

KVH *journal*

GEFAHR ERKANNT, GEFAHR GEBANNT?

*Warum die Nutzen-Risiko-Abwägung
bei der Krebs-Früherkennung so schwierig ist*



ÜBERDIAGNOSEN

Früher ist nicht immer besser

ARZNEIMITTEL

Anpassung der Wirkstoffvereinbarung

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

IMPRESSUM

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

Erscheinungsweise monatlich
Abdruck nur mit Genehmigung des
Herausgebers

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

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion: Abt. Politik
und Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Dr. Jochen Kriens
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: 040 / 22802 - 655
E-Mail: redaktion@kvhh.de

Layout und Infografik: Sandra Kaiser
www.BueroSandraKaiser.de

Ausgabe 2/2018 (Februar 2018)



Liebe Leserin, lieber Leser!

Da hatte die KV Hamburg wohl einen Nerv getroffen. So viel (zudem positive) Bericht-erstattung wie zu der Ankündigung der KV, sich für die Schaffung von vier zusätzli-chen Kinderarzt-Zulassungen einzusetzen, hat es lange nicht mehr gegeben.

Aber, seien wir ehrlich, das Problem als solches wird damit nicht gelöst, allenfalls gedämpft. Der Patientendruck auf das ambulante ärztliche und psychotherapeutische System hat ungeheure Ausmaße angenommen. Jede zusätzliche Versorgungsmöglich-keit wird sofort aufgesogen, ohne dass der Druck nachließe. So ist die Nachfrage nach rheumatologischer Behandlung trotz sieben (!) zusätzlicher Zulassungen so hoch, dass die Terminservicestelle kaum nachkommt.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Sie haben natürlich etwas mit einer hohen Erwartungshaltung der Patienten zu tun und auch mit der zunehmenden Unfähigkeit, die Signale des eigenen Körpers richtig zu deuten. Hinzu kommen bürokratische Erforder-nisse (wie die absurde „Attesteritis“ der Kitas und Schulen), engmaschig gestrickte Chroniker-Programme mit hohen Arzt-Patienten-Kontakten und immer neue Früh-erkenntnisprogramme (auch wenn deren Nutzen umstritten ist, wie wir in diesem KVH-Journal zeigen).

Die aktuelle Bedarfsplanung mit ihrer reinen Köpfezählung bildet dieses Geschehen noch nicht einmal mehr annähernd ab – wir haben im Bereich der Pädiatrie den Be-weis geführt. Auch das erhoffte Gutachten zur Reform der Bedarfsplanung wird – nach allem was man heute weiß – nicht die Systemfrage stellen, sondern das System weiter verfrickeln mit etlichen neuen Parametern für die Rechenformel.

Ein zentraler Baustein aller Überlegungen, wie man auf den Patientenansturm re-agieren kann, wird dagegen gerne übersehen: den Patienten in die Mitverantwortung zu nehmen. Es gibt intelligente Modelle jenseits der unseligen Kassengebühr, einen Impuls für die Frage auszulösen, ob es wirklich notwendig ist, den Arzt oder Psychothe-rapeuten aufzusuchen. Solange solche Überlegungen aber zum politischen Tabu erklärt werden, kann das System nur hinterherlaufen und hin und wieder eine besonders große Lücke schließen – wie wir in Hamburg. Immerhin.

Ihr Walter Plassmann,
Vorsitzender der KV Hamburg

KONTAKT

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

Tel: 22802-655, Fax: 22802-420, E-Mail: redaktion@kvhh.de



SCHWERPUNKT

- 06_ Nachgefragt:
Stimmen zur neuen Entscheidungshilfe Mammographie-Screening
- 08_ Was bringen die Krebs-Früherkennungsprogramme?
Interview mit der Hamburger Wissenschaftlerin Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser
- 14_ Aus dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin:
Überdiagnosen – warum früher nicht immer besser ist

AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

- 18_ Fragen und Antworten
- 20_ Neue AU-Formulare / PDF-Format für die Blankoformularbedruckung
Ernährungstherapie als neues Heilmittel / Änderung der Diagnoseliste des langfristigen Heilmittelbedarfs
- 21_ Verordnung von Krankentransporten:
Werden Praxen unter Druck gesetzt?
- 22_ Abrechnung von Leistungen für Hamburger Asylbewerber

**WEITERLESEN IM NETZ:
WWW.KVHH.DE**

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



QUALITÄT

23_ Ultraschallgeräte regelmäßig warten lassen

Elektronisches Handbuch für Qualitätszirkel-Moderatoren

24_ Fortbildungspunkte: Änderung des Anerkennungsverfahrens

25_ Startschuss für Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin

ARZNEI- UND HEILMITTEL

26_ Wirkstoffvereinbarung seit Januar scharfgeschaltet – und angepasst

29_ Empfehlungen zur Umsetzung des neuen Mengenziels für Protonenpumpenhemmer (PPI)

SELBSTVERWALTUNG

31_ Für Sie in der Vertreterversammlung: Steckbrief Dr. Silke Lüder

32_ Versammlung des Kreises 3

FORUM

34_ Erfahrungsaustausch: KV-Abteilungsleiter besucht Shanghai

RUBRIKEN

02_ Impressum

03_ Editorial

AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN

21_ Bekanntmachungen im Internet

KOLUMNE

30_ Hontschiks „Diagnose“

KV INTERN

36_ Leserbrief

TERMINKALENER

38_ Termine und geplante Veranstaltungen

BILDNACHWEIS

Titelillustration: Sebastian Haslauer
 Seite 3: Michael Zapf; Seite 9: Felix Faller/Alinea;
 Seite 10: RFBSIP/Fotolia; M.Dörr & M.Frommherz/
 Fotolia; robertprzybysz/iStock; Seite 17: MintVi-
 sion, Felix Faller/Alinea, Celiafoto/AdobeStock;
 Seite 19: Felix Faller/Alinea; Seite 25: Benjamin
 Thomas/KV Hamburg; Seite 26-29: Tryfonov/Fo-
 tolia; Seite 30: Barbara Klemm; Seite 32: Melanie
 Vollmert auf Grundlage von Lesniewski/Fotolia;
 Seite 34-35: Dr. Andreas Walter; Seite 38: Michael
 Zapf; Icons: iStockfoto

Patienten- information: Wie gut ist die Entscheidungs- hilfe zum Mammographie- Screening?

Seit Ende 2017 erhalten Frauen, die zur Krebs-Früherkennung eingeladen werden, gleichzeitig eine vom IQWiG erstellte Informationsbroschüre (siehe Seite 13).



Corinna Schaefer

Leiterin der Abteilung „Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien“ sowie der Abteilung „Patienteninformation / Wissensmanagement“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Menschen entscheiden nicht immer rational

Um informiert über die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung zu entscheiden, ist vor allem eins nötig: gute Information. Die IQWiG-Entscheidungshilfe zum Mammographie-Screening etwa ist eine solche Information. Sie beschreibt Nutzen und Schaden verständlich und entspricht allen Anforderungen für verlässliche Patienteninformationen. **Doch ob sie Frauen eine informierte Entscheidung ermöglicht, bleibt offen. Denn der wichtigste Schaden des Screenings, die „Überdiagnose“, ist nicht nur für Laien schwer zu verstehen.** Das weiß man inzwischen aus qualitativen Studien, auch aus der Evaluation der IQWiG-Broschüre. Es widerspricht der eigenen Intuition, dass es ein Schaden sein kann, Krebs zu finden und zu behandeln. Nur wer den Schaden einer Maßnahme erfasst, kann aber informiert entscheiden. Das heißt nicht, dass gute Informationen sinnlos wären, im Gegenteil: Sie bereitzustellen, gebietet schon allein das Autonomie-Prinzip. Ihre Wirkung aber ist möglicherweise begrenzt. Vielleicht auch, weil Menschen oft weit weniger rational entscheiden, als das Prinzip der informierten Entscheidung es nahelegt. ■



Dr. Maria Schofer
programmverantwortliche Ärztin
des Mammographie-Screening Hamburg

Aufklärungspflicht ist geregelt

Das Mammographie-Screening ist in Deutschland das erste qualitätsgesicherte Krebsfrüherkennungsprogramm, das über ein bundesweites Einladungssystem flächendeckend in Deutschland erfolgt. Um den Anforderungen nach ausgewogener Aufklärung (gemäß Patientenrechtegesetz und Krebsfrüherkennungs-Richtlinie) nachzukommen, ist die Informationsbroschüre, die den Frauen mit der Einladung zugeschickt wird, auf Veranlassung des G-BA durch das IQWiG überarbeitet und verbessert worden. **Anschaulich werden den Vorteilen der Früherkennungsuntersuchung die nachteiligen Aspekte gegenübergestellt, zum Beispiel mit Graphiken zur Heilungschance und zum Risiko einer sogenannten Überdiagnose. Zusätzlich wird im Einladungsschreiben angeboten, ein individuelles ärztliches Gespräch vor Entscheidung zur Teilnahme vereinbaren zu können oder alternativ den Verzicht darauf schriftlich zu bestätigen.** Die geringe Nachfrage für diese Gespräche wird von uns als Hinweis gewertet, dass sich viele teilnehmende Frauen vorab ausreichend informiert haben. Frauen, die das Gesprächsangebot wahrgenommen haben, geben ein positives Feedback. Die Teilnahme von über 80 Prozent in den Folgerunden ist ein weiterer Indikator für hohe Zufriedenheit mit dem Screening. ■



Gudrun Kemper
Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin,
Psychotherapie und Gesellschaft e.V., AG Brustkrebs

Wird dem Anspruch noch nicht gerecht

Mit der neuen Version der Entscheidungshilfe zum Mammographie-Screening werden optimistisch berechnete mögliche Ergebnisse des Screenings für einen Zeitraum von 20 Jahren hochgerechnet und visuell aufbereitet. Unter „Auf einen Blick“ und zur „Untersuchung in Zahlen“ werden wiederum Daten präsentiert, die sich auf eine einzige Screening-Teilnahme beziehen. Frauen müssen darüber hinaus mit vielen weiteren Zahlen zu Brustkrebs umgehen, die an anderen Stellen, zum Beispiel in Medien, auftauchen. All diese Zahlen bieten einer Frau jedoch individuell gar keine prognostische Aussage. Frauen wird mit der neuen Entscheidungshilfe abverlangt, sich mit Heilungschancen, Sterblichkeitsrisiken und Brustkrebstherapien zu befassen. Obwohl über 99 Prozent der teilnehmenden Frauen keinen Vorteil durch das Mammographie-Screening zu erwarten haben, wird eine mögliche Nichtteilnahme am Mammographie-Screening unter „Alternativen“ nicht erläutert. **Entscheidungshilfen sind so wichtig, weil damit unabhängig von medizinischer Aufklärung und Beratung auch kritische Punkte nachvollziehbar werden und Frauen eine rationale Basis für ihre Entscheidung erhalten.** Ich befürchte, dass diesem Anspruch auch die neue Version der Entscheidungshilfe noch nicht gerecht wird – allen erkennbaren Mühen und guten Ansätzen zum Trotz. ■

INTERVIEW

»Nutzen gegen Risiken abwägen«

Was bringen die Krebs-Früherkennungsprogramme?
Die Hamburger Wissenschaftlerin

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser hat die Studien ausgewertet.
Sie zieht eine ernüchternde Bilanz – und fordert
verständlichere Patienteninformationen.

Sie haben ein kritisches Buch zur Früherkennungsmedizin geschrieben.* Was ist denn so problematisch am Versuch, Krankheiten frühzeitig zu erkennen?

MÜHLHAUSER: Es sind ja immer nur einzelne Patienten, die profitieren. Auf einen Zeitraum von zehn Jahren bezogen wird eine von 1000 Personen durch Mammographie-Screening vor dem Tod durch diese Krebsart bewahrt. Ein ähnliches Zahlenverhältnis liegt beim Prostata-Screening vor. Vom Darmkrebs-Screening mit der gro-

ßen Darmspiegelung profitieren vielleicht drei bis vier von 1000 Personen.

Der Patient muss diese geringe Wahrscheinlichkeit, von einem Screening zu profitieren, gegen die Risiken abwägen – die es ja auch gibt. An den Früherkennungsuntersuchungen nehmen gesunde, beschwerdefreie Menschen teil, die möglicherweise durch einen falschen Verdachtsbefund unnötig in Aufregung versetzt werden. Das kann eine starke psychische Belastung sein. Der Verdachtsbefund muss abgeklärt werden, es folgen weitere Untersuchungen. Möglicher-

weise wird Gewebe entnommen. Der größte Schaden tritt ein, wenn der Patient eine Krebsdiagnose bekommt und operiert und bestrahlt wird, obwohl sich der Krebs ohne die Früherkennungsuntersuchung niemals bemerkbar gemacht hätte – beispielsweise weil der Tumor nicht weiter gewachsen wäre oder weil der Patient vorher an einer anderen Krankheit gestorben wäre.

Nehmen wir an, ein Patient bekommt einen positiven Verdachtsbefund. Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass er die Krankheit tatsächlich hat?

* Ingrid Mühlhauser: „Unsinn Vorsorgemedizin – Wem sie nützt, wann sie schadet“. Rowohlt Verlag 2017



Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser ist Inhaberin des Lehrstuhls für Gesundheitswissenschaften an der Universität Hamburg und erste stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM).

MÜHLHAUSER: Das ist ein wichtiger Punkt, denn die Patienten glauben oft: „Wenn der Test positiv ist, habe ich die Krankheit.“ Dazu muss man wissen: Die Prävalenz von Krebs insgesamt ist in der Bevölkerung sehr hoch, jede einzelne Krebsart – wie auch das Mammakarzinom – kommt aber nur vergleichsweise selten vor. Das spielt eine Rolle bei der Frage nach der Treffsicherheit von Tests: Wenn man nach seltenen Ereignissen sucht, ist die Wahrscheinlichkeit oft sehr gering, dass bei einem positiven Testergebnis die Erkrankung tatsächlich vorliegt.

