

Antibiotika

Wie das Verordnungsverhalten die Resistenzbildung beeinflusst



E-Card

Noch mehr Bürokratie für die Praxen?

Versorgung

Psychotherapeuten wehren sich gegen Vorwürfe der Kassen

Impfen

Fragen und Antworten zur Schutzimpfungsvereinbarung

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die neue MRSA-Vergütungsregelung ist sicherlich ein Schritt in die richtige Richtung. Doch sie ist gleichzeitig ein gutes Beispiel für den Formalismus unseres Gesundheitssystems. Anstatt dem Arzt einige Guidelines an die Hand zu geben und es ihm ansonsten selbst zu überlassen, in welchen Fällen er ein MRSA-Screening für angebracht hält, hat man alles haarklein festgelegt. Bezahlt wird nur das Screening von Risikopatienten, und dafür gibt sieben Kriterien insgesamt, die mal in Und- und mal in Oder-Kombination vorhanden sein müssen ...

Solche Regelungen sind Misstrauenserklärungen an die Ärzte. Sie führen dazu, dass nicht gehandelt wird, wenn der medizinische Experte vor Ort es für richtig hält, sondern wenn es ins Korsett einer komplizierten Kompromissformel passt. Das ist aus medizinischer Sicht nicht zielführend – und vermutlich noch nicht mal wirtschaftlich.



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

*Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg*

Impressum

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

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

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

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

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

Titelbild: Mihai Simonia/fotolia.de

Ausgabe 4/2012 vom 1. April 2012

[Redaktionsschluss: 19. März 2012]

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: Wo liegen die Probleme beim Antibiotika-Verordnungsverhalten? _____	4
Resistenzbildung: Verlieren die Antibiotika ihre Wirksamkeit? _____	5
„Wirkstoff Aktuell“: Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege _____	8

Gesundheitspolitik

eGK: Noch mehr Verwaltungsaufgaben für die Praxen? _____	12
Versorgung: Psychotherapeuten wehren sich gegen Vorwürfe der Kassen _____	14

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	16
Barmer GEK: AU-Bescheinigungen werden dem Versicherten ausgehändigt / Barmer GEK: Patienten benötigen neue Verordnungen für aufsaugende Inkontinenzhilfen _____	17
AOK will Kindergesundheit fördern / Zusatzverträge für Kinderärzte _____	18
Fragen und Antworten zu den neuen Hamburger Schutzimpfungsvereinbarungen _____	20
Auslands- und Reiseimpfungen: Änderungen ab 1. April _____	23

Qualität

QEP-Seminar zu Arbeitsschutz im Ärztehaus _____	17
---	----

Abrechnung

Neue GKV-Leistungen: Was tun, wenn es noch keine GOP gibt? / Hautkrebsvorsorge der Knappschaft mit neuer GOP _____	24
Online-Abrechnung künftig nicht mehr im Forum des Ärztehauses / Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2012 / Veranlassung von Osteopathie als Satzungsleistung ist Privatleistung _____	25

Leserbrief

zum Artikel über Adipositas in Heft 3/2012 _____	26
--	----

Amtliche Veröffentlichungen

Bekanntmachungen im Internet _____	28
------------------------------------	----

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik _____	29
---	----

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Vertreterversammlung _____	30
Terminkalender _____	31

Nachgefragt

■ Wo liegen die Probleme beim Antibiotika-Verordnungsverhalten?



Es ist nicht verwunderlich, dass niedergelassene Ärzte häufiger als nötig Antibiotika verschreiben. Sie haben nur wenige Minuten pro Patient, und Labor-diagnostik ist langwierig. Bei Infektionen der oberen Atemwege ist in ca. 90 Prozent der Fälle kein Antibiotikum erforderlich. Doch wenn der Arzt auf Antibiotika verzichtet und erst einmal abwartet, riskiert er in einigen Fällen den Vorwurf der Fehlbehandlung und damit juristische Konsequenzen. Wir brauchen daher verlässliche Basisregeln für die Antibiotikatherapie, die dem Arzt Rechtssicherheit geben. Außerdem brauchen wir eine Positivliste von Antibiotika, die bei typischen bakteriellen Infektionen zum Einsatz kommen sollen – und pharmaaunabhängige Fortbildungen, die diese Kenntnisse auch regelmäßig auffrischen.

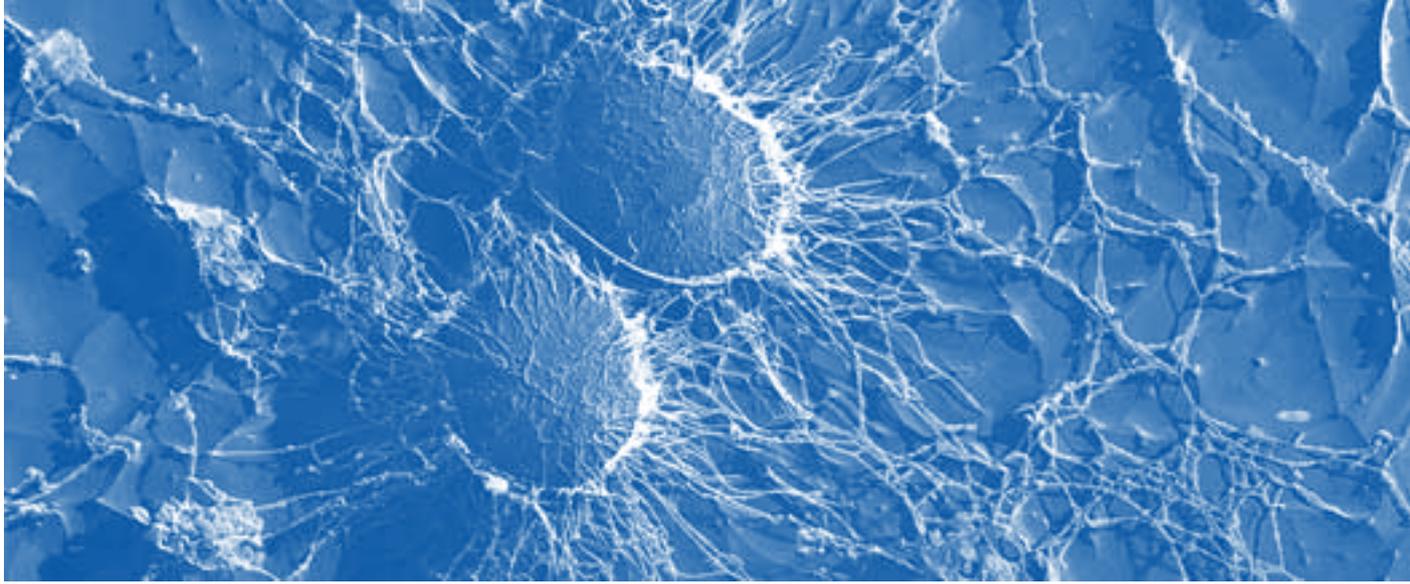
*Prof. Dr. Georg Maschmeyer,
Arzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Infektiologie,
Klinikum Ernst von Bergmann,
Potsdam*

Ein Antibiotikum ist kein fiebersenkendes Mittel, das wird in der Praxis gern vergessen. Dabei lassen sich auch besorgte Eltern eigentlich leicht überzeugen: Wenn man ihnen schildert, dass die Symptome ihres Kindes zu einer Adenoviren-Infektion passen, die gerade im Umlauf ist, dann verstehen sie, dass es vermutlich kein bakterieller Infekt ist – ein Antibiotikum also überflüssig oder gar schädlich wäre. Wichtig ist es, das Kind sorgfältig klinisch zu untersuchen und kleine Labortests wie den CRP-Schnelltest durchzuführen, um die eigene Beobachtung zu untermauern. Ein differenziertes Vorgehen erfordert allerdings genaue Kenntnis des Erregerspektrums. Eine aktuelle Studie der Universität Bremen bestätigt, dass sinnvoll wäre, was wir Kinderärzte seit Langem fordern: nämlich eine bessere Ausbildung der Ärzte in puncto Antibiotikatherapie.

*Dr. Stefan Renz,
Vorsitzender des Landesverbandes Hamburg der Kinderärzte*

In der Antibiotikatherapie schießen wir noch viel zu oft mit Kanonen auf Spatzen. Die modernen Breitbandantibiotika sollten speziellen Indikationen vorbehalten sein. Ärzte verschreiben nicht vorsätzlich zu viele Antibiotika, sie wurden vielmehr über Jahre hinweg durch Patientenwünsche oder Pharmawerbung zu diesem Verhalten erzogen. Doch inzwischen hat ein Umdenken begonnen – deutschlandweit zuerst in dem holländisch-deutschen Grenzprojekt Euregio MRSA-net. Zusammen mit der KV Westfalen-Lippe hat dieses Netzwerk das Bewusstsein für dieses Problem im vertragsärztlichen Bereich geschärft.

*Dr. Hartmut Horst,
Internist und Pandemiebeauftragter der KV Hamburg*



Gezielter Schuss statt volle Breitseite

- Multiresistente Keime sind auf dem Vormarsch. Das Antibiotika-Verordnungsverhalten der Vertragsärzte kann dazu beitragen, die Ausbreitung von Resistenzen zu verhindern.

Seit April 2012 können Vertragsärzte die Diagnose von MRSA und die Durchführung von Sanierungstherapien abrechnen. Das ist ein wichtiger Schritt, um multiresistente Erreger in Deutschland zurückzudrängen.

Wegen der Verkürzung der durchschnittlichen Liegezeiten ist es den Krankenhäusern nämlich meist gar nicht mehr möglich, bei mit MRSA besiedelten Patienten eine vollständige

Sanierungstherapie durchzuführen. Damit wird eine Versorgungslücke geschlossen.

Den niedergelassenen Ärzten kommt aber auch noch in anderer Hinsicht eine Schlüsselrolle im Kampf gegen multiresistente Erreger zu: Etwa 80 Prozent der Antibiotika-Verordnungen finden im ambulanten Bereich statt – und es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Antibiotikagebrauch und dem

Auftreten von Resistenzen. Antibiotika sind Arzneimittel, deren Anwendung bei einem individuellen Patienten die Therapie bei anderen Patienten beeinflussen können.

Eine Antibiotika-Therapie kuriert möglicherweise den Infekt des Patienten, verändert aber auch die Resistenz-Eigenschaften der Erreger, mit denen er besiedelt ist. Grund dafür ist ein Selekti-

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

Antibiotika-Selektionsdruck



Vor Antibiotika-Anwendung

● sensible Keime ● resistente Keime



Nach Antibiotika-Anwendung



Nach Antibiotika-Anwendung und erneuter Bakterienvermehrung

onsmechanismus: Jeder Mensch trägt auf seiner Haut oder Darmschleimhaut unzählige Erreger, die zur normalen physiologischen Flora gehören. Darunter gibt es immer auch zahlreiche Subpopulationen, die besondere Resistenzen haben, sich aber nicht ausbreiten können, solange andere Erreger den „Platz“ beanspruchen. Durch die Therapie bekommen die resistenten Erreger einen Selektionsvorteil gegenüber den empfindlichen und vermehren sich.

