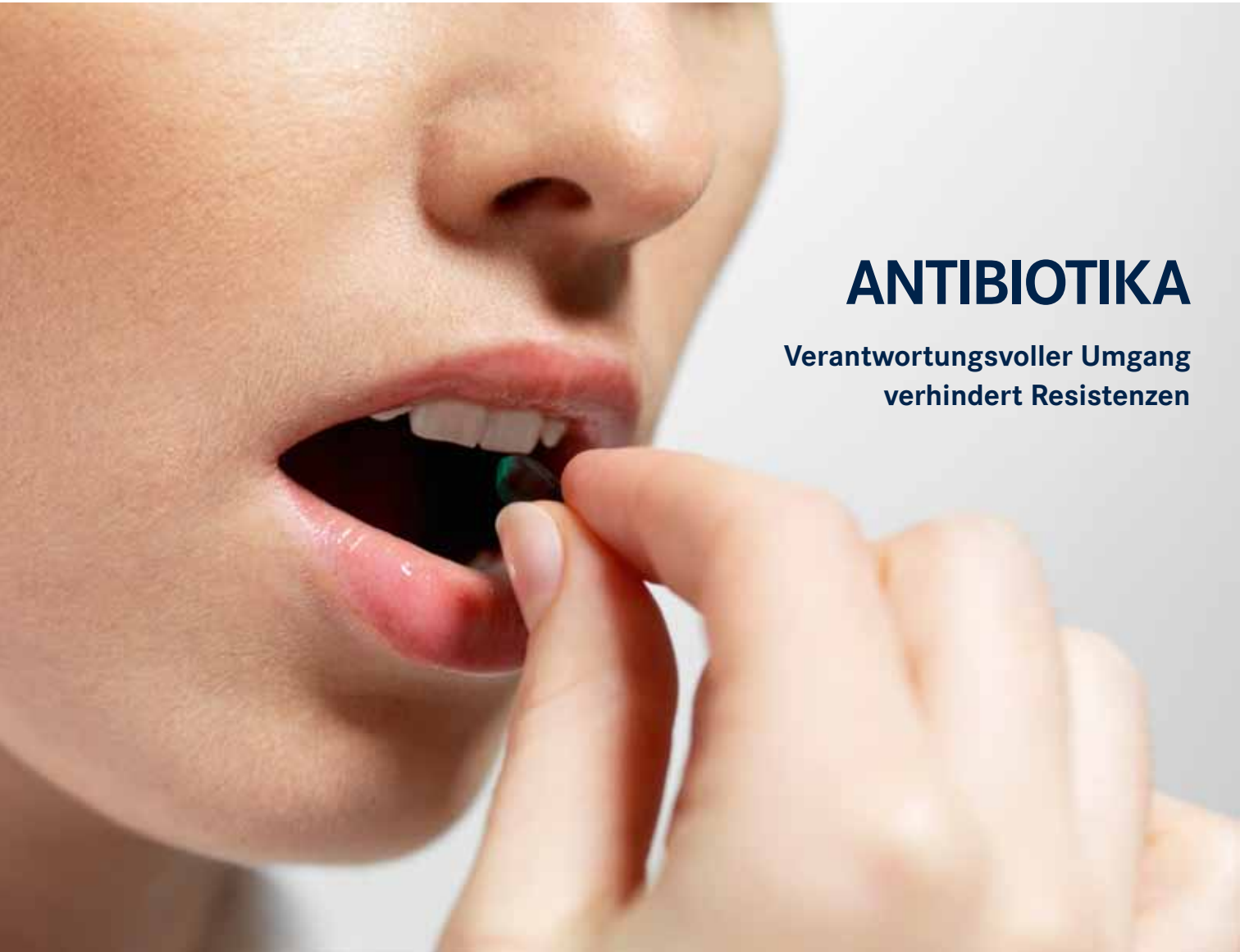


# KVBFORUM 11|12



## ANTIBIOTIKA

Verantwortungsvoller Umgang  
verhindert Resistenzen

**RECHT INTERESSANT:** Grenzen der Honorarverteilung

**QUALITÄT:** Studie zum familiären und erblichen Darmkrebsrisiko

**PATIENTENORIENTIERUNG:** Mit chronischen Schmerzen leben



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

an dieser Stelle können wir nahtlos anknüpfen an das Editorial des Vormonats. Denn nach wie vor bestimmen die Honorarverhandlungen auf Bundesebene die gesundheitspolitische Diskussion. Nach zwei weiteren Runden im harten Ringen ums Geld verkündeten die Verhandlungsführer von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung am Abend des 9. Oktober in Berlin, dass ein Kompromiss zustande gekommen sei. Demnach soll das Honorar für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Jahr 2013 um einen Betrag zwischen 1,15 und 1,27 Milliarden Euro steigen.

Je nach Sichtweise kann man dies als Erfolg verbuchen, weil es statt des von den Kassen geforderten Minus nun doch ein Honorarplus von einigen Prozent gibt. Oder eben als Misserfolg, weil die betriebswirtschaftlich begründete und fundierte Forderung der Ärzteseite nach einem Plus von rund 3,5 Milliarden Euro bei Weitem nicht erreicht wurde. Aufgrund dieses breiten Interpretationsspielraums ist es verständlich, dass die für den 10. Oktober angekündigten Proteste der Ärzteschaft auch durchgeführt worden sind. Denn die kurzfristig wirksamen Honorarerhöhungen sind das Eine – noch relevanter für Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, ist jedoch, dass endlich Ruhe einkehrt in dem von vielen Reformen gebeutelten System.