Warum denn das?

MÜHLHAUSER: Das ist ein statistischer Zusammenhang. Nur wenn der Arzt die Prävalenz und die speziellen Testeigenschaften kennt, kann er einem positiv getesteten Patienten die Frage beantworten: „Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich tatsächlich krank bin?“ Frauen zwischen 50 und 70 Jahren ohne Beschwerden im Zusammenhang mit der Brust haben ein Risiko von 8 pro 1000, dass Brustkrebs vorliegt. Ich suche also ein seltenes Ereignis. Obwohl der Test, die Mammographie, sehr gut ist (also eine hohe Sensitivität und

Spezifität hat), beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass eine positiv getestete Frau tatsächlich Brustkrebs hat, weniger als 10 Prozent. Man spricht vom positiv prädiktiven Wert (vgl. Tabellen Seite 11).

Das ist nicht viel. Wie hoch ist der positiv prädiktive Wert bei anderen Früherkennungsuntersuchungen?

MÜHLHAUSER: Die meisten Früherkennungsuntersuchungen haben eine deutlich schlechtere Trefferquote. Zudem wird nach noch selteneren Krebserkrankungen gesucht. Beim Hautkrebs-

→

→ Screening liegt der positiv prädikative Wert für das Vorliegen eines Melanoms bei einem Verdachtsbefund auf Melanom bei etwa 2 Prozent. Das ist extrem niedrig. Ursache dafür ist, dass das Melanom sehr selten ist – die Prävalenz liegt bei etwa 0,5 pro 1000 – und dass die Ganzkörperuntersuchung schlechte Testeigenschaften hat. Dem stehen die Risiken des Screenings gegenüber. Etwa 5 Prozent der Erwachsenen, die am Hautkrebs-Screening teilnehmen, wird Gewebe entnommen wegen eines verdächtigen Befundes. Und anders als beim Screening auf Brust- oder Darmkrebs steht den Risiken beim Hautkrebs-Screening kein nachgewiesener Nutzen gegenüber.

Gibt es Screening-Untersuchungen, mit denen man Krebs verhindern kann?

MÜHLHAUSER: Bei der Darmkrebs-Früherkennung sucht man auch nach den Polypen. Das sind Vorstufen von Krebs. Wenn man die Polypen entfernt, kann sich daraus kein Krebs entwickeln. Das ist Vorsorge im Wortsinne, nicht Früherkennung. Ähnliches gilt für das Gebärmutterhalskrebs-Screening, bei dem man nicht nur nach Krebs, sondern auch nach Vorstufen sucht. Beim Brustkrebs-, Prostatakrebs- und Hautkrebs-Screening geht es hingegen um Früherkennung. Man versucht, durch eine frühe Diagnose eine frühe Sterblichkeit zu verhindern.



Krebs-Früherkennungsuntersuchungen: Weiß der Arzt, ob sich der entdeckte Tumor jemals bemerkbar gemacht hätte?

Was sagt ein positives Testergebnis?

Die Tabellen zeigen, wie wahrscheinlich es ist, dass die gesuchte Krankheit bei einem positiven Testergebnis tatsächlich vorliegt. Das hängt von zwei Faktoren ab: einerseits davon, wie gut der Test ist, und andererseits von der Häufigkeit der Erkrankung in der Gruppe der Personen, die untersucht werden soll.

Tabelle 1

BEISPIEL FÜR EINEN SEHR GUTEN TEST (SENSITIVITÄT UND SPEZIFITÄT: 95 PROZENT)

Häufigkeit der Erkrankung		Wahrscheinlichkeit, dass die Erkrankung bei einem positiven Testergebnis tatsächlich vorliegt	
90	von 100 Personen	in 99	von 100 Fällen
50	von 100 Personen	in 95	von 100 Fällen
10	von 100 Personen	in 67	von 100 Fällen
1	von 100 Personen	in 16	von 100 Fällen
0,1	von 100 Personen	in 2	von 100 Fällen

Viele Krebsarten, nach denen beim Screening gesucht wird, sind selten. Sie treten bei höchstens 1 von 100 Personen auf. Wird mit einem sehr guten Test nach einer solchen Krankheit gesucht, ist die Nachtestwahrscheinlichkeit höchstens 16 Prozent. Das heißt: In höchstens 16 von 100 Fällen liegt die Krankheit bei einer positiv getesteten Person tatsächlich vor.

Die meisten Tests zur Krebs-Früherkennung sind aber nicht sehr gut, sondern haben bestenfalls jene Eigenschaften, die Tabelle 2 zugrunde liegen. Die Anzahl der Fälle, in denen Personen mit Verdachtsbefund tatsächlich die gesuchte Krankheit haben, sinkt dann entsprechend ab.

Tabelle 2

BEISPIEL FÜR EINEN TEST, DER NOCH GUT, ABER NICHT SEHR GUT IST (SENSITIVITÄT UND SPEZIFITÄT: 70 PROZENT)

Häufigkeit der Erkrankung		Wahrscheinlichkeit, dass die Erkrankung bei einem positiven Testergebnis tatsächlich vorliegt	
90	von 100 Personen	in 96	von 100 Fällen
50	von 100 Personen	in 70	von 100 Fällen
10	von 100 Personen	in 21	von 100 Fällen
1	von 100 Personen	in 2	von 100 Fällen
0,1	von 100 Personen	in 0,22	von 100 Fällen

Nehmen wir an, eine Verdachtsdiagnose hat sich bestätigt. Der Patient hat tatsächlich Krebs und wird behandelt. Davon kann er doch nur profitieren?

MÜHLHAUSER: Nein, nicht immer. Wenn der Patient durch das Screening die Diagnose für eine Krankheit erhält, die ihn gar nicht beeinträchtigt hätte, spricht man von einer Überdiagnose. Manche Tumore wachsen über Jahre hinweg wenig oder gar nicht und hätten dem Patienten keine Probleme bereitet. Im Alter beispielsweise hat man in so manchen Organen krebsartige Gewebeveränderungen. Der entdeckte Tumor ist dann möglicherweise nur eine von vielen potenziellen Todesursachen. Kann sein, dass der Patient ohne Krebsbehandlung genauso lang lebt, weil er mit 75 Jahren an Herzversagen stirbt.

Das kann der Arzt aber nicht wissen ...

MÜHLHAUSER: Das ist richtig. Bei alten Menschen können verschiedene Krankheiten konkurrieren. Welche davon tatsächlich zum Tod führt, lässt sich schwer prognostizieren. Und selbst wenn bei einem Patienten nur der durch das Screening entdeckte Tumor vorliegt, kann man oft nicht zweifelsfrei sagen: „Durch die frühe Entfernung dieses Tumors wird das Leben des Patienten verlängert“ oder „Das ist ein Tumor, den man erst mal in Ruhe lassen kann, weil er sich nicht →

→ bösartig entwickeln wird“. Beim duktales Mammakarzinom in situ beispielsweise entwickelt sich nach Schätzungen vielleicht ein Anteil von 30 bis 50 Prozent zu einem bösartigen Geschehen. Aber im konkreten Fall kann man nicht genau klassifizieren, um welche Art von Tumor es sich handelt. Wissenschaftler versuchen, die Mammakarzinome hinsichtlich ihrer Bösartigkeit genauer unterscheidbar zu machen.

Auch ein Patient, der eine Behandlung hinter sich hat, weiß nicht, ob sich der Krebs jemals bemerkbar gemacht hätte ...

MÜHLHAUSER: Der Patient kann das natürlich auch nicht beurteilen. Er hat eine Diagnose bekommen, wurde behandelt und ist natürlich froh darüber. Er sagt: „Gut, dass der Krebs entfernt wurde. Ich wurde gerettet, weil ich am Screening teilgenommen habe.“ Doch ob dieser spezielle Patient tatsächlich vom Screening profitiert hat oder eine Überdiagnose bekommen hat, kann niemand mit Sicherheit sagen.

Woher weiß man überhaupt, dass es Überdiagnosen gibt?

MÜHLHAUSER: Man vergleicht über längere Zeiträume die Diagnosen in der Screening-Gruppe mit denen in der Gruppe ohne Screening, am besten in randomisiert-kontrollierten Studien. Menschen, die am Hautkrebs-

screening teilnehmen, bekommen beispielsweise drei Mal so viele Melanom-Diagnosen wie jene, die nicht am Screening teilnehmen. Gleichzeitig ändert sich nichts an der Sterblichkeit oder an der

"Die Praxen werden blockiert. Ärzte beschäftigen sich zunehmend mit gesunden Menschen."

Häufigkeit weit fortgeschrittener Stadien bei Diagnosestellung. Bei der Differenz zwischen den Diagnosezahlen handelt es sich dann in einem relevanten Ausmaß um Überdiagnosen.

Wie intensiv sollte man die Patienten darüber aufklären, was auf sie zukommen kann?

MÜHLHAUSER: Inzwischen gibt es in Deutschland einen Konsens darüber, dass die Bürger die Möglichkeit haben müssen, eine informierte Entscheidung über ihre Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen zu treffen. Der Arzt muss sich mit dem Patienten zusammensetzen und besprechen: Wie hoch ist die Prävalenz der Krankheit? Wie hoch ist das persönliche Risiko des Patienten, die Krankheit zu bekommen? Bei Brustkrebs und Darmkrebs kann es eine familiäre Vorbelastung geben. Wenn nahe Verwandte erkrankt waren, vergrößert sich das Risiko. Der Arzt muss

abwägen: Hat der Patient so viele andere schwere Erkrankungen, dass ein Screening auf unentdeckte Karzinome gar nicht im Vordergrund steht? Was hat er für eine Lebenserwartung? Für das Mammographie-

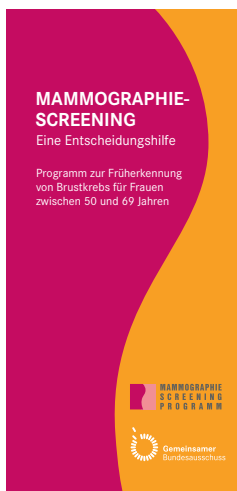
Screening, das Zervixkarzinom-Screening und das Darmkrebs-Screening hat das IQWiG im Auftrag des G-BA Entscheidungshilfen entwickelt, die bei der Einladung an die Versicherten mitgeschickt und von

Ärzten für die Aufklärung genutzt werden können (siehe Kasten). Die Materialien des IQWiG können für das Patientengespräch eine Informationsgrundlage liefern. Gut gemachte Entscheidungshilfen dieser Art gibt es viel zu wenig. Wir vom Netzwerk Evidenzbasierte Medizin fordern seit langem, Entscheidungshilfen zum festen Bestandteil der Leitlinien zu machen. Die Leitlinien müssen so entwickelt werden, dass alle für wichtige Entscheidungssituationen relevanten Daten aus den Studien extrahiert und so aufbereitet werden, dass der Arzt sie für das Patientengespräch nutzen kann.

Die Ärzte müssten diese Daten bereitgestellt bekommen?

MÜHLHAUSER: Ja, selbstverständlich müssten sie diese Daten bereitgestellt bekommen. Schon fertig gestaltet, beispielsweise in Form von Faktenboxen und Grafiken als Flyer oder auf dem Bildschirm. Den Ärzten würde es

Krebs-Früherkennung: Entscheidungshilfen für Patienten



Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat im Auftrag des G-BA Entscheidungshilfen zur Teilnahme an Krebs-Früherkennungsuntersuchungen entwickelt. Die Informationen sollen die Versicherten beim persönlichen Abwägen von Vor- und Nachteilen unterstützen. Entwürfe der Entscheidungshilfen hat das Institut in Stellungnahmeverfahren zur Diskussion gestellt. Vorschläge von Wissenschaftlern und die Ergebnisse von Nutzertests sind in die überarbeiteten Versionen eingeflossen.

Die Entscheidungshilfe zum Mammographie-Screening wird seit Ende 2017 zusammen mit der Einladung zur Teilnahme verschickt. Weitere vom IQWiG ausgearbeitete Entscheidungshilfen zu Darmkrebs-Screening und Zervixkarzinom-Screening befinden sich noch in der Abstimmung.

Die Entscheidungshilfe zum Mammographie-Screening im Internet:
www.g-ba.de → Institution → Service → Publikationen/Merkblätter → Merkblätter und U-Hefte → Übersicht Merkblätter → Mammographie-Screening

www.gesundheitsinformationen.de → Themengebiete → Krebs - Brustkrebs → Mehr Wissen → Früherkennung → Mammographie-Früherkennungsprogramm

Die Entwürfe für die Entscheidungshilfen zum Darmkrebs-Screening und Zervixkarzinom-Screening finden Sie im Anhang der jeweiligen IQWiG-Berichte:

www.iqwig.de → (ins Suchfeld eingeben:) Entscheidungshilfe Darmkrebsfrüherkennung

www.iqwig.de → (ins Suchfeld eingeben:) Entscheidungshilfe Gebärmutterhalskrebs

helfen, evidenzbasierte Entscheidungshilfen für ihre Patienten in der Hand zu haben.

Wenn Sie sich das Gesundheitssystem und das Krankheitsgeschehen insgesamt ansehen: Sind die Früherkennungsprogramme Ihrer Ansicht nach eine Erfolgsgeschichte?

