufgaben in der Praxis eigenverantwortlich zu übernehmen und dadurch den Praxisinhaber in vielerlei Hinsicht wirkungsvoll zu entlasten. Themen sind unter anderem: Personalmanagement, Konfliktmanagement, ärztliches Qualitätsmanagement, Terminsystem und Kommunikationstraining.

Die KV Hamburg bietet diesen Kurs bereits seit 2015 an. Die Resonanz war durchweg positiv. Die Teilnehmer bewerteten den Kurs als gewinnbringend und bereichernd für ihre berufliche Zukunft. Besonders lobend wurden der kollegiale Austausch, die Gruppenarbeiten und die Art der Wissensvermittlung der Referenten hervorgehoben.

Termin: **Mo. 19.3.2018 bis Fr. 23.3.2018**

Ort: **KV Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg**

Teilnahmegebühr: **€ 650**

Ansprechpartner:

Ursula Gonsch, Tel: 22802-633

ursula.gonsch@kvhh.de

Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889

birgit.gaumnitz@kvhh.de

Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

sabrina.pfeifer@kvhh.de

HAMBURG BRAUCHT UNS! MACHEN SIE MIT!

Dr. med.
Horst Boulanger:
Arzt in der KVH-
Notfallpraxis
Harburg


Engagieren Sie
sich in einer KVH-
Notfallpraxis,
beim fahrenden Notdienst oder
in der telefonischen Beratung.

Dr. med.
Cornelia Behn:
Ärztin in der
KVH-Notfall-
praxis Farmsen



ARZTRUF HAMBURG
Ärztliche Hilfe. Immer. 116117.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Sie wollen mehr erfahren?
Rufen Sie uns an unter
040 / 22 802 444

KVH



Wer braucht wirklich L-Thyroxin?

Eine Übersicht zum Forschungsstand

VON ANDREAS SÖNNICHSEN IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS
EVIDENZBASIERTE MEDIZIN (DNBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)



Laut Arzneimittelreport 2017 der Barmer GEK erhielten im Jahr 2016 etwa 10,5 Prozent der Versicherten regelmäßig L-Thyroxin [1]. Mit 45 Mio. Euro belegt die Substanz den 16. Platz in der Kostenstatistik aller auf Kosten der Barmer verordneten Arzneimittel.

Wenn man davon ausgeht, dass etwa zehn Prozent der deutschen Bevölkerung bei der Barmer versichert sind und es bei den anderen Kassen wahrscheinlich nicht anders aussieht, leisten wir uns Ausgaben von einer halben Milliarde Euro pro Jahr für die Substitution von L-Thyroxin.

In einer Studie in hausärztlichen Praxen zeigte sich, dass bei etwa der Hälfte aller Patienten mit einer L-Thyroxin-Dauermedikation die Indikation nicht bekannt war [2]. Es stellt sich die Frage, ob nach den Kriterien einer evidenzbasierten Arzneimitteltherapie wirklich zehn Prozent der Bevölkerung diese Substitutionsbehandlung benötigen und ob eine mögliche Übertherapie nicht sogar mit erheblichem Schaden

verbunden ist, der weit über den gesundheitsökonomischen hinausgeht.

Neben der wirklich erforderlichen Substitution bei klinisch manifester Hypothyreose können zwei mögliche „Indikationen“ identifiziert werden, die es gilt, einer eingehenden Prüfung zu unterziehen:

- die so genannte subklinische (asymptomatische) Hypothyreose
- die Prävention oder Behandlung der euthyreoten Struma (diffusa oder nodosa).

Subklinische Hypothyreose

Die subklinische Hypothyreose wird definiert als erhöhter TSH-Wert (>4 mIU/l) bei Normalwerten für FT₃ und FT₄ und Abwesenheit von Symptomen einer Hypothyreose. Als möglicher Grund für eine Substitution von L-Thyroxin wird ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei subklinischer Hypothyreose angeführt.

In einer kürzlich publizierten systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse konnte jedoch kein signifikant erhöhtes Risiko für koronare Herzkrankheit (RR 1,17, 95%-Konfidenzintervall [KI] ,91-1,52), Gesamtmortalität (RR 1,02, 95% KI 0,93-1,13), kardiovaskuläre Mortalität (RR 1,06, 95% KI ,77-1,45) und Herzinsuffizienz (RR 1,17, 95% KI 0,87-1,57) bestätigt werden [3].

Lediglich das Risiko für Tod durch Herzinfarkt war leicht erhöht (RR 1,37, 95% KI 1,03-1,84). Die Risikoerhöhung betraf in der Subgruppenanalyse nach Altersgruppen nur Personen <65 Jahren. In einer weiteren Arbeit konnte gezeigt werden, dass ein signifikanter Risikoanstieg erst ab einem TSH >10 mIU/l zu beob-

achten ist (RR 1,58, 95% KI 1,10-2,27) [4,5]. Die Gesamtmortalität blieb in allen Alters- und TSH-Gruppen unbeeinflusst.