Sie müssen endlich für Ihre Praxen Planungssicherheit und verlässliche wirtschaftliche Grundlagen erhalten. Dafür ist unter anderem eine möglichst hohe Beteiligung an der Umfrage zum Sicherstellungsauftrag notwendig, die von der KBV in Kürze gestartet wird. Nur mit einer breiten Rückendeckung der Ärzteschaft lassen sich die von KBV-Vorstandschef Köhler genannten sieben Forderungen (siehe Seite 4) überzeugend öffentlich darstellen und durchsetzen.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. Kromholz  
Vorsitzender des Vorstands

Dr. Schmelz  
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. Enger  
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

## ZAHL DES MONATS

**27** Milliarden Euro werden Fonds und Krankenkassen Ende Dezember – auch dank der Praxisgebühr – auf der hohen Kante haben. Für 2013 rechnen Fachleute trotz fast vier Prozent höherer Ausgaben mit einem noch größeren Plus.

(Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 13. Oktober 2012)

## ZITAT DES MONATS

„Bei Impfkosten gespart – Patient grippekrank“

(Quelle: Kommentar von Gisela Rauch in der Main Post am 12. Oktober 2012)

## VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2012

Die letzte Vertreterversammlung der KVB im Jahr 2012 findet am Samstag, den 24. November 2012, statt.

## EINSTIMMUNG AUF DEN ÄRZTETAG

Im Vorfeld des 71. Bayerischen Ärztetages lud die Bayerische Landesärztekammer Anfang Oktober alle interessierten Journalisten zu einem Gespräch in den Münchner Presseclub ein. Das Medieninteresse war groß, denn Themen wie die Transplantationsmedizin, die Honorarverhandlungen auf Bundesebene und die Proteste der Ärzte sorgten für Schlagzeilen und eben auch für entsprechenden Erklärungsbedarf. Kammerpräsident Dr. Max Kaplan und Vizepräsidentin Dr. Heidemarie Lux bezogen dabei klar Stellung und standen den Medienvertretern auch bei kritischen Themen Rede und Antwort.