MÜHLHAUSER: Naja, man betreibt einen riesigen Aufwand, um nach vergleichsweise seltenen Ereignissen zu suchen. Die Praxen werden blockiert. Ärzte beschäftigen sich zunehmend mit gesunden Menschen – während gleichzeitig darüber geklagt wird, dass zu wenig Zeit für die Versorgung von Kranken zur Verfügung steht. Eine Senkung der Gesamtsterblichkeit oder der Krebssterblichkeit insgesamt in der Bevölkerung ist in großen randomisierten Studien nicht nachweisbar. Es gibt also sicher lohnendere Betätigungsfelder. Nach Daten des Robert-Koch-Instituts besteht beispielsweise eine enorme Kluft zwischen der Lebenserwartung in den unteren und den oberen sozialen Schichten: Bei Frauen beträgt der Unterschied durchschnittlich acht Jahre, bei Männern elf Jahre. Wenn man die Lebenserwartung der Bevölkerung wirklich verbessern will, sollte man sich dieses Problems annehmen. ■

Interview: Martin Niggeschmidt



AUS DEM DEUTSCHEN NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Warum früher nicht immer besser ist

Überdiagnosen in der Krebs-Früherkennung

VON INGRID MÜHLHAUSER IM AUFTRAG DES DEUTSCHEN NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN
(DNEBM – WWW.EBM-NETZWERK.DE)

KK

Krebsfrüherkennung soll den vorzeitigen Tod durch eine bestimmte Krebserkrankung verhindern. Das ist auch möglich, für einzelne Krebsarten, mit einzelnen Testverfahren und für einzelne Menschen. Sehr viel mehr Menschen erleiden Schaden durch diese medizinische Vorsorge. Für die Mehrheit ist Früherkennung kein Gewinn. Und jene, die meinen, dass die Diagnose eines frühen Krebses ihnen das Leben gerettet hat, sind womöglich unnötigerweise auf Krebs behandelt worden. Sie wissen es nur nicht.

Früherkennung ist nicht zwangsläufig von Nutzen. Ein wesentlicher Grund ist die Unterschiedlichkeit der Tumore, selbst innerhalb einer Krebsart. Wenn beispielsweise ein Prostatakrebs oder ein Brustkrebs diagnostiziert wird, haben die Tumore sehr unterschiedliche Eigenschaften. Manche sind sehr bösartig, andere hingegen scheinen eher harmlos zu sein. Die bösartigen lassen sich meist nicht ausreichend früh entdecken, die vergleichsweise gutartigen wachsen hingegen oft über

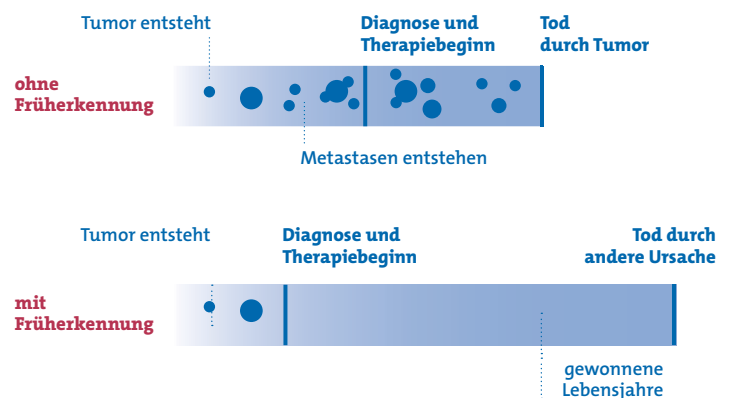
Jahre nur wenig oder gar nicht. Mit Früherkennungsuntersuchungen werden daher eher die gutartigen Krebsformen erkannt. Somit bleibt vorerst unsicher, ob die frühe Erkennung und Behandlung wirklich das Leben verlängern kann.

WENN FRÜHER BESSER IST

Die folgende Grafik illustriert den Fall eines Tumors, bei dem der betroffene Patient oder die Patientin tatsächlich von einer frühen Diagnose und frühen Behandlung profitieren kann. Es ist das Beispiel, das wir im Kopf haben, wenn wir denken, dass früher immer besser ist.

Krebstyp 1

DIAGNOSE VOR METASTASIERUNG MÖGLICH



Konsequenz: Frühe Diagnose führt zu gewonnenen Lebensjahren

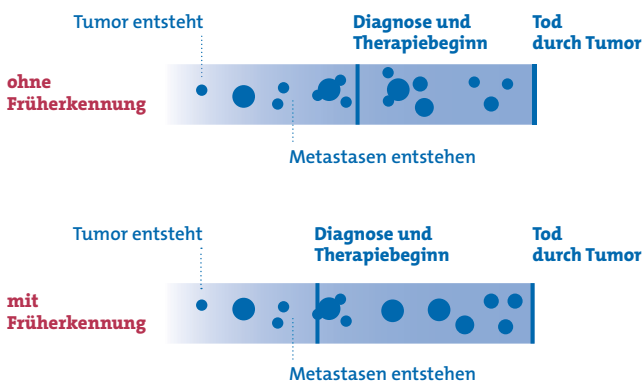
Bei dieser Tumorart ist eine frühe Diagnose möglich. Ohne Screeninguntersuchung hätte der Tumor irgendwann zu Lebzeiten Metastasen gebildet. Letztlich würde das zum Tod durch diese Krebserkrankung führen, es sei denn, der betroffene Patient oder die Patientin stirbt zuvor an einer anderen Ursache. Durch die Früherkennung kann früher behandelt werden. Voraussetzung für den Erfolg ist jedoch, dass eine wirksame Therapie auch zur Verfügung steht. Sofern der Patient oder die Patientin die Behandlung übersteht, ist der vorzeitige Tod durch diesen Krebs abgewendet. Es gibt tatsächlich eine Verlängerung des Lebens. Die Krebserkrankung ist geheilt.

MANCHE TUMORE METASTASIEREN ZU FRÜH

Die folgende Grafik zeigt ein Beispiel für einen besonders aggressiven Tumor.

Krebstyp 2

MANCHE TUMORE METASTASIEREN ZU FRÜH



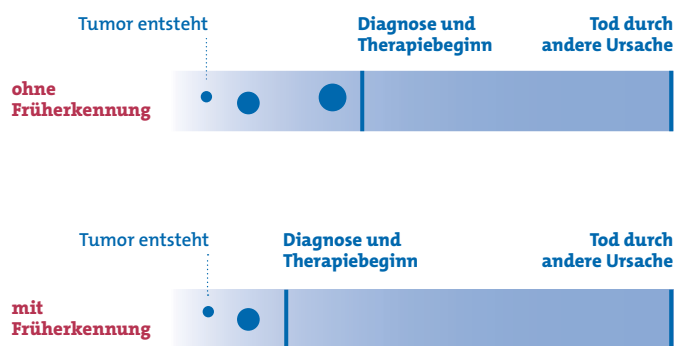
Konsequenz: Vorverlegung der Diagnose, eventuell schonendere Therapie, keine Verlängerung des Lebens

In diesem Beispiel hat der Krebs schon bei der Diagnose im Screening Metastasen gesetzt. Das Leben wird nur scheinbar verlängert. Durch die frühere Behandlung kann der Tod nicht verzögert werden. Lediglich die Lebensspanne mit Krebstherapie wird verlängert.

MANCHE TUMORE METASTASIEREN NIE

Krebstyp 3

MANCHE TUMORE METASTASIEREN NIE



Konsequenz: Vorverlegung der Diagnose, eventuell schonendere Therapie, keine Verlängerung des Lebens

In diesem Beispiel wird durch die Früherkennungsuntersuchung ein Krebs gefunden. Es wird eine Behandlung eingeleitet. Der Krebs hätte sich jedoch nur langsam entwickelt und hätte zeitlebens nicht metastasiert. Er hätte ebenso gut auch noch später behandelt werden können, wenn er sich bemerkbar gemacht hätte, zum Beispiel als Knoten in der Brust. Das Leben kann durch die frühere Behandlung nicht verlängert werden. Eventuell ist die Behandlung schonender, weil der Tumor noch kleiner



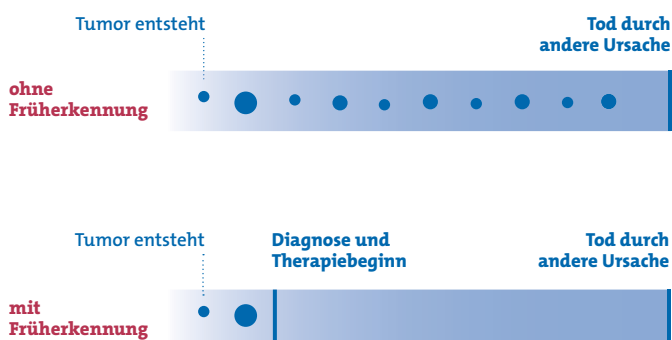
ist. Es entsteht der Eindruck, die frühe Diagnose hätte das Leben verlängert. Das ist jedoch ein Trugschluss.

MANCHE TUMORE WÜRDEN NIE AUFFALLEN

Es gibt Tumore, die sollten besser nie gefunden werden. Sie machen zeitlebens keine Beschwerden.

Krebstyp 4

MANCHE TUMORE WÜRDEN NIE AUFFALLEN



Konsequenz: Überdiagnose, Übertherapie, keine Verlängerung des Lebens

In diesem Fall wird ein Tumor gefunden, der sich nicht bemerkbar gemacht hätte. Er wird unnötig behandelt, und diese Menschen werden zu Krebspatienten, obwohl sie an diesem Krebs ohne Früherkennungsuntersuchung nie erkrankt wären.

Wie lässt sich nun feststellen, ob man zu den Glücklichen gehört, bei denen durch die frühe Diagnose und eine wirksame frühe Behandlung tatsächlich ein vorzei-

tiger Tod durch diesen Krebs verhindert werden konnte? Oder ob man zu der Gruppe von Getesteten gehört, die eine Überdiagnose erhalten haben? Im Einzelfall lässt sich das nicht klären. Auch wenn der Tumor noch begrenzt ist und lediglich die umliegenden Lymphknoten befallen sind, kann für die betroffene Person nicht beurteilt werden, ob eine frühere Diagnose das Leben verlängern kann.

Aus diesem Grund können sogenannte Beobachtungsstudien keine verlässlichen Aussagen darüber geben, ob Früherkennung mehr nützt als schadet oder ob eine frühere Behandlung von Vorteil ist. Auch die Auswertung von Patientenakten oder der Krebsregister kann diese Fragen nicht beantworten. Dennoch werden Beobachtungsstudien oft als Belege für den Nutzen von Vorsorge oder Früherkennung vorgebracht. Sie taugen jedoch nicht als Beweismittel. Dazu braucht es aussagekräftige randomisierte kontrollierte Studien.

(Abbildungen nach: Klaus Koch: Untersuchungen zur Früherkennung, Krebs - Nutzen und Risiken. Stiftung Warentest 2005)

Leicht modifizierter Nachdruck des Kapitels „Früher ist nicht immer besser“ aus: Ingrid Mühlhauser: „Unsinn Vorsorgemedizin – Wem sie nützt, wann sie schadet“. Rowohlt Verlag 2017.

Univ.-Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser

Universität Hamburg

MIN Fakultät

Gesundheitswissenschaften

E-Mail: Ingrid_Muehlhauser@uni-hamburg.de

Tel: 040 42838 3988

<http://www.gesundheit.uni-hamburg.de/>



HAMBURG BRAUCHT UNS! MACHEN SIE MIT!

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


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

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



ARZTRUF HAMBURG
Ärztliche Hilfe. Immer. 116117.

Der ärztliche Bereitschaftsdienst der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

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

KVH

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

PSYCHOTHERAPIE

Welche Gebührenordnungsposition (GOP) rechne ich für Gruppentherapie ab?

Es gibt für jede Teilnehmerzahl eine separate Gebührenordnungsposition im EBM. Damit Sie sich bei Antragstellung nicht schon auf eine Gruppengröße festlegen müssen, empfehlen wir Ihnen, bei der Beantragung nur die ersten vier Stellen der Gruppentherapie-GOP einzutragen und die fünfte Stelle mit einem „X“ zu versehen. Die Krankenkasse bewilligt dann die GOP aller Gruppengrößen der beantragten Gruppentherapie. Sie rechnen dann aus diesen bewilligten GOP-Bereichen jeweils die GOP der tatsächlichen Gruppengröße ab. Privatpatienten werden übrigens dazugezählt, wenn es um die Bestimmung der Gruppengröße geht.

HYPOSENSIBILISIERUNG

Was können wir zusätzlich zur GOP 30130 EBM (Hyposensibilisierungsbehandlung) abrechnen?

Nach einer Behandlungsdauer von drei Jahren kann man pro Patient einmalig die Sondernummer 98000 als Zuschlag zur GOP 30130 EBM und GOP 30131 EBM abrechnen. Diese Sondernummer wird mit 100 Euro extrabudgetär vergütet. Damit soll die kontinuierliche Behandlung eines Patienten durch denselben Arzt honoriert werden.

EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNG

Wir haben einen Patienten mit einer europäischen Krankenversicherungskarte behandelt und innerhalb von zwei Wochen wieder einbestellt. Müssen wir für den zweiten Arztbesuch wieder das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ausfüllen lassen?

Nein, die Dokumentation des Behandlungsanspruchs (auf der Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung) muss einmal innerhalb von drei Monaten erfolgen. Hier greift die Regelung des sogenannten „fließenden Quartals“, die drei Monate gelten auch quartalsübergreifend. Sie müssen daher den zweiten Arztbesuch nicht noch einmal gesondert bei der Krankenkasse anmelden.

GELBFIEBER-IMPfung

Können wir als hausärztlich tätige Praxis eine Gelbfieber-Impfung durchführen?

Nein. Die Impfung muss in staatlich zugelassenen Gelbfieberimpfstellen erfolgen. Zugelassene Gelbfieberimpfstellen in Hamburg sind beispielsweise das Impfzentrum (www.hamburg.de/impfzentrum) oder das Tropeninstitut (www.bnitm.de/reisen-impfen).



