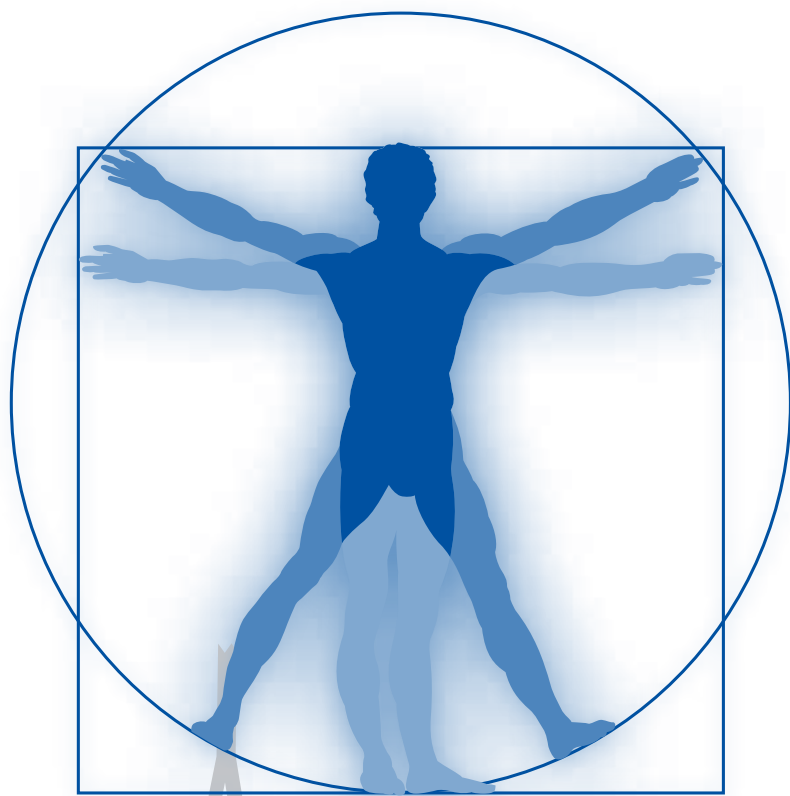


KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 11/2011

Medizinmetropole Hamburg



Honorare

Schluss mit der bundesweiten Umverteilung!

Allgemeinmedizin

Wie kann Forschung die hausärztliche Tätigkeit unterstützen?

Jubiläum

Patientenberatung feiert 10-jähriges Bestehen

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Lautstarkes Protestieren ist nicht hanseatische Art. Wenn also die KV-Spitze jetzt dazu aufruft, die Probleme der niedergelassenen Ärzte in die Öffentlichkeit zu tragen, muss einiges passiert sein - oder drohen. Und es droht Ungemach: Hamburg soll offenbar von der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens abgekoppelt werden.

Hamburger Ärzte versorgen traditionell eine Vielzahl von auswärtigen Patienten, die vor allem fachärztliche Betreuung suchen. Diese starke Nachfrage hat Hamburger Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzt, Praxen in hochspezialisierte Bereiche weiterzuentwickeln

Jetzt soll das KV-Budget auf Bundesschnitt heruntergefahren werden. Überdurchschnittliche Versorgung für durchschnittliches Geld: Das kann nicht funktionieren. Da wir die Aufbauarbeit der vergangenen Jahrzehnte nicht einfach aufgeben wollen, müssen wir handeln: Leise Lobbyarbeit, laute Proteste und harte Argumente. Eine erste Auswertung finden Sie in diesem „KV-Journal“. Weitere werden folgen müssen - damit wir auch weiter stolz sein können auf die ambulante Versorgung in Hamburg!



*Ihr Walter Plassmann,
stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: (040) 22802-655, eMail: redaktion@kvhh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

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

Titelbild: fotolia.de/ag_visuell; thegnome

Ausgabe 11/2011 vom 1. November 2011

(Redaktionsschluss: 18. Oktober 2011)

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

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

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Versorgen Sie viele Patienten aus dem Hamburger Umland?	4
Mythos Überversorgung: Warum gute ambulante Großstadtversorgung die Effizienz des Gesamtsystems erhöht	5
Schluss mit der Umverteilung! Hamburg fehlen schon jetzt 50 Millionen Euro	8

Forum

Wie kann Forschung die hausärztliche Tätigkeit unterstützen?	
Interview mit Prof. Dr. Martin Scherer, dem neuen Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE	10
Einladung zum Tag der Allgemeinmedizin und zur Antrittsvorlesung von Prof. Dr. Martin Scherer	12

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	13
Kodierhilfe: Hausarzt-Thesaurus in elektronischer Form und als Kitteltaschen-Version verfügbar /	
Muster 10 (Laborüberweisung) erhält neue Form	14

Amtliche Veröffentlichungen

Änderungen der Notdienstordnung /	
Bekanntmachungen zu Verträgen im Internet	15

Qualitätsmanagement

„Totalverweigerer sind selten.“ Interview mit Dr. Gerhard Held über die Beratung von Ärzten, die mit ihrem Qualitätsmanagement nicht in der Zeit liegen	16
Welche Praxen sind zertifiziert? KV bittet um Mitteilung	17

Brennpunkt Arznei

Verordnung von Cliostazol ist nur noch in besonderen Fällen wirtschaftlich	18
Stellungnahme der KV zur Verordnung von Dabigatran (Pradaxa) für Patienten mit Vorhofflimmern	19

KV intern

Jubiläum: Patientenberatung feiert 10-jähriges Bestehen	20
Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung	22
Terminkalender	23

Nachgefragt

■ Versorgen Sie viele Patienten aus dem Hamburger Umland?



Ein Teil der Patienten in unserer Facharztpraxis kommt aus Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern. Ähnliches berichten auch die Kollegen aus Praxen und Anästhesiezentren. Wir sehen dies als Kompliment für unserer Arbeit. Um sich in Hamburg von hochspezialisierten ambulanten Operateuren behandeln zu lassen, nehmen diese Patienten gern eine etwas weitere Anreise in Kauf, ebenso wie sie für einen speziellen Einkauf auch einmal etwas weiter fahren. Sie kommen in der Regel auch für das Vorgespräch mit ihren präoperativen Befunden persönlich zu uns. Logistisch bereitet uns die Versorgung von Patienten aus dem Umland also keine Probleme. Allerdings ist es frustrierend zu wissen, dass die Versorgung dieser Patienten über den Fremdkassenausgleich nicht ausreichend kompensiert wird.

*Wiebke Lankuttis,
Fachärztin für Anästhesie und
stellvertretende Vorsitzende des
BDA-Landesverbandes Hamburg*