Eine der spannenden Fragen war, ob die Ärztekammer bereit wäre, den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zu übernehmen – sollte dieser aufgrund der Ergebnisse der Umfrage auf Bundesebene (siehe

Kasten rechts) zur Disposition stehen. Klare Antwort von Kammerpräsident Kaplan: „Die Kammer steht nicht zur Verfügung, den Sicherstellungsauftrag zu übernehmen. Der würde dann auf die Krankenkassen beziehungsweise den Staat übergehen. Es ist allerdings mehr als fraglich, ob dies wirklich besser wäre für die Versorgung unserer Patienten.“

Redaktion

## Wichtiges für die Praxis

### KBV stellt Sicherstellungsauftrag zur Diskussion

Wollen die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten einen in Jahrzehnten erodierten Sicherstellungsauftrag noch hinnehmen? Welche Bedingungen und Anforderungen stellen sie, um die ambulante Versorgung weiterhin zu garantieren? Diese zentralen Fragen hat die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 28. September in Berlin diskutiert. Auch die ärztliche Basis soll nun dazu befragt werden.

KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Köhler machte in einer flammenden Rede deutlich, dass der Sicherstellungsauftrag, so wie er ursprünglich gedacht war, längst ausgehöhlt sei und forderte deshalb einen neuen Konsens. Die KBV-VV verabschiedete einen Katalog mit sieben Voraussetzungen, unter denen KBV und KVen weiterhin die Verantwortung in Deutschland übernehmen wollen:

1. Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit,
2. feste und kostendeckende Preise für alle ärztlichen Leistungen,
3. Eliminierung der komplizierten und versorgungsfremden Steuerungselemente,
4. Überprüfung der Qualität ärztlicher Arbeit durch die ärztliche Selbstverwaltung,
5. Eliminierung aller Regresse bei veranlassten Leistungen,
6. Ausweitung von Kollektivverträgen und ergänzenden Verträgen auf alle ambulanten Leistungen. Klare Wettbewerbsordnung zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen,
7. Wiedereinführung kassenspezifischer Gesamtverträge.

Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten sollen nun dazu befragt werden. Der Vorstand der KVB appelliert ausdrücklich an seine Mitglieder, sich an der bundesweiten Befragung der KBV zu beteiligen. Diese soll noch im November 2012 starten.

Redaktion

**TITELTHEMA**

6 Antibiotika: Wie lange sind sie noch wirksam?  
Ein rationaler und verantwortungsvoller Umgang ist dringend geboten, damit diese Arzneimittel auch zukünftig helfen können

8 Verordnungen und Resistenzen  
Statistisch erhält jeder dritte gesetzlich Versicherte mindestens einmal im Jahr ein Antibiotikum

10 Antibiotikatherapie in der ambulanten Medizin  
Was ist wichtig bei der Indikationsstellung, der Applikationsform, der Behandlungsdauer und der Dosierung?



Ärzte sind angehalten, ihre Patienten verantwortungsvoll mit Antibiotika zu versorgen, um Resistenzen zu vermeiden

14 Kompetente Beratung zur Verordnung von Antibiotika  
Die KVB bietet fundierte fachliche Unterstützung und Informationen zur Arzneimitteltherapie

16 „Antibiotika nur dann einsetzen, wenn sie wirklich indiziert sind!“  
Die Münchner Internistin Dr. Anja Meurer berichtet, wie sie mit Sorgen und Wünschen ihrer Patienten umgeht



Jede Verordnung von Antibiotika will gut überlegt sein. Patienten sollten über die Einnahmerisiken informiert werden

**GESUNDHEITSPOLITIK**

18 Wie bei „Hau den Lukas“  
Beim „Gesundheitspolitischen Oktoberfest“ redeten Arztvertreter, Politiker und Krankenkassenvertreter Tacheles

**QUALITÄT**

19 Studie zum familiären und erblichen Darmkrebsrisiko  
Epidemiologische Untersuchungen sollen helfen, Familien mit Darmkrebsrisiko frühzeitig zu erkennen

22 Neues QEP®-Manual erhältlich  
Mit dem modularen Aufbau kann jeder Anwender ein praxisspezifisches Qualitätsmanagement entwickeln



Gäste aus Politik, Krankenkassen und Medizin diskutierten beim Gesundheitspolitischen Oktoberfest

**RECHT INTERESSANT**

24 Grenzen der Honorarverteilung  
Welchen Spielraum lassen die rigiden Bundesvorgaben den Regionen? Fakt ist: Die KVen können das Geld nicht so verteilen, wie es die regionale Versorgungslage erfordern würde