ARZTRUF HAMBURG

Sie bewerben die 116117 für den kassenärztlichen Notdienst. Ist es richtig, dass diese neue Nummer nun die Hamburger Rufnummer 040 / 22 80 22 ablöst?

Ja, aber erst langfristig. Vorerst bleibt die Hamburger Rufnummer weiterhin parallel bestehen. Die 116117 ist die bundeseinheitliche Telefonnummer für den kassenärztlichen Notdienst. Ein hilfesuchender Patient in Hamburg kann beide Telefonnummern wählen.

HONORARRÜCKFORDERUNG

Ich habe im Nachgang zu meinem Honorarbescheid eine Honorarberichtigung für Leistungen aus dem Bereich des ILB erhalten. Wie wird in einem solchen Fall die Rückforderung berechnet?

Für die Honorarrückforderung wird der Brutto-Leistungsbedarf der berichtigten Leistungen mit der prozentualen Auszahlungsquote der Praxis für die ILB-Leistungen bewertet. Das ergibt sich aus den gesetzlichen Vorgaben und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts.

KURZZEITPFLEGE

Können wir eine Verordnung zur Krankenförderung in die Kurzzeitpflege ausstellen?

Nein, dies ist nicht zulässig, da die Kurzzeitpflege eine Leistung der Pflegekasse ist. Die Krankenkassen übernehmen nur dann Fahrtkosten, wenn diese zwingend medizinisch notwendig sind und im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse stehen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Handelt es sich um eine anspruchsberechtigte Person, können Fahrtkosten als sogenannte zusätzliche Betreuungsleistungen von der Pflegekasse erstattet werden. Anspruchsberechtigte Personen sind Personen, die einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben (§ 45a SGB XI).

Infocenter Tel: 22802-900



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

Heilmittel

ERNÄHRUNGSTHERAPIE ALS NEUES HEILMITTEL: VERORDNUNG AUF MUSTER 18

Vertragsärzte können seit Januar 2018 Ernährungstherapie als Heilmittel verordnen für Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose. Die Verordnung erfolgt auf Muster 18, das bisher nur für Ergotherapie galt. Bis auf den Zusatz „Ernährungstherapie“ ist das Muster 18 unverändert geblieben. Die alten Formulare können weiterverwendet und aufgebraucht werden.

ERNÄHRUNGSTHERAPIE GELISTET ALS LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF

Da Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose in der Regel eine lebenslange Ernährungstherapie benötigen, wurden diese Indikationen als langfristiger Heilmittelbedarf in die Diagnoseliste des langfristigen Heilmittelbedarfs in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie aufgenommen.

KORREKTUREN DER DIAGNOSELISTE DES LANGFRISTIGEN HEILMITTELBEDARFS

Mit Änderung der Diagnoseliste des langfristigen Heilmittelbedarfs in Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie wurden auch inhaltliche Korrekturen umgesetzt. So sind unter den dort gelisteten Diagnosen für systemische Sklerosen/Sklerodermie die Diagnosegruppe SB1 „Wirbelsäulenerkrankungen“ gestrichen und durch SB7 „Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel- und Bindegewebsbeteiligung, insbesondere systemische Erkrankungen“ ersetzt worden. Diese Korrekturen wurden nun folgerichtig auch für die Diagnosen vollzogen, die als „besondere Verordnungsbedarfe“ für den Diagnosekomplex „systemische Sklerosen/Sklerodermie“ vereinbart sind (M34.2, M34.8 und M34.9). ■

Neue AU-Formulare

Seit Januar 2018 gibt es neue Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Muster 1).

In der Ausführung 1b (Ausfertigung für den Arbeitgeber) wurde die Information eingefügt, dass die Krankenkasse „unverzüglich“ über die Arbeitsunfähigkeit informiert wird. Die Ausführung 1c (Ausfertigung für Versicherte) wurde um den Hinweis ergänzt, dass der Patient den Durchschlag „innerhalb einer Woche“ an die Krankenkasse weiterleiten muss.

Die alten Formulare können weiterverwendet und aufgebraucht werden.

PDF-FORMAT FÜR DIE BLANKOFORMULARBEDRUCKUNG

Seit Januar 2018 werden die Formulare der Blankoformularbedruckung in den Praxisverwaltungssystemen sowohl im Postscript-Format als auch im PDF-Format zur Verfügung gestellt. Übergangsweise können beide Formate genutzt werden. Ab dem 1. Januar 2019 stehen nur noch die PDF-Formate zur Verfügung.

**Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802 - 900**



Verordnung von Krankentransporten: Werden Praxen unter Druck gesetzt?

Verordnung einer Krankenförderung 4

Mitteilung von Krankheiten und dritter verursachten Gesundheitsschäden gemäß § 294a SGB V

Unfall, Unfallsfolgen Arbeitsunfall, Berufskrankheit Versorgungsschäden (BVG u.s.) sonstige Schäden

1. Hauptleistung

A) im Krankenhaus

Krankenhausbehandlung voll- oder teilstationär Krankenhausbehandlung son- oder nachstationär

B) ambulante Operation

ambulante Operation gem. § 115b SGB V Vor- oder Nachbehandlung bei ambulanter Operation

C) ambulante Behandlung (von der Krankenkasse zu genehmigen)

Begründung des Ausnahmefalles gemäß § 60 Abs. 1 SGB V:

Hochfrequente Behandlung gemäß Anlage 2 der Krankentransport-Richtlinien (Dialyse, onkologische Chemotherapie, Strahlentherapie)

Vergleichbarer Ausnahmefall wegen: Dauerhafte Mobilitätseinschränkung

Markierungen „a2“, „B“, „J“ oder Pflegestufe 2 bzw. 3 vorgelegt

Vergleichbarer Grund wegen (ggf. Angabe ICD-10):

voraussichtliche Behandlungsfrequenz: X die Woche (über) Monate

voraussichtliche Behandlungsdauer: _____

ggf. Zeitraum der Sertenerverordnung: _____

2. Beförderungsmittel

Begründung des Beförderungsmittels (ggf. Angabe ICD-10): _____

Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich: nein Fragestufen nicht umsetzbar aus Rollstuhl legend andere

Von Nach: Wohnung Hin- und Rückfahrt Wertszeit (Dauer) Gemeinschaftsfahrt (Anzahl Mitfahrer)

Arztpraxis Krankenhaushaus andere Beförderungsweg

Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: nein folgende: _____

Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes

Muster 4 (10/2014)

dazu aufgefordert haben, bei der Verordnung einer Krankenförderung den Eintrag „sauerstoffpflichtiger Patient“ vorzunehmen, damit eine Fahrt mit einem KTW genehmigt wird. Ob der Patient eine Sauerstoffversorgung benötigte, war dem Arzt aber gar nicht bekannt. Und eine Prüfung der Kasse ergab, dass der Patient weder sauerstoffpflichtig war noch ein entsprechendes Gerät besaß.

Mitarbeiter von Krankentransportunternehmen treten in den Praxen angeblich bisweilen ziemlich fordernd und ruppig auf. Die KV weist darauf hin, dass jegliche Einflussnahme auf die Ordnungsweise des Arztes zu unterbleiben hat.

Sollten die Mitarbeiter von Krankentransportunternehmen (oder Leistungserbringer aus anderen Bereichen wie Krankenpflege, Hilfsmittel usw.) versuchen, eine Praxis unter Druck zu setzen, bittet die KV um Mitteilung.

Ansprechpartner: Redaktion KVH-Journal, Tel: 22802-655 E-Mail: redaktion@kvhh.de

Krankentransportunternehmen versuchen offenbar immer wieder, Einfluss auf die Ordnungsweise der Ärzte zu nehmen. Kürzlich sollen Mitarbeiter eines Krankentransportunternehmens einen niedergelassenen Arzt

Amtliche Veröffentlichung

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

Verträge:

- Arznei- und Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2018 (Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)
- 1. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle und den Beschwer-

deausschuss (Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

- 1. Nachtrag zur Wirkstoffvereinbarung nach § 106b Abs. 1 SGB V (Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.)

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

Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802 - 900

Leistungen für Hamburger Asylbewerber

Je nach Versicherterstatus werden die Abrechnungsdaten von Hamburger Asylbewerbern auf unterschiedliche Weise ins System eingegeben. Leistungsträger kann entweder die AOK Bremen/Brh. (VKNR: 03101) oder die BASFI (VKNR: 02802) sein. Die fünf verschiedenen Abrechnungsvorgaben entnehmen Sie bitte der folgenden Tabelle.

ABRECHNUNG VON LEISTUNGEN FÜR HAMBURGER ASYLBEWERBER/FLÜCHTLINGE

Versicherungsnachweis	Eingabe ins System	Welche Patientendaten müssen manuell ins PVS eingegeben werden?	Kosten-träger	VKNR (Vertragskassennummer)	KTAB (Kostenträgerabrechnungsbereich)	BPG (besondere Personengruppe)
Patient legt eine Versichertenkarte der AOK Bremen/Bremerhaven vor.	eGK wird eingelesen					
Patient besitzt eine „ Bescheinigung zur Vorlage beim behandelnden Arzt “ der BASFI bzw. des Sozialamtes, dass der Patient bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet wurde. Original verbleibt beim Patienten. Bitte Kopie erstellen und der Abrechnung beifügen.	Ersatzverfahren	Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der betreffenden Einrichtung	AOK Bremen/Brh.	03101	00	9
Patient legt eine so genannte „24-Stunden-Bescheinigung“ vor (Sicherstellung der medizinischen Versorgung für Personen in der ZEA). Die Original-Bescheinigung bleibt in der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung (ZEA) – der Patient bekommt eine Kopie ausgehändigt und geht damit zum Arzt. Diese Kopie und ggf. den Überweisungsschein bitte der Abrechnung beifügen.	Ersatzverfahren	Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort und Anschrift der jeweiligen ZEA	BASFI Operative Steuerung/SI 223	02802	08	keine Eingabe erforderlich
Patient besitzt keine eGK, keine Bescheinigung der BASFI und auch keine „24-Stunden-Bescheinigung“ . Bitte beachten Sie, dass eine Honorierung für die Behandlung dieser Patienten im Streitfall ausbleiben kann.	Ersatzverfahren	Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort und Anschrift der betreffenden Einrichtung	BASFI Operative Steuerung/SI 223	02802	08	keine Eingabe erforderlich
Minderjähriger, unbegleiteter Flüchtling legt einen vom LEB (Landesbetrieb Erziehung und Beratung) ausgestellten Behandlungsschein vor. Original-Behandlungsschein bitte der Abrechnung beifügen. Bei Behandlung auf Überweisung: Bitte Überweisungsschein und Kopie des Behandlungsscheins der Abrechnung beifügen.	Ersatzverfahren	Name, Vorname, Geburtsdatum, Versicherungsnummer und Anschrift der betreffenden Einrichtung	FHH, LEB Kinder/Jugendnotdienst	02803	06	keine Eingabe erforderlich

Es häufen sich Fälle, in denen Patienten mit Wohnort in den ostdeutschen Bundesländern im Ersatzverfahren die Besondere Personengruppenkennung (BPG) 9 zugeordnet bekommen. Dies ist unzulässig. Die Verwendung der "9" in der Feldkennung ist nur für Asylbewerber/Flüchtlinge vorgesehen. ■

Siehe auch die Abrechnungsinformationen der Stadt Hamburg: <http://www.hamburg.de/gesundheit-fluechtlinge/4588046/medizinische-versorgung-zea/>

Ansprechpartner:
Infocenter, Tel: 22802 - 900



Ultraschallgeräte regelmäßig warten lassen

Leistungsfähigkeit der Geräte wird durch das Wartungsprotokoll nachgewiesen

Wie bei allen elektrischen Geräten in der Praxis muss auch ein Ultraschallgerät regelmäßig gewartet werden. Maßgebend sind die Vorgaben des Medizinproduktegesetzes (MPG) zusammen mit der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und den Vorgaben des Geräteherstellers.

Im Rahmen der Konstanzprüfung von Ultraschallgeräten nach § 13 der Ultraschall-Vereinbarung prüft die KV Hamburg alle sechs Jahre die technische Leistungsfähigkeit von Ultraschallsystemen, um sicherzustellen, dass deren technische Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht.

Der Nachweis der Leistungsfähigkeit von Ultraschallgeräten kann seit der Neufassung der Ultraschall-Vereinbarung zum 1. Oktober 2016 durch die Vorlage eines entsprechenden Wartungsprotokolls erfolgen.

Die KV Hamburg empfiehlt daher, die vorgeschriebenen Gerätewartungen regelmäßig durchführen zu lassen und die Wartungsprotokolle zur Vorlage bei der KV aufzubewahren. ■

Ansprechpartner:
Svenja Mindermann, Tel: 22802-684
Anna Möckel, Tel: 22802-406
Kay Siebolds, Tel: 22802-478
Saskia Willms, Tel: 22802-631

Elektronisches Handbuch für Qualitätszirkel-Moderatoren

Die KBV unterstützt Moderatoren von Qualitätszirkeln mit einem elektronischen „Handbuch Qualitätszirkel“. Es enthält thematische Module, die als Handlungsanleitung für die unmittelbare Umsetzung in Qualitätszirkeln gedacht sind. Dazu gehören auch Moderationsmedien, Präsentationen und Materialien.

Außerdem ist im Handbuch ein Konzept zur bundesweiten Aus- und Fortbildung von Tutoren dargestellt. Tutoren sind erfahrene Moderatoren mit einer Zusatzqualifikation, die Moderatoren ausbilden, fortbilden und methodisch unterstützen. Die Module werden inhaltlich entwickelt und aufbereitet von Niedergelassenen und externen Experten im Auftrag der KBV.