Studien zur Behandlung von Harnwegsinfektionen zeigen zum Beispiel: Eine nur wenige Tage andauernde Antibiotika-Einnahme genügt, damit beim betreffenden Patienten noch ein Jahr später eine höhere Zahl resistenter Erreger auf Haut und Schleimhäuten nachweisbar ist als bei einer Person, die nicht mit Antibiotika behandelt wurde. Die resistenten Erreger können

dann von Mensch zu Mensch weiterverbreitet werden und so die Resistenzlage der Allgemeinbevölkerung beeinflussen. Deshalb sollte jede Antibiotika-Gabe gut überlegt sein.

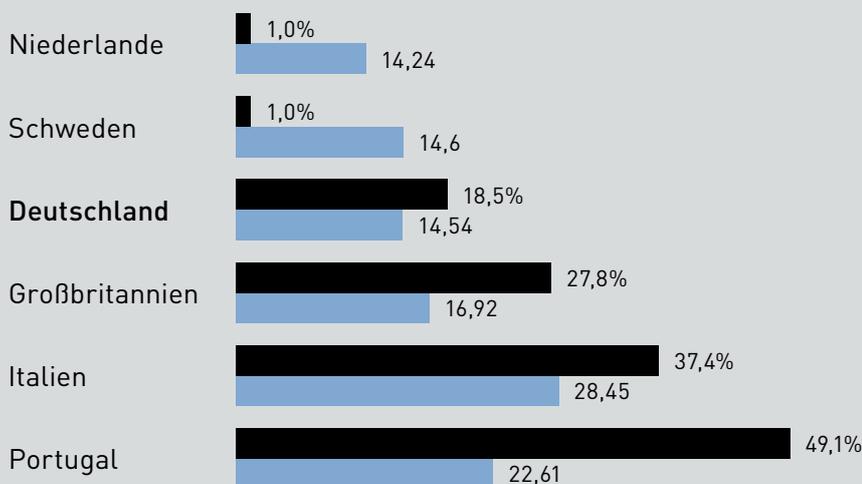
Gibt es denn tatsächlich nachweisbar steigende Resistenzraten? Der Anteil von MRSA an den Staphylococcus-Aureus-Infektionen in den deutschen Krankenhäusern ist von einem Prozent in den 1990er Jahren auf heute knapp 20 Prozent in die Höhe geschneilt. Diese dramatische Entwicklung hatte aber keine Entsprechung in der Allgemeinbevölkerung: Menschen, die mit Krankenhäusern oder Altenheimen nichts zu tun haben, sind nach wie vor nur selten mit MRSA besiedelt (eine Ausnahme stellen Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren dar).

Bei anderen Erregern ist jedoch auch in der Allgemeinbevölkerung ein Anstieg der Antibiotikaresistenz feststellbar, weshalb

die Wirkung einiger Antibiotika nachlässt. Cotrimoxazol beispielsweise wurde in den vergangenen Jahrzehnten häufig zur Behandlung von Harnwegsinfektionen durch E. coli-Bakterien verwendet. Mittlerweile ist ein großer Anteil von E. coli für dieses Antibiotikum nicht mehr empfindlich, so dass man es zur kalkulierten Therapie nur noch eingeschränkt empfehlen kann.

Auch die Wahrnehmung des Patientenwunsches kann das Verordnungsverhalten beeinflussen. Unter zehn Prozent der Patienten, die sich mit einer Erkältung beim Arzt vorstellen, erwarten einer Studie des Robert-Koch-Instituts zufolge eine Antibiotika-Verordnung. Die meisten dieser Patienten vertrauen aber ihrem Arzt, wenn dieser ihnen erklärt, eine Einnahme von Antibiotika sei nicht sinnvoll. Nur wenige Patienten würden eine solche Situation zum Anlass nehmen, den Arzt zu wechseln.

Antibiotika-Resistenz und Antibiotikaverbrauch



Antibiotika-Resistenz

Prozentualer Anteil von meticillin-resistenten Erregern (MRSA) an der Gesamtmenge in Blutkulturen nachgewiesener Staphylococcus-Aureus.
Quelle: Antimicrobial resistance surveillance in Europe. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-net) 2009, S. 29.

Antibiotikaverbrauch in der ambulanten Versorgung

Definierte Tagesdosen (Daily defined doses, DDD) pro 1000 Einwohner und Tag im Jahr 2008
Quelle: European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) www.esac.ua.ac.be/main.aspx?c=*ESAC2&n=50220

Dass Antibiotika in Deutschland allzu leichtfertig verordnet werden, entspricht nicht der Realität. Im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern liegt der Antibiotika-Verbrauch hierzulande im unteren Drittel. Die skandinavischen Länder verbrauchen im ambulanten Bereich ähnliche Mengen. Die Niederlande schneiden besser ab. Problematisch sind vor allem süd- und osteuropäische Länder, in denen Antibiotika teilweise ohne Rezept in den Apotheken verkauft werden; dies wurde auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen des Weltgesundheitstages 2011 betont. (www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-the-media/sections/latest-press-releases/complacency-kills.-antibiotic-resistance-still-on-the-rise-in-europe)

Allerdings werden in Deutschland teilweise Antibiotika verordnet, die im Vergleich zum erwarteten Keimspektrum ein zu „breites“ Wirkungsspektrum haben. Hier gäbe es noch Verbesserungspotenzial. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft empfiehlt deshalb, wenn irgend möglich eine Festlegung zur Lokalisation des Infekts zu treffen (zum Beispiel Lunge oder Blase), um auf den wahrscheinlichen Erreger schließen zu können. „Ist der Ort der Infektion bekannt, kann eine ‚kalkulierte‘ Therapie durchgeführt werden, da die Empfindlichkeit der meisten pathogenen Keime gut bekannt ist.“

Wer einen Überblick über die aktuelle Antibiotika-Resistenzlage für einzelne Erreger bekommen möchte, kann sich die Antibiotika Resistenz Surveillance (ARS) ansehen - eine interaktive Da-

tenbank, die vom Robert-Koch-Institut gepflegt wird (<https://ars.rki.de/>) und die nationale Daten abbildet.

Zu beachten ist allerdings, dass es sich bei diesen Daten um mikrobiologische Routinedaten handelt; d.h. sie bilden nur die Resistenzsituation bei den Fällen ab, in denen eine Diagnostik durchgeführt wurde. Dies kann zu einer Verzerrung der Resistenzdaten führen, wenn im ambulanten Bereich eine mikrobiologische Diagnostik nur dann erfolgt, wenn kalkulierte Therapiekonzepte frustriert waren. Zudem werden regionale Unterschiede nicht dargestellt. Weitere Resistenzdaten sind auf

den Seiten der Paul-Ehrlich-Gesellschaft verfügbar (www.p-e-g.org/econtext/resistenzdaten/). Einer Umfrage des Robert-Koch-Instituts zufolge wünschen sich drei Viertel der niedergelas-

In Deutschland werden viele Antibiotika verordnet, die zu breit wirken.

senen Ärzte Unterstützung bei der rationalen Verschreibung von Antibiotika durch Leitlinien, Fortbildung und Beratung. Es wäre daher zu begrüßen, wenn die Ärzte von den KVen mehr Feedback bezüglich ihrer Antibiotika-Verordnungen bekämen. Dieses Feedback sollte sich nicht primär an Kosten für Antibiotika orientieren, sondern vor allem auf den Gebrauch von Breitspektrumantibiotika fokussiert sein. Das wäre ein weiterer guter Ansatzpunkt, um die Ausbreitung von resistenten Erregern einzudämmen.

*Dr. Robin Köck,
Arzt am Institut für Hygiene des
Universität Münster*

Informationsblätter zu MRSA in der Praxis

Die KV Westfalen-Lippe, bei der das Kompetenzzentrum Patientensicherheit angesiedelt ist, hat im Auftrag der KVen Informationsblätter zu MRSA herausgebracht – für Vertragsärzte und medizinisches Personal, aber auch für Patienten und Kontaktpersonen.

Die Informationen wurden vom Euregio-Projekt MRSA-net und dem Nachfolgeprojekt EurSafety Health-net erstellt und gemeinsam mit den beteiligten KVen und der KBV überarbeitet.

Die MRSA-Informationsblätter im Internet zum Herunterladen:
www.kvhh.de → Qualität → MRE/MRSA

Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege

- In der aktuellen Ausgabe (01/2012) von „Wirkstoff Aktuell“ gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung Informationen zur Studienlage, zu Nebenwirkungen und Kosten und zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Antibiotika bei Infektionen der oberen Atemwege. Wir haben die wesentlichen Inhalte für Sie zusammengefasst.

Orale Antibiotika

- Betalaktamantibiotika
 - Penicilline mit schmalen Spektrum
 - Aminopenicilline
 - Aminopenicilline + Betalaktamaseinhibitor
 - Cephalosporine
- Tetracycline
- Makrolide
- Lincosamide



Foto: Jazper / fotolia.de

Infektionen der oberen Atemwege werden vorwiegend durch Viren verursacht. Die akute Tonsillopharyngitis, die akute Otitis media, die akute Rhinosinusitis und die akute nichtspezifische Atemwegsinfektion sind in der Regel selbstlimitierende Erkrankungen und erfordern in den meisten Fällen keine antibiotische Therapie.

Grundlage für eine rationale Antibiotikatherapie sind die korrekte Diagnosestellung, die kritische Indikation zum Einsatz von Antibiotika, die Wahl des geeigneten Antibiotikums sowie die Verlaufskontrolle mit Festlegung der Behandlungsdauer. Eine kritische Indikationsstellung dient nicht nur dem Patienten, sondern verringert auch die Kosten und reduziert die Entstehung resistenter Erreger.

Indikation

- Infektionen der oberen Atemwege
 - akute Tonsillopharyngitis
 - akute Otitis media
 - akute Rhinosinusitis
 - nichtspezifische Atemwegsinfektion

Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise

1. Spezifische Empfehlungen zur rationalen Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege („Upper Respiratory Tract Infections“, URTI)

Tonsillopharyngitis

Erreger der Tonsillopharyngitis sind vorwiegend Viren, darunter Parainfluenza- und Adenoviren. Wichtigster bakterieller Erreger ist Streptococcus pyogenes

(β -hämolisierende Streptokokken der Gruppe A). Eine Indikation zur Antibiotikatherapie besteht nur bei gesicherter A-Streptokokken-Tonsillopharyngitis oder bei hochgradigem

Verdacht auf A-Streptokokken-Tonsillopharyngitis. Mittel der Wahl bei A-Streptokokken-Tonsillopharyngitis ist die zehntägige Gabe von Penicillin V. Bei Therapieversagen oder Penicillinallergie vom Spättyp sind Oralcephalosporine, Clindamycin oder Makrolide indiziert.