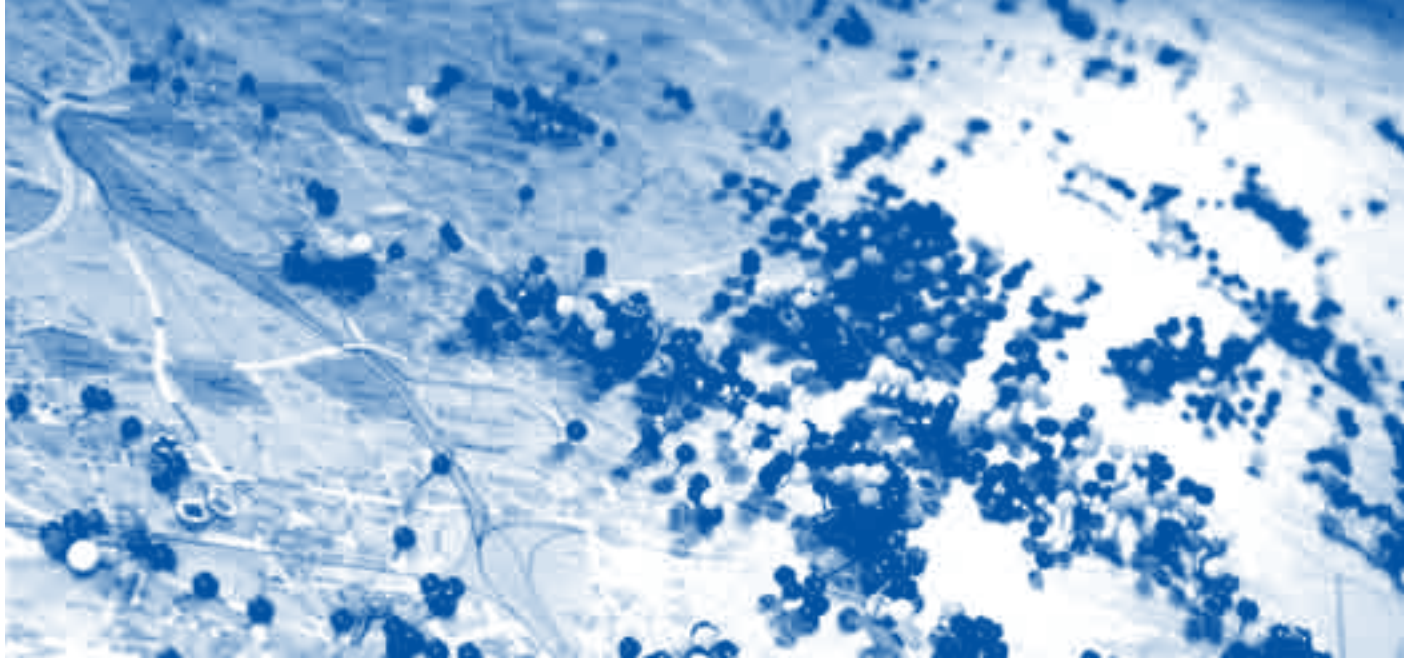
In unserer Praxis in Wandsbek versorgen wir auch Patienten aus Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, die in ihrem Heimatort lange auf einen Termin beim Radiologen warten müssten und deshalb lieber nach Hamburg kommen. Es gibt in Hamburg eine angenehme Dichte an Röntgenpraxen mit Vollversorgung. Patienten müssen also nie lange auf einen Termin warten. Im Umland gibt es in der Fläche nicht viele radiologische Praxen, sondern vorwiegend Zentren, die nicht für jeden leicht erreichbar sind. Für Pendler, die im Umland wohnen und in Hamburg arbeiten, kommt aufgrund ihrer Tagesdynamik ohnehin nur ein Arztbesuch in Hamburg in Frage – wenn sie abends nach Hause kommen, haben die dortigen radiologischen Praxen längst geschlossen. Für einen Arztbesuch in ihrer Heimatstadt müssten sie sich einen ganzen Tag freinehmen.

*Dr. Andreas Bollkämper,
Facharzt für Radiologie und
Vorsitzender des BDR-
Landesverbandes Hamburg*



Die gynäkologischen Praxen in Hamburg versorgen viele Patientinnen aus dem Umland. Die Gynäkologie ist ein besonders intimes Fach, viele Frauen möchten daher nicht von ihrer Nachbarin im Wartezimmer gesehen werden. Manch eine glaubt sicher auch, dass in der Großstadt grundsätzlich alles besser ist und sucht sich ihren Frauenarzt daher lieber in Hamburg als in ihrem Heimatort. Weil das ambulante gynäkologische Operieren unter anderem hier in Hamburg angefangen hat, genießt unsere Stadt speziell auf diesem Gebiet einen sehr guten Ruf – auch wenn es im Umland längst ebenfalls hervorragende gynäkologische Operateure gibt.

*Dr. Wolfgang Cremer,
Facharzt für Gynäkologie und
Vorsitzender des BVF-Landes-
verbandes Hamburg*



Das „überversorgte Ballungsgebiet“ – ein Mythos

- Neue Untersuchungen zeigen: Eine hohe Inanspruchnahme vertragsärztlicher Strukturen kann die Krankenhäuser entlasten und die Mortalität der Patienten senken. Die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in den Städten übernehmen zudem eine wichtige Mitversorgungsfunktion für das Umland.

Einer der Gründe, warum für die vertragsärztliche Versorgung in Hamburg derzeit so wenig Geld zur Verfügung steht, ist der hartnäckige Mythos vom „überversorgten Ballungsgebiet“. Sind die Ballungsräume aufgrund ihrer im Vergleich zu ländlichen Regionen hoch entwickelten vertragsärztlichen Versorgungsstruktur tatsächlich als überversorgt zu betrachten? Letzteres scheint der GKV-Spitzenverband zu glauben, und er wird darin von Meinungsmachern wie beispielsweise der Bertelsmann-Stiftung tatkräftig unterstützt. Zu dieser Auffassung kann nur gelangen, wer die vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen in Städten als isoliertes System betrachtet und deshalb glaubt, dass diese folgenlos abgebaut werden könnten.

Das Bundesgesundheitsministerium geht hingegen davon aus, dass eine gute ambulante Versorgung zu Effizienzsteigerungen in der Gesundheitsversorgung insgesamt führt: „Wir sehen das in Brandenburg“, sagte Gesundheitsminister Daniel Bahr am 19.8.2011 im Deutschlandradio. „Das ist das Land mit den wenigsten niedergelassenen Ärzten pro Einwohner, hat aber die höchsten Krankenhauskosten, die höchsten Rettungsdienstkosten und Krankentransportkosten.“

Tatsächlich geht es um die Frage, inwieweit gute ambulante Versorgungsstrukturen die kostenaufwändigeren Krankenhausbehandlungen reduzieren und wichtige Versorgungsaufgaben für das Umland überneh-

men - und daher gerade nicht als isoliertes System betrachtet werden dürfen. Bei dieser Betrachtungsweise erweist sich der „überversorgte Ballungsraum“ als Mythos.

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Regionale Unterschiede“ hat das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) Kennzahlen der vertragsärztlichen Versorgung mit Daten zu Krankenhausfallzahlen und Daten zur Mortalität auf Kreisebene analysiert. Dabei stellte sich heraus: Bei einem gegebenem Versorgungsbedarf geht ein hoher vertragsärztlicher Versorgungsgrad einher mit einer geringeren stationären

Fortsetzung auf S. 6

Fallzahl einerseits und einer geringeren Mortalität andererseits: Je mehr Vertragsärzte pro Einwohner, desto geringer die stationäre Fallzahl und desto geringer auch die Sterblichkeit der Patienten.

„Dies widerspricht der von Krankenkassen vertretenen und häufig zitierten Auffassung, die sogenannte doppelte Facharztschicht sei ineffizient und in erster Linie Kennzeichen einer Überversorgung“, so ZI-Geschäftsführer Dr. Dominik Graf von Stillfried. „Unsere Ergebnisse zeigen: Die Investition in vertragsärztliche Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen verspricht eine Verbesserung wichtiger Ergebnisindikatoren der Versorgung. Die Absenkung der Vergütungen sowie ein Abbau der vertragsärztlichen Versorgung in

vermeintlich überversorgten Regionen kann perspektivisch hingegen unerwünschte Konsequenzen haben wie etwa mehr Krankenhausfälle und womöglich sogar eine höhere Mortalität.“ In die gleiche Richtung gehen Forschungsergebnisse des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen der TU Berlin, die kürzlich bei einer Fachtagung des ZI in Berlin vorgestellt wurden.

Was zudem oft in Vergessenheit gerät: In Zeiten von Mobilität und Vernetzung sind Großstädte mehr denn je zu Gravitationszentren geworden, deren Anziehungskraft weit über die eigentlichen Stadtgrenzen hinaus auf die Bevölkerung des Umlandes wirkt. Für den Stadtstaat Hamburg gilt dies in besonderem Maße: Traditionell bestehen enge Verbindungen mit den umliegenden Flächenbundesländern. Nach Angaben des

Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung pendeln täglich mehr als 230.000 Menschen zwischen ihren Arbeitsplätzen in Hamburg und ihrem Wohnort in Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern oder Schleswig-Holstein - also jeder zweite Hamburger Arbeitnehmer!

