

## Neues Präventionsgesetz – Schlusspunkt einer jahrelangen Debatte?

Im vierten Anlauf wurde im Juni ein Gesetz zur Prävention beschlossen, an dem zuvor drei Regierungen gescheitert waren. Damit findet eine zehnjährige Diskussion ein greifbares Ergebnis – aber ist dieses auch gelungen? Tatsächlich bietet das Gesetz eine Reihe struktureller Änderungen, insbesondere für die Sozialversicherungssysteme in Deutschland. Auch die Ausgaben für Prävention werden in den nächsten Jahren deutlich angehoben, von bisher 3,17 Euro pro Versicherten auf sieben Euro ab dem Jahr 2016.



Allerdings bleibt eine Erkenntnis: Prävention wirkt nicht dadurch, dass man Finanzierungsstrukturen schafft. Von zentraler Bedeutung sind die tatsächliche Ausgestaltung und die Frage, ob man die Menschen ganz konkret zu einer Änderung ihres Verhaltens und zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil anregen kann. Dazu bedarf es, wie die Koalition im Präventionsgesetz richtig erkannt hat, einer besseren Etablierung in den Lebenswelten der Menschen – besonders in denen der Heranwachsenden. Dabei sind alle Initiativen zu begrüßen, die gesunde Ernährung, Suchtprävention und ausreichend Bewegung schon in den Bildungseinrichtungen etablieren.

### Neue Möglichkeiten für Praxen

Wichtig ist aber auch, dass die niedergelassenen Ärzte als die zentralen Ansprechpartner der Bürger gestärkt werden. Etwa 90 Prozent der Bevölkerung haben mindestens einen Arztkontakt im Jahr. Die Ärzteschaft ist damit der Dreh- und Angelpunkt bei der Aufklärung und Beratung zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention. Daher begrüßt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) ausdrücklich die erweiterten Möglichkeiten für niedergelassene Ärzte, die durch das neue Gesetz geschaffen werden: die ärztliche Präventionsempfehlung, den Ausbau der Früherkennungsuntersuchung – sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Aber die Rolle der Ärzte muss nach Überzeugung der KVB hier weiter an Bedeutung gewinnen.

### Niedergelassene Ärzte als zentrale Ansprechpartner stärken

Fazit: Die Sisyphusarbeit in Sachen Präventionsgesetz ist seit Juni beendet. Aber den Präventionsgedanken in der Bevölkerung zu etablieren und somit einer insgesamt gesünderen Gesellschaft näher zu kommen – diese Arbeit bleibt für uns alle eine Daueraufgabe. Besonders die niedergelassenen Ärzte als zentrale Ansprechpartner der Bevölkerung müssen bei ihrer konkreten Arbeit am Patienten unterstützt werden, sei es beim Thema Impfen, beim Kampf gegen Antibiotikaresistenzen oder bei der Früherkennung und Vermeidung von Krankheitsrisiken.

## Editorial

Was lange währt, wird endlich gut. Dieses Sprichwort kann man bei dem im Juni vom Bundestag verabschiedeten Präventionsgesetz durchaus gelten lassen. Denn nach zahlreichen vergeblichen Anläufen gibt es jetzt wirklich zählbare Ergebnisse: mehr Geld für die Selbsthilfe, bessere Rahmenbedingungen für einen umfassenden Impfschutz und eine Weiterentwicklung der bestehenden Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche sind vorbehaltlos zu begrüßen. Natürlich steckt wie so oft auch hier der Teufel im Detail und es wären durch eine stärkere Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sicher noch praxisnähere Lösungen erreichbar. Aber die Umsetzung des Gesetzes beginnt ja erst jetzt und damit besteht auch noch die Möglichkeit, praktikable Wege für eine echte Verbesserung der Vermeidung beziehungsweise frühen Erkennung von Krankheiten in Deutschland zu finden.