Akute Otitis media

Häufigste Erreger der akuten Otitis media sind Viren (RS-, Rhino-, Influenza-, Parainfluenza- und Adenoviren). Bakterielle Infektionen werden meist durch *Streptococcus pneumoniae* (Pneumokokken) und meist unkapselte Stämme von *Haemophilus influenzae* verursacht. Seltener werden *Moraxella catarrhalis* oder A-Streptokokken als Auslöser einer Otitis media nachgewiesen. Die akute Otitis media ist eine in der Regel selbstlimitierende Erkrankung und heilt in 80 Prozent der Fälle innerhalb von sieben Tagen. Eine antibiotische Therapie ist in den meisten Fällen nicht indiziert. Ausnahme sind Kinder mit stärkeren Allgemeinsymptomen (Fieber, starke Schmerzen und Erbrechen), mit perforierter oder beidseitiger Otitis und Kinder im Alter von weniger als sechs Monaten. Eine weitere Indikation für eine Antibiotikatherapie kann das Vorliegen einer schweren Grundkrankheit sein. Bei Kindern im Alter von sechs Monaten bis zwei Jahren sollte eine Antibiotika-Verordnung mit evtl. verzögertem Behandlungsbeginn (bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes und/oder



Foto: RB-Pictures/fotolia.de

der Lokalbefunde und -symptomatik innerhalb der folgenden 1 bis 2 Tage) erwogen werden; dies muss mit den Eltern/Betreuungspersonen besprochen sein. Therapie der Wahl ist Amoxicillin. Bei Unverträglichkeit sind Oralcephalosporine und Makrolide geeignete Alternativen. Die empfohlene Therapiedauer beträgt fünf (bis sieben) Tage (bei Azithromycin drei Tage). Eine mögliche Eskalationstherapie nach Vorbehandlung mit Amoxicillin oder Makroliden und fehlendem Ansprechen stellen Amoxicillin plus Betalaktamaseinhibitor bei ampicillinresistenten *Haemophilus influenzae*-Stämmen sowie bei vermindert empfindlichen Pneumokokken eine höhere Dosis Amoxicillin dar.

Akute Rhinosinusitis

Die akute Rhinosinusitis ist meist Ausdruck einer viralen oberen Atemwegsinfektion. Eine Indikation für eine Antibiotikagabe ist bei Hinweisen auf einen schweren Verlauf der Erkrankung gegeben: starke Kopfschmerzen, Rötung und Schwellung über den Nasennebenhöhlen, Lethargie, hohes Fieber sowie sichtbare Eiterstraße an der Rachenhinterwand. Auch Persistenz der Beschwerden über zehn Tage oder deutliche Verschlechterung der Symptome nach fünf bis sieben Tagen sind eine Indikation zur Antibiotikatherapie. Mittel der Wahl ist (bei Patienten ohne antibiotische Vorbehandlung)

Fortsetzung auf S. 10 ■■■

Amoxicillin, da Pneumokokken und Haemophilus influenzae in Deutschland in der Mehrheit empfindlich sind. Bei Unverträglichkeit sind Oralcephalosporine und Makrolide (oder Doxycyclin bei Erwachsenen) geeignete Alternativen. Die empfohlene Therapiedauer beträgt fünf bis sieben Tage. Bei Vorbehandlung mit oder fehlendem Ansprechen auf Amoxicillin oder Makrolide ist Amoxicillin/Clavulansäure eine mögliche Alternative. Bei schwerer, bereits fortgeschrittener Erkrankung kann eine initiale Therapie von Amoxicillin plus Betalaktamaseinhibitor indiziert sein.

Nichtspezifische Infektion der oberen Atemwege

Die nichtspezifische Atemwegsinfektion (oft „common cold“ oder „grippaler Infekt“ genannt) wird zu 90 bis 95 Prozent durch verschiedene Viren (etwa 200) verursacht. Zu den häufigsten Erregern gehören die Rhinoviren, Respiratory-Syncytial-(RS-), Parainfluenza-, Adeno-, Corona- und Enteroviren. Die Behandlung erfolgt überwiegend symptomatisch, eine kausale Therapie steht nicht zur Verfügung. Nur bei der sehr seltenen primär bakteriell bedingten Infektion (< 10 Prozent der Fälle) durch Erreger wie zum Beispiel Bordetella pertussis, Chlamydia pneumoniae oder Mycoplasma pneumoniae kann eine antibiotische Behandlung indiziert sein.

2. Grundlagen der rationalen Antibiotikatherapie bei oberen Atemwegsinfektionen

Grundlagen für eine rationale Antibiotikatherapie sind die korrekte Diagnosestellung, die kritische Indikation zum Einsatz von Antibiotika, die Wahl des geeigneten Antibiotikums sowie die Verlaufskontrolle mit Festlegung der Behandlungsdauer. Eine kritische Indikationsstellung dient nicht nur dem Patienten, sondern verringert auch die Kosten und reduziert die Entstehung resistenter Erreger. Zu einer rationalen Antibiotikatherapie gehören die Vermeidung antimikrobieller Resistenzen auf der Ebene des individuellen Patienten wie auch auf der Ebene der Bevölkerung und die Beachtung der Prinzipien der kalkulierten und gezielten Antibiotika-Therapie. Dies schließt Handlungsempfehlungen zur Reduktion eines Antibiotikaeinsatzes ein.

Ursachen und Vermeidung von Antibiotika-Resistenzen

- Die Einnahme von Antibiotika führt zur Veränderung der normalen bakteriellen Flora auf Haut und Schleimhäuten mit Nebenwirkungen wie zum Beispiel Diarrhoe, aber auch zur Entstehung und/oder Selektion von antibiotikaresistenten Erregern.
- Diese resistenten Erreger können, ohne eine Infektion zu verursachen, sehr lange (bis zu sechs Monate oder länger) persistieren – hierin

unterscheiden sich jedoch die Antibiotika oder Antibiotikaklassen: Penicilline inkl. Amoxicillin sind in ihrer Resistenzentwicklung in der Regel günstiger als andere Substanzen.

- Mit resistenten Erregern kolonisierte Patienten haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, Infektionen mit diesen Erregern zu entwickeln.
- Auch bei indikationsgerechtem Gebrauch eines Antibiotikums können sich Antibiotikaresistenzen entwickeln. Prophylaktische Maßnahmen, zu denen auch die Impfung gegen Pneumokokken* zählt, können das Risiko der Übertragung von antibiotikaresistenten Erregern auf weitere Personen oder andere Patienten reduzieren.

Grundzüge einer rationalen Antibiotika-Therapie

- Indikation kritisch prüfen, Prinzipien der gezielten oder kalkulierten Therapie beachten,
- Dosis und Therapiedauer beachten,
- Schonung von Reservesubstanzen,
- Förderung der Compliance,
- Wirtschaftlichkeit beachten.

Prinzipien der kalkulierten Antibiotika-Therapie

Sie berücksichtigt:

- die häufigsten Erreger der jeweiligen Infektion,
- das Wirkungsspektrum des Antibiotikums,
- die Pharmakokinetik/-dynamik,

* Unter Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL)

- die Verträglichkeit des Antibiotikums,
- wichtige Patientencharakteristika (Alter, Impfstatus, Allgemeinzustand, Leber- und Nierenfunktion, Allergien, Vortherapien).

Maßnahmen zur Reduktion inadäquater Antibiotika-Verordnungen bei oberen Atemwegsinfektionen

- Antibiotika sollten nur verordnet werden, wenn sie indiziert sind, nicht bei viralen Infektionen wie Erkältungskrankheiten („common cold“, „grippaler Infekt“) oder Influenza ohne Hinweis auf bakterielle Superinfektion. „Bei indizierter Verordnung eines Antibiotikums sollte das Wirkspektrum so schmal wie möglich und so breit wie nötig sein. Die Verordnung sollte immer mit Angabe der Dosis, der Dosierungsintervalle und der Einnahmedauer erfolgen.“

- Patienten mit oberen Atemwegsinfektionen sollten
 - über den natürlichen Verlauf der einzelnen Krankheitsbilder einschließlich deren durchschnittliche Dauer informiert werden
 - über die drei möglichen Behandlungsstrategien eines Antibiotikaeinsatzes (keine Verordnung, abwartende Verordnung oder sofortige Verordnung*) und die damit verbundene therapeutische Vorgehensweise aufgeklärt werden
 - direkt auf ihre Erwartungshaltung hinsichtlich der Verordnung von Antibiotika angesprochen werden. Ihnen sollte ausreichend Zeit für die Beantwortung von Fragen zur Behandlung gewährt und die Vorgehensweise bei Verschlechterung der Symptome (Stufenplan) erklärt werden; Studien haben gezeigt, dass die Zufriedenheit des Patienten

mehr von einer ausführlichen Beratung abhängt als von der Verschreibung eines Antibiotikums; die Verordnung eines Antibiotikums verringert nicht die Häufigkeit nachfolgender Arztkonsultationen

- informiert werden, dass der häufige Gebrauch von Antibiotika zu einem gesteigerten Risiko von antibiotikaresistenten Infektionen führen kann
- Informationsmaterial über die sichere Anwendung von Antibiotika und die Risiken der Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen erhalten (zum Beispiel Gesundheitsinformation des IQWiG).

Die Wirkstoff-Aktuell-Ausgabe zur „rationalen Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege“ im Volltext: www.kbv.de/publikationen/116.html

Wirkstoff AKTUELL

Die Publikation Wirkstoff AKTUELL wird im Rahmen des § 73 Abs. 8 SGB V von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) erstellt. Sie liefert dem Arzt unabhängige, neutrale Informationen über Arzneimittel, die im Rahmen der Verordnung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) erhebliche Kosten verursachen und geben ihm Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise unter Bewertung des therapeutischen Nutzens des jeweiligen Arzneimittels. Den Hinweisen liegt eine Bewertung von für das Arzneimittel relevanten Studien und Leitlinien zugrunde.

Veröffentlicht wird Wirkstoff AKTUELL als Beilage in der Ausgabe A des Deutschen Ärzteblattes sowie elektronisch auf der Homepage der AkdÄ (www.akdae.de) und dem Portal Arzneimittel-Infoservice (AIS) der KBV (www.kbv.de/ais).

* Keine Verordnung“ ist definiert als keine Verordnung von Antibiotika bei der ersten Konsultation. „Abwartende Verordnung“ ist definiert als die Verordnung von Antibiotika 48 Stunden nach der ersten Konsultation. „Sofortige Verordnung“ ist definiert als die Verordnung von Antibiotika bei der ersten Konsultation.



Foto: Bundesministerium für Gesundheit

Risiken und Nebenwirkungen der eGK

- Bisher war das "Versicherten-Stammdatenmanagement" Aufgabe der Krankenkassen. Ein Teil dieser Arbeit soll nun auf die Arztpraxen abgewälzt werden.

Eigentlich sollte sie jeder gesetzlich Versicherte schon ab 2006 im Portemonnaie haben. Nun kommt die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in abgespeckter Version. Die Kassen müssen bis Ende 2012 mindestens 70 Prozent der Versicherten mit der neuen Karte ausstatten.