Zudem gibt es bisher keine Studienevidenz, dass eine Substitutionsbehandlung mit L-Thyroxin das kardiovaskuläre Risiko günstig beeinflusst, weder bei einem TSH zwischen 4 und 10 mIU/l noch bei einem Wert >10 mIU/l. Die kürzlich publizierte randomisiert kontrollierte TRUST-Studie untersuchte als primären Endpunkt den Einfluss einer Substitutionsbehandlung auf den Hypothyreose-Symptom-Score und einen Müdigkeits-Score – mit negativem Ergebnis [6]. Für eine Aussage zum kardiovaskulären Risiko war die Beobachtungszeit mit einem Jahr zu kurz und die Fallzahl mit n=737 zu gering.

Wir haben derzeit also keine Studienevidenz, die für eine medikamentöse Substitutionstherapie bei subklinischer Hypothyreose zur Prävention kardiovaskulärer Ereignisse spricht.

Euthyreote Struma

Der zweite Behandlungsgrund könnte die Prävention oder Behandlung einer euthyreoten Struma sein. Die Daten hierfür sind allerdings spärlich. Eine 2010 erschienene Metaanalyse inkludierte drei Kohorten-Studien und acht randomisierte kontrollierte Studien zur Größenentwicklung von Strumaknoten unter einer Suppressionsbehandlung mit L-Thyroxin [7].

Die Chance, eine Volumenreduktion der Knoten zu erzielen, lag unter L-Thyroxin bei 1,68 (95% KI 1,3-2,1) im Vergleich zu Plazebo. Die Studien waren aber sehr heterogen hinsichtlich der Kriterien, die für eine Knotenverkleinerung angelegt wurden. In einigen Studien wurde jede minimalste Reduktion als Therapieerfolg gewertet, in manchen nur Reduktionen über 50 Prozent.

Die Fallzahlen waren insgesamt klein (in allen Studien zusammen 417 Patienten unter L-Thyroxin und 326 unter Plazebo) und die Beobachtungszeiten sehr variabel (6 bis 60 Monate). Das Gesamtergebnis ist angesichts dieser Heterogenität kaum als belastbare Evidenz zu werten.

An diesem Bild ändert auch eine neuere deutsche Studie nichts, die in der Metaanalyse noch nicht berücksichtigt werden konnte, und die eine mittlere Größenreduktion von Knoten um 20 Prozent und des Schilddrüsenvolumens um 10 Prozent unter L-Thyroxin/Jodid-Kombinationstherapie zeigte [8]. Zudem gibt es keine verwertbaren Outcome-Studien: Für den Patienten relevant wäre weniger die Chance einer Volumenreduktion der in der Regel asymptomatischen Knoten, die meist als sonographischer Zufallsbefund entdeckt werden, sondern vielmehr die Aussicht, zukünftig notwendige Operationen und die Entwicklung eines Schilddrüsenkarzinoms zu verhindern. Hierzu gibt es keine direkten Untersuchungen. Möglicherweise führt L-Thyroxin gerade bei malignen Knoten nicht zu einer Größenreduktion [7].

Ob also durch die Substitutionsbehandlung eine Karzinomentstehung verhindert werden kann, ist unklar, und wir wissen auch nicht, ob dadurch zukünftige Strumektomien oder Radiojodtherapien vermieden werden.

Risiken einer L-Thyroxin-Behandlung

Es gibt zwar keine wirklich belastbare Evidenz für den Nutzen der L-Thyroxin-Substitution bei der subklinischen Hypothyreose oder der euthyreoten Struma, aber es könnte sein, dass dieser Nutzen einfach mangels entsprechend großer und langer Studien noch nicht nachgewiesen wurde. Was spricht also gegen eine L-Thyroxin-Behandlung? →



→ Zumindest bei älteren Patienten geht eine regelmäßige L-Thyroxin-Behandlung mit einem erhöhten Frakturrisiko einher (RR 1,06, 95% KI 1,05-1,08) [9]. In der TRUST-Studie zeigte sich numerisch die gleiche Risikoerhöhung (RR 1,06), das Ergebnis war aber aufgrund der geringen Fallzahl nicht signifikant [6]. Ein inverser Zusammenhang zwischen TSH-Wert und Frakturrisiko zeigt sich auch in epidemiologischen Untersuchungen [10].

Weniger klar ist ein möglicher Zusammenhang zwischen niedrigem TSH und dem Risiko für ungünstige Auswirkungen auf das Herz. Eine ältere systematische Übersichtsarbeit legt nahe, dass das Risiko für eine erhöhte Herzfrequenz, Vorhofflimmern und konzentrischer linksventrikulärer Hypertrophie erhöht sein könnte [11]. Es gibt aber keine langfristigen Outcome-Studien zu dieser Fragestellung. Die vorhandenen Daten legen jedoch nahe, dass sich zumindest eine längerfristige Suppression des TSH ungünstig auswirken könnte, vor allem bei älteren Personen.

Tatsächlich werden etwa 10 Prozent aller Patienten bei der Substitution mit L-Thyroxin überbehandelt (das heißt: TSH wird vollständig supprimiert), und bei einem Drittel der Fälle dauerte die Überbehandlung

zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits mehr als zwei Jahre an [12].