In dieser Ausgabe von KVB Impuls haben wir einige Gesichtspunkte des neuen Präventionsgesetzes näher beleuchtet. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Thema Impfen. Aber selbstverständlich werden wir auch die übrigen Aspekte des Präventionsgesetzes nicht außer Acht lassen und in unserem MitgliederMagazin KVB FORUM regelmäßig darüber berichten. Auch im Internet unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) stellen wir Informationen zur Thematik bereit. So befindet sich beispielsweise in der Rubrik *Praxis/Qualität* eine umfangreiche Sammlung an Wissenswertem zu Prävention und Infektionen.

*Ihr Vorstand der KVB*

# Infektionsprävention durch Schutzimpfungen: Was können wir noch besser machen?

Impfungen gehören zu den wirksamsten und kosteneffizientesten Präventivmaßnahmen in der Medizin – sowohl in Hinblick auf den einzelnen Menschen als auch auf die Bevölkerung insgesamt. Die Durchimpfungsquoten gegen bestimmte Infektionskrankheiten lassen aber in Deutschland zu wünschen übrig. Dies zeigen exemplarisch die in den Jahren 2011, 2013 und auch 2015 grassierenden Masern sehr deutlich. Bis Anfang Juni dieses Jahres wurden im ganzen Bundesgebiet mehr als 2.200 Erkrankungen gemeldet, zum größten Teil im Rahmen des Ausbruchgeschehens in Berlin. Aber auch in fast allen anderen Bundesländern traten 2015 mehr Masernfälle auf als im Vorjahr – in Bayern bereits deutlich über 100 Erkrankungen und damit jetzt schon so viele wie 2014 insgesamt. Etwa zur Hälfte der Fälle sind Jugendliche und junge Erwachsene betroffen. Nur etwa 57 Prozent der 18- bis 44-Jährigen in Deutschland haben wenigstens eine Masernimpfung erhalten. Aber auch bei Säuglingen und Kleinkindern wird die für eine Elimination der Masern angestrebte Quote von 95 Prozent mit den erforderlichen zwei Kombinationsimpfungen gegen Masern, Mumps, Röteln nicht erreicht (Quelle der Daten: Robert Koch-Institut, RKI). Die Impfquoten müssen somit in allen Altersgruppen, für die eine Impfempfehlung gegen Masern besteht, gesteigert werden.

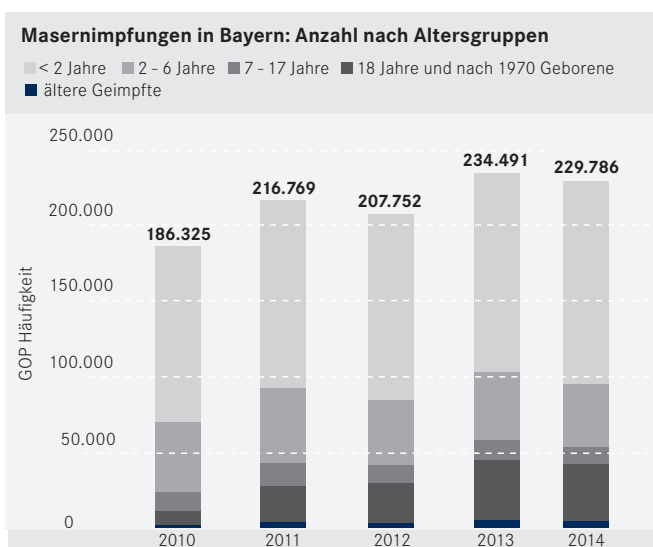
## Junge Erwachsene gegen Masern impfen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Länder-KVen haben ihre Aktivitäten zur Propagierung der Masernimpfung ausgebaut. So wurden Informationskampagnen für die niedergelasse-