Im vertragsärztlichen Bereich hat Hamburg eine hoch spezialisierte und hoch entwickelte, stark ausdifferenzierte Versorgungsstruktur, die in ländlichen Gebieten in dieser Form nicht vorgehalten werden kann. Neben den vielen Arbeitnehmern, die täglich in die Stadt hineinquen, nutzen daher auch Patienten mit hohem Beratungs- oder Behandlungsbedarf und sehr speziellen medizinischen Fragestellungen das städtische Versorgungsangebot. Insbesondere im spezialärztlichen Bereich kann und muss man daher von einem die Stadt-

Leistungsexport der Hamburger Vertragsärzte

21,8 %

Patienten mit Wohnort außerhalb von Hamburg: 21,8 %

59,9 %

davon aus Schleswig-Holstein: 59,9 %

grenzen deutlich überschreitenden, gesamtregionalen Versorgungsgefüge sprechen. Nach Berechnungen, die das ZI im Auftrag der KV Hamburg durchgeführt hat, versorgen die Hamburger Ärzte und Psychotherapeuten gemessen an ihrem angeforderten Leistungsbedarf im Schnitt insgesamt zu gut einem Fünftel Patienten aus anderen KV-Bereichen.

Besonders groß ist dieser Anteil im Bereich der Spezialversorgung. So ist es wenig überraschend, dass die vorwiegend als Medizindienstleister tätigen Hamburger Labormediziner und Humangenetiker knapp 56 Prozent ihrer Leistungen für

bereichsfremde Patienten erbringen. Aber auch und insbesondere die hoch spezialisierten Fachgruppen der Anästhesisten und Radiologen kümmern sich zu rund 35 Prozent um Patienten, die nicht aus Hamburg stammen. Mit rund 20 Prozent kommen zudem auch die Ner-

venärzte, Frauenärzte, Hautärzte und Orthopäden sowie die Chirurgen auf einen beachtenswerten Leistungsbedarf für auswärtige Patienten.

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung liegt der Mitversor-

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) ist ein gemeinsames Forschungsinstitut in Rechtsform einer Stiftung und wird von der KBV und den KVen getragen. Seit seiner Einrichtung im Jahr 1973 führt das ZI im Auftrag der KVen in den Bereichen der Erforschung und Entwicklung des ambulanten Gesundheitswesens, Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung sowie Datenverarbeitung wissenschaftliche Analysen und Studien zur Weiterentwicklung des Systems der ambulanten Versorgung durch.

Fortsetzung auf S. 8

Leistungsexport der Hamburger Vertragsärzte nach Fachgruppen*

Arztgruppe	Wohnort der Patienten	
	außerhalb von Hamburg	davon aus SH
Labor / Humangenetik	55,8%	47,3%
MVZ/ fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen	36,7%	41,0%
Radiologen	35,8%	37,3%
Anästhesisten	35,4%	60,9%
alle übrigen Arztgruppen	27,5%	53,5%
Nervenärzte	18,6%	65,9%
Frauenärzte	18,5%	57,8%
Hautärzte	17,6%	58,3%
Orthopäden	17,3%	60,7%
Chirurgen	16,3%	54,2%
Augenärzte	15,3%	76,4%
Psychotherapeuten	15,2%	67,3%
Fachärztlich tätige Internisten	14,5%	76,9%
Urologen	14,2%	67,4%
HNO-Ärzte	13,1%	61,4%
Kinderärzte	11,9%	72,6%
hausärztlicher Versorgungsbereich	7,2%	59,1%
Mittelwert	21,8%	59,9%

* Quelle: Abrechnungsdaten der KV Hamburg des Jahres 2009; Berechnungen des ZI. (Dargestellt ist der Anteil des mit dem OPW bewerteten Leistungsbedarfs für die Versorgung von Patienten wohnhaft außerhalb des KV-Bezirks am gesamten angeforderten Leistungsbedarf ohne Mengen begrenzende Maßnahmen)

gungsanteil mit rund 7 Prozent dagegen deutlich niedriger. Dies gilt auch für die anderen Arztgruppen, deren Versorgungstätigkeit sich im Wesentlichen im Bereich der Grundversorgung bewegt. So betreuen die Kinder- und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte nur zu circa 12 bis 13 Prozent Patienten, die nicht in der unmittelbaren Umgebung ihrer Praxen ansässig sind. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass das Hamburger Umland in der Grundversorgung auch in der Fläche eine gute Abdeckung aufweist, so dass sich

die Mitversorgung hier auf ein Minimum beschränkt. Wenn es jedoch um speziellere Krankheitsbilder mit entsprechend aufwändigen Behandlungsmethoden geht, die möglicherweise die Kooperation mehrerer Spezialisten beziehungsweise sektorenübergreifende Koordination erfordern, findet der Patient in den großstädtischen Versorgungsstrukturen ein deutlich breiter gefächertes Angebot.

Mit im Mittel 60 Prozent kommt über die Hälfte der „exportierten Leistungen“ Patienten aus dem schleswig-holsteinischen Umland zugute. Natürlich geht auch

der ein oder andere Hamburger in Schleswig-Holstein zum Arzt. Mit einem durchschnittlichen „Leistungsimport“ von fünf Prozent über alle Fachgruppen ist dieser Anteil jedoch erheblich geringer, und auch nach Abzug dieser Fälle entfielen nach Berechnungen des ZI im Jahr 2007 bei den Bedarfsplanungsgruppen insgesamt über zwei Millionen Arzt-Patienten-Kontakte beziehungsweise über alle Arztgruppen gerechnet ein Fünftel des Leistungsbedarfes der Hamburger Ärzte auf schleswig-holsteinische Patienten.

Eva Schiffmann

Schluss mit der Umverteilung!

■ Der KV Hamburg fehlen 50 Millionen Euro. Diese Summe hätte Hamburg zusätzlich erhalten müssen, wenn der Honorarzuwachs sich im Durchschnitt aller KVen bewegt hätte. Wenn Hamburg weiter benachteiligt wird, wird sich das ambulante Versorgungsniveau der Medizinmetropole nicht halten lassen.

Das Maß ist voll! Tagtäglich merken wir in unseren Praxen, dass es so nicht mehr weiter gehen kann: Wir können die Patienten nicht mehr so gut versorgen, wie wir es eigentlich gerne tun würden. Wir haben keine Zeit mehr für Gespräche. Und obwohl wir arbeiten bis zum Umfallen, wird das Honorar unterm Strich immer weniger.

Die ambulante Versorgung in Hamburg ist in Gefahr. Wir haben einen Fehlbetrag von 50 Millionen Euro zu verkraften.

Diese Summe hätte uns zugestanden, wenn wir am durchschnittlichen Honorarzuwachs aller KVen teilgenommen hätten. Doch wir wurden davon ausgeschlossen und auf "Null" gesetzt.

Der Versuch, die ambulante Versorgung zentral von Berlin aus zu planen, ist gescheitert. Die exzellente, aber mit keiner anderen KV vergleichbare Versorgungslandschaft Hamburgs droht zurückgestutzt zu werden.

Es stimmt: Für die ambulante Versorgung steht in Hamburg pro Patient durchschnittlich mehr Geld zur Verfügung als in den meisten anderen KVen. Doch großstädtische Singles lassen sich überall auf der Welt intensiver medizinisch behandeln als sozial besser eingebundene Landbewohner. Noch wichtiger ist ein anderer Aspekt: In Hamburg wird vieles ambulant erledigt, wofür Patienten anderswo noch ins Krankenhaus eingewiesen werden. Bei uns konnte sich eine am-

bulante Hochleistungsmedizin entwickeln, die Patienten aus ganz Norddeutschland anzieht. Und diese Errungenschaften sollen nun eingeebnet werden?

Die Forderung einiger KVen nach „Konvergenz jetzt!“ basiert auf einer Milchmädchenrechnung. Schon die erste Runde der Honorarnivellierung hatte zur Folge, dass in einigen Gegenden so viel Honorar zur Verfügung steht, dass die Ärzte es gar nicht abholen können – und dass in anderen KVen wie Hamburg die Versorgung hoffnungslos unterfinanziert ist. Nun wird die Forderung laut, auch die Honorarzuwächse für das Jahr 2012 asymmetrisch zu verteilen. Ich habe den Verdacht, dass es einigen KVen nicht um eine bedarfsgerechte Verteilung des Geldes geht. Es geht um den eigenen Vorteil. Statt mit den Krankenkassen um eine angemessene Bezahlung zu ringen, will man den leichteren Weg gehen und anderen KVen in die Tasche greifen.