**ÄRZTE-ENGAGEMENT**

26 „Ich wünsche mir Normalität für die jüdischen Gemeinden in Deutschland“  
Dr. Josef Schuster ist Internist in Würzburg und seit zehn Jahren Präsident des bayerischen Landesverbands der Israelitischen Kultusgemeinden



26

Das jüdische Gemeinde- und Kulturzentrum „Shalom Europa“ ist ein Haus der Begegnung für Juden und Nicht-Juden

**PATIENTENORIENTIERUNG**

28 „Handeln statt behandeln!“  
Wie kann man trotz chronischer Schmerzen ein erträgliches Leben führen? Eine Selbsthilfegruppe in Traunstein bietet Betroffenen Unterstützung

**GESUNDHEITSTELEMATIK**

30 Smartphones entdecken eHealth  
Der Markt für medizinische Applikationen wächst rasant. Gerade Ärzte werden über ihre Patienten zunehmend mit der Frage nach eHealth-Apps konfrontiert



30

Smartphones und ihre kleinen Helferlein: Gute Apps gibt es inzwischen auch aus dem Gesundheitswesen

**31 LESERBRIEFE**

**KURZMELDUNGEN**

- 32 FALK: Blick nach Brüssel
- 32 „Forum Medizin in Bayern“
- 33 IMPRESSUM

**34 KVB SERVICENUMMERN**



32

Volles Haus beim „Forum Medizin in Bayern“: Gastgeber Dr. Marcel Huber im Dialog mit namhaften Vertretern aus dem Gesundheitswesen

# ANTIBIOTIKA: WIE LANGE SIND SIE NOCH WIRKSAM?

Die Weltgesundheitsorganisation WHO warnt: „Die Resistenz gegen vorhandene Antibiotika hat beispiellose Ausmaße erreicht und neue Antibiotika können nicht schnell genug bereitgestellt werden.“ Dies beschreibt auch die aktuelle Situation bei uns in Deutschland – noch nicht einmal 85 Jahre nach der Entdeckung des Penicillins durch Alexander Fleming im Herbst 1928.

Im letzten Jahr veröffentlichten führende WHO-Gesundheitsexperten unter dem Titel „Das Versagen der Gesellschaft, eine wertvolle Ressource zu bewahren: Antibiotika“ folgenden beeindruckenden Appell: „Wir haben zu passiv zugesehen, wie dieser Medikamentenschatz, der uns so gute Dienste geleistet hat, entwertet wurde. Wir bitten unsere Kollegen weltweit dringend, Verantwortung für den Schutz dieser kostbaren Arzneimittel zu übernehmen. Die Zeit des Stillschweigens und der Selbstgefälligkeit ist vorbei“ (Lancet 2011; 378: 369-371).

## Europäischer Antibiotiktag

Antibiotikaverbrauch und die Zunahme der Resistenz stehen in kausalem Zusammenhang. Untersuchungen zeigen auch, dass ein erheblicher Anteil der Therapien mit Antibiotika in der Humanmedizin Mängel aufweist: fragliche Indikation oder inadäquate Auswahl, Dosierung, Anwendungsdauer des Wirkstoffs. Die KVB greift das Thema anlässlich des Europäischen Antibiotikages am 18. November auf [1].

Dieser Tag soll das Bewusstsein für die Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch immer resistenterer Erreger erhöhen und die Ärzte, aber auch die Patienten über den rationalen und verantwortungsvollen

Einsatz von Antibiotika informieren. IQWiG, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, stellt ebenfalls gute Unterlagen für die Patienten zum Thema Antibiotika zur Verfügung [2]. Die angebotenen Informationen und Merkblätter können in Arztpraxen genutzt werden, um die Diskussion zwischen Arzt und Patient zur Indikation einer Antibiotikatherapie sachlich und effektiv zu gestalten, und sollen dazu beitragen, unnötige Verordnungen zu vermeiden.