nen Vertragsärzte gestartet und Materialien und Flyer zur Patientenaufklärung und zur Optimierung des Impfmanagements in den Praxen neu entwickelt und angeboten. Die KVB hat das Thema Masern und Impfen in ihrem Mitglieder magazin KVB FORUM seit 2013 in zahlreichen Beiträgen aufbereitet und dafür die Abrechnungsdaten von 2010 bis 2014 ausgewertet (Abbildung 1). Den in Bayern impfenden Vertragsärzten ist dafür zu danken, dass die Masernimpfungen insgesamt in diesem Zeitraum um ein Viertel anstiegen, bei der fristgerechten Impfung der Kleinkinder bis Ende des zweiten Lebensjahres um fast 16 Prozent. Erfreulich auch, dass bei den 18- bis 44-Jährigen die seit 2010 geltende Masern-Impfempfehlung zunehmend umgesetzt wurde. Die Imp fzahlen reichen aber noch nicht aus, um in dieser Altersgruppe die Masern verdrängen zu können. Besonders auf die Impfung anzusprechen sind also auch die nach 1970 geborenen Erwachsenen und dabei vor allem junge Frauen mit Kinderwunsch. Falls in der Kindheit nicht zweimal gegen Masern geimpft wurde, ist für diese Personengruppe eine einmalige Masern-Mumps-Röteln-Impfung (Lebendvakzine: in der Schwangerschaft kontraindiziert!) offiziell empfohlen und wird von den Krankenkassen übernommen. Allerdings haben nach aktuellen Umfrageergebnissen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 74 Prozent in dieser Altersgruppe und 62 Prozent der Schwangeren von dieser Masernimpfe mpfehlung der Ständigen Impfkommission beim RKI bisher noch nichts gehört.

## Impfleistungen der Vertragsärzte fördern

Gesundheitspolitische Konsequenzen sind also erforderlich. Bei der Umsetzung des kürzlich vorgestellten Nationalen Aktionsplans 2015-2020 zur Masern- und Rötelnelimination in Deutschland ist die Gesetzliche Krankenversicherung mit ihrem Sicherstellungsauftrag für das Impfen besonders gefordert. Die niedergelassenen Ärzte sind für ihre Patienten die wichtigsten Ansprechpartner, Aufklärer und Akteure in Sachen Impfschutz. Dabei sind die Vertragsärzte durch adäquate Vergütung der Impfleistungen, insbesondere der auch aufgrund von Impfskepsis immer aufwendigeren Impfberatung, von der Politik zu unterstützen. Zu niedrige Impfquoten in Bezug auf Masern, aber auch auf Keuchhusten, Windpocken, Meningokokken, Hepatitis B, HPV bei Kindern und Jugendlichen sowie Influenza und Pneumokokken bei den Senioren, sind der Öffentlichkeit nachhaltig bewusst zu machen. Das jetzt verabschiedete Präventionsgesetz beinhaltet Ansätze bei Impfschutz und Früherkennungsuntersuchungen, die allerdings noch weiterentwickelt und zur Anwendung gebracht werden müssen.



# Interview: Impfanreize für Vertragsärzte durch Bonussystem?



Professor Dr. Jörg Schelling ist Kommissarischer Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, Vorstandsmitglied der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin und Mitglied der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen. Der Facharzt für Allgemeinmedizin betreibt eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Martinsried und betreut derzeit eine Dissertation, die Impfhindernisse in Deutschland beschreibt und wissenschaftlich auswertet.

## Herr Professor Schelling, wie schätzen Sie den Nationalen Aktionsplan zur Elimination von Masern und Röteln 2015-2020 ein?

Die Tatsache, dass es überhaupt dieses Programm gibt, ist prinzipiell erst mal gut. Aber mir fehlen noch klarer definierte Schwerpunkte in Bezug auf die eigentlichen Basisthemen. Dazu gehören die Förderung des Arzt-Patienten-Gesprächs bei der Impfberatung, die Stärkung der Rolle der Medizinischen Fachangestellten – zum Beispiel als zertifizierte Impfassistentin –, aber auch eine Erinnerungssoftware für Arztpraxen und ein wirksames Recall-System für die Patienten. Auch das Thema „gezielte Beseitigung von Impfhindernissen“ ist anzugehen.