Bisher war das „Versicherten-stammdatenmanagement“ die Verwaltungsarbeit der Krankenkassen: Aktualisierung von Name (beispielsweise nach einer Hochzeit) oder Adresse (nach einem Umzug), Statuswechsel von Schüler zu Auszubildendem etc. Einen Teil dieser Verwaltungsarbeit wollen die Krankenkassen nun auf die Arztpraxen abwälzen. Aufgrund des Protests der Ärzteschaft wurde uns gesetzlich zugestanden, dass wir unsere

sensiblen Versichertendaten in den Praxen weiterhin auf „eigene Kosten“ von den Kassencomputern trennen „dürfen“. Am Tresen steht also künftig noch ein zusätzlicher Online-Rechner, der mit einem Zentralrechner in der zu schaffenden „Telematikinfrastruktur“ (TI) verbunden ist. Bei Erscheinen des Patienten müssen die Praxis-Mitarbeiter dessen eGK online aktualisieren lassen. Von den Krankenkassen wurde errechnet, dass in nur 2,3 Prozent aller Fälle wirklich eine Veränderung vorgenommen wird. In 97,7 Prozent aller Fälle müssen wir diese Verwaltungsarbeit erledigen, ohne dass die Daten geändert werden. Sollen sich die Arztpraxen tatsächlich als Online-Außenstellen der Krankenkassen missbrauchen lassen?

Bei Massenzugriffen zu Quartalsanfang kann das Minuten dauern. Dann muss die eGK noch einmal in den Praxis-Rechner eingelesen werden. Die Kosten dieser zusätzlichen Bürokratiearbeit, die „Leitungskosten“, die Dramen bei Systemabstürzen – wen interessiert es? Was es für die Privatsphäre der Menschen bedeutet, wenn sensible Daten wie Zuzahlungsstatus oder ein Vermerk über die Teilnahme am DMP-Mammakarzinom über das Internet in den zentralen „Stammdatenrechner“ wandern, scheint auch unerheblich zu sein.

Völlig totgeschwiegen wird augenblicklich, dass es die quartalsweise Aktualisierung der Versichertendaten schon längst gibt. Die 2005 entwickelte „Veraxliste“, die alle Arztpra-

xen quartalsweise offline mit den Updates auf ihre Rechner bekommen (ohne Zusatzkosten), meldet schon jetzt, wenn eine Karte abgelaufen ist. Schon 2005 hat die Techniker Kasse angegeben, damit 40 Millionen Euro eingespart zu haben.

Das Ziel des Versichertendenmanagements ist also ein

anderes: Die Kassen wollen damit vom „Payer“ zum „Player“ werden: Versorgung steuern, später die zentrale elektronische Patientenakte, am Ende Ärzte als Angestellte der Kasse. Das milliardenschwere industriegetriebene eGK-Projekt ist der Hebel zur Transformation unseres Gesundheitswesens. Eingemeindet in

eine „Gesundheitswirtschaft“ unter Herrschaft von Kassen und Konzernen werden das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis, die Privatsphäre aller und die freie ärztliche Berufsausübung geopfert.

*Dr. Silke Lüder,
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Bergedorf*

Veranstaltung

■ "Medizinqualität statt e-Card-Bürokratie – Arztpraxen sind keine Außenstellen der Krankenkassen!"

Mittwoch, 18.4.2012 (14-17 Uhr), Katholische Akademie in Berlin, Hotel Aquino, Hannoversche Straße 5b, 10115 Berlin Mitte

Referenten: **Dr. Christian Euler**, Präsident des Hausärzterverbandes Österreich, über „eHealth-Täuschung und Enttäuschung“ Bericht aus unserem Nachbarland

Prof. Paul Unschuld, Charite Berlin, Autor des Buches „Ware Gesundheit“

Prof. Hartmut Pohl, Sprecher des Präsidiumsarbeitskreises „Datenschutz und IT Sicherheit“ der Gesellschaft für Informatik (GI) zum Thema Informationssicherheit

Wolfgang Linder, ehem. Datenschutzreferent der Stadt Bremen, Komitee für Grundrechte und Demokratie

*Mehr Infos: Dr. Silke Lüder, Dr. Manfred Lotze, Hamburg
E-mail: info@stoppt-die-e-card.de; www.stoppt-die-e-card.de*

KBV-Vertreterversammlung lehnt Versicherten-Stammdatenmanagement ab

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat in ihrer Sitzung am 2. März 2012 die Implementierung eines obligatorischen Versicherten-Stammdatenmanagement in den Praxen abgelehnt. Nach der Erhebung von Zusatzbeiträgen in Form der „Praxisgebühr“ sei eine neuerliche Verlagerung von administrativen Aufgaben der Kassen in die Praxen nicht tragbar, hieß es in der Resolution. Eine direkte und obligatorische Verbindung von Praxen und Kassen widerspreche zudem erkennbar der gültigen Beschlusslage der Deutschen Ärzteschaft.

Die Vertreterversammlung hat daher den KBV-Vorstand beauftragt, diese unerträgliche Belastung der Praxen auf Kosten der Patientenversorgung zu verhindern und sich für die Änderung der zugrunde liegenden gesetzlichen Regelungen einzusetzen.

„Vorurteile statt Fakten“

- Die Hamburger Vertrags-Psychotherapeuten wehren sich gegen den Vorwurf, nicht effizient genug zu arbeiten. Wir dokumentieren die Erklärung des bvvp-Hamburg im Wortlaut.



Hamburger Abendblatt, 14. Februar 2012

Leisten Psychotherapeuten für die Versorgung psychisch Erkrankter in der GKV zu wenig und behandeln sie oft die Falschen? Diese Meinung vertritt Kathrin Herbst, die neue Leiterin der Landesvertretung des Verbandes der Ersatzkassen in Hamburg in einem Abendblatt-Artikel vom 14. Februar 2012. Zwar erkennt Frau Herbst den Versorgungsmangel in der Psychotherapie an, sie springt aber zu kurz, wenn sie anstatt sich über dieses komplexe Thema zumindest auch bei den Psychotherapeuten kundig zu machen, diesen einfach den schwarzen Peter zuschiebt. Damit verstellt sie den Blick auf die tatsächlichen Versorgungsmängel in

der Behandlung psychischer Krankheiten, die nach allen Gesundheitsreports der Krankenkassen der letzten Jahre anzahlmäßig deutlich zugenommen haben und besonders im Hinblick auf längere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder stationäre Maßnahmen zur Behandlung zu einem erheblichen Anstieg der Kosten bei den Kassen beigetragen haben.

Frau Herbst vertritt in ihrer Gratulation zum 10jährigen Kamerjubiläum der Psychotherapeutenkammer Hamburg die Auffassung, dass sich einfach durch eine vermehrte Auslastung der Psychotherapeuten über eine Erhöhung der Be-

handlungsstunden pro Woche das Behandlungsangebot für psychisch Kranke in der GKV deutlich verbessern lasse.

Untersuchungen zur Versorgungsforschung¹ ergeben, dass im Durchschnitt ein niedergelassener Psychotherapeut seine Patienten mit knapp 25 Behandlungsstunden pro Woche behandelt. Mit dieser Durchschnittszahl sind auch alle Psychotherapeuten mit erfasst, die ihre Praxis erst aufbauen oder gegen Ende der Lebensarbeitszeit die Praxis einschränken müssen, alle Praxisinhaber, die noch durch Erziehungszeiten absorbiert werden sowie kranke und in Reha befindliche Psychotherapeuten.

Vor allem entspricht die genannte wöchentliche Behandlungszeit keinesfalls der wöchentlichen durchschnittlichen Arbeitszeit, wie viele Fachfremde anzunehmen scheinen. Bei keiner Arztgruppe entspricht die Zeit im direkten Kontakt mit dem Patienten der geleisteten Praxis-Arbeitszeit. Bei Psychotherapeuten ist allerdings dieses Verhältnis besonders niedrig. Das hängt vor allem damit zusammen, dass der Psychotherapeut selbst als Person das alleinige „Behandlungsinstrument“ ist, mit dem er arbeitet

und durch effektiveres Arbeiten sich nicht die festgelegte Behandlungsstunde verkürzt. Das bedeutet auch: Eine Steigerung der Produktivität in diesem Fachgebiet ist nur sehr begrenzt möglich.

Die tatsächliche wöchentliche Gesamtarbeitszeit liegt bei den durchschnittlich erbrachten und mit der KV abgerechneten 25 Behandlungsstunden bei 40 bis 45 Wochenstunden: Viel Zeit muss für Nebentätigkeiten der Behandlung wie Behandlungsberichten, Supervision oder kollegiale Intervention, Fortbildung, Terminvereinbarung, Sprechzeiten, Austausch mit anderen Fachärzten und Kliniken u.a. aufgewendet werden, die nicht abrechenbar sind bzw. in der zu gering bewerteten Ordinationspauschale enthalten sind. Darüber hinaus kann sich die überwiegende Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten von ihren Honoraren keine Hilfskraft leisten, so dass auch alle Arbeiten der Praxisorganisation selbst erledigt werden müssen.

Die zweite Kernaussage von Frau Herbst lautet, dass Psychotherapeuten „fast Gesunde“ über zu lange Zeiträume behandeln würden – somit eigentlich „die Falschen“. Unterstellungen dieser Art sind u.a. durch die Ergebnisse der TK-Modellstudie² widerlegt worden: In der untersuchten Stichprobe bestand bei 96 Prozent der Patienten eine nachgewiesene z.T. erhebliche Behandlungsbedürftigkeit. Hinweise

auf unnötige oder unnötig lange Behandlungszeiten ergaben sich nicht.

Durch die erhebliche Zunahme von psychischen Erkrankungen entsteht ein großer öffentlicher Druck auf Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Gesundheitspolitiker. Durch das Anfang 2012 in Kraft getretene neue Versorgungsstrukturgesetz soll die Versorgung verbessert werden. Zunächst führt das neue Gesetz aber vor allem zu Ängsten vor erhöhten Kosten bei Kassen und Politik und zu Ängsten vor Benachteiligung bei einer möglichen Umverteilung bei Behandlern als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Ängste fördern allerdings nicht unbedingt einen rationalen Umgang mit Versorgungsproblemen und die Suche nach möglichen angemessenen und nachhaltigen Lösungen.

Die Verbesserung der aktuellen Versorgungsstrukturen ist zur

Lösung der bestehenden Versorgungsmängel wichtig - vorhandene Vorschläge dazu (wie z. B. eine bessere Vernetzung) sollten breit diskutiert werden und sich an den vorliegenden Ergebnissen der Versorgungsforschung und dem Versorgungsbedarf für Patienten orientieren.

Im Beitrag von Frau Herbst werden leider eher Vorurteile reproduziert und einzelne Behandlergruppen gegeneinander ausgespielt. Gute Situationsanalyse statt Vorurteile zu verbreiten ist aus unserer Sicht der bessere Weg, um eine Verbesserung der Versorgung voranzubringen.