## Antibiotika in Deutschland

Bereits im Jahr 2008 wurde die Deutsche Antibiotikaresistenz-Strategie DART und erstmals auch GERMAP, Bericht über den Antibiotikaverbrauch und die Verbreitung von Antibiotikaresistenzen in der Human- und Veterinärmedizin in Deutschland, veröffentlicht [3].

Im humanmedizinischen Teil der DART wurden zehn nationale Ziele zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen formuliert. Im Vordergrund stehen dabei die Stärkung von Surveillance-Systemen und die Rückmeldung von Daten zu Antibiotikaresistenz und -verbrauch an die Ärzte sowie die Förderung der Anwendung von Leitlinien und der Aus-, Weiter- und Fortbildung zur Antibiotikatherapie.

Nach GERMAP ist davon auszugehen, dass in der Humanmedizin pro Jahr in Deutschland zirka 300 Tonnen Antibiotika eingesetzt werden. Rund 85 Prozent aller Verordnungen entfallen dabei auf die ambulante Versorgung. Im Veterinärbereich wurden im Jahr 2011 rund 1734 Tonnen Antibiotika von pharmazeutischen Unternehmen und Großhändlern an Tierärzte in Deutschland insgesamt abgegeben. Dies berichtete vor kurzem das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit [4]. Die Gesetzgebung des Bundes nimmt Bezug auf diese Situation. Im Hinblick auf die Humanmedizin wurde diesbezüglich das Infektionsschutzgesetz bereits 2011 aktualisiert. Mit der vorgesehenen Novellierung des Arzneimittelgesetzes, der das Bundeskabinett im September 2012 zugestimmt hat, sollen die Regelungen zum Einsatz von Antibiotika in der Tiermedizin und Tiermast verschärft werden.

## Aktivitäten in Bayern

Ebenfalls im September wurde das Bayerische Aktionsbündnis Antibiotikaresistenz BAKT vom Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit im Rahmen des interdisziplinären Symposiums „Antibiotikaresistenz: Vom Wissen zum Handeln“, veranstaltet durch das Bayerische Landesamt für Gesund-



**Nicht jede Infektion erfordert den Einsatz von Antibiotika. Patienten sollen über den rationalen und verantwortungsvollen Umgang mit diesen Medikamenten zukünftig besser informiert werden.**

heit und Lebensmittelsicherheit LGL, ins Leben gerufen. Das wesentliche Ziel von BAKT ist, die Akteure aus Human- und Veterinärmedizin, aus der Pharmazie, aus der Agrar- und Ernährungswirtschaft bis hin zum Verbraucher und Patienten zusammenzubringen und gemeinsam Ansätze zu entwickeln, um den Antibiotikaverbrauch zu reduzieren und damit einer weiteren Resistenzzunahme entgegenzuwirken. Dem BAKT-Konsensusstatement haben sich zahlreiche Verbände und Körperschaften – darunter auch die KVB – angeschlossen [5]. Der Vorstandsvorsitzende der KVB, Dr. Wolfgang Krombholz, kündigte in diesem Zusammenhang folgende konkrete Maßnahmen für die niedergelassenen Ärzte an:

- Regelmäßige Auswertung und Rückmeldung der Daten zur Antibiotikaverordnung in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Bayern
- Bereitstellung von Informationen zur indikationsgerechten Antibiotikaverordnung und zur mikrobiologischen Diagnostik für Arztpraxen auf den Internetseiten der KVB
- Ausbau von Beratung und Schulung zur rationalen Antibiotikatherapie in Ergänzung der bisherigen Angebote und Hinweise der KVB zur Pharmakotherapie insgesamt
- Weiterentwicklung der Aktivitäten zur Hygiene und Infektionsprävention in Arztpraxen in Bayern im Rahmen der KVB-Initiative „Hygiene – aber sicher!“

Damit soll ein wichtiger Beitrag geleistet werden, Antibiotika auch für die Zukunft wirksam zu erhalten.