Das „Handbuch Qualitätszirkel“ steht ausschließlich in elektronischer Form zur Verfügung. Auf der Internetseite der KV Hamburg finden Sie einen direkten Link zu den Modulen: www.kvhh.de → (rechte Navigationsleiste) Genehmigungen → Glossar unter „Q“: Qualitätszirkel → QZ-Module

WIEDERAUFNAHME DER STICHPROBEN- PRÜFUNGEN FÜR AKUPUNKTUR

Die KV Hamburg führt seit 1. Januar 2018 wieder Stichprobenprüfungen der Dokumentationen in der Akupunkturbehandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch. Diese Prüfungen waren vorübergehend ausgesetzt worden. Auf eine weitere Aussetzung konnten sich die Partner des Bundesmantelvertrages nicht verständigen.

**Ansprechpartner: Abteilung Qualitätssicherung,
Inga Borchers, Tel: 22802-895 / Anja Götttsche, Tel: 22802-559 /
Susanne Keller, Tel: 22802-494**

STICHPROBENPRÜFUNG COMPUTERTOMOGRAFIE WIEDER IM URSPRÜNGLICHEN UMFANG

Die KV Hamburg führt seit 1. Januar 2018 wieder Stichprobenprüfungen in der Computertomographie bei mindestens vier Prozent der Leistungserbringer durch. Die KV Hamburg hatte den Umfang der Stichproben vorübergehend reduziert, weil dies durch Regelungen des G-BA möglich war. Die Verhandlungspartner der KBV haben nun signalisiert, dass sie einer weiteren Reduzierung der Prüfverpflichtung nicht zustimmen werden.

**Ansprechpartner: Abteilung Qualitätssicherung,
Kristin Frommelt, Tel: 22802-449 / Sindy Richter, Tel: 22802-551**



Fortbildungspunkte: Änderung des Anerkennungsverfahrens

Entscheidend ist, wann der Punktenachweis bei der KV eingeht

Jeder Arzt oder Psychotherapeut, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, ist gesetzlich verpflichtet, innerhalb von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte bei der KV nachzuweisen. Wer den vollständigen Nachweis nicht erbringt, muss mit Sanktionen in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Zulassungsentzug rechnen.

Bei der Frage, ob die Fortbildungspunkte der abgelaufenen Fünfjahresfrist zuzurechnen sind, war bislang entscheidend, wann die letzte Fortbildungsveranstaltung für das Erreichen der 250 Punkte stattgefunden hat. Nun musste das Anerkennungsverfahren aufgrund einer BSG-Rechtsprechung geändert werden. Entscheidend ist jetzt, wann der Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungsanforderung bei der KV eingeht. Dass dies rechtzeitig geschieht, liegt in der Verantwortung des Arztes/Psychotherapeuten. Er muss sicherstellen, dass sein Punktekonto spätestens am letzten Tag seines Fortbildungszeitraums aktualisiert vorliegt und dabei berücksichtigen, dass es rund vier Wochen dauert, bis die Punkte seinem Konto gutgeschrieben sind. Die elektronischen Punktekonto werden von der jeweiligen Kammer (Ärzttekammer/Psychotherapeutenkammer) geführt und basieren auf einem landesweiten elektronischen Meldesystem, das von den Ärzten (via Barcode-Etikett), den Psychotherapeuten, den Veranstaltern und den Kammern bedient wird und Übertragungs- und Bearbei-

tungszeiten von gewöhnlich bis zu vier Wochen erfordert.

Ein Beispiel: Die Fünfjahresfrist für die Fortbildungsverpflichtung eines Arztes/Psychotherapeuten endet am 30. September 2017. Eine Woche zuvor besucht er eine Fortbildungsveranstaltung. Mit den Punkten für diese Fortbildungsveranstaltung würde er die erforderlichen 250 Punkte genau erreichen. Wegen des kurzen Vorlaufes würden die Punkte aber nicht mehr rechtzeitig gutgeschrieben. Die Folgen: Die Kammer meldet der KV lediglich 247 Punkte. Die KV muss dem Arzt/Psychotherapeuten das Honorar kürzen.

Damit das nicht passiert, bietet die Ärztekammer folgenden Ausweg: Direkt vor dem Ende des Fortbildungszeitraums von den Ärzten besuchte Veranstaltungen, die elektronisch so nicht mehr rechtzeitig übermittelbar sind, können postalisch, per Mail, per Fax oder gegebenenfalls direkt und zu den Öffnungszeiten der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg durch die Vorlage der Teilnahmebescheinigungen nachgewiesen werden. Die Ärzte müssen hierzu telefonisch vorab mit den jeweiligen Ansprechpartnern der Akademie Kontakt aufnehmen.

Dennoch ist etwas wichtig: Vor Änderung des Anerkennungsverfahrens wurden die gekürzten Honorare nachträglich ausbezahlt, sobald der Arzt/Psychotherapeut nachwies, dass er die fehlende Fortbildungsveranstaltung noch innerhalb der Fünfjahresfrist besucht hatte.

Jetzt bleibt die Honorarkürzung bestehen und endet erst mit Ablauf jenes Quartals, in dem der vollständige Nachweis bei der KV vorliegt. Zurück zum Beispielfall: Läge die Bestätigung der Kammer über die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung der KV erst im Oktober 2017 vor, würde die Honorarkürzung erst mit Ablauf des 4. Quartals 2017 enden – und das Honorar würde nicht nachgezahlt.

Doch Sie erhalten Unterstützung: Jeweils sechs Monate und drei Monate vor Fristende erhalten die Ärzte und Psychotherapeuten ein Erinnerungsschreiben der KV. Bitte überprüfen Sie anlässlich dieses Schreibens Ihr Punktekonto bei der Kammer, wenn die erforderlichen 250 Punkte nicht erreicht sind. Sind auf dem Punktekonto einige Veranstaltungen nicht erfasst, haben Sie die Möglichkeit, Ihre Teilnahmebescheinigungen direkt online zu übermitteln (www.aerztekammer-hamburg.org/service.html) oder an die Kammer zu schicken, damit die fehlenden Punkte schnellstmöglich gutgeschrieben werden können.

**Ansprechpartner in der KV:
Abteilung Qualitätssicherung**
Sarah Dreyer, Tel: 22802-781
sarah.dreyer@kvhh.de
Janine Ohse, Tel: 22802-573
janine.ohse@kvhh.de

**Ansprechpartner in der Ärztekammer:
Fortbildungsakademie**
Nadine Rau, Tel: 202299-307
Bettina Rawald, Tel: 202299-306

**Ansprechpartner in der
Psychotherapeutenkammer:**
Lore Neuling: Tel: 226 226-062

Startschuss für Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin

Erster Hamburger „Tag der Weiterbildung“ fand im Januar 2018 statt



Kick-Off-Veranstaltung im Ärztehaus: Die Träger des neuen KWHH wurden vertreten durch (v.l.n.r.) Dr. Klaus Beelmann und Klaus Schäfer (Ärztekammer), Caroline Roos (KV Hamburg) und Prof. Dr. Martin Scherer (UKE)

Um das hohe Niveau der hausärztlichen Versorgung in Hamburg auch langfristig zu sichern, ist in Hamburg das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin (KWHH) aus der Taufe gehoben worden. Träger sind das Institut für Allgemeinmedizin des UKE, die Hamburger Ärztekammer und die KV Hamburg.

DAS KOMPETENZZENTRUM BESTEHT AUS DREI SÄULEN:

- 1. EIN SEMINARPROGRAMM** an „Tagen der Weiterbildung“ mit praktischen Kursen zu relevanten Themen der stationären und ambulanten Weiterbildungsabschnitte
- 2. EIN MENTORING-PROGRAMM**, in dem erfahrene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner den Weiterzubildenden für die gesamte Weiterbildungszeit mit Rat und Tat zur Seite stehen
- 3. TRAIN-THE-TRAINER-SEMINARE** für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, um die Weiterbildungsstellen attraktiver zu machen und die angestellten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung optimal einzubinden

Das Kompetenzzentrum soll eine wissenschaftlich fundierte Ergänzung der praktischen Weiterbildung aus einer Hand anbieten. Dabei

orientiert sich das Angebot am kompetenzbasierten Curriculum Allgemeinmedizin, das die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) entwickelt hat. Den Ärzten in Weiterbildung werden am Zentrum pro Jahr bis zu acht „Tage der Weiterbildung“ angeboten, an denen alle Fortbildungs- und Seminarangebote sowie das Mentoring-Programm gebündelt werden. Zudem können sich weiterbildungsbefugte Ärzte an diesen Tagen in einem Train-the-Trainer-Programm austauschen und didaktisch schulen lassen.

Der erste „Tag der Weiterbildung“ im Rahmen des neuen Kompetenzzentrums hat am 27. Januar 2018 stattgefunden. ■

www.uke.de → Kliniken und Institute → Institute → Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin → Lehrangebote und Fortbildungen → Fortbildungen: Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin (KWHH)

Ansprechpartner:
Institut für Allgemeinmedizin
des UKE, Tel: 7410-56479
E-Mail: kwhh@uke.de

Ansprechpartner in der KV:
Abteilung Praxisberatung
Tel. 22802-571 / -572



WSV: Jetzt zählt's!

Seit Januar 2018 ist die Wirkstoffvereinbarung „scharfgeschaltet“ – und es gibt inhaltliche Anpassungen.

Steuern statt Prüfen – unter diesem Motto stand die Einführung der Wirkstoffvereinbarung nach dem bayerischen Modell zum 1. Januar 2017. Mit der Ablösung der Richtgrößen verantworten die Ärzte nicht mehr den Arzneimittel-Preis, sondern die von

aus der Wirkstoffvereinbarung resultierenden Handlungsempfehlungen mussten erst einmal verinnerlicht werden. Die Umsetzung nimmt Zeit in Anspruch – auch, weil sie im Dialog mit den Patienten stattfinden muss. Im bisher ausgewerteten Zeitraum zei-

vereinbarung „scharfgeschaltet“. Soll eine Prüfung generell vermieden werden, muss in einigen Bereichen allerdings noch nachgebessert werden. Dies wurde auch in vielen fachlichen Diskussionen deutlich, die die Mitarbeiterinnen der KV Hamburg während der Einführungsveranstaltungen, zahlreicher Abendveranstaltungen und individueller Beratungen geführt haben und führen. So kann zum Beispiel die Publikation aktueller Studien zu einer veränderten medizinischen Bewertung von Zielen und Zielquoten führen. Bewegungen im Arzneimittelmarkt, wie zum Beispiel Neueinführungen oder herstellerabhängige Preisanpassungen, können strukturelle Änderungen einzelner Ziele oder gar neue Ziele notwendig machen. Damit die Ziele sowohl unter ökonomischen als auch medizinischen Aspekten nachvollziehbar bleiben, sind für das Jahr 2018 wichtige Anpassungen mit den Krankenkassen vereinbart worden.

Im Folgenden stellen wir Ihnen die seit 2018 geltenden Änderungen und Anpassungen im Detail vor.

Wer Generika und Leitsubstanzen bevorzugt, ist auf der sicheren Seite – und trägt dazu bei, seine Kollegen aus den Prüfungen herauszuhalten.

ihnen getroffene Stoffauswahl. Die Wirkstoffvereinbarung ermöglicht den Ärzten, ihre Verordnungsanteile selbst zu steuern. Wer Generika und Leitsubstanzen bei der Verordnung bevorzugt, ist auf der sicheren Seite – und trägt dazu bei, auch seine Kollegen aus der Prüfung herauszuhalten.

Das Einführungsjahr 2017 wurde von den Ärzten dazu genutzt, sich mit der neuen Systematik vertraut zu machen. Die grundlegende Abkehr von der Fixierung auf Arzneimittel-Kosten und die

gen die Steuerungsbestrebungen der Ärzte bereits Wirkung. Bei der Gesamt-Zielerreichung konnten sich fast alle Vergleichsgruppen vom ersten Quartal zum zweiten Quartal verbessern. Die höheren Verordnungsanteile an Generika und Leitsubstanzen sorgen für eine spürbare Verringerung des Prüfdrucks.

Wenn die Vertragsärzte den eingeschlagenen Weg konsequent weiterverfolgen, wird es gelingen, das Prüfungsschwert in der Scheide zu lassen. Seit 1. Januar 2018 ist die Wirkstoff-

NEUE ZIELE

TNF-alpha-Blocker: Leitsubstanzziel mit Biosimilarquote

Zu den TNF-alpha-Blockern (ATC-Code L04AB) zählen Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Certolizumab und Golimumab. Künftig werden Flixabi®, Inflectra® und Remsima® (Biosimilars zu Infliximab) sowie Benepali® und Erelzi® (Biosimilars zu Etanercept) und Biosimilars zu Adalimumab (sobald verfügbar!) als Leitsubstanzen gewertet.

Dabei lässt die gesetzte Zielquote viel Spielraum für die Versorgung von Patienten, die Wirkstoffe aus dieser Gruppe benötigen, welche bisher nicht als Biosimilar verfügbar sind. Die Verordnung von Rabattarzneimitteln trägt nicht zur Verbesserung der Zielerreichung bei.

Begründung: TNF-alpha-Blocker sind eine ausgesprochen kostenintensive Arzneimittelgruppe. Für Infliximab und Etanercept stehen Biosimilars zur Verfügung. Für den Blockbuster Adalimumab (Humira®) werden voraussichtlich 2018 Biosimilars auf den Markt kommen. Entsprechende Zulassungen von der Europäischen Zulassungsbehörde sind schon erteilt. Sobald Adalimumab-Biosimilars verfügbar sind, werden diese ebenfalls Leitsubstanz.