*Bundesverband der
Vertragspsychotherapeuten (bvvp)
- Regionalverband Hamburg*

1) Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010, Universität Duisburg/Essen, Anke Walendzik, Cornelia Rabe-Menssen, Gerald Lux, Jürgen Wasem, Rebecca Jahn

2) Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie, Abschlussbericht 2011, Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach § 63 Abs 1 SGB V

Der bvvp ist laut Selbstdarstellung ein "Therapeutenverband, der sich integrativ für die Interessen aller Vertragspsychotherapeuten (niedergelassene Ärzte, Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit anerkannter tiefenpsychologischer, psychoanalytischer oder verhaltenstherapeutischer Weiterbildung) einsetzt. Der bvvp ist der Dachverband von 17 selbständigen auf regionaler Ebene arbeitenden Einzelverbänden und hat bundesweit über 4300 Mitglieder. Damit ist er der größte Berufsgruppen- und Verfahrensübergreifende Zusammenschluss von Vertragspsychotherapeuten in Deutschland."



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

Foto: Felix Falter

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 Im EBM gibt es Leistungen, die laut Leistungsbeschreibungen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (zum Beispiel die GOP 02302 EBM) abgerechnet werden können. Gibt es eine Definition, an welche Zeiträume die Begriffe Säugling, Kleinkind und Kind gebunden sind?

Ja, die Zeiträume sind in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM Punkt 4.3.5 wie folgt geregelt:

- Neugeborenes bis zum vollendeten 28. Lebenstag
- Säugling ab Beginn des 29. Lebenstages bis zum vollendeten 12. Lebensmonat

- Kleinkind ab Beginn des 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Kind ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Jugendlicher ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- Erwachsener ab Beginn des 19. Lebensjahres

Ausschlaggebend ist jeweils das Alter bei der ersten Inanspruchnahme in der Arztpraxis in einem Quartal.

2 Ein Patient hat im Laufe des Quartals die Krankenkasse gewechselt. Muss ich von dem Patienten ein zweites Mal die

Kassengebühr für die neue Krankenkasse verlangen? Nein. In diesem Fall rechnen Sie bei dem neuen Fall die Zusatznummer 80040 (keine Erhebung der Kassengebühr, da Kassenwechsel des Patienten im laufenden Quartal) ab. Die Abrechnung der Zusatznummer führt dazu, dass Ihr Honorarkonto in diesem Fall nicht mit 10 Euro belastet wird. Im Übrigen entsteht durch den Kassenwechsel eines Patienten im laufenden Quartal für Sie in Ihrer Abrechnung ein neuer Behandlungsfall. Auch bei diesem Fall können Sie Ihre Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale in Ansatz bringen.

3 Wir behandeln einen Patienten aus dem Ausland, der sich vorübergehend in Deutschland aufhält. Als Versicherungsnachweis hat er die europäische Krankenversichertenkarte vorgelegt. Dürfen wir bei ihm eine Akupunkturbehandlung zu Lasten der Krankenkasse beginnen?

Nein. Voraussetzungen für eine Akupunkturbehandlung sind chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule beziehungsweise chronische Schmerzen einer oder beider Kniegelenke. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt ist fraglich, ob die geforderten Voraussetzungen beurteilt werden können.

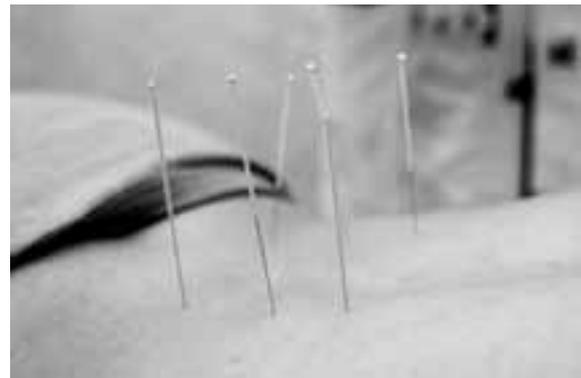


Foto: Max Tactic/fotolia.de

Barmer GEK: AU-Bescheinigungen werden dem Versicherten ausgehändigt

Die durch Fusion entstandene Kasse Barmer GEK hat mitgeteilt, dass die Teile 1a und 1b der AU-Bescheinigung an die

Versicherten auszuhändigen sind.

Es werden also keine AU-Bescheinigungen der BARMER

GEK mehr an die KV geschickt.

Ansprechpartner:

Abteilung Versand, Tel: 22802-310

Barmer GEK-Patienten benötigen neue Verordnung für aufsaugende Inkontinenzhilfen

Die Barmer GEK hat die Lieferanten für aufsaugende Inkontinenzhilfen im Home-Care-Bereich neu ausgeschrieben. Im Bereich Ham-

burg bleibt die Firma Unizell Medicare GmbH für die Belieferung zuständig. Patienten in Dauerversorgung benötigen zu Beginn der neuen Ver-

tragslaufzeit am 1. Mai 2012 eine neue ärztliche Verordnung. Die betroffenen Versicherten wurden darüber von der Barmer GEK informiert.

QEP®-Seminar zum Arbeitsschutz

Auch in Arztpraxen gelten die Arbeitsschutzgesetze - und ihre Einhaltung wird von der Berufsgenossenschaft überprüft. In einem von der KV Hamburg angebotenen QEP®-Seminar lernen die Teilnehmer, wie sie sich, ihre Mitarbeiter und die Patienten wirksam vor Unfällen schützen können. Anhand von Beispielen wird verdeutlicht,

wie man Gefahrenquellen in der Praxis zuverlässig erkennen und diese beheben kann. Darüber hinaus wird aufgezeigt, wie man Maßnahmen des Arbeitsschutzes in das Qualitätsmanagement integrieren und damit einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zum Sicherheits- und Gesundheitsmanagement etablieren kann.

Das Seminar richtet sich an Ärzte aller Fachrichtungen sowie an alle für den Arbeitsschutz Verantwortlichen in der Praxis.

Termin: Mittwoch, 13. Juni 2012 (9:30-17:00 Uhr)

**Teilnahmegebühr: 149 Euro inkl. Verpflegung
10 Fortbildungspunkte**



Foto: goodluz/fotolia.de

AOK will Kindergesundheit fördern

- Im Fokus stehen Bewegungsprogramme in Schulen und Sportvereinen. Ein Belohnungssystem soll Anreize setzen, die U-Untersuchungen wahrzunehmen und sich impfen zu lassen.

Die AOK Rheinland/Hamburg will in Hamburg ein Gesundheitsprogramm für Kinder und Jugendliche etablieren. „Wir beobachten, dass schon im frühen Kindesalter immer mehr Gesundheitsstörungen auftreten“, sagt AOK Rheinland/Hamburg-Vorstandsmitglied Rolf Buchwitz. „Übergewicht, motorische Entwicklungsstörungen und Haltungsschäden erhöhen das Risiko für weitere Erkrankungen im Erwachsenenalter.“

Die Krankenkasse fördert gesunde Lebensgewohnheiten bei den Kindern und ihren Familien. Im Fokus stehen dabei Bewegungs- und Förderprogramme in Schulen und Vereinen. Dabei arbeitet die AOK Rheinland/Hamburg mit dem HSV-Handball und dem Hamburger Handball-Verband zusammen.

Außerdem soll es einen Aktivpass für AOK-versicherte

Kinder geben. Darin werden die U-Untersuchungen beim Kinderarzt und die STIKO-Impfungen vermerkt, aber auch andere gesundheitsfördernde Aktivitäten wie der Erwerb von Schwimm- und Sportabzeichen oder die Mitgliedschaft in einem Sportverein. Das Erreichen einer bestimmten Punktzahl wird mit einer Prämie belohnt. Beworben und eingesetzt werden soll der Pass bei Kindern in

der Altersgruppe von drei bis 14 Jahren.

Die Hamburger Behörden (Gesundheitsbehörde, Innen- und Sportbehörde, Schulbehörde) unterstützen das Gesundheitsprogramm; ein mit

Wissenschaftlern und Ärzten besetzter Beirat begleitet die Umsetzung. „Das Projekt klingt wie der Wunschzettel eines jeden Kinderarztes“, sagte Dr. Stefan Renz, Vorsitzender des Landesverbandes der Kin-

der- und Jugendärzte (BVKJ), dem Hamburger Abendblatt. In das Programm eingebunden sind auch drei bereits gültige Verträge mit dem BVKJ zur Versorgung von Kindern mit speziellen Krankheiten.

AOK-Zusatzverträge für Kinderärzte

- **Feste Behandlungsstrukturen für AD(H)S, Asthma und Neurodermitis sollen die Versorgung von Kindern verbessern. Für die teilnehmenden Ärzte kann sich das Engagement auch finanziell lohnen.**

Die AOK bietet einige Zusatzverträge zur Versorgung von Kindern an, die von der KV ausdrücklich empfohlen werden. In diesen Versorgungsmodellen wird die Behandlung von AD(H)S, Asthma oder Neurodermitis fachübergreifend organisiert: Der koordinierende Arzt – meist der Hauskinderarzt – schreibt die Patienten ein und erstellt einen Therapieplan. Die Versorgung erfolgt in enger Abstimmung mit einer zweiten Behandlungsebene.

AD(H)S

Für Kinder und Jugendliche mit AD(H)S hat die Krankenkasse zusammen mit der KV und dem BVKJ ein Versorgungsmodell entwickelt, bei dem Medikamente möglichst erst dann eingesetzt werden, wenn die psychosoziale oder psychotherapeutische Behandlung unwirksam bleibt. Das Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 17 Jahren. Der Vertrag regelt eine struk-

turierte Versorgung unter Einbeziehung von Psychotherapeuten. Angehörige, Lehrer und Erzieher werden beim Umgang mit der Erkrankung unterstützt.

Kinderärzte oder Psychiater, die den Behandlungsablauf koordinieren, können dies über Zusatzhonorare abrechnen.

Asthma bei Kleinkindern

Da das DMP Asthma erst für Kinder ab dem fünften Lebensjahr greift, schließt der AOK-Vertrag für Asthma bei Kleinkindern eine Lücke.

Der Hauskinderarzt kooperiert mit Kinderärzten, die eine Zusatzweiterbildung Pneumologie und/oder Allergologie vorweisen können. Eltern und Kinder werden im Umgang mit der Krankheit geschult (beispielsweise zu Inhalationstechniken), bei Bedarf werden Rehabilitationsmaßnahmen veranlasst.

Die teilnehmenden Kinderärzte erhalten ein zusätzliches Honorar von bis zu 290

Euro pro Patient im Verlauf der Behandlung. Der Vertrag wird über die KV abgerechnet.

Neurodermitis bei Kindern

Zielgruppe dieses Vertrages sind Kinder und Jugendliche im Alter von 1 bis 17 Jahren mit der gesicherten Diagnose Neurodermitis.

Der Hauskinderarzt koordiniert die Einbeziehung von allergologisch oder speziell zu Neurodermitis fortgebildeten Kinderärzten oder Dermatologen. Es finden strukturierte Schulungsprogramme für Eltern und Kinder statt. Bei schweren Krankheitsverläufen wird eine ambulante Behandlung durch Spezialisten des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift angeboten. Im Bedarfsfall wird eine Reha-Maßnahme eingeleitet.