Fazit für die Praxis

Eine routinemäßige Behandlung mit L-Thyroxin kann in Anbetracht fehlender belastbarer Studienevidenz weder bei einer asymptomatischen subklinischen Hypothyreose noch bei einer Struma diffusa oder bei Schilddrüsenknoten empfohlen werden, vor allem nicht bei einem TSH-Wert <10 mIU/l und bei Personen über 65 Jahren. Besonders in diesen Fällen überwiegen die Risiken durch Übertherapie sowie Induktion von Osteoporose und Vorhofflimmern den fraglichen Nutzen. Große randomisiert kontrollierte Studien mit patientenrelevanten Outcomes als primäre Zielkriterien sollten auf den Weg gebracht werden, um hier klare Empfehlungen geben zu können.

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen

Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin,

Universität Witten/Herdecke

E-Mail: andreas.soennichsen@uni-wh.de

1. Grandt D, Schubert, Ingrid. Arzneimittelreport 2017 - Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. Asgard Verlagsservice GmbH; 2017.

2. Viniol, Bösnér, Baum, Donner-Banzhoff. Forgotten drugs: long-term prescriptions of thyroid hormones – a cross-sectional study. *Int. J. Gen. Med.* 2013;329.

3. Sun J, Yao L, Fang Y, Yang R, Chen Y, Yang K, et al. Relationship between Subclinical Thyroid Dysfunction and the Risk of Cardiovascular Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Int. J. Endocrinol.* 2017;2017:1–15.

4. Floriani C, Gencer B, Collet T-H, Rodondi N. Subclinical thyroid dysfunction and cardiovascular diseases: 2016 update. *Eur. Heart J.* [Internet] 2017 [cited 2017 Dec 3]; Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/3056578/Subclinical>

5. Rodondi N, den Elzen WPJ, Bauer DC, Cappola AR, Razvi S, Walsh JP, et al. Subclinical Hypothyroidism and the Risk of Coronary Heart Disease and Mortality. *JAMA* 2010;304:1365.

6. Stott DJ, Rodondi N, Kearney PM, Ford I, Westendorp RGJ, Mooijaart SP, et al. Thyroid Hormone Therapy for Older Adults with Subclinical Hypothyroidism. *N. Engl. J. Med.* 2017;376:2534–44.

7. Yousef A, Clark J, Doi SAR. Thyroxine Suppression Therapy For Benign, Non-Functioning Solitary Thyroid Nodules: A Quality-Effects Meta-Analysis. *Clin. Med. Res.* 2010;8:150–8.

8. Grussendorf M, Reiners C, Paschke R, Wegscheider K. Reduction of Thyroid Nodule Volume by Levothyroxine and Iodine Alone and in Combination: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2011;96:2786–95.

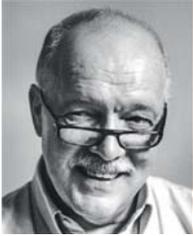
9. Viniol A, Hickstein L, Walker J, Donner-Banzhoff N, Baum E, Becker A. Influence of thyroid hormone therapy on the fracture rate - A claims data cohort study. *Bone* 2016;86:86–90.

10. Blum MR, Bauer DC, Collet T-H, Fink HA, Cappola AR, da Costa BR, et al. Subclinical Thyroid Dysfunction and Fracture Risk: A Meta-analysis. *JAMA* 2015;313:2055.

11. Biondi B, Palmieri EA, Lombardi G, Fazio S. Effects of subclinical thyroid dysfunction on the heart. *Ann. Intern. Med.* 2002;137:904–14.

12. Mammen JS, McGready J, Oxman R, Chia CW, Ladenson PW, Simonsick EM. Thyroid Hormone Therapy and Risk of Thyrotoxicosis in Community-Resident Older Adults: Findings from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Thyroid* 2015;25:979–86.





Alles oder nichts

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

Um Weihnachten und Neujahr herum kann man sich vor den vielen guten Wünschen kaum retten: Gesundheit, Glück und Erfolg – die Formulierungen variieren, aber der Inhalt ist immer gleich. Die Gesundheit ist auf Rang eins bei den guten Wünschen fürs neue Jahr, gefolgt von Glück und Erfolg. Aber was ist das eigentlich, die Gesundheit?

Ist man gesund, wenn man nicht krank ist? Ist man gesund, wenn man nichts davon weiß, dass man krank ist? Es gibt Tausende von Krankheiten, aber gibt es nur eine Gesundheit? Bedeutet Gesundheit für jeden Menschen vielleicht etwas anders? Gesundheit ist körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden, das ist zumindest die Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO.

Gesundheit sei uns verborgen, sie sei „das Schweigen der Organe“, sagte der Philosoph Hans-Georg Gadamer. Karl Kraus dagegen nimmt's leicht: „Gesund ist man erst, wenn man wieder tun darf, was einem schadet“. Für Aldous Huxley war schon vor knapp hundert Jahren „die Medizin so weit fortgeschritten, dass man kaum noch Gesunde findet“ – was für eine Weitsicht! Ein ganz anderer Aspekt findet sich in den „Maximen

und Reflexionen“ von Johann Wolfgang von Goethe: „Ein gesunder Mensch ohne Geld ist halb krank“.