Biosimilars besitzen eine strukturell hohe Ähnlichkeit mit ihrem Referenzarzneimittel und üben eine identische

pharmakologische Wirkung im menschlichen Körper aus. Qualität, biologische Aktivität, Sicherheit und Wirksamkeit entsprechen dem Referenzarzneimittel. Durch den Einsatz dieser Arzneimittel können bei gleichbleibender Versorgungsqualität erhebliche Kosten eingespart werden. Entsprechend empfiehlt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) in ihrem aktualisierten Leitfaden „Biosimilar“, sowohl bei der Erstverordnung von Biologika als auch bei der Folgeverordnung zur Fortsetzung der Therapie jeweils die wirtschaftlichere Verordnungsalternative auszusuchen. Voraussetzung dafür ist, dass eine praxistaugliche Einzeldosisstärke (zur Vermeidung von Kosten durch Verwurf) und eine für die Behandlung geeignete Darreichungsform (z. B. Applikationssystem wie Injektor, Pen, Fertigspritze) verfügbar sind sowie eine Zulassung für die zu behandelnde Erkrankung vorliegt.

Dabei ist die ausführliche Patienteninformation und -beratung durch den Arzt wesentliche Voraussetzung für die Verordnung bzw. den Einsatz von Biosimilars. Etwaige Ängste und Bedenken der Patienten sollen berücksichtigt werden, um die Therapieadhärenz zu stärken und den therapeutischen Erfolg bei den Patienten nicht zu gefährden (AkdÄ-Leitfaden "Biosimilars", www.akdae.de / siehe auch *KVH-Journal 10/2017*, Seite 26).

Einführung eines Mengenziels Protonenpumpenhemmer

Bei den Protonenpumpen-Inhibitoren soll die DDD-Menge pro Verordnungsfall um fünf Prozent gesenkt werden.

Begründung: In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Anzahl verordneter Protonenpumpen-Inhibitoren in Hamburg nahezu verdreifacht. Im Jahr 2016 nahm mehr als jeder zehnte Hamburger Versicherte pro Tag eine Dosis Protonenpumpen-Inhibitoren zu sich.

Angesichts dieser Mengenausweitung ist ein indikationsgerechter Einsatz häufig anzuzweifeln. Insbesondere die Empfehlungen zur Weiterverordnung nach Krankenhausaufenthalt müssen kritisch hinterfragt werden. (Siehe auch Kastentext auf Seite 29).

STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN VOR- HANDENER ZIELE

Ziel Nr. 12: Kombigruppe kardiovaskuläres System

Aus der Kombigruppe „Kardiovaskuläres System“ (Ziel 12) wird der ATC-Code Co1 (Herztherapie) aus Gründen der Vereinfachung herausgelöst und gelöscht. Darin befinden sich unter anderem herzwirksame Glykoside, Antiarrhythmika der Klassen I und III, Nitrate und andere Herzmittel. Diese Präparate sind nicht mehr von der Wirkstoffvereinbarung erfasst. →





→ **Ziel Nr. 17: Psychoanaleptika außer ADHS-Mittel**

Beim Ziel 17 „Psychoanaleptika“ werden die Mittel zur Behandlung von ADHS herausgelöst und als eigene Gruppe mit der Leitsubstanz Methylphenidat geführt (Ziel 17.2). Sämtliche Methylphenidat-Präparate sind hier wirtschaftlich (Generika und Originale). Die Verordnung von Rabattarzneimitteln trägt nicht zur Verbesserung der Zielerreichung bei.

Die noch verbleibenden Psychoanaleptika werden wie gewohnt als Generikaziel (Ziel 17.1) geführt. Hier trägt die Verordnung von Rabattarzneimitteln weiterhin zur Verbesserung der Zielerreichung bei.

Begründung: Aus ökonomischen und fachlichen Gesichtspunkten bestehende Implausibilitäten werden mit Einführung der Leitsubstanz Methylphenidat nachvollziehbar beseitigt und gleichzeitig tatsächlich vorhandene Einsparpotentiale verdeutlicht.

Ziel Nr.24: Erythropoese stimulierende Faktoren

In diesem Ziel bleiben die Leitsubstanzen bestehen. Die Verordnung von Rabattarzneimitteln trägt aber nicht mehr zur Verbesserung Ihrer Zielerreichung bei. Begründung: Es soll bevorzugt die Verordnung von Biosimilars erfolgen.

Ziel Nr. 25: Orale Antikoagulantien

Das Ziel 25 „Antikoagulantien“ wird in ähnlicher Form als

Ziel 25.1 weitergeführt (Quote Vitamin-K-Antagonisten versus DOAKs). Die Verordnung von Rabattarzneimitteln trägt hierbei allerdings nicht mehr zur Verbesserung der Zielerreichung bei.

Zusätzlich wird es für die DOAKs eine zweite Leitsubstanzquote geben mit den Leitsubstanzen Apixaban und Edoxaban (Ziel 25.2). Hier trägt die Verordnung von Rabattarzneimitteln weiterhin zur Verbesserung der Zielerreichung bei. Das stärkere Gewicht bei der Saldierung liegt jedoch auf dem Ziel 25.1.

Begründung: Es soll weiterhin (sofern möglich) bevorzugt die Verordnung von Vitamin-K-Antagonisten erfolgen.

Innerhalb der Wirkstoffgruppe der DOAKs gibt es jedoch ebenfalls deutliche Preisunterschiede. Mit den beiden Leitsubstanzen Apixaban und Edoxaban stehen zwei nutzenbewertete Wirkstoffe aus der Gruppe der DOAKs zur Verfügung, mit denen sowohl die zweimal als auch die einmal tägliche Dosierung möglich ist und vorhandenes Einsparpotential in dieser Gruppe gehoben werden kann.

GENERELLE ÄNDERUNGEN

Zielwerte

Die Zielwerte der einzelnen Indikationsgruppen werden entsprechend der Entwicklung im Markt angepasst (u.a.

Antidiabetika, Antikoagulantien, Psychoanaleptika).

Die Zielquoten für die Wirkstoffvereinbarung 2018 finden Sie auf unserer Homepage: www.kvhh.de → Verordnungen → Wirkstoffvereinbarung

Generika

Grundsätzlich werden Generika, deren Preis über dem Festbetrag liegt, wie Originale behandelt. Aus ökonomischen Gesichtspunkten bestehende Implausibilitäten werden damit nachvollziehbar beseitigt.

Antroposophische und homöopathische Arzneimittel

Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Anthroposophie und Homöopathie werden im Rahmen der Wirkstoffvereinbarung nicht mehr gesteuert. Damit soll der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung getragen werden. ■

Aktualisierte Informationen zu den Wirkstoffgruppen, aktualisierte Arbeitslisten und die neuen Zielquoten der Wirkstoffgruppen für 2018 stehen Ihnen auf unserer Homepage zur Verfügung: www.kvhh.de → Verordnungen → Wirkstoffvereinbarung.

Für Fragen und zur Vereinbarung von Beratungsterminen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Abteilung Praxisberatung. Tel: 22 802 - 571 / -572 Fax: 22 802 - 420 E-Mail: praxisberatung@kvhh.de



Wirkstoffvereinbarung: Empfehlungen zur Umsetzung des neuen Mengenziels für Protonenpumpenhemmer (PPI)

Die Vertragspartner der Wirkstoffvereinbarung haben sich darauf geeinigt, dass die Anzahl der Verordnungen der Protonenpumpenhemmer (Menge in DDD) im Verhältnis zur Anzahl aller Arzneimittelpatienten in Hamburg in 2018 um mindestens fünf Prozent verringert werden soll (siehe Seite 27).

WARUM DIESE MENGENSTEUERUNG?

Der ungebrochene, lineare Verordnungsanstieg der PPI wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass diese Arzneimittel zunehmend in Indikationen eingesetzt werden, für die sie nicht zugelassen sind und für die teilweise die entsprechenden Evidenzen fehlen – beispielsweise für die Behandlung des Reizmagen-Syndroms oder die Prophylaxe NSAR-bedingter Ulcera für Patienten ohne weitere Risikofaktoren (siehe Arzneiverordnungsreport 2017).

WANN SIND PPI INDIZIERT?

- Bei Refluxösophagitis (Langzeitbehandlung und Rezidivprophylaxe),
- zur Eradikation von *H. pylori* in Kombinationstherapie mit

geeigneten Antibiotika bei Patienten mit durch *H. pylori* verursachten Ulcera,

- bei Magengeschwür und Zwölffingerdarmgeschwür,
- bei Zollinger-Ellison-Syndrom und anderen Erkrankungen, die mit einer pathologischen Hypersekretion von Magensäure einhergehen,
- zur Prävention der durch nicht-selektive, nicht-steroidale Antirheumatika (NSARs) induzierten gastroduodenalen Ulzera bei Risikopatienten*, die einer kontinuierlichen Behandlung mit diesen Arzneimitteln bedürfen.

Die prinzipielle Komedikation eines PPI bei NSAR-Einnahme bei unter 65-Jährigen ohne weitere Risikofaktoren wird nicht empfohlen! (Quelle: W. Fischbach et al. *Helicobacter pylori* und gastroduodenale Ulkuskrankheit. S2k-Leitlinie 2016. *Z Gastroenterol* 2016; 54: 327–363)

WIE GEHE ICH KONKRET VOR, UM DAS MENGENZIEL ZU ERREICHEN?

- Bei PPI-Empfehlung aus dem Krankenhaus ist kritisch die Indikation zu prüfen!
- Konkret sollte bei jeder vor-

zunehmenden PPI-Verordnung hinterfragt werden, ob für den Patienten eine zugelassene Indikation vorliegt, die zugelassene Dosierung eingehalten wird oder ob eine Dosisreduktion oder sogar ein Absetzen möglich ist. Zu prüfen ist ebenso, ob nicht auf Grund der Indikation eine Empfehlung zur Selbstmedikation in Frage kommt. Wir empfehlen, die Indikation (gesicherte Diagnose), Dosierungshöhe und Dauer der Behandlung (ggf. auch auf dem Medikamentenplan) gut zu dokumentieren.

- CAVE: Bei Dosisreduktionen und Auslassversuchen kann es zu einer überschießenden Magensäureproduktion kommen. Ein schrittweises Absetzen ist mit dem Patienten unbedingt zu besprechen, bevor der Patient versucht sein könnte, über Selbstmedikation auszuweichen. Insofern wird ein offener Dialog über Nutzen und Risiken mit dem Patienten gefordert sein. ■

Weitere Informationen über die Verordnung von PPI im Internet: www.kvhh.de → Verordnung → Wirkstoffvereinbarung

* Risikopatienten sind in diesem Zusammenhang Patienten mit mindestens einem der folgenden Risikofaktoren für eine gastroduodenale Ulkusblutung bei Einnahme von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR): 1. höheres Lebensalter (≥ 65 J); 2. eine Ulkusanamnese; 3. eine *H. pylori*-Infektion; 4. ein schwerer Verlauf einer Allgemeinerkrankung; 5. eine Komedikation mit Glukokortikoiden, gerinnungsaktiven Medikamenten oder mit selektiven Serotonin Reuptake Inhibitoren (SSRI).





Hochdruckgebiete

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

Wenn Sie heute Abend einschlafen, könnte damit die letzte einigermaßen gesunde Nacht Ihres Lebens angebrochen sein. Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie morgen früh krank aufwachen, ist zur Zeit so hoch wie selten zuvor. In den USA ist das gerade eben etwa 30 Millionen Amerikanerinnen und Amerikanern passiert, über Nacht. Und nun zieht das Unheil unaufhaltsam Richtung Europa. Eine genaue Voraussage, wann genau es auch bei uns angekommen sein wird, ist zur Zeit nicht möglich, denn das entscheiden Fachleute. Die brauchen noch etwas Zeit. Was sind das für Fachleute?

In den USA wurden die Richtwerte abgesenkt – und etwa 30 Millionen Amerikaner sind über Nacht "krank" geworden.

Internistische und kardiologische Experten in den USA haben vor Kurzem den Richtwert für die Beurteilung des hohen Blutdrucks neu festgelegt. Als erhöhten Blutdruck bezeichnen sie ab sofort Werte über 120 Millimeter Hg (bislang 130), als hohen Blutdruck bezeichnen

sie Werte über 130 Millimeter Hg (bislang 140). Waren bisher etwa 32 Prozent der Menschen in den USA an Bluthochdruck erkrankt, so sind es ab sofort mehr als 45 Prozent.

Und was aus den USA kommt, wird von den europäischen, besonders von den deutschen Fachgesellschaften, rasch und willig als eigene Weisheit übernommen. Da knallen die Sektkorken in den Vorstandsetagen der Pharmaindustrie. Die Bonuszahlungen werden in die Höhe schnellen!

Akademische Gremien und medizinische Koryphäen sind als Entscheidungsträger Zielobjekte von Einflussnahmen. Pharma-Unternehmen bauen eine Truppe von hoch

angesehenen Universitäts-Experten auf, finanzieren Stiftungen, Forschungsprogramme und Lehrstühle und bezahlen medizinische Zentren zur Durchführung klinischer Studien. Veröffentlicht wird nur, was diesen Auftraggebern gefällt. Auf diese Weise hat eine Gruppe von Experten im Mai 2003 in den USA schon einmal die Leitlinien zur Behandlung des Bluthochdrucks neu definiert.

Neun der elf Mitglieder dieser Gruppe hatten finanzielle Beziehungen zu Pharmafirmen, die von der neuen Leitlinie direkt profitierten. Es lässt sich leicht berechnen, wie viele Millionen Menschen man zusätzlich zu Hochdruck-Kranken erklären kann, wenn man den systolischen Grenzwert nur um fünf oder gar um zehn Millimeter Hg absenkt.

Im Juli 2004 wurde von einer ähnlichen Expertengruppe außerdem auch die Leitlinie zur Hypercholesterinämie revidiert. Danach waren mit einem Schlag weitere acht Millionen Menschen in den USA zu Kranken geworden, ganz zu schweigen davon, dass genau diese Leitlinie schon einige Zeit zuvor „überarbeitet“ worden war, wodurch etwa 23 Millionen zu Kranken gemacht worden waren.