*Dr. Lutz Bader (KVB)*

- [1] <http://ecdc.europa.eu/de/EAAD/Pages/Home.aspx>  
 [2] [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de) in der Rubrik A-Z-Liste/Antibiotika  
 [3] [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) in der Rubrik Prävention/Krankenhausinfektionen/Antibiotikaresistenzstrategie sowie [www.p-e-g.org/econ-text](http://www.p-e-g.org/econ-text) in der Rubrik GERMAP  
 [4] [www.bvl.bund.de](http://www.bvl.bund.de) in der Rubrik Tierarzneimittel/Aufgaben im Bereich Tierarzneimittel/Antibiotikaresistenz  
 [5] [www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de) in der Rubrik BAKT

# VERORDNUNGEN UND RESISTENZEN

Der Einsatz von Antibiotika führt zu Selektionsvorteilen für resistente Erreger, begünstigt damit deren Verbreitung und fördert die Resistenzentwicklung insgesamt. Im folgenden Beitrag werden die Antibiotikaverordnungen durch die Vertragsärzte in Bayern seit 2005 dargestellt sowie der Zusammenhang mit dem Auftreten von MRSA und ESBL-Bildnern erläutert.

Die Entstehung und Zunahme von Antibiotikaresistenzen hat zwei wesentliche Grundlagen: Erstens das Vorhandensein von resistenten Erregern und von übertragbaren Resistenzgenen und zweitens den durch Antibiotikaeinsatz zugunsten resistenter Bakterien ausgeübten Selektionsdruck, der diesen Erregern Überlebensvorteile schafft [1].

Jeder dritte gesetzlich Versicherte erhält rein statistisch in der ambulanten Versorgung mindestens einmal im Jahr eine Antibiotikaverordnung [2] – in der Klinik jeder vierte Patient [3]. Abbildung 1 zeigt die Verordnungszahlen von zusammengefassten Antibiotikawirkstoffgruppen durch die Vertragsärzte in Bayern von 2005 bis 2011. In diesem Zeitraum erfolgten im Mittel rund 5,59 Millionen Antibiotikaverordnungen pro Jahr, seit 2008 deutet sich im Trend eine leichte Abnahme an. Die drei am häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen waren 2011 die Fluorchinolone der Gruppe I bis III, die neueren Makrolide und die Cephalosporine der zweiten Generation. Diese drei Wirkstoffgruppen machten die Hälfte aller Antibiotikaverordnungen 2011 aus. Eine Zunahme der Verordnung ist bei den Cephalosporinen der zweiten Generation am stärksten, von 2005 bis 2011 betrug der Anstieg sukzessive fast

90 Prozent. Cephalosporine der dritten Generation nahmen bis 2009 um zirka 19 Prozent zu, seitdem ist ein Abnahmetrend erkennbar. Bei den Fluorchinolonen der Gruppe I bis III ist der Verlauf ähnlich: Zunahme bis 2010 um zirka 22 Prozent, 2011 dann ein leichter Rückgang. Dagegen nahmen von 2005 bis 2011 mehrere Wirkstoffgruppen in der Verordnung fast kontinuierlich ab, am auffälligsten die Tetracycline (inklusive Doxycyclin) um zirka 50 Prozent.

## Folgen bei MRSA

Eine aussagekräftige Interpretation dieser Verordnungsdaten ist nur unter Berücksichtigung von Behandlungsdiagnosen möglich, entsprechende Analysen werden angestrebt. Dabei können auch die vor kurzem veröffentlichten Daten zu den Antibiotikaverordnungen im Jahr 2010 im regionalen Vergleich der Bundesländer herangezogen werden [4]. Die Zahlen der Antibiotikaverordnungen in Bayern (und bundesweit) zeigen aber die Selektionsvorteile auf für Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) und Breitspektrum-Beta-Lactamase (ESBL)-bildende Enterobakterien vor allem bei *Escherichia coli* und *Klebsiella pneumoniae*. MRSA sind gegen alle Beta-Lactam-Antibiotika (inklusive aller Cephalosporine) resis-

tent und bei den häufigsten Epidemiestämmen auch gegen alle Fluorchinolone und Makrolide [5]. ESBL-Bildner werden selektiert durch die breite Anwendung von Cephalosporinen der zweiten und dritten Generation sowie von Fluorchinolonen, gegen die ebenfalls in der Regel Parallelresistenz besteht [6]. Dies zeigt, wie wichtig die Vermeidung nicht indizierter Antibiotikaverordnungen ist, insbesondere von Wirkstoffen, die infektionsepidemiologisch einen starken Selektionsdruck ausüben. Entscheidend ist auch die Beachtung von Antibiotikaleitlinien durch alle Ärzte (siehe Kasten).