Grund der Kannibalisierungstendenzen innerhalb des KV-Systems ist die gescheiterte Honorarreform. Was wurde uns 2009 nicht alles versprochen! Die Honorarbudgets sollten abgeschafft und das Morbiditätsrisiko auf die Kassen verlagert werden. Wir sollten eine kalkulierbare Euro-Gebührenordnung bekommen. Nichts davon ist eingetreten. Das Budget ist strikter denn je. Verschärfend hinzu kommt,



Dr. Michael Späth: „Die Hamburger Ärzte können ihre Patienten nicht mehr so gut versorgen, wie sie es gerne tun würden.“

dass der Fremdkassenzahlungsausgleich rückwirkend geändert wurde – für Hamburg, das so viele auswärtige Patienten mitversorgt wie keine andere KV, eine Katastrophe.

Sollten tatsächlich die Versichertenzahlen eingefroren werden, anhand derer die Gesamtvergütung berechnet wird – und so ist es im derzeitigen Entwurf für die Gesundheitsreform vorgesehen –, werden wir die Versorgung neu zugezogener Patienten nicht bezahlt bekommen. Sollte es darüber hinaus auch noch Honorarabzüge für angeblich überversorgte Regionen geben, wird die Gesamtvergütung in Hamburg absacken. Innerhalb we-

niger Jahre wird sich der Fehlbetrag von 50 Millionen Euro möglicherweise verdoppeln.

Das dürfen wir nicht zulassen. Wir haben eine Flyerkampagne gestartet mit dem Ziel, die Patienten darüber aufzuklären, was auf sie zukommen wird. Wir führen Aktionen durch. Jeder einzelne Arzt und Psychotherapeut und die Berufsverbände sind aufgerufen, ihre Stimme zu erheben gegen den Abbau der Versorgungsqualität in Hamburg!

*Dr. Michael Späth,
Vorsitzender der
Vertreterversammlung
der KV Hamburg*

„Hoch anspruchsvolle Tätigkeit“

- Wie kann Forschung die hausärztlichen Praxen unterstützen? Der neue Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE, Martin Scherer, über die Berücksichtigung von Multimorbidität in den Leitlinien, das Selbstverständnis der Allgemeinmedizin und die Rolle von Hausärzten im Gesundheitssystem.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) hat 15 Leitlinien für klar definierte Indikationen entwickelt. Doch Hausärzte haben oft mit multimorbiden Patienten zu tun. Helfen Leitlinien da weiter?

Scherer: Bei multimorbiden Patienten kann es zur Akkumulation von Leitlinienempfehlungen kommen. Wenn der Patient drei chronische Krankheiten hat, habe ich es als Hausarzt möglicherweise mit drei Leitlinien zu tun. Würde ich die alle buchstabengetreu anwenden, könnte das zu Polypharmazie führen und zu Wechselwirkungen, die unter Umständen gefährlich für die Patienten sind.

Wie sollte man da vorgehen?

Scherer: Dann ist die ärztliche Kunst gefordert. Die Leitlinien sind ja keine Vorschriften, sondern Handlungskorridore. Der Hausarzt nimmt sich die betreffenden Leitlinien vor und wägt ab, welche der Empfehlungen auf diesen Patienten mit seinen spezifischen Kontraindikationen und Komorbiditäten anwendbar ist.

Werden bald Leitlinien zu Multimorbidität verfügbar sein?

Scherer: Es gibt viele tausend unterschiedliche Kombinationen von chronischen Erkrankungen, deshalb ist es schwer, solche Leitlinien zu erstellen. Es wäre aber sinnvoll, künftig beispielsweise bei der Erstellung einer Leitlinie für Asthma/COPD auch die häufigsten Komorbiditäten zu berücksichtigen. In den Multimorbiditätsprojekten hier am Institut für Allgemeinmedizin werden die häufigsten Multimorbiditätsmuster identifiziert: Es wird errechnet, mit welcher Wahrscheinlichkeit bestimmte Patienten bestimmten diagnostischen Clustern zuzuordnen sind. Das ist der erste Schritt. Dann müssen wir neue Evidenz generieren durch Primärstudien zu diesen Krankheitskombinationen. Das kann noch viele Jahre dauern. Aber wir sollten schon jetzt versuchen, Multimorbidität in Leitlinien zu berücksichtigen, indem wir für einzelne Indexerkrankungen klinische Komorbiditätsszenarien in Leitlinien durchspielen. Hierfür würden sich beispielsweise Fallvignetten sehr gut eignen.

Es bleibt viel zu tun ...

Scherer: Ja. Wir stehen noch am Anfang. Einige der Patientengruppen, die für die haus-

ärztliche Versorgung besonders wichtig sind, werden in der Regel aus klinischen Studien ausgeschlossen: multimorbide Patienten, hochaltrige Patienten. Doch die Multimorbidität wird zunehmen, denn die Ärzte werden es mit immer mehr alten Patienten zu tun haben. Ob Therapien auch für über 80-Jährige einen Nutzen haben, ist oftmals gar nicht geklärt. Deshalb muss sich die Forschung auf diese Patientengruppen konzentrieren.

Was muss ein hausärztlicher Vollversorger können? Wie muss er ausgebildet sein?

Scherer: Der hausärztliche Vollversorger muss ein Allgemeinarzt heavy sein - kein Allgemeinarzt light. Er muss also eine fünfjährige Facharztweiterbildung zum Allgemeinmediziner absolviert haben. Gerade im Kontext Multimorbidität und Polypharmazie ist das allgemeinärztliche Tätigkeitsfeld hoch anspruchsvoll. Das versuchen wir auch immer wieder den Studierenden zu vermitteln: dass die hausärztliche Tätigkeit nicht ist, was übrig bleibt, wenn man doch kein Herzchirurg oder Neurochirurg oder Kardiologe geworden ist. Die Vielfalt des Fachs Allgemeinmedizin versuchen wir den leuchtenden Attri-

Professor Dr. Martin Scherer ist neuer Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE. Er ist Sprecher der ständigen Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) und deren Vizepräsident. Die Leitliniengesellschaft hat er im Zuge seiner Berufung nach Hamburg mitgebracht.



buten der Maximalversorgung entgegensetzen.

Welche Kenntnisse aus anderen Fachbereichen braucht ein Hausarzt?

Scherer: Er braucht fundierte internistische Kenntnisse ...

Ist das der Kern?

Scherer: Ja und Nein. Die Allgemeinmedizin ist keine „kleine Innere Medizin“, sie ist auch nicht die Summe des abgespeckten Wissens verschiedener Spezialbereiche. Sie ist ein eigenes Fach, das beispielsweise auch eine starke kommunikative Komponente hat. Das unterrichten wir hier am UKE: Studierende üben Kommunikation mit 74 Simulationspatienten. Aber zurück zu den Qualitäten der Allgemeinmedizin: Der Allgemeinmediziner muss sich mit psychischen Erkrankungen auskennen, er muss differenzieren zwischen psychosomatischen und somatopsychischen Interaktionen. Er benötigt fundierte pharmako-

logische Kenntnisse und muss mit seinen fünf Sinnen und einem Stethoskop, dem Reflexhammer und dem Otoskop sehr gut umgehen können. Er muss Wundversorgungen fachgerecht durchführen können und chirurgisch versiert sein. Er arbeitet ganz nah am Patienten, den er zuweilen mitsamt der ganzen Familie über Lebensepochen hinweg begleitet. Er kennt seinen familiären und sozialen Kontext, wie auch individuelle Unverträglichkeiten oder Ansprechen auf Therapien.

Hätte ein Internist nicht doch gute Voraussetzungen, um in die hausärztliche Versorgung einzusteigen?