## Welches sind denn die drei größten Impfhindernisse in Deutschland?

Zum einen führt das System der Entwicklung, Bearbeitung und Vermittlung von Impfpfehlungen über die Ständige Impfkommision, den Gemeinsamen Bundesausschuss, die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zu den niedergelassenen Ärzten zu Verzögerungen und teilweise zu Divergenzen. Zum anderen kommt es zu Impfhindernissen, wenn Hausarztpraxen, die alternativmedizinisch orientiert sind oder nicht eine breit angelegte Versorgung anbieten, Impfen nicht als eine ihrer Hauptaufgaben wahrnehmen. Und drittens können unterschiedliche Impfpfehlungen in den Ländern dazu führen, dass die Schutzimpfungs-Richtlinie nicht konsequent und exakt angewendet wird.

## Wie kann in der vertragsärztlichen Versorgung das Engagement pro Impfen weiter gefördert werden?

Das ärztliche Engagement ließe sich zum Beispiel durch ein Bonussystem für Ärzte fördern, die ein impfbezogenes Qualitätsmanage-

ment mit dem Nachweis einer reversionssicheren Impfstoff-Lagerhaltung anbieten. Ein Bonussystem zur gezielten Förderung insbesondere eines EDV-gestützten Impfmanagements sollte mit den Kassen verhandelt werden. Wichtig wäre auch die Schulung und spezielle Weiterbildung der Medizinischen Fachangestellten. Auch das facharztübergreifende Impfen aller Altersgruppen sollte ermöglicht werden – bei Nachweis der entsprechenden Qualität und Einhaltung der nötigen Rahmenbedingungen.

## Was wünschen Sie sich als niedergelassener Hausarzt in diesem Zusammenhang von der Politik?

Zum einen wünsche ich mir die Einführung des angesprochenen Bonussystems. Zum anderen die Förderung der Versorgungsforschung zum Thema Impfen – und zwar speziell in der Niederlassung. Und nicht zuletzt, dass manche Kassenärztliche Vereinigungen die Wichtigkeit des Impfens deutlicher erkennen und mehr dazu beitragen, dass die Schutzimpfungs-Richtlinie zeitnah und flächendeckend umgesetzt wird.

## Zum guten Schluss: Wie sieht für Sie ein optimales Impf-Recall-System aus?

Das ist schnell beantwortet: Es muss einfach und intuitiv zu bedienen sein sowie eine automatische Patientenselektion nach Impflücken, beispielsweise bezogen auf Alter, Geschlecht und spezielle Indikation nach ICD-Codes bieten. Und es muss sich per echter Schnittstelle problemlos in die Praxis-EDV einbinden lassen.

## Herr Professor Schelling, vielen Dank für das Gespräch!

# Antibiotikaresistenzen: Vertragsärzte stärker in Bekämpfung von MRSA und anderen MRE einbinden!

Multiresistente Erreger (MRE) sind nicht nur ein Problem der Krankenhäuser. Insbesondere Träger von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) sind auch im ambulanten Bereich medizinisch zu versorgen: im Pflegeheim, in der Arztpraxis und zu Hause. MRSA ist weiterhin der in Deutschland am häufigsten nachgewiesene mehrfach resistente Erreger, auch wenn die Medien zuletzt mehr über andere Problemkeime berichteten. Gemäß Infektionsschutzgesetz wurden 2014 fast 4.000 MRSA-Sepsisfälle als schwerste und lebensgefährliche Verlaufsform einer MRSA-Infektion gemeldet. Dies ist aber lediglich die „Spitze des Eisbergs“. Jede der jährlich hochgerechnet etwa 11.000 MRSA-Infektionen (Gastmeier und Fätkenheuer, Deutsches Ärzteblatt, 2015) bedeutet für den Patienten eine zusätzliche Krankheitslast, eine statistisch höhere Sterblichkeit, eine längere und aufwendigere Behandlung und für die Kostenträger eine erhebliche Ausgabensteigerung. MRSA-Betroffene sind deshalb davor zu schützen, dass aus der in der Regel zunächst bestehenden Besiedelung ohne Symptome eine erschwert therapierbare Infektionskrankheit entsteht.