Der Tag ist nicht mehr weit, an dem eigentlich überhaupt niemand mehr von sich sagen kann, sie oder er sei gesund. Umzingelt von hunderten von Leitlinien, von gekauften Experten und von fragwürdigen Studien, bedrängt von Ernährungs- und Bewegungsvorschriften, die im Armband dokumentiert und online an die Krankenversicherung übertragen werden, welche bei Wohlverhalten eine als Beitragsrückerstattung verbrämte Belohnung auszahlt, werden wir alle immer kränker und kränker und haben es doch gar nicht gemerkt. ■



STECKBRIEF

Für Sie in der Selbstverwaltung: **Dr. Silke Lüder**
Mitglied der Vertreterversammlung

Name: **Dr. Silke Lüder**

Familienstand: **verheiratet, 2 Töchter**

Fachrichtung: **Allgemeinmedizin**

Weitere Ämter: **Stellvertretende Bundesvorsitzende der Freien Ärzteschaft e.V., Sprecherin der Aktion " Stoppt-die-e-Card", Mitglied Delegiertenversammlung Ärztekammer Hamburg, Fachausschuss Hausärzte, Finanzausschuss KV Hamburg, Satzungsausschuss KV Hamburg, Strategieausschuss Ärztekammer Hamburg.**

Hobbys: **Außer ärztlicher Berufspolitik im Augenblick nicht so viele - bis auf Reisen, Skilaufen in Norwegen, Kino im Abaton, Elbjazz ...**

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Auf jeden Fall. Ich finde den Beruf der Allgemeinärztin immer noch super interessant.

Was ist der Grund für Ihr Engagement in der Selbstverwaltung? Auslöser war der berechtigte Eindruck, dass starke Kräfte aus Politik, Krankenkassen und Medizinkonzernen versuchen, die freiberuflichen Ärzte in Quasi-Angestellte zu verwandeln, die nur noch das machen, was ihnen vorgeschrieben wird. Das hätte aber zur Folge, dass sich unser Gesundheitswesen für Patienten und Ärzte deutlich verschlechtert.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gern voranbringen? Den Erhalt von Freiberuflichkeit und ärztlicher Schweigepflicht. Schweigepflicht und Schweigerecht sind keine Nebensache, sondern die Grundlage unserer Tätigkeit. Die Patienten müssen weiterhin das Vertrauen haben, dass das, was sie uns in der Sprechstunde erzählen, auch dort im geschützten Rahmen bleibt. Und vor allem: Die deutliche Unterfinanzierung der ambulanten Medizin in den Arztpraxen muss beendet werden. Dafür müssen sich Haus- und Fachärzte gemeinsam einsetzen.

Wo liegen die Probleme und Herausforderungen Ihrer alltäglichen Arbeit in der Praxis? Die größte Herausforderung besteht darin, sich die Empathie für den einzelnen Patienten und den Spaß an der täglichen Arbeit zu bewahren und nicht in dem Wust an ständig neuen Formalitäten unterzugehen.

Welchen Traum möchten Sie gern verwirklichen? Ich würde mich freuen, wenn das Unsinn-Projekt „elektronische Gesundheitskarte“ mit meiner Unterstützung irgendwann klammheimlich eingestampft wird und den bisherigen Milliarden nicht noch mehr Geld hinterher geworfen wird. Das Ganze erinnert ja jetzt schon an den Flughafen Berlin-Brandenburg. ■

VON DR. ISOLDE DE VRIES

Versammlung des Kreises 3

Schmerzerkennung und -behandlung bei Menschen mit Behinderung

Bei unseren Kreisversammlungen im Kreis 3 konzentrieren wir uns in der Regel auf ein fachliches Thema, das für viele verschiedene Fachrichtungen interessant ist. So auch bei unserer Versammlung am 23. November 2017 in Eppendorf, zu der etwa 20 Kolleginnen und Kollegen gekommen waren. Nach einer kurzen Kennenlernrunde, bei der sich insbesondere die neu dazugestoßenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorstellen konnten, widmeten wir uns dem Thema „Schmerzerkennung und -behandlung bei Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung“.

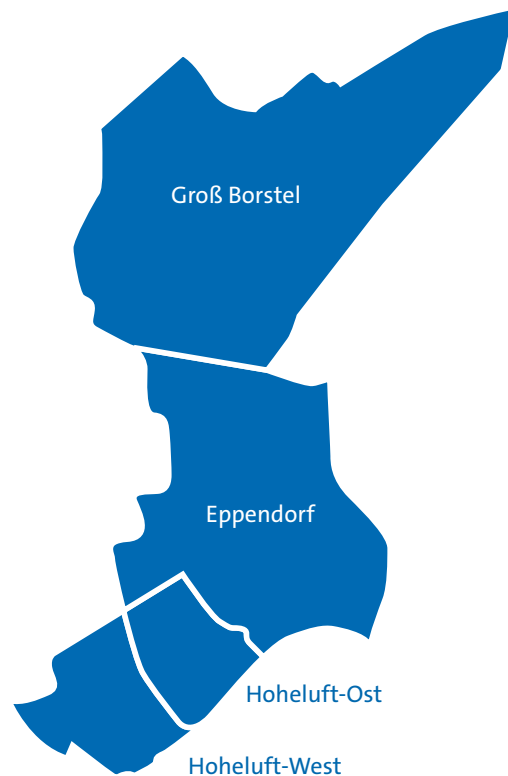
Dr. Georg Poppele, Chefarzt am Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion (SIMI) und Chefarzt der Inneren Abteilung des Ev. Krankenhauses Alsterdorf, berichtete zusammen mit seiner interistischen Kollegin Dr. Petra Schulz über die Herausforderungen der Schmerztherapie bei geistig behinderten Menschen, die häufig nicht in der Lage sind, Schmerzen so zu artikulieren, dass ihr Arzt oder ihre Ärztin sie verstehen. Oft können diese Patientinnen und Patienten ihre Schmerzen nur durch Veränderung ihres Verhaltens ausdrücken: Manche werden scheinbar grundlos aggressiv, andere ziehen sich zurück und verschließen sich.

Dr. Poppele und Dr. Schulz berichteten von einem Fallbeispiel, bei dem ein Patient mit geistiger Behinderung sich plötzlich

auf den Boden gelegt hatte, was für ihn völlig untypisch war. Seine Betreuer hatten den Eindruck, dass er Schmerzen habe. Er selbst besaß keine Sprachfähigkeit und so konnte er keine genaueren Angaben machen. Erst als der Patient nach einiger Verzögerung in der Notaufnahme untersucht wurde, stellte sich heraus, dass er einen Darmdurchbruch erlitten hatte. Leider kam in diesem Fall jede Hilfe zu spät, der Patient verstarb.

Dr. Poppele und Dr. Schulz gaben Tipps, wie man im Praxisalltag aufmerksam auf derartige Verhaltensänderungen reagieren und Schmerzen diagnostizieren kann. So wiesen sie darauf hin, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung zum Beispiel das sogenannte Pica-Syndrom häufig auftritt. Dabei handelt es sich um eine Essstörung, bei der Betroffene Dinge – wie beispielsweise Kronkorken – zu sich nehmen, die eigentlich nicht zum Verzehr geeignet sind und zu Verletzungen im Verdauungstrakt oder zu einem Darmverschluss führen können.

Das Interesse der Kolleginnen und Kollegen an der Arbeit des SIMI war groß; im Anschluss an den Vortrag berichteten viele von ihnen über Erfahrungen und Fallbeispiele aus ihrer eigenen Praxis. Dr. Poppele und Dr. Schulz wiesen auch auf die Fortbildungsveranstaltungen am SIMI hin, in denen regelmäßig bestimmte



Indikationen oder medizinische Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen behandelt werden (Informationen und Termine siehe www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/simi/).

Die Veranstaltungen stehen Kolleginnen und Kollegen aller Fachrichtungen offen und sind von der Ärztekammer Hamburg mit CME-Punkten zertifiziert. Zudem gibt es unter Leitung von Dr. Poppele am 16. bis 17. Februar 2018 und 19. bis 20. Oktober 2018 Kurse in der Fortbildungsakademie der Ärztekammer zum Fortbil-

dungscurriculum der Bundesärztekammer „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“ (Informationen und Anmeldung unter E-Mail: akademie@aekhh.de).

Die Internistische Praxis von Frau Dr. Schulz befindet sich in der Bramfelder Chaussee 277, 22177 Hamburg (Tel: 641 950). Das Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion im Ev. Krankenhaus Alsterdorf, Elisabeth-Flügge-Str. 1, 22337 Hamburg, ist für Patienten und für Zuweiser unter der Telefonnummer 507 734 56 erreichbar.

Für die Teilnahme an unserer Kreisversammlung gab es aufgrund der fachlichen Fortbildung 5 CME-Punkte.

Für unsere nächste Kreisversammlung, die am Donnerstag, den 22. Februar 2018 im Bistro am Mühlenteich (Erikastr. 196, 20251 Hamburg) stattfinden wird, suchen wir eine Kollegin oder Kollegen, die/

der die eigene Tätigkeit anhand eines Themas oder Fallbeispiels vorstellen möchte.

Mit dem Bistro am Mühlenteich haben wir einen Veranstaltungsort gefunden, in dem wir relativ ungestört einem Vortrag über medizinische Themen folgen und anschließend darüber diskutieren können. Als Kreis-Koordinatorin ist mir daran gelegen, dass die Versammlungen nicht in einer Praxis, sondern quasi auf „neutralem Boden“ stattfinden. Im Bistro am Mühlenteich können wir unseren Raum mit einer Schiebetür vom übrigen Restaurantbetrieb abtrennen. Getränke und einfache Mahlzeiten können bestellt werden; gleichzeitig werden uns keine Vorgaben zum Mindestverzehr gemacht. Aus diesem Grunde bin ich froh, dass wir mit dem Betreiber des Bistros eine langfristige Nutzung vereinbaren konnten. ■

Dr. Isolde de Vries



Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Eppendorf und Obfrau des Kreises 3

wir
regulieren
ihren

[p u l s • s c h l a g]

/praxisberatung

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



VON DR. ANDREAS WALTER

Erfahrungsaustausch in Shanghai

Ein Abteilungsleiter der KV Hamburg war an die Tongji-Universität eingeladen, um über die elektronische Gesundheitskarte zu sprechen. Hier sein Bericht.



Von deutschen Ärzten gegründet: Tongji-Universität in Shanghai

Auf Einladung der Tongji-Universität in Shanghai hatte ich die Gelegenheit, dort einen Vortrag über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und die Telematikinfrastruktur vor Studenten, Krankenhaus- und Krankenkassenvertretern zu halten. Wie schon vor fünf Jahren, als ich im Rahmen des 1. Endoskopie-Kongresses Chinas in Peking über die Qualitätssicherung der Koloskopie in Deutschland berichten durfte, wurde auch jetzt wieder deutlich, dass sich ein großer Teil des Vortrags dem Prinzip des deutschen Gesundheitswesens widmen musste. Nur so war es überhaupt im Ansatz möglich, den chinesischen

Kollegen den Weg Deutschlands zur Gestaltung des Gesundheitswesens verständlich zu machen.

Die Tongji-Universität ist eine der großen Universitäten in Shanghai, sie entstand Anfang des 20. Jahrhunderts aus der von deutschen Ärzten und Unternehmern gegründeten „Deutschen Medizin- und Ingenieurschule für Chinesen in Shanghai“, deren technische Ausrüstung die deutsche Industrie stiftete. Deutsche Dozenten erteilten dort noch lange Zeit den Fachunterricht auf Deutsch. Mittlerweile hat sich der inhaltliche Schwerpunkt der Universität mit ihren über 52.000 Studenten auf Ingenieurs-

wesen, Medizintechnologie sowie Städtebau und -planung verlagert. Der Kontakt zu der Universität entstand vor über fünf Jahren über das Bundesgesundheitsministerium und die KBV, bei der ich als Leiter der Abteilung ambulante Qualitätssicherung tätig war. Damals wie heute ist das von der Tongji-Universität besonders identifizierte Problem, dass China vor allem in den Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen technisch ausgezeichnet ausgestattet ist, man aber Defizite in der medizinisch sinnvollen Anwendung der Gerätschaften beklagt. Frau Dr. Jing Wu, ehemalige Studentin der TU Berlin und nun in der Tongji-Universität als „Executive Dean“ im Bereich „Health Technology“ tätig, hält große Stücke auf das deutsche Gesundheitssystem. Sie hat die Vorträge vermittelt und versucht im Rahmen ihrer Möglichkeiten, den Austausch zwischen Deutschland und China zu fördern.

China ist ein ausgesprochen technikfreundliches Land, in dem die Bevölkerung relativ unkritisch alle neuen Errungenschaften schnell nutzt und in den Alltag integriert. Man durfte also vermuten, dass so etwas wie die eGK einschließlich Telematikinfrastruktur keine besondere Herausforderung



Extrem heterogenes System: Medizinische Ambulanz im Zentrum Shanghais

darstellt, auch vor dem Hintergrund, dass es in Shanghai gerade mal drei Krankenkassen gibt. Während des nach den Vorträgen angesetzten Round-Table-Gesprächs mit Vertretern der Krankenkassen, der Krankenhäuser und der Ärzte wurde schnell deutlich, warum es so etwas in China noch nicht gibt. Das Problem ist, dass China kein umfassendes Konzept der medizinischen Versorgung aller Landesteile hat. Die Gesundheitsversorgung ist extrem heterogen und ausgesprochen abhängig von den jeweiligen regionalen Gegebenheiten. In Metropolen wie Shanghai mit tagsüber etwa 30 Millionen Menschen findet man auch High-End-Versorgung, in den entlegenen Provinzen Chinas gibt es oftmals überhaupt gar keine Ärzte. Die Versorgung dort wird oftmals von schlecht ausgebildeten

„Behandlern“ durchgeführt. Es fehlen oft Krankenkassen. Die Diskussionsteilnehmer erkannten schnell, dass das Prinzip einer eGK absolut sinnvoll ist, in China aber womöglich erst andere Voraussetzungen geschaffen werden müssten – so zum Beispiel landesweit einheitlich geltende Aus- und Weiterbildungsvorgaben, eine Prüfung der Qualifikation (Zulassung) der Ärzte sowie eine gewisse Standardisierung medizinischer Leistungen. Ferner wurde gesehen, dass eine elektronische Gesundheitskarte in ihrer Endausprägung den Arzt zwar entlasten, aber auf gar keinen Fall ersetzen kann – genauso wie in Deutschland.