Scherer: Gute Voraussetzungen ja. Aber es ist eben nur die halbe Miete. Es ist nicht unproblematisch, wenn jemand in die hausärztliche Praxis geht, ohne eine allgemeinmedizinische Weiterbildung vorweisen zu können. Außerdem findet in den internistischen Abteilungen der Vollversorgungs-Krankenhäuser eine starke

Sub-Spezialisierung statt. Die fortschreitende Zersplitterung des Fachs Innere Medizin in Subspezialitäten läuft der Idee des hausärztlichen Vollversorgers entgegen.

Die zunehmende Spezialisierung ist doch ein allgemeiner Trend, auch in der vertragsärztlichen Versorgung ...

Scherer: Ja, doch das ist kein begrüßenswerter Trend. Wir brauchen künftig wieder vermehrt den klassischen Vollversorger. Es muss einen Koordinator geben, der verhindert, dass ein Patient von mehreren Ärzten behandelt wird, die nichts voneinander wissen. Abgesehen von der individuellen Gefährdung des Patienten könnten dadurch unnötige Kosten zu Lasten der Solidargemeinschaft ausgelöst werden. Der Patient kommt vom Kardiologen zurück und ist evidenzbasiert behandelt auf seine Herzinsuffizienz. Er kommt vom Pulmonologen zurück und ist evidenzbasiert behandelt auf

Fortsetzung auf S. 12

seine COPD. Außerdem wurde er vom Orthopäden wegen Rückenschmerzen behandelt. Die Spezialisten sind fokussiert auf ihr Fachgebiet und behan-

deln monomodal – das liegt in der Natur der Sache. Am Ende ist es der Hausarzt, der sich ansehen muss, wie das alles zusammenpasst. Dabei geht es nicht nur um Kosten, sondern vor allem auch um die Qualität

der Versorgung: Die Patienten brauchen einen Koordinator, der sie durch die Komplexität des Gesundheitssystems lotst und vor Überversorgung schützt.

mn



Das Institut für Allgemeinmedizin des UKE lädt ein zur Antrittsvorlesung von Prof. Dr. Martin Scherer und zum „Hamburger Tag der Allgemeinmedizin“. Eine Anmeldung ist erforderlich. Das Programm des „Tages der Allgemeinmedizin“ aus interaktiven Workshops für das gesamte Praxisteam und aus Plenumsveranstaltungen finden Sie unter: www.uke.de/institute/allgemeinmedizin/

Weitere Informationen und Anmeldung: Kerstin Schrom, Tel. 7410-56715, Fax 7410-53681, E-mail: schrom@uke.de,



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

Fragen und Antworten

■ In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. Infocenter Tel: 22802-900

1 Können wir eine Orthonyxiespange (Nagelspange) zu Lasten der Krankenkasse verordnen, wenn dadurch das Einwachsen eines Nagels verhindert werden kann?

Nein, Orthonyxiespangen sind nicht Gegenstand des Hilfsmittelkataloges und müssen vom Patienten privat bezahlt werden. Das Anlegen einer solchen Spange ist im Übrigen mit der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale abgegolten und somit nicht zusätzlich berechnungsfähig.

2 Als Orthopäde habe ich die Genehmigung zur Erbringung von Röntgenleistungen. Bin ich verpflichtet, die Röntgenbilder an weiterbehandelnde Ärzte auszuhändigen?

Ja, wenn dadurch weitere Strahlenbelastungen vermie-

den werden können, sind Sie verpflichtet, die Röntgenbilder den weiterbehandelnden Ärzten vorübergehend zu überlassen. Die ausgehändigten Röntgenbilder sind jedoch wieder an Sie zurückzugeben, wenn sie nicht mehr benötigt werden.

3 Über welchen Kostenträger sind Kinder versichert, wenn sie sich im Kindergarten verletzen?

Während eines Besuches einer staatlich anerkannten Tageseinrichtung (zum Beispiel Krippe, Kindergarten, Hort, Kindertagesstätte) sind dort angemeldete Kinder gesetzlich unfallversichert. Unfälle von Kindern, die sich in einer dieser Tageseinrichtung ereignen, werden über die Unfallkasse Nord abgerechnet:

Unfallkasse Nord
Spohrstr. 2, 22083 Hamburg

4 Ich nehme am Hausarztvertrag der AOK Rheinland/Hamburg teil. Im KV Journal 7 und 8/2011 wurde von dem Arzneimittelcheck berichtet, den man bei teilnehmenden Patienten im Rahmen dieses Vertrages durchführen kann. Dort heißt es unter anderem, dass der Patient eine Einverständniserklärung unterschreiben muss. Gibt es dafür einen vereinbarten Vordruck?

Ja. Die Entscheidung, bei welchen Patienten ein Arzneimittelcheck durchgeführt werden soll, trifft die AOK.

Hierfür erstellt sie eine grobe Übersicht mit den Verwaltungsdaten des entsprechenden Patienten und schickt diese – zusammen mit der zu unterschreibenden Einverständniserklärung – an den behandelnden Hausarzt.

Kodierhilfe für Hausärzte

■ Hausarzt-Thesaurus ist in elektronischer Form oder als Kitteltaschen-Version verfügbar

Mit dem Hausarzt-Thesaurus erhalten Hausärzte eine alltagstaugliche Lösung zur Auswahl und Dokumentation von Behandlungsanlässen. Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten ICD-10-GM geht sehr in die Tiefe. Sie enthält rund 16.000 Diagnoseschlüssel und ist so strukturiert, dass typische Hausarzt-Diagnosen überall im System verstreut und

oftmals nicht leicht zu finden sind.

Der Hausarzt-Thesaurus basiert auf der ICD-10-GM, ist aber speziell auf den hausärztlichen Alltag zugeschnitten. Er wird als Kitteltaschen-Version und in elektronischer Form angeboten. Die elektronische Ausgabe des Hausarzt-Thesaurus ist in die Kodierhilfe des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) integriert. Der

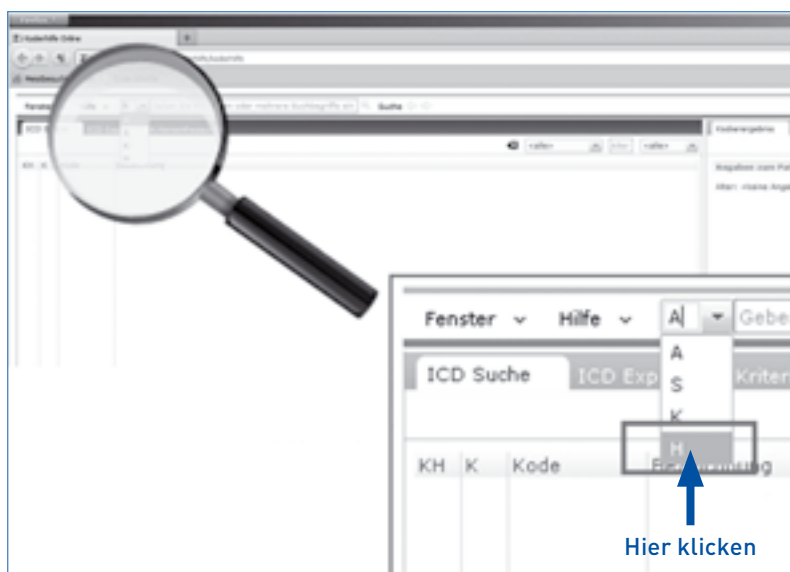
Wechsel zur Kode-Vorauswahl für Hausärzte ist mit einem Klick möglich. Mittels einer Voreinstellung werden nur ICD-10-Kodes angeboten, die für die hausärztliche Versorgung relevant sind.

So schlägt der Hausarzt-Thesaurus unter dem Stichwort „Wirbelsäule“ 38 Möglichkeiten vor – statt der 719 ICD-10-Kodes, die es insgesamt gibt. Sucht ein Arzt den Begriff „Myokardinfarkt“, erhält er 108 Kodiermöglichkeiten, von denen der Hausarzt-Thesaurus sieben zur Auswahl anbietet. Das Thesaurus-Konzept und die Auswahl der ICD-10-Kodes hat eine Expertengruppe beim ZI erarbeitet.