Am häufigsten wird aber Arthur Schopenhauer zitiert. Nicht der Ausspruch: „Der einzige Mann, der nicht ohne Frauen leben kann, ist der Frauenarzt“ des notorischen Frauenhassers ist am bekanntesten geworden, sondern er hat angeblich auch das Wortspiel: „Gesundheit ist

Nachdem Schopenhauer in Frankfurt am Main zehn Jahre lang zumeist zur Untermiete gewohnt hatte, bezog er im Jahr 1843 im Alter von 55 Jahren eine Wohnung an der Schönen Aussicht, wo selbst das nichtssagende Fischerplätzchen am Mainufer bis heute auf seine Umbenennung in Arthur-Schopenhauer-Platz wartet.

"Gesund ist man erst, wenn man wieder tun darf, was einem schadet", schreibt Karl Kraus.

nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ in die Welt gesetzt. Hat er aber gar nicht! Das hat Schopenhauer nie gesagt, nirgends in seinen Schriften ist dieser bescheuerte Satz zu finden. Dennoch wird er immer wieder und überall mit diesem unmöglichen Spruch zitiert.

Stellen Sie sich vor, Sie wären krank und es käme jemand daher und sagt zu Ihnen: „Ohne Gesundheit ist alles nichts“. Was jetzt, wo doch alles nichts ist? Ein dummer, hirnlos dahingesagter Spruch und eine Ohrfeige für jeden, der krank ist.

Dort hat Schopenhauer bis zu seinem Tod 1860 gewohnt, und dort hat er etwas ganz anderes gesagt, nämlich „dass wahrlich ein gesunder Bettler glücklicher ist als ein kranker König“. Das leuchtet ein. Womit wir wieder auf Goethe, auf Arm und Reich und somit auf das Geld zurückkommen. Der verfälschte und vielfach missbrauchte Spruch von Schopenhauer, dass „ohne Gesundheit alles nichts“ sei, könnte – mit Goethes Hilfe – vielleicht lauten: „Geld ist nicht alles, aber ohne Geld ist alles nichts“.

chirurg@hontschik.de, www.medicinHuman.de

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

VON PROF. DR. PETER BEHRENS

Versammlung des Kreises 20

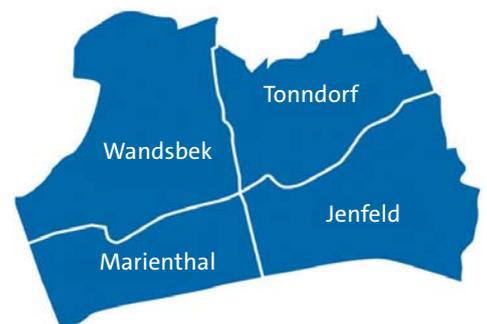
Die Pläne zum Arztruf Hamburg stoßen auf geteilte Resonanz

Am 23. November 2017 trafen wir uns in Tonndorf zur zweiten Kreisversammlung seit meiner Wahl zum Kreisobmann im Januar dieses Jahres. Mit 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren es zwar nicht mehr Interessierte als bei unserem ersten Treffen im April, doch es war eine muntere Versammlung mit lebendiger Diskussion, die alle Beteiligten motiviert hat, die Kreisversammlungen auch im kommenden Jahr fortzusetzen.

Inhaltlich beschäftigten wir uns zum einen mit dem neuen Arztruf Hamburg, der Anfang 2018 starten soll und den der Pressesprecher der KV Hamburg, Dr. Jochen Kriens, den Anwesenden vorstellte. Unter der etablierten Telefonnummer

des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sollen Anrufende dann an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr die Notdienst-Telefonzentrale der KV Hamburg erreichen, die unterschiedliche Serviceleistungen anbieten wird, damit Patientinnen und Patienten umgehend die ärztliche Hilfe erhalten, die sie benötigen – entweder telefonische Beratung durch einen Arzt, Vermittlung eines Arzttermins, Weitervermittlung an eine KV-Notfallpraxis, Besuch durch einen Arzt oder bei echten Notfällen auch eine Weitervermittlung an die Rettungsleitstelle. Der Vorstandsvorsitzende der KV Hamburg, Walter Plassmann, hatte das Konzept ja in der September-Ausgabe des *KVH-Journals* ausführlich vorgestellt.

Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unserer Kreisversammlung rief das neue Modell nicht nur Begeisterung hervor. Zum einen ist die Honorierung des neuen Angebots noch nicht geklärt. Zum anderen bezweifeln manche, dass es tatsächlich zu einer Entlastung beitragen kann. Als ein gewichtiges Problem empfanden es die Anwesenden, dass die Kolleginnen und Kollegen beim Arztruf keinen Zugriff auf Vorbefunde oder Laborwerte haben. Dies dürfte insbesondere die Behandlung chronisch Kranker erschweren, die sich möglicherweise vor allem deshalb beim Arztruf melden, weil sie auf regulärem Weg



keinen Hausarzttermin bekommen haben. Da die elektronische Gesundheitskarte ja leider immer noch nicht wirklich in Betrieb ist, auf der irgendwann einmal Befunde, Laborwerte und Medikation gespeichert werden sollen, hat der behandelnde Notfallarzt keinen Überblick. Der wäre aber dringend erforderlich, wenn er beispielsweise auf einen Rheumapatienten trifft, der seit vielen Jahren vom Hausarzt betreut wird und von ihm auch seine Arzneimittelverordnungen erhält. Da kann ein unbeteiligter Arzt nicht einfach via Arztruf einspringen und Rezepte ausstellen.

Das Grundproblem liegt nach Einschätzung vieler Kolleginnen und Kollegen an der Basis ja an anderer Stelle: Weil in unserem System seit Abschaffung der Praxisgebühr keine „Sperre“ eingebaut ist, konsultieren unzufriedene Patienten der Reihe nach immer wieder andere Ärztinnen und Ärzte, von denen dann immer wieder dieselben Untersuchungen durchgeführt werden. Eigentlich müsste man also den Ver-

Prof. Dr. Peter Behrens



Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderorthopädie, Sportmedizin und Rheumatologie und Obmann des Kreises 20

sicherten auf politischer Ebene viel deutlicher vermitteln, dass es medizinische Leistungen nicht als Flatrate zum Nulltarif gibt und dass jeder einzelne sich zum einen auch selbst ein wenig um seine Gesundheit kümmern und zum anderen sorgsam mit den Ressourcen im Gesundheitssystem umgehen muss. Auch in diesem Punkt wäre es schön, wenn die elektronische Gesundheitskarte schon ihre volle Funktionalität hätte: Ein Arzt könnte anhand der gespeicherten Daten dann schnell sehen, wenn ein Patient im laufenden Quartal wegen ein- und derselben Beschwerden bereits bei mehreren Ärzten war und dort immer wieder dieselben Leistungen in Anspruch genommen hat.

Ein weiterer Punkt, der bei der Kreisversammlung Unverständnis hervorrief, war die extrabudgetäre Vergütung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) bei Rheumapatienten für die internistischen

Rheumatologen, nicht aber für orthopädische Rheumatologen. Der Zuschlag in Form der PFG mag von der Selbstverwaltung hart erkämpft und an sich auch sinnvoll sein. Doch er kommt nicht all den Ärztinnen und Ärzten zugute, die in ihrer Praxis Menschen mit rheumatoider Arthritis behandeln und von denen es ohnehin viel zu wenige gibt. Hier gibt es in unseren Augen dringenden Handlungsbedarf – vor allem wenn man bedenkt, dass die Zahl der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis steigt, wie die KBV erst am 23. November 2017 in einem Rundschreiben betont hat.

In diesem Zusammenhang eine Anregung für alle Kolleginnen und Kollegen: Um die Versorgung der Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zu verbessern, bietet sich der Befundbogen zur rheumatologischen Früherkennung vom Hausarzt für den Facharzt an, wel-

Befundbogen vom Hausarzt für den Facharzt	
Name des Patienten:	
Früherkennung einer Rheumatoiden Arthritis (RA) / Psoriasisarthritis (PsA):	
Klinische Merkmale einer RA oder PsA (für die Zuweisung sollten mindestens 2 Kriterien erfüllt sein):	
Cave: Es kann auch eine Monoarthritis vorliegen.	
<input type="checkbox"/> Weiche, schmerzhaft Gelenkschwellung <input type="checkbox"/> Mehr als 2 geschwollene Gelenke <input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit der Gelenke > 30 min <input type="checkbox"/> Symmetrischer Gelenkbefall	<input type="checkbox"/> Daktylite Finger- und/oder Zehen <input type="checkbox"/> Psoriasis vulgaris <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Schmerzen der Fingergrundgelenke bzw. der Zehengrundgelenke
Labor: Crea, BB, GPT, G-GT, ggf. Elektrolyse, HS <input type="checkbox"/> BSG > 28 mm/h <input type="checkbox"/> CRP > 0,5 mg/dl oder > 5 mg/l	Fakultativ: <input type="checkbox"/> Rheumafaktor (RF) <input type="checkbox"/> Anti-CCP-Antikörper
Früherkennung einer axilen Spondylarthritis:	
Klinische Merkmale einer axilen SpA (für die Zuweisung sollten mindestens 2 Kriterien erfüllt sein):	
<input type="checkbox"/> Nächtlicher Rückenschmerz (v. a. 2. Nachthälfte) <input type="checkbox"/> Besserung durch Bewegung <input type="checkbox"/> Morgensteifigkeit der Wirbelsäule > 30 min <input type="checkbox"/> Teilweise LWS- und Gesäßschmerzen <input type="checkbox"/> Sehnenansatzentzündung	<input type="checkbox"/> Iritis / Uveitis <input type="checkbox"/> Pos. Familienanamnese <input type="checkbox"/> Daktylite <input type="checkbox"/> Psoriasis vulgaris <input type="checkbox"/> Chronisch-entzündliche Darmerkrankung
Labor: Crea, BB, GPT, G-GT, ggf. Elektrolyse, HS <input type="checkbox"/> BSG > 28 mm/h <input type="checkbox"/> CRP > 0,5 mg/dl oder > 5 mg/l	Fakultativ: <input type="checkbox"/> HLA B27
Früherkennung einer Kollagenose / Vasculitis:	
Häufige Symptome, allein oder in Kombination (für die Zuweisung sollten mindestens 2 Kriterien erfüllt sein):	
<input type="checkbox"/> Symmetrische Gelenkschwellungen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Purpura <input type="checkbox"/> Schmerzhafte Hautläsionen (z. B. Myxalgen (proximal betont), temporaler Kopfschmerz)	<input type="checkbox"/> Organbeteiligungen (Pleuraderguss, Myocarditis, Pleurerguss, Pericarditis, Pneumonie, Lungenarteriome, Nephritis etc.) <input type="checkbox"/> Polyneurie (v. a. symmetrische und asymmetrische Par-, Dys- und Hypästhesien)
Labor: Crea, BB, GPT, G-GT, ggf. Elektrolyse, HS <input type="checkbox"/> BSG > 28 mm/h <input type="checkbox"/> CRP > 0,5 mg/dl oder > 5 mg/l	Fakultativ: <input type="checkbox"/> ANA
Bitte geben Sie diesen Befundbogen Ihrem Patienten zur Weitergabe an den Facharzt mit.	