*Dr. Lutz Bader (KVB)*

Das Literaturverzeichnis finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik **Presse/ Publikationen/ KVB FORUM/ Literaturverzeichnis**.

## Antibiotikainformationen

KBV: Wirkstoff AKTUELL, Ausgaben 1/2012 und 2/2012: „Rationale Antibiotikatherapie bei Infektionen der oberen Atemwege/Harnwegsinfektionen“ unter <http://AIS.KBV.de>  
KVWL: Optimierung der Pharmakotherapie, Nr. 18 / Juli 2011 unter [http://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/liste\\_opt.htm](http://www.kvwl.de/arzt/verordnung/arzneimittel/info/liste_opt.htm)



Entwicklung der Anzahl Verordnungen 2005-2011: Antibiotika-Wirkstoffgruppen zusammengefasst (ATC „J01“)

- Tetracycline (inkl. Doxycyclin)
- Penicilline/Beta-Lactamase-empfindlich
- Penicilline/erweitertes Wirkungsspektrum
- Penicilline/Beta-Lactamase-fest, Beta-Lactamase-Inhibitoren, Kombinationen
- Cephalosporine der 2. Generation
- Cephalosporine der 3. Generation
- Trimethoprim und Sulfonamide, Kombinationen
- Makrolide/neuere: Roxithromycin, Clarithromycin, Azithromycin
- Makrolide/ältere: Erythromycin, Spiramycin u.a.
- Chinolone Gruppe I-III: Ofloxacin, Ciprofloxacin u.a.
- Chinolone Gruppe IV: Moxifloxacin u.a.
- Sonstige: Cephalosporine 1. und 4. Generation, Carbapeneme, Lincosamide, Nitrofurane, Aminoglykoside, Glykopeptide u.a.