## Konzepte zur MRSA-Bekämpfung

Im April 2012 wurde die „Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA in der vertragsärztlichen Versorgung“ – kurz: MRSA-Vergütungsvereinbarung – eingeführt und nach zweijähriger Erprobung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM-Kapitel 30.12) übernommen. Diese Regelung sieht für den niedergelassenen Vertragsarzt nach entsprechender Qualifizierung vor, dass er bei Risikopatienten nach mindestens viertägigem Krankenhausaufenthalt ein gezieltes Screening auf MRSA und auch die Sanierungsbehandlung von MRSA-Trägern im ambulanten Bereich durchführen kann und diese Leistungen extrabudgetär vergütet bekommt. Im Frühjahr 2015 hat das Bundesministerium für Gesundheit einen Zehnpunkteplan zur Bekämpfung von resistenten Erregern veröffentlicht und das Bundeskabinett die aktualisierte Deutsche Antibiotikaresistenz-Strategie (DART 2020) beschlossen. Diese Konzepte waren und sind wichtig zur Verbesserung der MRSA-Situation in Deutschland. Allerdings bestehen für eine wirksamere MRSA-Bekämpfung aus Sicht der Vertragsärzte weiterhin Defizite.

## Bestehende Versorgungsmöglichkeiten nachbessern

Niedergelassene Haus- und Fachärzte mit der MRSA-Genehmigung sollten vom Gesetzgeber noch mehr in die MRSA-Bekämpfung eingebunden werden. Vor einer zeitlich planbaren Operation wäre es dringend angebracht, dass alle Patienten mit definierten Risikofaktoren künftig bereits in der Arztpraxis und nicht erst im Krankenhaus auf MRSA untersucht werden. Den niedergelassenen Vertragsärzten wird ein solches prästationäres MRSA-Screening derzeit aber nicht vergütet. Dabei ist es vor einer Operation – beispielsweise in der Orthopädie oder in der Herz- und Gefäßchirurgie – gut möglich, bei MRSA-Trägern eine wirksame Sanierungsbehandlung ambulant vor der Aufnahme in die Klinik durchzuführen. So kann das Risiko einer MRSA-Infektion im Anschluss an die Operation und eine Verbreitung von MRSA-Erregern im Krankenhaus deutlich verringert werden. Es ist Aufgabe der Krankenkassen, den Vertragsärzten dafür eine leistungsgerechte Vergütung bereitzustellen.

## Gemeinsame Kommission „Prävention“ von BLÄK und KVB

In Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) engagiert sich die KVB seit Jahren in einer gemeinsamen Kommission für das Thema Prävention und Gesundheitsförderung. Die Mitglieder dieser gemeinsamen Kommission „Prävention“ sind gewählte Vertreter der Ärzteschaft, die in regelmäßigen Abständen zusammenkommen, um Sachthemen aus diesem Bereich zu erörtern. Dabei steht die praxisnahe Ausarbeitung von Präventionsthemen zusammen mit Ministerien, öffentlichen Institutionen, Verbänden aus dem Gesundheitsbereich und Bildungseinrichtungen im Vordergrund – immer mit dem Ziel, für jedes Thema eine realistische Umsetzungsempfehlung zu entwickeln. Die Mitglieder der Kommission „Prävention“ sind auch im Ausschuss „Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation“ sowie bei der „Ständigen Konferenz für Prävention und Gesundheitsförderung“ der Bundesärztekammer vertreten. Kontakt: Bayerische Landesärztekammer unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de).

## Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Elsenheimerstraße 39, 80687 München, Telefon: 0 89 / 5 70 93 - 21 92, [www.kvb.de](http://www.kvb.de)  
Verantwortlich: KVB Kommunikation. Bilder: Klinikum der Universität München (Seite 3); iStockphoto.com/Willard (Seite 1)

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.