cher den zuweisenden Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung gestellt wird, um richtungswisende Befunde eintragen zu können (siehe Abbildung). Sie finden den Befundbogen im Internet:

<http://www.kvvh.net/kvvh/pages/index/p/1176>

Die Termine weiterer Kreisversammlungen finden Sie im Kalender auf Seite 30.

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!



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Hans-Jürgen Juhl**
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Hans-Jürgen Juhl**

Geburtsdatum: **22.3.1954**

Familienstand: **28 Jahre glücklich verheiratet, vier Kinder (26, 25, 24 und 20 Jahre)**

Fachrichtung: **HNO**

Weitere Ämter: **Beiratsmitglied im Ärztenetz Hamburg, stellvertr. Mitglied im Beratenden Fachausschuss Fachärzte**

Hobbys: **Musik, Familie, Garten, Reisen**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja. Die ärztlichen Herausforderungen durch Patienten mit ganz unterschiedlichen Problemen und oft anspruchsvollen Fragestellungen machen unsere Arbeit gerade im niedergelassenen Praxisalltag so interessant und abwechslungsreich. Dass die schnelle Entwicklung des Faches ständige Fortbildung benötigt, fand ich auch schon immer sehr reizvoll.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Dazu gehören vor allem die mit der Praxisführung unmittelbar verbundenen Aspekte wie Personalführung, Kostenanalysen, Finanzierungsfragen, Zertifizierungen usw. Dadurch ist es manchmal nicht leicht, genügend Zeit und auch die erforderliche Konzentration für den eigentlichen Kern unserer Arbeit zu sichern: die Sprechstunden mit den Patienten.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Möglichst viel Selbstverwaltung gegen möglichst wenig Fremdbestimmung setzen. Ich möchte Strukturen für die innerärztliche, aber auch für die sektorenübergreifende Kooperation weiterentwickeln und den starken Vernetzungsgedanken vertiefen, den wir im Ärztenetz Hamburg schon seit Jahren umsetzen und immer weiter ausbauen. Zum Beispiel können wir mit Hilfe von Vernetzungsstrukturen einige nicht-ärztliche Tätigkeiten aus der Praxis outsourcen.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Dass auch in Zukunft die vielfältige, hochwertige, wohnortnahe Patientenversorgung in der Hand der selbstständigen, unabhängigen Haus- und Fachärzte bleibt. ■

German Docs auf Tour

Drei deutsche Ärzte fahren das härteste Radrennen der Welt – eine 5000-Kilometer-Tour quer durch die USA. Dabei geht es nicht nur um die sportliche Herausforderung, wie der Hamburger Orthopäde Dr. Christian Ansorge erklärt.



Die German Docs: Dr. Christian Ansorge, Orthopäde an der Hamburger Helios-Endo-Klinik (links), Dr. Falk Hildebrandt, Anästhesist in Neubrandenburg (Mitte), und der in Rostock niedergelassene Orthopäde Dr. Sebastian Ansorge (rechts).

Wie kamen Sie auf die Idee, an einem Radrennen in den USA teilzunehmen?

ANSORGE: Ich habe meinem Sohn ein Kinderbuch vorgelesen, in dem eine Maus das Radrennen „Race across America“ (RAAM) gewinnt. Das Rennen gibt es tatsächlich: 5000 Kilometer von der Westküste bis zur Ostküste der USA nonstop in neun Tagen. Ich habe mir die Website angesehen. Und als ich feststellte, dass man auch als Team antreten kann, war die Idee geboren. Ich rief meinen Bruder an, mit dem ich schon einige außergewöhnliche Radrennen gefahren bin – und einen befreundeten Kollegen, der aber mittlerweile wieder abgesprungen ist. Nun haben wir Dr. Falk Hildebrandt als dritten Mann gewonnen, einen Anästhesisten aus Neubrandenburg. Wir sind als „German Docs“ angemeldet – im Juni 2018 geht es los.