Die teilnehmenden Ärzte der verschiedenen Behandlungsebenen können dies über Zusatzhonorare abrechnen. Auch bei diesem Vertrag läuft die Abrechnung über die KV.



Foto: Volodymyr Krasyuk/fotolia

Fragen und Antworten zu den neuen Hamburger Schutzimpfungsvereinbarungen

Zum 1. Januar 2012 traten die neuen Schutzimpfungsvereinbarungen in Hamburg in Kraft. Uns erreichten viele Fragen hierzu. Dabei standen vor allem die nun übernommenen Regelungen der Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) und die neue Systematik der Abrechnungsziffern im Vordergrund. Wichtige Fragen mit den entsprechenden Antworten haben wir für Sie zusammengefasst.

1 *Für die Einzelimpfung von Masern und Röteln ist nach der neuen Systematik keine Abrechnungsnummer vorgesehen. Sind diese Einzelimpfungen für Kinder keine Kassenleistung?*

Nach der SI-RL haben Kinder einen Leistungsanspruch auf die entsprechenden Impfungen gegen Masern und Röteln. Zwar wird von der Stiko die Gabe der entsprechenden Kombinationsimpfungen (MMR bzw. MMRV) empfohlen, aber im Einzelfall können diese Impfungen auch

als Einzelimpfungen geimpft werden und zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden. Für diese Einzelfälle können Sie die entsprechenden Abrechnungsnummern für Erwachsene (89113/89123) verwenden.

2 *Im Zusammenhang mit der Gabe der Vierfachimpfung MMRV wird das Auftreten von Fieberkrämpfen diskutiert. Wie lautet die aktuelle Empfehlung zur Impfung von Kindern mit dem Kombinationsimpfstoff MMRV?*

Die jetzt aktuell vom Bundesausschuss in die SI-RL übernommene Empfehlung der Stiko lautet hierzu:

„Bei der ersten Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen sollte – bis zum Vorliegen weiterer Daten – die getrennte Gabe der MMR-Impfung einerseits und der Varizellen-Impfung andererseits bevorzugt werden. Die zweite Impfung gegen MMRV kann dann bevorzugt mit einem MMRV-

Kombinationsimpfstoff erfolgen (Epidemiologisches Bulletin Nr. 38 vom 26.09.2011, S. 352)“.

3 *Bis zu welchem Alter können Kinder die versäumten Impfungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erhalten?*

Der Bundesausschuss hat in der SI-RL festgelegt, dass versäumte Impfungen (Nachholung von Impfungen und Vervollständigung des Impfschutzes) bis zum 18. Geburtstag zu Lasten der Kassen nachgeholt werden dürfen.

4 *Im Impfheft steht, dass Reisechutzimpfungen von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind. Sind jetzt die Ergänzungsvereinbarungen für Reiseimpfungen zum Beispiel mit der Techniker Krankenkasse ungültig geworden?*

Nein. Die aktuell geänderten Schutzimpfungsvereinbarungen regeln ausschließlich die

Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Verträge zwischen Krankenkassen und der KV, in denen sich die Krankenkassen zusätzlich verpflichten, auch Reiseimpfungen und/oder HPV Impfungen für erwachsene Frauen im Sachleistungsprinzip zu erbringen, sind mit einigen Änderungen weiterhin gültig (siehe Seite 23).

5 *Die Nummernsystematik sieht vor, dass erste Impfungen eines Impfzyklus mit einem „A“ hinter der Nummer gekennzeichnet werden; zum Beispiel für die Diphtherieimpfung für Erwachsene die 89101A. Für die letzte Dosis verwendet man in diesem Beispiel die 89101B. Welchen Buchstaben bekommt die zweite Dosis des Impfzyklus?*

Für die zweite Dosis eines unvollständigen Impfzyklus verwenden Sie ebenfalls den Buchstaben „A“, also im genannten Beispiel die 89101A.

6 *Kann ich einen Impfstoff auch dann über die BEK-GEK anfordern, wenn ich nur eine einzelne Impfdosis für den Patienten benötige?*

Ja. Auch wenn nur eine einzelne Impfdosis benötigt wird, werden die Impfstoffe für die Schutzimpfungen gemäß der Schutzimpfungsrichtlinie über die BEK – GEK bezogen (ohne Angabe des Patientennamen). Allerdings muss bei häufiger auftretenden Impfungen der Impfstoff in entsprechenden

Großpackungen angefordert werden, da sich dann der Preis pro Impfdosis verringert (Wirtschaftlichkeitsgebot).

7 *Die SI-RL sieht vor, dass Erwachsene bei der nächsten Auffrischung für Diphtherie/Tetanus einmal auch gegen Pertussis geimpft werden. Pertussis ist nur als Komponente in Kombinationsimpfstoffen erhältlich. Welche Abrechnungsnummer muss ich für diese Dreifachimpfung (Tdap) verwenden?*

In diesem Fall geben Sie die Nummer 89303 an.

8 *Für welche Erwachsenen wird eine Auffrischungsimpfung für Pertussis empfohlen?*

Eine Auffrischung alle 10 Jahre wird für Frauen im gebärfähigen Alter empfohlen, sowie für enge Haushaltskontaktpersonen und Betreuer für Säuglinge (Impfung möglichst vier Wochen vor der Geburt). Abzurechnen ist die Auffrischungsimpfung für Pertussis (Tdap) mit der Nummer 89303R.

9 *Ein 17-jähriger Jugendlicher hat als Kind eine Hepatitis B Grundimmunisierung bekommen. Wird eine Auffrischungsimpfung 10 Jahre danach grundsätzlich empfohlen?*

Nein. Empfohlen wird eine Grundimmunisierung im Alter von 2, 3 und 4 sowie zwischen

dem 11. bis 14. Lebensmonat. Außerdem sieht die SI-RL eine Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Jugendlichen bzw. die Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes im Alter von 9 bis 17 Lebensjahren vor.

Nur Kinder und Jugendliche, die einer Risikogruppe angehören, erhalten eine Wiederimpfung (Indikationen siehe SI-R; www.g-ba.de).

10 *Nach der Empfehlung der Stiko sollen Frauen im gebärfähigen Alter gegen Röteln geimpft werden, wenn sie ungeimpft sind, nur eine Rötelimpfung erhalten haben oder einen unklaren Impfstatus aufweisen. Ist in diesen Fällen eine Titerbestimmung notwendig?*

Nein. In den oben beschriebenen Fällen empfiehlt die Stiko die fehlenden Impfungen durchzuführen (Epid. Bull. 32/2010).

Ausnahme: Bei Schwangeren muss die Immunität festgestellt werden, wenn kein ausreichender Impfschutz vorliegt (zweimalige Rötelimpfungen; siehe Mutterschaftsrichtlinie; www.g-ba.de).

11 *Die SI-RL sieht für seronegative Frauen mit Kinderwunsch eine Impfung gegen Varizellen vor. Ist hier grundsätzlich eine Antikörper-Bestimmung zu Lasten der Krankenkassen durchzuführen?*

Die SI-RL sieht vor, dass eine entsprechende Antikörper-Bestimmung

stimmung durchgeführt werden soll, wenn sich im Beratungsgespräch mit diesen Frauen ergibt, dass die Immunitätslage gegen Varizellen ungeklärt ist.

12 *Prevenar 13 ist jetzt auch zugelassen für die Impfung von Erwachsenen (ab 50 Jahren). Kann ich diesen Impfstoff für die Standardimpfung gegen Pneumokokken ab 60 Jahren zu Lasten der Krankenkassen verwenden?*

Nein. Für die einmalige Standardimpfung von Personen ab 60 Jahren sieht die SI-RL eine Impfung mit einem Polysaccharid-Impfstoff (Pneumovax 23) vor.

Trotz erweiterter Zulassungsindikation für Prevenar 13 sieht die STIKO zurzeit keine ausreichende Evidenzgrundlage für eine Änderung der oben

genannten Empfehlung (Epid. Bull. 7/2012).

13 *Unsere Patientin ist 17 Jahre und hat noch keine Meningokokken-Impfung erhalten. Sie fährt mit ihrer Familie in ein Risikogebiet. Deshalb soll sie nun mit Menveo (tetravalenter Meningokokken-Konjugatimpfstoff) geimpft werden. Ist eine Meningokokken-Impfung mit Menveo in diesem Fall (als Nachholimpfung) eine Pflichtleistung der Krankenkassen?*

Nein. Die Impfung mit Menveo ist in diesem Fall als Reiseimpfung anzusehen und damit keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Die Impfung mit einem monovalenten Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff wäre als Nachholimpfung Kassenleistung.

Begründung: Die STIKO empfiehlt eine Impfung mit einem monovalenten Konjugatimpfstoff gegen Meningokokken der Serogruppe C (Meningitec u.a.) für alle Kinder im zweiten Lebensjahr mit individueller Nachholimpfung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (Epid. Bull. 32/2010).

Nur für Indikationsimpfungen für besonders gefährdete Personen kann der tetravalente Konjugatimpfstoff (Menveo) zu Lasten der Kassen angefordert werden.

Anmerkung: Die Epidemiologischen Bulletins sind unter der Internetadresse des Robert Koch Instituts www.rki.de zu finden.

*Ansprechpartnerin:
Abteilung Praxisberatung
Regina Lilje, Tel. 22802-498*

Pharmakotherapie- beratung der KVH

Wirtschaftlichkeitsgebot, Richtgrößen, Zielfelder, Prüfungen – mit den Regularien im vertragsärztlichen Bereich zurecht zu kommen, ist nicht einfach. Die KV Hamburg bietet Ihnen Unterstützung bei Ihren praxis-spezifischen Fragen oder Problemen an. Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung sind fachkundige Kollegen.

Alle Hamburger Vertragsärzte sind in der Pharmakotherapieberatung der KV Hamburg herzlich willkommen.

Vereinbaren Sie einen Termin!

Tel. 22802-572 oder 22802-571

*Die Ärzte der Pharmakotherapieberatung:
Dr. Klaus Voelker (l.) und Dr. Hartmut Horst*



Auslands- und Reiseimpfungen: Änderungen ab 1. April

Knappschafft

Die Knappschafft übernimmt ab 1. April 2012 die Kosten für Auslands- und Reiseimpfungen inklusive Malariaphylaxe und Rotaviren-Impfung.