Die Kitteltaschen-Version erhalten Sie von der KV automatisch per Post. Die elektronische Version im Internet: www.zi-berlin.de/zi-kodierhilfe/

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802-900*

Aktivieren des Hausarzt-Thesaurus in der ZI-Kodierhilfe



Neues Muster 10 (Laborüberweisung)

Das Muster 10 wird zum 1. Januar 2012 eine neue Form erhalten: Die Abrechnungsfelder entfallen. Auf Wunsch vieler Ärzte wurde dafür der

Platz für Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation und Auftrag erweitert. Auch Änderungswünsche der Labordärzte zur Optimierung ihrer

Arbeitsabläufe wurden umgesetzt.

Alte Vordrucke können nach dem 1. Januar nicht mehr verwendet werden.

Änderungen der Notdienstordnung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat am 22.9.2011 Änderungen der Notfalldienstordnung beschlossen. Hier die neue Fassung der geänderten Paragraphen:

§ 3

(1) Am ÄNH nehmen grundsätzlich alle für den ärztlichen Notfalldienst geeigneten, in eigener Praxis niedergelassenen, bzw. in ärztlich geleiteten Einrichtungen tätigen Mitglieder der KVH teil. Zur Teilnahme können weiter alle sonstigen für den ärztlichen Notfalldienst geeigneten Ärzte mit eigener Praxis, bzw. in ärztlich geleiteten Einrichtungen tätigen Ärzte, in Hamburg herangezogen werden, die nach der Berufsordnung der Hamburger Ärzteschaft zur Teilnahme am Notfalldienst verpflichtet sind. Voraussetzung für den

ärztlichen Dienst in einer Notfallpraxis ist dabei der Nachweis einer gültigen Fachkunde nach der Röntgenverordnung. Bei Beendigung der Tätigkeit in eigener Praxis, bzw. in ärztlich geleiteten Einrichtungen endet die Teilnahmeberechtigung am ärztlichen Notfalldienst nach maximal 3 Jahren.

Erläuterung: Es wurde präzisiert, dass nur für den ärztlichen Dienst (also den Standarztdienst) in einer Notfallpraxis eine gültige Fachkunde nach der Röntgenverordnung erforderlich ist – nicht für die Rufbereitschaft.

§ 3

(4) Die nach Abs. 1 am ÄNH teilnehmenden Ärzte werden entsprechend ihrer Eignung zu den einzelnen Diensten eingeteilt. Ärzte mit Teilnahmeberechtigung

nach Abs. 2 werden nur zum Haupt- und Reservedienst sowie zum ärztlichen Dienst in einer Notfallpraxis und im kinderärztlichen Notfalldienst eingeteilt.

Erläuterung: Die Passage „Sofern Ärzte neben ihrer Praxis auch in einer Nebenbetriebsstätte vertragsärztlich tätig werden, nehmen sie zusätzlich auch am ärztlichen Bereitschaftsdienst teil“ wurde gestrichen. Seit Oktober 2010 ist der Bereitschaftsdienst in den Kreisen freiwillig.

Zudem wurde präzisiert, dass Ärzte mit Teilnahmeberechtigung nach Abs. 2 nur zu den ärztlichen Diensten (also den Standarztdiensten) in einer Notfallpraxis eingeteilt werden – nicht für die Rufbereitschaft.

Amtliche Veröffentlichung

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

- 31. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 11. April 1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und dem Verband der Ersatzkassen e. V. über die Abschlagszahlungen ab dem 3. Quartal 2011.
- 22. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der IKK classic über die Abschlagszahlungen ab dem 3. Quartal 2011.

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

- 23. Nachtrag zum Gesamtvertrag vom 18. April 1996 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und dem BKK-Landesverband NORDWEST über die Abschlagszahlungen ab dem 4. Quartal 2011.

Hinweis: Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgelaufen.

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

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

Infocenter, Tel: 22 802 - 900

„Totalverweigerer sind selten“

■ Dr. Gerhard Held, Mitglied in der QM-Kommission der KV Hamburg, über die Beratung von Ärzten, deren Qualitätsmanagement bei einer Stichprobenkontrolle als „nicht phasenkonform“ eingestuft wurde.

Hat sich der Wissensstand der Kolleginnen und Kollegen zum Thema QM im Vergleich zu den letzten Stichproben verbessert?

Held: Wir führen diese Beratungsgespräche nun seit vier Jahren durch. Der Kenntnisstand der Kolleginnen und Kollegen hat sich verbessert, sie wissen bereits recht gut, worauf es beim QM ankommt. Das Problem ist, dass immer noch viele durch das Raster fallen und als „nicht phasenkonform“ auffallen.

Gab es Probleme bei der Erreichbarkeit der Kolleginnen und Kollegen?



Dr. Gerhard Held ist hausärztlich tätiger Internist und hat zehn allgemeinmedizinische und internistische Kollegen aus der QM-Stichprobe 2010 beraten.

Held: Das war nicht immer leicht. Wenn ich mich in der Praxis am Telefon als Mitglied der KV-Kommission vorstellte, hieß es häufig, der Arzt sei nicht erreichbar. Diese Erfahrung haben auch andere Mitglieder der Kommission gemacht. Ich bin dann dazu übergegangen, nur meinen Namen zu nennen und den Arzt um einen kollegialen Rückruf zu bitten – damit habe ich die Kandidaten dann rasch ans Telefon bekommen. Diese Kollegen waren offensichtlich skeptisch, weil sie ein schlechtes Gewissen hatten, denn sie hatten die Fragebögen der KV nicht korrekt ausgefüllt und auch auf Nachfragen nicht reagiert.

Wie lange dauerte die telefonische QM-Beratung im Schnitt?

Held: Die Gespräche dauerten in der Regel nicht länger als eine Viertelstunde. Denn meist handelte es sich ja um Missverständnisse oder Fehleinstufungen, die man im Gespräch rasch klären konnte.

Wie verliefen die Gespräche inhaltlich?

Held: Die Telefonate verliefen zu 90 Prozent positiv. Die meisten hatten nachvollziehbare persönliche Gründe wie etwa

Krankheit oder eine nahende Praxisaufgabe, weswegen sie bei ihrem Qualitätsmanagement hinterherhinkten. Manche hatten auch bestimmte Fragen auf den Formularen missverstanden. Einige der Fragen sind tatsächlich etwas uneindeutig formuliert, so dass nun auf Bundesebene über eine Anpassung der Fragebögen diskutiert wird. Ob das passieren wird, ist allerdings fraglich, denn mit geänderten Fragebögen sind die Ergebnisse dann nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbar. Es gab nur sehr wenige Totalverweigerer. Ich persönlich habe nur mit ein oder zwei Kollegen gesprochen, die gleich wild losschimpften und die Gesellschaft, das System und die KV im Besonderen verfluchten. Diese Gespräche waren natürlich unangenehm und schwierig.

Was raten Sie den Kolleginnen und Kollegen in der Regel?

Held: Wir versuchen ihnen klarzumachen, dass QM keine Zeitverschwendung ist. In vielen Praxen werden zum Beispiel Teambesprechungen erst eingeführt, weil es im QM so vorgesehen ist. Und dann stellen die Teams in diesen Praxen fest, dass durch diese Teambesprechungen sehr viele po-

sitive Impulse entstehen, weil man offen über Fehler spricht und konstruktive Kritik äußern kann. Zum QM gehören ja auch Patientenbefragungen. Viele Ärzte haben zunächst Angst vor den Ergebnissen dieser Befragungen und möchten das Urteil ihrer Patienten am liebsten nicht schwarz auf weiß vor sich sehen. Dabei bringt einen die Diskussion über Fehler voran und man weiß ganz klar, wo man steht.

Die Zertifizierung ist ja derzeit nicht verpflichtend. Sie sind mit Ihrer Praxis nach ISO zertifiziert. Rechtfertigt der Nutzen Ihres QM-Systems den Aufwand?