Sie wechseln sich beim Fahren ab?

ANSORGE: Ja, wir teilen uns diese 5000-Kilometer-Tour. Das Rad fährt nonstop Tag und Nacht. Einer von

uns tritt in die Pedale, einer kann vielleicht schlafen, einer kann essen.

Haben Sie mit den organisatorischen Vorbereitungen schon begonnen?

ANSORGE: Ja. Um teilnehmen zu können, ist eine große Logistik notwendig. Wir brauchen ein Begleit-Auto, das ununterbrochen hinter dem Rad herfährt. Außerdem benötigen wir ein Wohnmobil als Basis. Wir nehmen sechs Leute als Begleit-Team mit in die USA. Das sind Freunde von uns, die sich um das Drumherum kümmern: Autos fahren, Navigation machen, telefonieren, einkaufen, gegebenenfalls das Rad reparieren. Die anderen Teams nehmen einen Arzt mit, das brauchen wir natürlich nicht. Und wir müssen uns um die Finanzierung kümmern. Einen Großteil bezahlen wir aus eigener Tasche. Doch einen Teil der Kosten wollen wir durch Sponsoren finanzieren. Das RAAM hat traditionell auch einen karitativen Aspekt: Die Teilnehmer des Rennens treten für einen guten Zweck an. Wir haben uns dazu

entschlossen, Spenden für KIO zu sammeln.

Was ist das?

ANSORGE: Das ist die Kinderhilfe Organtransplantation. Der Verein unterstützt die Familien von Kindern, bei denen eine Organtransplantation durchgeführt wird. Der medizinische Eingriff wird von den Kassen bezahlt. KIO unterstützt die Familien dabei, jene Kosten zu bewältigen, die nicht von den Kassen übernommen werden. Oftmals werden Besuchsfahrten und Übernachtungen in Kliniknähe nötig. Auch Verdienstauffälle können die Familien in Bedrängnis bringen.

Wie trennen Sie Sponsoring und Spenden?

ANSORGE: Das sprechen wir mit den Geldgebern ab. Wir haben Sponsoren, die uns ausdrücklich Geld für die Räder oder das Equipment geben. Andere spenden ausdrücklich für KIO. Wenn das nicht klar ist, setzen wir uns mit den Spendern in Verbindung und fragen nach. Wir haben den Verein „Ärzte bewegen“ gegründet, die Bestätigung der Gemeinnützigkeit ist erfolgt. Wir hoffen, dass wir am Ende einen möglichst großen Scheck an KIO übergeben können.

Weitere Infos:

www.aerzte-bewegen.de/

Kontakt: info@aerzte-bewegen.de

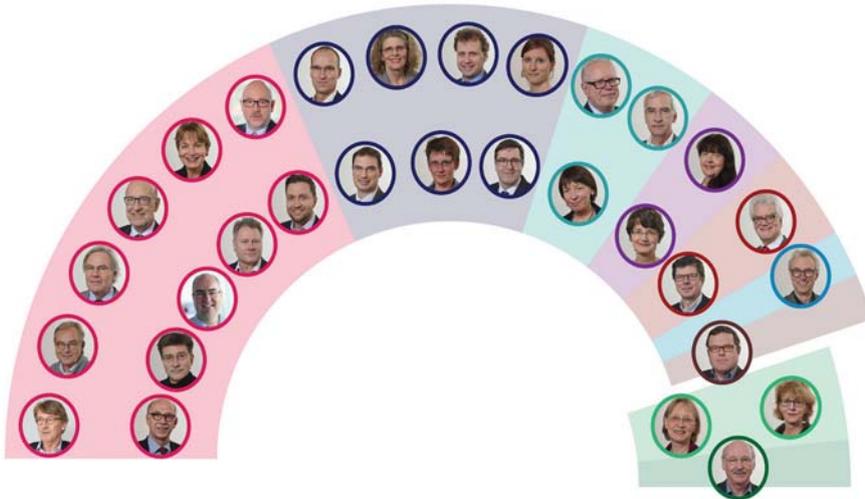
Spendenkonto: „Ärzte bewegen e.V.“, Verwendungszweck RAAM

(„Sponsoring“ oder „KIO-Spende“)

IBAN: DE55 3006 0601 0008 1324 24

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

Do. 5.4.2018 (ab 19.30 Uhr) – Ärztehaus (Julius-Adam-Saal),
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg



AUSBILDUNGSKURS ZUR QUALITÄTS- UND PRAXISMANAGERIN

Mo. 19.3.2018 bis Fr. 23.3.2018
Teilnahmegebühr: € 650

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Weitere Infos: www.kvhh.de →
Fortbildung → Termine

Ansprechpartnerin:
Ursula Gonsch, Tel: 22802-633
ursula.gonsch@kvhh.de

ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ

Grundschulung für Unternehmer

Praxisinhaber sind für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Um den Arbeitsschutz selbst in die Hand nehmen zu können, muss sich der Praxisinhaber (oder ein von ihm beauftragter geeigneter Vertreter) schulen lassen.