Die Abrechnung und Vergütung erfolgt mit folgenden Symbolnummern (SNR):

Impfung	1. Impfung	Jede weitere Impfung beim selben Arzt-Patientenkontakt
Cholera	89850 / 12,00 €	89851 / 6,00 €
FSME (Frühsommer-meningoenzephalitis)	89852 / 12,00 €	89853 / 6,00 €
Gelbfieber	89854 / 12,00 €	89855 / 6,00 €
Hepatitis A	89856 / 12,00 €	89857 / 6,00 €
Hepatitis B	89858 / 12,00 €	89859 / 6,00 €
Hepatitis A und B (Kombinationsimpfstoff)	89860 / 21,00 €	89861 / 6,00 €
Malariaphylaxe (Beratung)	89862 / 6,00 €	89863 / 6,00 €
Meningokokken-Meningitis	89864 / 12,00 €	89865 / 6,00 €
Tollwut	89866 / 12,00 €	89867 / 6,00 €
Typhus und Hepatitis A (Kombinationsimpfstoff)	89868 / 21,00 €	89869 / 6,00 €
Typhus	89870 / 12,00 €	89871 / 6,00 €
Rotavirus	89872 / 7,00 €	89873 / 7,00 €

Der vollständige Vertragstext im Internet:

www.kvhh.de → *Recht und Verträge* → *Amtliche Bekanntmachungen*

TK, Novitas BKK und BKK vor Ort

Die Ergänzungsvereinbarung der TK zu Auslands- und Reiseimpfungen bleibt unverändert. Die Novitas BKK (in Rechtsnachfolge für die ktp-BKK) und die BKK vor Ort (in Rechtsnachfolge für die Draeger & Hanse BKK), die der Vereinbarung bislang beigetreten waren, gehen künftig aber getrennte Wege: Ab 1. April 2012 gelten für die beiden Betriebskrankenkassen jeweils eigene Verträge zu Auslands- und Reiseimpfungen.

Hierbei bleiben die bisher bestehende Systematik und die Abrechnungsziffern unverändert – abgesehen von zwei Ausnahmen:

1. Bei der NOVITAS BKK ist die Impfung und die Verordnung der Impfstoffe gegen Tollwut nicht mehr abrechenbar beziehungsweise verordnungsfähig.
2. Bei der BKK vor Ort ist die Impfung und die Verordnung der Impfstoffe für die HPV-Impfung nicht mehr abrechenbar beziehungsweise verordnungsfähig.

Die beiden neuen Vereinbarungen im Internet:

www.kvhh.de → *Recht und Verträge* → *Amtliche Bekanntmachungen*

Neue Leistung: Was tun, wenn es noch keine Abrechnungsziffer gibt?

■ Arzt rechnet nach GOÄ ab – Versicherter hat Anspruch auf Erstattung der Kosten durch seine Kasse

In den Arztpraxen taucht immer wieder die Frage auf, wie Leistungen abgerechnet werden, die neu in den GKV-Katalog, aber noch nicht in den EBM aufgenommen wurden. Bei der neuropsychologischen Therapie und dem Screening auf Gestationsdiabetes ist dies beispielsweise derzeit der Fall.

Laut Gesetz hat ein Versicherter Anspruch auf eine neue Leistung, sobald der G-BA beschlossen hat, sie in den GKV-Leistungskatalog aufzunehmen. Der Anspruch besteht auch dann, wenn der Bewertungsausschuss diese

Leistungen noch nicht im EBM geregelt hat und die Partner der Bundesmantelverträge noch keine Vereinbarungen zu Qualifikations- und Qualitätsanforderungen vereinbart haben.

Da es noch keine Gebührenordnungsposition (GOP) gibt, kann der Vertragsarzt die Leistung nicht über die KV abrechnen. Der Versicherte hat einen Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V gegen seine Krankenkasse. Dabei hat die Krankenkasse die Kosten in der tatsächlich entstandenen Höhe zu erstatten. Eine Be-

grenzung auf die sonst von der Krankenkasse im Rahmen der Gesamtvergütung zu leistenden Beträge ist nicht zulässig. Für den Vertragsarzt bedeutet das, dass er dem Versicherten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ausstellt. Der Versicherte ist darüber zu informieren, dass eine Abrechnung als Sachleistung nicht möglich ist.

Mit der Aufnahme der neuen Leistungen im EBM greift wieder das Sachleistungsprinzip. Der Vertragsarzt rechnet die Leistungen wie üblich über die KV ab.

Neue Abrechnungsziffer für Hautkrebs-Screening der Knappschaft

Seit dem 1. Januar 2012 gilt eine neue Vereinbarung über ambulante Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchungen mit der Knappschaft. Die bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen auf Bundesebene mit der KBV sind durch einen neuen regionalen Gesamtvertrag ersetzt worden.

Dabei sind die Regelungen inhaltlich unverändert geblieben. Allerdings bitten wir

Sie, für Leistungen der Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchungen künftig nur noch die GOP 94503 anzusetzen. Die bisher gültige GOP 01745K entfällt und wird gegebenenfalls seitens der KV Hamburg automatisch durch die neue Nummer ersetzt.

Die vorgenannten Regelungen wurden am 20.12.2011 amtlich veröffentlicht und können im Internet eingesehen werden:

www.kvvh.de → *Recht & Verträge* → *amtliche Bekanntmachungen*

*Ansprechpartner:
Info-Center, Tel: 22802-900*



Foto: wildworx/fotolia.de

Online-Abrechnung nicht mehr im Forum

■ Datenträger können aber weiter in die KV gebracht werden

Wie bereits angekündigt, wird es künftig wegen der geringen Nachfrage keine Online-Abrechnungsstelle mehr im Forum des Ärztehauses geben. Sie können Ihre Abrechnung aber weiterhin auf Datenträgern in die KV bringen und in bereitgestellte Computer einlesen (Abgabezeiten siehe unten). Bitte fragen Sie beim Pförtner nach dem für Sie zuständigen Sachbearbeiter.

Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2012

Abgabefrist: 2. April bis 16. April 2012 (wegen der Feiertage verlängert)

Die Abrechnung muss grundsätzlich online übermittelt werden. Die Abrechnungsdatei kann innerhalb der Abgabefrist zu jeder Tageszeit an die KV geschickt werden.

Abgabezeiten in der KV

Sie können Ihre Abrechnung auch auf Datenträgern in die KV bringen und in einen bereitgestellten Computer einlesen. Bitte bringen Sie Ihre Zugangsdaten mit!

Ort: In Ihrer Abrechnungsabteilung (AB 1 bis AB 5), Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Zeit: Innerhalb der Abgabefrist Mo.– Fr. von 7:00 bis 16:00 Uhr oder nach Vereinbarung mit Ihrem Sachbearbeiter.

An den Feiertagen 6.4.2012 (Karfreitag) und 9.4.2012 (Ostermontag) ist keine Abgabe möglich. Die Frist zur Abgabe der Quartalsabrechnung kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Abgabefrist bei der KV Hamburg vorliegen. Für ungenehmigt verspätet eingehende Abrechnungen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802 – 900*

Veranlassung von Osteopathie als Satzungsleistung ist keine vertragsärztliche Leistung

Die Techniker Krankenkasse bietet ihren Versicherten als freiwillige Satzungsleistung osteopathische Leistungen an. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Osteopathie ist, dass diese durch einen Arzt

formlos veranlasst wird. Die Veranlassung der Osteopathie ist allerdings keine vertragsärztliche Leistung und kann deshalb nicht über die KV abgerechnet werden. Es handelt sich um eine Privatleistung. Ob

dem Versicherten die Kosten erstattet werden, muss dieser selbst gegenüber seiner Krankenkasse klären.

*Ansprechpartner:
Infocenter, Tel. 22802-900*

Leserbrief

■ Adipositas taugt nicht als Geschäftsmodell!

Stellungnahme der AG der Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen zum Artikel: „Essen Sie die Hälfte“ von Dr. Matthias Riedl im KVH-Journal 2/2012.

„Adipositas-Patienten irren oft durch das Gesundheitssystem, ohne Hilfe zu bekommen“, weiß Dr. Riedl zu berichten und er fährt fort, Adipositas sei „mittlerweile die wichtigste Ursache für nichtinfektiöse Krankheiten“.

Das sind bereits zu Beginn seines Artikels zwei kühne und unbewiesene Behauptungen auf Allgemeinplatzniveau. So könnte man auch behaupten: Das Leben ist die einzige Ursache aller Krankheiten und die Adipositas, das Streben nach mehr oder we-

die mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz das Hauptproblem der Adipösen ist. Viele Adipöse – da wird uns Herr Sommer von der Adipositas-Selbsthilfegruppe sicher zustimmen – haben keine primäre Motivation, Gewicht abzunehmen – es sei denn sie sind in einer Selbsthilfegruppe aktiv. Sie fühlen sich dazu eher gedrängt, um Diskriminierung und angedrohten Folgekrankheiten zu entgehen oder sind durch wiederholte Abnehmversuche bestenfalls frustriert, wenn nicht gesundheitlich

das bei genetisch oder pränatal prädisponierenden Faktoren zum Übergewicht führen kann. Kurzfristige individuelle Umerziehungsmaßnahmen und Formula-Diäten, die Herr Riedl in einem Online-Shop vertreibt, der mit seiner Praxis-Website verlinkt ist, lösen das Problem nicht nachhaltig. Das zeigen alle aufwendigen Präventionsstudien.

Adipositas ist gesellschaftlich asymmetrisch verteilt mit höherer Prävalenz bei den sozioökonomisch unteren Schichten. Adipositas-Sprechstunden, die von Herrn Riedel geforderten „Maßnahmen“ (s.u.) und die zum Kauf angebotenen Produkte mögen eine lukrative Marktische darstellen – das gehört eigentlich nicht in die ärztliche Debatte, die hier geführt werden soll. Wichtig ist aber, dass diese Angebote von vielen Betroffenen – unabhängig vom unbewiesenen Nutzen – nicht bezahlt werden können.

Zweifel am Menschenbild des Kollegen Riedl – Stichwort: mündiger Patient – und an der Verinnerlichung des Empowerment-Konzepts stellen sich ein, wenn man von ihm liest: „Es findet also ganz offensichtlich eine unzureichende Sortierung der Patienten statt... Adipöse Patienten müssen in für sie passende Maßnah-

Nicht fehlende Arzt-Adressen, sondern mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz ist das Hauptproblem der Adipösen.

niger gezügelter Nahrungsaufnahme, gehört zum Leben wie das Streben nach Glück und das Gewinnstreben.

Ein Vertreter einer Selbsthilfegruppe und drei Ärzte beklagen gemeinsam im KVH-Journal, Adipöse wüssten nicht, wohin sie in Hamburg gehen sollten, um ihr Übergewicht quasi abzuliegen. Dr. Riedl glaubt, für diese Patienten die Lösung zu haben.

Wir haben alle unterschiedliche medizinische Erfahrungen und Qualifikationen. Die Erfahrung in 17 Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen ist, dass nicht die fehlende Arzt-Adresse, sondern

geschädigt. Der „Jojo“-Effekt ist nicht Zeichen von Willensschwäche, sondern eine ernste potentielle Nebenwirkung jeder antiadipösen Behandlung. Darüber hinaus sind die Nebenwirkungen aller angebotenen – und meist bald wieder vom Markt genommenen – Antiadiposiva ernst zu nehmende Negative.