Der Kontakt zur Tongji-Universität bleibt auf jeden Fall erhalten: Shanghai plant, im Sommer 2018 eine Delegation von Regierungsmit-



arbeitern, Krankenkassen-, Krankenhaus- und Ärztevertretern unter anderem für eine Woche nach Hamburg zu schicken, um von dem hiesigen hausärztlichen System zu lernen. Das gibt es in Shanghai und ganz China überhaupt nicht. Man hat wohl einsehen müssen, dass ausschließlich Krankenhäuser für die flächendeckende medizinische Versorgung nicht immer die beste Lösung sind. Die KV Hamburg wird diese Besuchswoche organisieren. Hier sind aber auch die ärztlichen Kollegen in Hamburg gefordert, den chinesischen Kollegen unser bewährtes System – auch in der Praxis vor Ort – näherzubringen. ■



DR. ANDREAS WALTER,
Abteilungsleiter
Praxisberatung der
KV Hamburg



Leserbriefe

KVH-Journal Nr.1/2018:
"Zuckersüße Märchen", S. 8

Lebensstilintervention ist wirksam

Leider verbreitet Kollege Egidi selber Märchen: Eines von vielen ist, dass die Look AHEAD-Studie nur die körperliche Fitness steigern und das Gewicht senken konnte. Was Herr Egidi verschweigt oder nicht beachtet: Es kam zu einer hohen Rate an Diabetes-Remissionen, die

Medikation für Lipide, Blutdruck, Depression konnten vermindert werden, die Albuminurie ebenso wie das Schlafapnoesyndrom



wurde zurückgedrängt, um nur einige Effekte aus der Lebensstilintervention zu erwähnen. Die Look AHEAD war also ein voller Erfolg und hätte weitere zehn Jahre fortgeführt werden müssen. Auswirkungen auf Mortalität und kardiovaskuläres Outcome bringt die Lebensstilintervention erst nach 15 bis 20 Jahren, wie es die chinesische Da Qing Diabetes Prevention Outcome Study gezeigt hat. Aber sie wirkt. Übrigens in Verbindung mit Gliflozinen und Inkretinmimetika noch besser ... aber das ist dann ein weiteres Märchen aus Bremen.

Dr. Matthias Riedl,
 Diabetologe, Ernährungsmediziner, Internist,
 Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor
 des Medicum Hamburg MVZ

Entgegnung des Autors

Herr Dr. Riedl hat offensichtlich meinen Artikel nicht richtig gelesen - sonst würde er nicht Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen miteinander verwechseln. Die Look-AHEAD-Studie (1) untersuchte die Auswirkungen eines körperlichen Trainings und einer Gewichtsreduktion auf die Inzidenz von kardiovaskulärem Tod, Herzinfarkt, Schlaganfall und Hospitalisation wegen Angina pectoris. Diabetes-Remission, Medikation, Albuminurie und Schlaf-Apnoe-Syndrom gehörten nicht zum primären Endpunkt der Studie. Dass die Remission eines Diabetes nicht per se einen relevanten Endpunkt darstellt, habe ich in meinem Artikel ausgeführt. Die Prädiktion kardialer oder renaler Komplikationen eines Diabetes durch eine Albuminurie ist umstritten - die allgemeinmedizinische Fachgesellschaft DEGAM empfiehlt ein Mikroalbuminurie-Screening nicht. Möglicherweise ist die Remission eines Diabetes für die Lebensqualität der Betroffenen relevant, vermutlich ist es die Tatsache, keine Diabetes-Medikamente zu benötigen, auch. Wie man aber die nach 9,6 Jahren wegen Fehlen eines Effektes auf die primären Endpunkte vorzeitig abgebrochene Look-AHEAD-Studie als vollen Erfolg bezeichnen kann, ist Herrn Dr. Riedls Geheimnis. Auch seine Bemerkung zu Gliflozinen ist nicht nachvollziehbar - ich hatte die Ergebnisse der EMPA-REG-OUTCOME-Studie (2) eindeutig erwähnt.

(1) Look AHEAD Research Group Wing RR, Bolin P, Brancati FL et al. Cardiovascular effects of intensive life style intervention in type 2 diabetes. N Engl J Med 2013; 369: 145-154
 (2) Zinman B, Wanner C, Lachin J et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2015;373: 2117-28

Dr. Günter Egidi,
 Allgemeinmediziner in Bremen, Sektionssprecher
 Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für
 Allgemeinmedizin (DEGAM) und Vertreter der DEGAM
 bei der Nationalen Versorgungsleitlinie Diabetes

KVH-Journal 12/2017, Beilage

"Das neue Ärztehaus Hamburg 2017"



Ist das nachhaltig?

Vielen Dank für die ausführliche Berichterstattung und Fotodokumentation über den Neubau in der Humboldtstraße. Es freut mich, dass die Angestellten der KV jetzt angenehme Arbeitsbedingungen genießen. Ein Ausstattungsdetail allerdings hat mich sehr überrascht: Der große Versammlungssaal sei mit unifarbener hellbeigen Teppichboden ausgestattet? Ich kann mir nichts Unpraktischeres für einen Saal für 350 Menschen vorstellen, da anzunehmen ist, dass der Teppich in Kürze unansehnlich verschmutzt sein wird und ausgetauscht werden muss. Bitte erklären Sie mir, warum der Saal mit einem hellen Teppichboden ausgestattet werden musste - besonders unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit und Sparsamkeit. Die Pflege des Teppichbodens wird kostenintensiv sein, und der Austausch des Teppichbodens wird viel Müll und Kosten produzieren, alles zulasten von Mitgliedsbeiträgen und unter anderem meinen Beiträgen. Ausgehend von diesem Beispiel möchte ich eine Diskussion anregen über die Gedanken der Nachhaltigkeit und Sparsamkeit im Umgang mit unseren Mitgliedsbeiträgen.

Dr. Patricia Ullrich,
Augenärztin in Harvestehude

Stellungnahme des Architekten

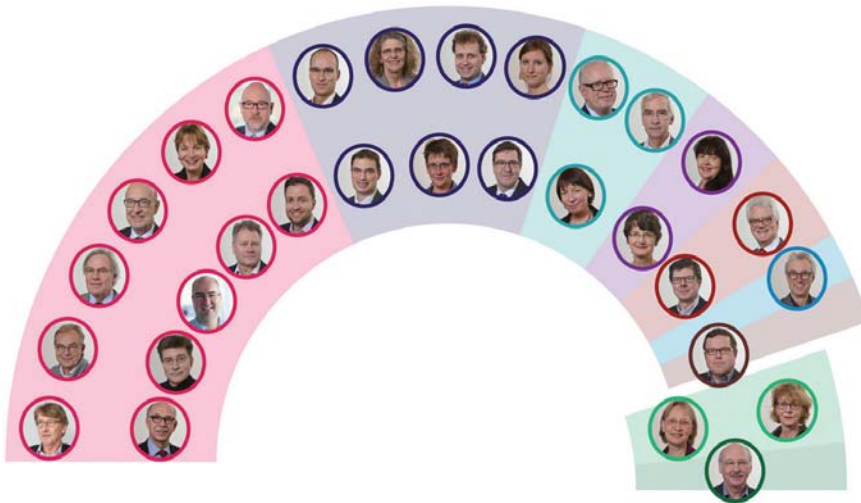
Grundsätzlich sind alle Teppichböden mit geeigneten Geräten gleich gut zu reinigen. Auf einem dunklen Boden fallen Kaffee- oder Teeflecken natürlich weniger auf. Auf einem hellen Boden sieht man sie besser – und kann sie rasch beseitigen. Ich glaube, hierdurch ist ein hellerer Boden hygienischer. Das Verzehren von Speisen und Getränken ist im großen Saal allerdings sowieso untersagt. Es ist schließlich kein Multiplex-Kino.

Bei der Auswahl eines Bodens gibt es indes noch andere Entscheidungskriterien. Der sandfarbene Boden im großen Saal wurde ausgesucht, weil er eine freundliche Anmutung hat, weil er mit den Wand- und Deckenmaterialien und der Möblierung sehr gut harmoniert und weil er besonders gute akustische Eigenschaften hat. Ziel von Architektur ist es, dem Menschen eine menschliche Umgebung zu schaffen. Dies ist im großen Saal besonders gut gelungen.

Dipl. Ing. Arch. Olaf Schindel,
ausführender Architekt
beim Bau des Hamburger Ärztehauses

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KV HAMBURG

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



**ARBEITS- UND
GESUNDHEITSSCHUTZ**

Grundschulung für Unternehmer

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

BGW-zertifiziertes Seminar
8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 14.3.2018 (15 - 20 Uhr)

Fr. 20.4.2018 (15 - 20 Uhr)

Mi. 30.5.2018 (15 - 20 Uhr)

Fr. 29.6.2018 (15 - 20 Uhr)

Fr. 12.10.2018 (15 - 20 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Fortbildung Arbeits- und Gesundheitsschutz

Für Praxisinhaber: Spätestens fünf Jahre nach der Grundschulung ist eine Fortbildungsmaßnahme erforderlich. BGW-zertifiziertes Seminar

8 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 11.4.2018 (15 - 20 Uhr),

Teilnahmegebühr: € 226 (inkl. Imbiss und Schulungsmaterial)

Gefährdungsbeurteilung

Für Praxispersonal: Durchführung einer systematischen Gefährdungsbeurteilung entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und den BGW-Vorschriften

Mi. 21.3.2018 (15 - 18 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 60 (inkl. Imbiss, und Schulungsmaterial)

**Ort: Ärztehaus
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg**

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

KREISVERSAMMLUNGEN

KREIS 3 (Hoheluft, Eppendorf, Groß-Borstel)
Kreisobfrau: Dr. Isolde de Vries
Stellvertreter: Christian Aus
Do. 22.2.2018 (ab 19.30 Uhr)
Ort: Bistro am Mühlenteich
Erikastraße 196
20249 Hamburg

KREIS 2 (Winterhude)
Kreisobfrau: Dr. Rita Trettin
Mi. 19.4.2018 (ab 19 Uhr)
Gastreferentin: Caroline Roos, stellv. KV-Vorstandsvorsitzende
Ort: Neurologie Winterhude,
Hudtwalckerstr. 2-8,
22299 Hamburg



ABGABE DER ABRECHNUNG

**JEWELS VOM
1. BIS 15. KALENDERTAG
DES NEUEN QUARTALS**

QUALITÄTSMANAGEMENT-SEMINARE

QEP Hygiene

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

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 7.2.2018 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

Neue Mitarbeiter professionell einarbeiten

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

13 FORTBILDUNGSPUNKTE

Mi. 28.2.2018 (9.30 - 17 Uhr)

Gebühr: € 149 inkl. Imbiss und Getränke

5-tägiger Intensivkurs Qualitäts- und Praxismanagerin

Das Anforderungsprofil der MFAs ändert sich. Neben medizinischem und verwaltungsorganisatorischem Fachwissen werden immer öfter auch Führungs- und Managementkompetenzen verlangt. Mit der erfolgreichen Teilnahme an diesem Intensivkurs, der mit einer Prüfung abschließt, können sich engagierte MFAs beruflich entsprechend qualifizieren, um so den Praxisinhaber wirkungsvoll zu entlasten.

Mo. 19.3.2018 bis Fr. 23.3.2018 (5 Tage)

Gebühr: € 650 inkl. Verpflegung

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

FORTBILDUNGSKURSE IN DER ÄRZTEKAMMER

Aufbaukurs Hypnose

Dieser Kurs baut auf den Einführungskursen Hypnose auf, die im Januar stattgefunden haben. Die Teilnahme am Einführungskurs und an diesem Aufbaukurs ist eine der Voraussetzungen für die Genehmigung zur Abrechnung mit der KV.

19 FORTBILDUNGSPUNKTE

Zweitägig:

Fr. 14.9.2018 (16 - 21.15 Uhr) und

Sa. 15.9.2018 (9 - 18.45 Uhr)

Teilnahmegebühr:

€ 240 (inkl. Verpflegung)

DMP Patientenschulungen

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

Termine und weitere Infos:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html →

ins Feld „Stichwort“ bitte den Suchbegriff „DMP“ eingeben

Ort: Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Weidestr. 122b

Ansprechpartner: Fortbildungsakademie, Tel: 202299-300

E-Mail: akademie@aekhh.de

Online-Anmeldung:

www.aerztekammer-hamburg.org/akademieveranstaltungen.html

**Medizinische Fachangestellte:
Planen Sie Ihre Fortbildungen für 2018!**



Das Fortbildungsprogrammheft beinhaltet viele spannende Kurse und Vortragsveranstaltungen, die im ersten Halbjahr 2018 stattfinden - und gibt eine Vorschau auf das zweite Halbjahr. Sie finden es auf der Homepage der Ärztekammer Hamburg:

www.aerztekammer-hamburg.org/fortbildung_mfa.html

wir
verbinden
ihre



[n e u • r o • n e n]

/infocenter

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