BGW-zertifiziertes Seminar
8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 24.1.2018 (15 - 20 Uhr)
Fr. 26.1.2018 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Anmeldung: AV-2 Arbeits- und Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle; Betriebsarztpraxis
Dr. Gerd Bandomer,
Tel: 278063-47, Fax: 278063-48
E-Mail: betriebsarzt@dr-bandomer.de

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 6 ZUSAMMEN MIT KREIS 7 (Harvestehude und Rotherbaum)

Kreisobmann Kreis 6:
Dr. Fritz Pieper
Stellvertreterin Kreis 6:
Dr. Grazyna Kaiser

Kreisobfrau Kreis 7:
Dr. Yvonne Gagu-Koll
Stellvertreterin Kreis 7:
Dr. Friederike Windler

Mi. 17.1.2018 (ab 19.00 Uhr)

Programm:
Vortrag von Dr. Ulrich Kemloh (Leiter der Abteilung IT-D der KV Hamburg) zur Telematik
Vortrag von Dr. Silke Lüder zur Telematik

Ort: KV Hamburg, Humboldtstr. 56 / EG
Grete-Albrecht-Saal
22083 Hamburg

KREIS 9 (Hamburg-Altstadt, Neustadt)
Kreisobmann:

Dr. Johannes Göckschu

Do. 18.1.2018 (ab 19.00 Uhr)

Programm:
Vortrag von Dr. Ulrich Kemloh (Leiter der Abteilung IT-D der KV Hamburg) zur Telematik
Vortrag von Silke Denner-Strachanowski (Leiterin KV-Honorarabteilung) und Jan Torliene (Mitarbeiter KV-Honorarabteilung): Wie liest man seine Honorarabrechnung? (2. Teil Fortbildungsreihe Honorar)

Ort: Labor Dr. Fenner, Bergstraße 14
20095 Hamburg

ABGABE DER ABRECHNUNG

JEWELNS VOM 1. BIS 15. KALENDERTAG DES NEUEN QUARTALS

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

Patientenrechte im Alltag

Welche Anforderungen ergeben sich aus dem Patientenrechtegesetz und wie lassen sie sich in die Praxisabläufe und ins QM integrieren? Im Seminar erfahren Sie, was zu tun ist. Aspekte des Risikomanagements und der Umgang mit den Einsichtsrechten der Patienten werden verdeutlicht. Sie lernen, worauf bei der Dokumentation in der Patientenakte zu achten ist und wie mit Einwilligungen und Einverständniserklärungen umzugehen ist. Außerdem erhalten Sie Tipps zur Gestaltung geeigneter Arbeitsanweisungen.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 17.01.2018 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

QEP-Hygiene

Das Seminar bietet einen Überblick über die gesetzlichen Grundlagen und alle wichtigen Aspekte des Hygienemanagements. Sie erfahren unter anderem, wie Sie sich auf eine Praxisbegehung durch Behörden vorbereiten können und wie Hygiene-, Hautschutz-, und Reinigungspläne erstellt werden.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 7.2.2018 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Neue Mitarbeiter professionell einarbeiten

Nehmen Sie sich genügend Zeit für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter? Besonders wegen des zunehmenden Fachkräftemangels ist bereits bei der Einstellung eine frühzeitige Mitarbeiterbindung wichtig. Das Seminar unterstützt Sie dabei, professionelle Ausbildungs- und Einarbeitungsstrukturen in Ihrer Praxis aufzubauen und zu verankern. Für Praxisinhaber und -mitarbeiter, die mit der Einarbeitung und Betreuung neuer Mitarbeiter betraut sind.

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 28.2.2018 (9:30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg Infos zur Anmeldung: www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement
Telefonische Auskunft und Anmeldung: Ursula Gonsch, Tel: 22802-633, Birgit Gaumnitz, Tel: 22802-889, Sabrina Pfeifer, Tel: 22802-858

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Einführung in die Hypnose

Die Teilnahme an diesem Einführungskurs und am Aufbaukurs ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung mit der KV.

19 FORTBILDUNGSPUNKTE

Zweitägig: Fr. 19.1.2018 (16 - 21.15 Uhr) und Sa. 20.1.2018 (9 - 18.45 Uhr)

Teilnahmegebühr:
€ 240 (inkl. Verpflegung)

DMP Patientenschulungen

Für Ärzte und Praxispersonal – Kursteilnahme ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung von Patientenschulungen.

Termine und weitere Infos:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html → ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „DMP“ eingeben

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300
E-Mail: akademie@aekhh.de
Online-Anmeldung:
www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

Medizinische Fachangestellte: Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2018!



Das neue Fortbildungsprogrammheft für Medizinische Fachangestellte ist da.

Es beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die zwischen Januar und Juni 2018 stattfinden und gibt eine Vorschau auf das zweite Halbjahr. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

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!