Adipositas ist so lange bekannt wie die Menschen Körperbautypen klassifizieren. Die aktuelle Zunahme – bei gleichzeitig zunehmender Lebenserwartung! – ist ein Nebenprodukt unserer Wohlstandsgesellschaft, also eines Konsum-Verhaltens, das wir alle an den Tag legen, und

Adipositas

Warum wir klare Behandlungsstrukturen brauchen



Selbstverwaltung

Trauer um den Hamburger
Standespolitiker Dr. Dierk Abele

Notfallfonds

Bürgerschaft bewilligt Mittel für
die Versorgung von Flüchtlingen

Vakzination

Grippe-Impfstoffe können erst
ab März vorbestellt werden

KVH-Journal 3/2012

men gebracht werden, bevor die Knochen kaputt sind...und bevor sie nicht mehr operabel sind.“

Bei jedem aktuellen Internisten-, Diabetes- oder Adipositas-Kongress erfahren wir neue pathophysiologische und sozialpsychologische Fakten, die für eine außergewöhnliche Komplexität dessen sprechen, was im phänotypisch leicht identifizierbaren Menschen abläuft, der als Adipöser schnell zum Probanden einer unkontrollierten experimentellen „Maßnahme“ zu werden droht.

Die jüngsten Entwicklungen in der Diabetologie sollten uns Bescheidenheit gelehrt haben. Ebenso wie die radikale HbA1c-Senkung ist auch die forcierte Gewichtsabnahme geeignet,

mehr Schaden als Nutzen zu erzeugen. Aus dem – auch von Dr. Riedl – immer wieder vorgetragenen, grundsätzlich richtigen Zusammenhang der Zunahme von bestimmten Erkrankungen mit zunehmendem Gewicht darf aber in wissenschaftlicher und intellektuell redlicher Weise nicht der Umkehrschluss gezogen werden, durch Gewichtsabnahme könnten diese Erkrankungen verhindert werden.

Für ein solches Versprechen den Betroffenen gegenüber fehlt bis heute jegliche Evidenz!

Vor zwei Jahren waren diese Überlegungen und mögliche Behandlungsstrategien ausführlich im Qualitätszirkel der Diabetes-Schwerpunktpraxen, dem auch Herr Riedl angehört, abgewogen diskutiert worden.

Es ist schwer nachzuvollziehen, was ihn nun zu seinem Statement veranlasst hat.

Die Ärzte und Beraterinnen in allen Hamburger Diabetes-Schwerpunktpraxen sind ausgewiesene Ernährungsexperten mit jahrelanger Erfahrung in der Beratung und Behandlung von adipösen Patienten. Hier werden seit Jahren regelmäßig zahlreiche Angebote vorgehalten und praktiziert: von psychologischer Beratung, Ernährungsberatung einzeln oder in Gruppen, Angeboten von lokalen Sportgruppen oder nordic walking. Auch viele engagierte Hausärzte berichten in unseren Qualitätszirkeln von ihrem Engagement in diesem Bereich.

Einer einzelnen Hamburger Praxis im KVH-Journal ein Forum zur Selbstdarstellung zu bieten, ist der Sache nicht dienlich. Zumal der Artikel inhaltlich einseitig und unkritisch bestimmte Therapie-Optionen propagiert. Die Herausgeber des KVH-Journals wären gut beraten, zukünftig mehr medizinischen Sachverstand walten zu lassen.

*Dr. Bernd Kalvelage,
stellvertretender Vorsitzender
AG der Hamburger Diabetes-
Schwerpunktpraxen*

Anmerkung der Redaktion:
Drei der Autoren, die im KVH-Journal 3/2012 zum Thema Adipositas-Versorgung zu Wort kamen, sind ebenfalls Ärzte. An „medizinischem Sachverstand“ mangelte es nicht.

Amtliche Veröffentlichung

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

- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132 e SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der BKK vor Ort über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen bei Auslandsreisen nach § 20d Absatz 2 SGB V mit Wirkung ab dem 1. April 2012.
- 2. Nachtrag zur Ergänzungsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Techniker Krankenkasse über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen und Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus-Impfstoff (HPV) vom 14.09.2007 in der Fassung des 1. Nachtrages vom 21. Januar 2009 mit Wirkung ab dem 1. April 2012.
- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132 e SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Novitas BKK über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen bei Auslandsreisen nach § 20d Absatz 2 SGB V mit Wirkung ab dem 1. April 2012.
- Vereinbarung auf der Grundlage von § 132e SGB V i.V. mit § 20d Abs. 2 SGB V über die Durchführung und Abrechnung von zusätzlichen Schutzimpfungen sowie von Impfungen im Rahmen von Auslandsreisen als Satzungsleistungen zwischen der KV Hamburg und der Knappschaft

Hinweis: Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war das Unterschriftenverfahren für o. g. Verträge noch nicht abgeschlossen und die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz war für diese Verträge zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen.

- 5. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab vom 23. April 2010 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK- Landesverband NORDWEST, der IKK classic, der Knappschaft und dem vdek mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012.
- 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes bei Beitritt von Versicherten zu Verträgen nach §§ 73b, 73c, 140a ff. SGB V im Falle KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK - Landesverband NORDWEST, die Krankenkasse für den Gartenbau, der ikk classic, der Knappschaft und dem vdek

Hinweis: Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz für o. g. Verträge ist nun abgelaufen

- QZV-Liste für das 2. Quartal 2012
- RLV-Arztgruppenliste für das 2. Quartal 2012

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. 22802-900

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



Foto: Barbara Klemm

Naiv

Die Konsultation ist abgeschlossen: Im Sprunggelenk des Patienten war nach einem Sportunfall eine Entzündung entstanden, er hat Schmerzen bei jedem Schritt. Ein Röntgenbild zeigt die Knochen unverletzt. Da hilft nur noch ein entzündungshemmendes Medikament. Ich gehe zum Computer, rufe den Patienten auf, öffne die Rezeptmaske und trage das Medikament ein, klicke auf das Druckersymbol. Der Laserdrucker brummt los und schiebt das fertige Rezept heraus. Ich gebe es dem Patienten, zusammen mit einer Notiz über die Dosierung, wir vereinbaren einen Kontrolltermin in acht Tagen. Der Patient geht in eine Apotheke, holt sich sein Medikament, lässt das Rezept dort und nimmt seine Pillen brav ein. Das war alles: nicht sehr komplizierte Untersuchung und Diagnostik, gut behandelbar, das wird wieder gut, der Fall ist abgeschlossen.

Abgeschlossen? Das denkt man jedenfalls, als naiver Patient und als naiver Arzt. Aber haben Sie schon mal was von einer GFD gehört? Ein ehemaliger Mitar-

beiter dieser Gesellschaft für Datenverarbeitung beschuldigt seinen früheren Arbeitgeber, mit den Daten von Millionen Rezepten einen groß angelegten, illegalen Handel betrieben zu haben. Die Namen auf der

Gibt es eigentlich einen Gesetzesverstoß, dessen die Pharmaindustrie sich noch nicht schuldig gemacht hat?

Liste der Kunden der GFD sind keine unbekannt: Ratiopharm, Pfizer, Novartis, Sanofi-Aventis, GlaxoSmithKline, Bayer und viele andere. Unsere forschende Pharmaindustrie entpuppt sich einmal mehr als unsere marktforschende Pharmaindustrie.

Die Rezeptdaten seien von der GFD unverschlüsselt weitergegeben worden, behauptet der ehemalige Mitarbeiter. Das würde bedeuten, dass die Pharmakonzerne nicht nur gläserne Patienten mit all ihren Krankheiten und dem Verlauf vor sich liegen haben, sondern auch gläserne Ärzte, deren Ordnungsverhalten beobachtet und analysiert werden kann, um damit wiederum die Arbeit der 20000 Pharmavertreter zu kontrollieren und zu optimieren.

Man kann es nicht mehr hören: Gibt es eigentlich einen Gesetzesverstoß, dessen die Pharmaindustrie sich noch nicht schuldig gemacht hat? In den USA haben die Pharmakonzerne innerhalb der letzten fünf Jahre fast 15 Milliarden Dollar Strafe für ihre Vergehen bezahlen müssen. Die Renditen haben dadurch jedenfalls keinen Schaden genommen.

Wahrscheinlich gibt es jetzt, wo Datenschützer mal wieder vom „größten Datenskanal im Medizinbereich“ sprechen, eine Strafzahlung für die Vergehen, aber der ehemalige Mitarbeiter wird kein Bundesverdienstkreuz erhalten, sondern bundesweites Berufsverbot. Schließlich sind ja auch seine Daten alle vernetzt.

Caroline Walter, Alexander Kobylinski: Patient im Visier – Die neue Strategie der Pharmakonzerne. Suhrkamp Verlag, Berlin 2011; 8,99 Euro

chirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de

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

Steckbrief – Für Sie in der Vertreterversammlung

Dr. Ulrich Spink



Geburtsdatum: 7. Juni 1955

Familienstand: verheiratet, zwei Kinder

Fachrichtung: Innere Medizin, Gastroenterologie

Weitere Ämter: Finanzausschuss, beratender Ausschuss Fachärzte

Hobbys: Sport, Reisen

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Ja! Weiterhin spannendes Fach, Zufriedenheit durch Arbeit mit und für Menschen.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? 100 Prozent Honorar für 100 Prozent Leistung. Freie Arztwahl. Erhaltung der Freiberuflichkeit. Bürokratie-Abbau.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Unser Gesundheitssystem hat eine hohe Qualität. Medizinische und soziale Veränderungen erfordern von Zeit zu Zeit Anpassungen. Die Vielzahl der sogenannten „Reformen“ der letzten Jahre hat zwar viel Unruhe, aber keine substantiellen Verbesserungen gebracht. Die Grundfrage „Was ist uns unsere Gesundheit wert und wer soll das bezahlen?“ wurde von der Politik mit Gesunden und Kranken nicht offen und breit diskutiert und im Konsens beantwortet. Daher werden die Konflikte mit Krankenkassen und Politik um Finanzierung und Leistungsumfang anhalten. Dafür brauchen wir eine starke und kompetente Interessenvertretung wie die KV.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Im Moment kein Interesse.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Beruflich bin ich hoffentlich kein Träumer. Private Träume sollten privat bleiben ...

Terminkalender

■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 07.06.2012 (ab 20.00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminar 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-lizensierten QEP®-Trainern durchgeführt.

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

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte

QEP®-Refresher-Kurs

(mit Umstieg auf die neue QEP-Version)

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

Mi 19.09.2012 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 180,
jeder weitere € 130

inkl. Verpflegung und neuer QEP-Unterlagen

10 Punkte

QEP®-Vertiefungsseminar für Arztpraxen

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

5-teiliges Blockseminar 2012

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

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

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

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

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

Teilnahmegebühr: € 395 inkl. Verpflegung

34 Punkte

QEP®-Datenschutz

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Arbeitsschutz

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Hygiene in der Arztpraxis

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Personalführung für Ärzte

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

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

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

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

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

Was bieten wir Ihnen?

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

Wie erreichen Sie uns?

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

Wann sind wir für Sie da?

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



Foto: Felix Fallner