Held: In unserer Praxis betreiben wir schon lange QM und sind mittlerweile seit Jahren zertifiziert. Am Anfang hatten wir ein ungünstiges System, das nicht besonders gut zu uns passte. Doch jetzt arbeiten wir mit einem tollen System, mit dem uns QM nicht wie lästige Hausaufgaben vorkommt. Der Nutzen rechtfertigt den Aufwand, weil man Praxisabläufe hinterfragt und klar definiert. Aus den QM-Maßnahmen heraus entstehen klare Arbeitsanweisungen, zum Beispiel für die Vorbereitung einer Magenspiegelung. Wenn man das einmal detailliert formuliert hat, muss man nur noch eine Schublade aufziehen und kann auf der Arbeitsanweisung exakt nachlesen, wie die Prozedur korrekt ablaufen hat.

Stichprobenprüfung Qualitätsmanagement

Die Selbstverwaltung ist gesetzlich verpflichtet, Qualitätsmanagement-Kommissionen einzurichten, welche die vorschriftsmäßige Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement (QM) in den Praxen überwachen. Die KV prüft jährlich stichprobenartig mindestens 2,5 Prozent der Vertragsärzte und Psychotherapeuten. Diese werden aufgefordert, den Einführungs- und Entwicklungsstand des QM ihrer Praxis anhand eines standardisierten Fragebogens schriftlich darzulegen. Die KV übermittelt die statistischen Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die sie ihrerseits dem G-BA zur Verfügung stellt.

In der QM-Stichprobe der KV Hamburg vom Dezember 2010 gab es 25 Kandidaten, die mit ihrem Qualitätsmanagement nicht ganz in der Zeit lagen. Die Einführungs-, Umsetzungs- und Überprüfungsphase hätte zu diesem Zeitpunkt bei den meisten Praxen bereits abgeschlossen gewesen sein müssen. Die Mitglieder der QM-Kommission nahmen Kontakt zu den betreffenden Ärzten auf und berieten sie.

Ergebnisse der Stichprobenprüfung von Dezember 2010

Anzahl gezogene Teilnehmer (2,5 Prozent der Gesamtheit)	93
Anzahl gezogene MVZ	1
Anzahl gezogene Ermächtigte	0
Anzahl der Bewertungen	90
Formal inkorrekte Fragebögen	0
Nicht zurückgesandte Fragebögen (wegen Praxisaufgabe)	3
QM nicht phasenkonform	25
QM phasenkonform	65
Anzahl Beratungen durch KVH (erwünscht)	6
Anzahl Pflichtberatungen durch Kommission	25

Welche Praxen sind zertifiziert?

Bitte melden Sie der KV, wenn Ihre Praxis eine Zertifizierung über die Anwendung eines Qualitätsmanagementsystems erworben hat. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns eine Kopie des Zertifikats schicken oder faxen.

KV Hamburg; Ursula Gonsch, Birgit Gaumnitz
Humboldtstr. 56; 22083 Hamburg; Tel: 22802-633 / -889, Fax: -420

Die Verordnung von Cilostazol ist nur noch in besonderen Fällen wirtschaftlich

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat einen Therapiehinweis zu Cilostazol (Pletal®) beschlossen. Cilostazol ist seit 2007 in Deutschland zugelassen zur Verlängerung der maximalen und schmerzfreien Gehstrecke bei Patienten mit Claudicatio intermittens, die keinen Ruheschmerz und keine Anzeichen von peripheren Gewebsnekrosen haben (periphere arterielle Verschlusskrankheit Fontaine Stadium II).

Unter welchen Bedingungen kann Cilostazol zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden?

Ein medikamentöser Therapieversuch mit Cilostazol kann wirtschaftlich sein, wenn alle folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Die Gehleistung ist nicht durch andere Faktoren limitiert, wie

zum Beispiel eine Gonarthrose oder Polyneuropathie.

- Revaskularisierende Interventionen sind nicht angezeigt.
- Ein Gehtraining ist erfolglos geblieben oder kann nicht durchgeführt werden.
- Eine Nikotinkarenz wird beachtet.
- Aufgrund der Claudicatio bestehen im Alltag relevante Einschränkungen und selbst moderate Verlängerungen der Gehstrecke können ein Zugewinn an Lebensqualität bedeuten. Davon kann bei maximalen Gehstrecken unter 200 Metern meist ausgegangen werden.

Eine Überlegenheit von Cilostazol gegenüber Naftidrofuryl ist nicht belegt. Unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit ist daher die kostengünstigere Therapie zu bevorzugen.

Falls Cilostazol nach drei Monaten keine Wirkung zeigt, soll

die Behandlung abgebrochen werden. Bei Fortsetzen der Behandlung soll der Therapieerfolg dokumentiert und jährlich reevaluiert werden. Eine unkritische lebenslange Dauerbehandlung ist nicht indiziert.

Die durchblutungsfördernden Arzneimittel wie Pentoxifyllin und Buflomedil sind ebenfalls zur Verlängerung der Gehstrecke bei pAVK zugelassen, werden aber durch die Verordnungseinschränkungen der Anlage III der Arzneimittelrichtlinie erfasst und sind nicht verordnungsfähig.

Ebenfalls für diese Indikation zugelassene, nicht verschreibungspflichtige ginkgohaltige Arzneimittel gelten nicht als Standardtherapie der Claudicatio und bleiben deshalb von der Verordnung ausgeschlossen.

Quelle: Therapiehinweis Cilostazol; Anlage IV der Arzneimittelrichtlinie www.g-ba.de

Kostenübersicht

Wirkstoff	Dosierung	Tagestherapiepreis	Jahrestherapiekosten
Naftidrofuryl	3 x 200 mg	1,00 €	366 €
Cilostazol	2 x 100 mg	2,41 €	878 €
Berechnung auf Basis der größten verfügbaren Packung bzw. Festbetrag Stand: Lauer Taxe 1.7.2011			

Durchblutungsfördernde Mittel sind nicht verordnungsfähig. Ausnahmen:

1. Naftidrofuryl bei pAVK im Stadium II nach Fontaine, soweit ein Therapieversuch mit nicht medikamentösen Maßnahmen erfolglos geblieben ist und bei einer schmerzfreien Gehstrecke unter 200 Meter.
2. Prostanoiden zur parenteralen Anwendung der pAVK im Stadium III/IV nach Fontaine in begründeten Einzelfällen.

(Nr. 24; Anlage III der Arzneimittelrichtlinie)

Stellungnahme der KV zur Verordnung von Dabigatran (Pradaxa) für Patienten mit Vorhofflimmern

Dabigatran ist seit August 2011 neu zugelassen für die Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern, wenn mindestens einer der im Folgenden genannten Risikofaktoren vorliegt:

1. vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke (TIA) oder systemische Embolie
2. symptomatische Herzinsuffizienz (NYHA Klasse 2)
3. Alter ab 75 Jahren oder
4. Alter ab 65 Jahren, wenn Patient unter Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie leidet
5. linksventrikuläre Auswurf rate geringer als 40 Prozent

Im Rahmen dieser neuen Indikation ist Dabigatran zu Lasten der gesetzlichen Kassen unter Beachtung des wissenschaftlichen Standards und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots verordnungsfähig.

Bei Verordnung der bisherigen Standardtherapie mit Marcumar entstehen durchschnittlich (pro DDD = 3mg) Tagestherapiekosten von 22 Cent. Pradaxa kommt auf Tagestherapiekosten (2x150mg oder 2x110mg pro Tag) von 3,54 €. (Preise lt. Lauertaxe 15.10.2011).

Das Wirtschaftlichkeitsgebot sieht bei vergleichbaren The-

rapieoptionen vor, dass die kostengünstigere Option gewählt werden muss, wenn dies medizinisch vertretbar ist. Nur nach einer Entscheidung über eine positivere Nutzen/Risiko-Einschätzung unter medizinischen Kriterien im Einzelfall im Vergleich zur Therapie mit Marcumar kann das deutlich kostenintensivere Pradaxa wirtschaftlich sein.

Weitere Informationen

- Nach Ausführungen der Fachinformation (Punkt 5.1.) und Bewertung durch das Arzneitelegramm profitieren Marcumar - Patienten mit verbesserter Überwachung des INR-Wertes bei Umstellung auf Dabigatran geringer bis gar nicht (Subgruppenanalyse zur RE-LY-Studie).
- Für über 85jährige Patienten und für Patienten mit erhöhten Leberenzymwerten (mehr als der doppelte Normwert) fehlen aussagekräftige Studienergebnisse.
- Für Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz gilt Dabigatran als kontraindiziert.
- Bei der Anwendung von Dabigatran entfällt im Vergleich zu Marcumar die regelmäßig notwendige Messung des Gerinnungsstatus. Allerdings kann die eventuell daraus resultierende geringere ärztliche Kontrolle der Patienten auch ein Risiko darstellen.

Empfehlung der KV Hamburg

Wir empfehlen Pradaxa zum gegenwärtigen Zeitpunkt vor allem als Option für Patienten anzusehen, die nach medizinischer Beurteilung mit Marcumar nicht oder nicht ausreichend sicher eingestellt werden können.

Für eine routinemäßige Umstellung von Marcumarpatienten sehen wir keine Veranlassung und erinnern daran, dass letztendlich die Verordnung eine im Einzelfall zu treffende Kosten/Nutzen/Risiko-Entscheidung des verordnenden Arztes ist, die gegebenenfalls auch in Prüfungsverfahren plausibel begründbar sein muss. Dies gilt auch für Verordnungen, die aufgrund der Entlassmedikation des Krankenhauses oder auf Empfehlung niedergelassener Fachärzte ausgestellt werden. Ob der Wegfall der Kontrollmessungen im Vergleich zum Marcumar (Lebensqualität?) in einer Kosten/Nutzenbewertung ausreicht, die Mehrkosten von Pradaxa zu rechtfertigen, können wir zurzeit nicht abschätzen. Wir gehen davon aus, dass der Bundesausschuss, der zurzeit berät, hierzu eine Entscheidung treffen wird.

Quellen: Fachinformation Pradaxa 8/2011
Arznei-Telegramm 2011; Jg.42, Nr.9

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



Beantworten mehr Anfragen als jede andere Patientenberatung in Hamburg (v.l.n.r.): Thomas Wagner, Natali Kreckow, Dr. Frauke Ishorst-Witte, Anne Kröning-Hammer, Ernst Heise-Luis und Dr. Helga Grabe.

Orientierungshilfe im Hamburger Gesundheitswesen

■ Die Patientenberatung von Ärztekammer und KV feiert zehnjähriges Bestehen

Anfragen von Patienten bekam die ärztliche Selbstverwaltung auch schon, bevor die Patientenberatung gegründet wurde. Die Institutionalisierung begann, als eine Mitarbeiterin der Ärztekammer Hamburg die Zuständigkeit für Patientenfragen übernahm, eine Kartei anlegte und Themen recherchierte, zu denen immer wieder Fragen auftauchten.

Vor zehn Jahren wurde die Patientenberatung zu einer offiziellen Einrichtung in gemeinsamer Trägerschaft der Ärztekammer und der KV. Die Ärztin Anne Hammer war die erste Mitarbeiterin. Sie ist heute die Leiterin. Der Personalstamm wuchs, es kamen Sozialversicherungsfachleute, weitere Ärzte und

eine Psychologin hinzu. Heute arbeiten sechs Mitarbeiter in der Patientenberatung – die meisten von ihnen in Teilzeit. Das Team berät unabhängig, hilft bei der Suche nach Ärzten mit bestimmten Qualifizierungen, klärt über rechtliche und versicherungstechnische Hintergründe auf.

„Die Beratungen werden immer komplexer“, sagt Dr. Frauke Ishorst-Witte, eine der ärztlichen Beraterinnen. „Man merkt, dass es für die Patienten immer schwerer wird, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden.“ Derzeit bekommen die Mitarbeiter pro Jahr etwa 14.000 Anfragen – mehr als jede andere Patientenberatung in Hamburg.

Am 15. November 2011 feiert die Patientenberatung von Ärztekammer und KV ab 18.30 Uhr im Ärztehaus ihr zehnjähriges Bestehen. Nach einer Begrüßung durch Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Ärztekammer-Chef Dr. Frank-Ulrich Montgomery und dem KV-Vorsitzenden Dieter Bollmann stellen die Mitarbeiter der Patientenberatung ihre Arbeit vor. Professor Dr. Martin Härter vom UKE hält einen Vortrag zur „Arzt-Patienten-Kommunikation“. Ärzte, Patienten und andere Interessierte sind herzlich eingeladen.

*Anmeldung: Pressestelle der
Ärztekammer Hamburg
Tel: 202299-200
E-Mail: presse@aekhh.de*

KBV

KBV **Messe**

Versorgungsinnovation **2012**



**BEWERBUNGSSCHLUSS
FÜR AUSSTELLER:
15. NOVEMBER 2011**

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

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Martina Koch-Preißer



Geburtsdatum: 1.10.1954

Familienstand: zwei Kinder

Fachrichtung: Allgemeinmedizin, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie

Weitere Ämter: Kassenwart im Vorstand der APH (Arbeitsgemeinschaft für integrative Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatik HH eV), Beisitzerin im Vorstand der DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin)

Hobbys: Sport, Kunst und Literatur

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Mit einem psychosomatischen Schwerpunkt in einer Allgemeinarztpraxis und der Möglichkeit, parallel auch psychotherapeutisch zu arbeiten, bin ich in der Medizin da angekommen, wo ich mich immer hingewünscht habe.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Berufspolitisch würde ich gerne erreichen, dass bei Politikern und Funktionären ein Bewußtsein für die Notwendigkeit entsteht, die sprechende Medizin zu fördern und deren Finanzierung zu sichern.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Eine Gesundheitsreform sollte zum Ziel haben, unsere ärztliche Tätigkeit zu entbürokratisieren und angemessen zu bezahlen. Die KV als neutrale Organisation der Niedergelassenen sollte die Anliegen der ärztlichen Versorger an der Basis konsequent unterstützen, auch zukünftig eine wohnortnahe Versorgung (insbesondere auch fachärztlich) gewährleisten und die ambulante Medizin vor den wirtschaftlichen Interessen der Gesundheitskonzerne schützen.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Ich möchte den amtierenden Gesundheitsminister fragen, ob er es für zeitgemäß hält, dass wir unser Gehalt anteilig in Form einzeln quittierter 10-Euro-Scheine einsammeln müssen.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Ein Sabbat-Jahr, um für alle Dinge, die in meinem beruflichen Alltag zu kurz kommen, so viel Zeit und Energie zu haben wie ich sie jetzt in meine Tätigkeit stecke.

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 17.11.2011 (ab 20:00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Refresher-Kurs **NEU**

(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

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

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

Teilnahmegebühr: Erster Teilnehmer einer Praxis € 180, jeder weitere € 130 inkl. Verpflegung und inkl. neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

QEP-Hygiene in der Arztpraxis **NEU**

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

Mi 25.01.2012 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Einführungseminare für Arztpraxen

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

Fr 04.11.2011 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 05.11.2011 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

QEP®-Vertiefungseminare für Arztpraxen

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

5-teiliges Blockseminar 2011

Teil 1: Mi 24.08.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 28.09.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 02.11.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 07.12.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 11.01.2012 (15:00-20:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

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

Mi 23.11.2011 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

Mi 30.11.2011 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

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

Telefonische Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Hygiene-Seminar der Fortbildungsakademie

Praxishygiene und hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten (für medizinische Fachangestellte)

Inhalt: Hygienestandards einhalten / Arbeitsmittel für Hygienemaßnahmen auswählen und anwenden / Maßnahmen des betrieblichen Hygieneplans durchführen / Geräte, Instrumente und Apparate desinfizieren, reinigen und sterilisieren; Sterilgut handhaben / hygienische und aseptische Bedingungen bei Eingriffen situationsgerecht sicherstellen / kontaminierte Materialien erfassen, situationsbezogen wieder aufbereiten und entsorgen.

Do 01.12.2011 / Fr 02.12.2011 (jeweils 9:00-16:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 150 inkl. Kursunterlagen, Getränke und Mittagessen

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer,
Lerchenfeld 14, 22081 Hamburg
Anmeldung Tel: 202299-303

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 885
E-Mail: infocenter@kvvh.de

Wann sind wir für Sie da?

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



Foto: Felix Faller