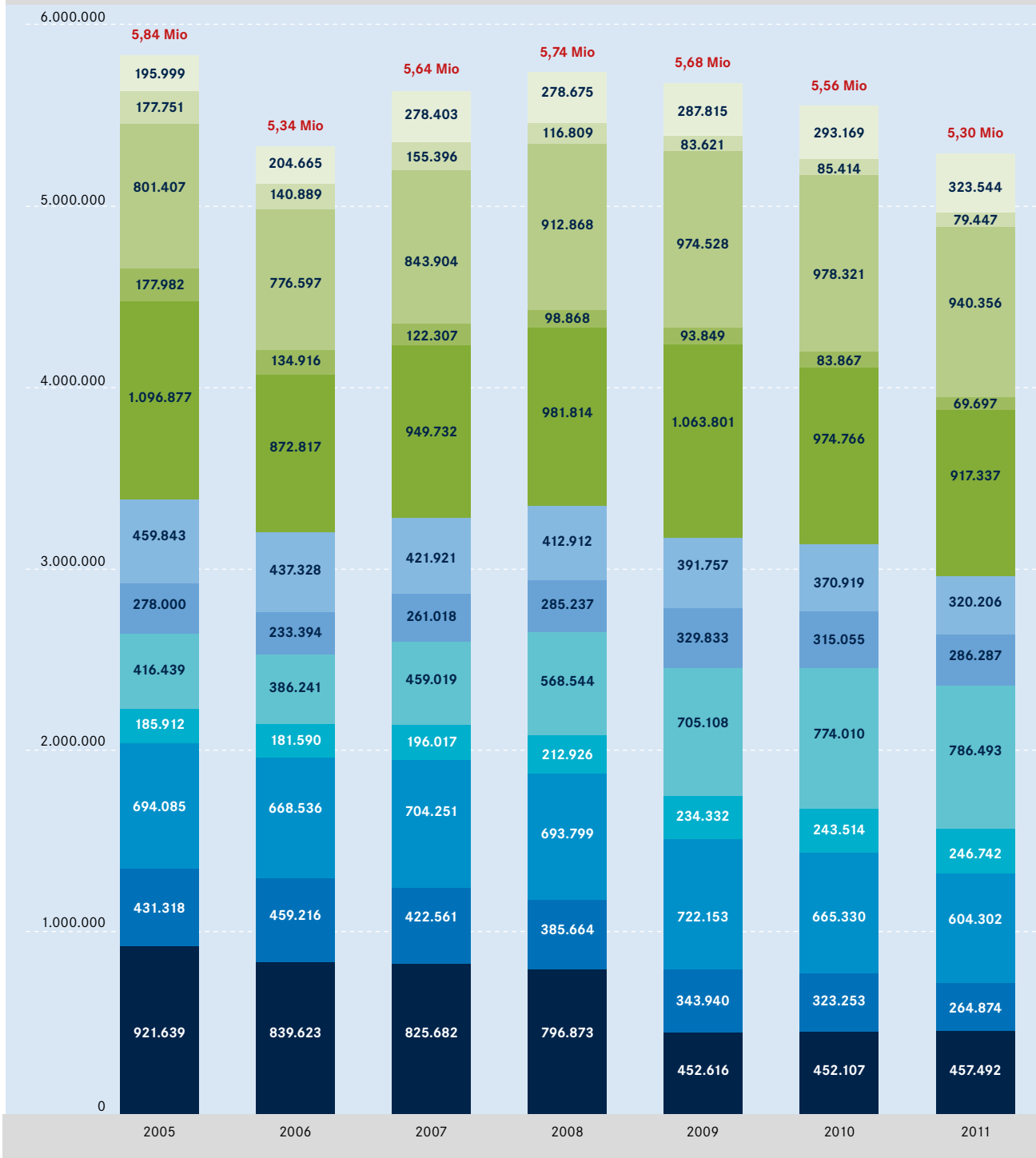


Abbildung 1

Quelle: KVB

# ANTIBIOTIKATHERAPIE IN DER AMBULANTEN MEDIZIN

Die antibakterielle Therapie in der ambulanten Medizin unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von den Gegebenheiten in der Klinik: Bei den meisten bakteriellen Infektionserkrankungen in der ambulanten Medizin sind die Erreger gegenüber den meisten Antibiotika noch empfindlich. Hohe Resistenzraten, wie sie im Krankenhaus auftreten können, spielen in der ambulanten Medizin bisher noch eine geringere Rolle.

**A**ufgrund der zunehmenden Tendenz, auch schwerere Infektionserkrankungen ambulant zu behandeln, muss jedoch auf mehrfach resistente Erreger hingewiesen werden, wie sie unter anderem bei urologischen und bei komplizierten Atemwegsinfektionen auftreten oder in anderen Ländern (auf Reisen) akquiriert werden können.

Bei einer akut behandlungsbedürftigen Infektion liegt ein Erregernachweis in der Regel nicht vor, die Behandlung wird daher „kalkuliert“ eingeleitet. Das bedeutet, dass bei der Auswahl der Antibiotika die jeweilige Lokalisation der Infektion, das vermutete Erregerspektrum, die lokale Resistenzsituation der Erreger, die antibakterielle Aktivität, die Pharmakokinetik und die unerwünschten Wirkungen des Antibiotikums berücksichtigt werden. Liegt ein klinischer Hinweis für eine bakterielle Infektion vor, sollte die Behandlung in den meisten Fällen unverzüglich mit der geeigneten Applikationsform so lange wie nötig, so kurz wie möglich sowie in ausreichend hoher Dosierung erfolgen.

## Antibiotische Therapieprinzipien

- Antibiotika nur bei berechtigter Indikation

- gezielter Wechsel der Antibiotika (inter- und intraindividuell)
- Schonung von Reservesubstanzen
- Förderung der Compliance

## Kalkulierte antibiotische Therapie

- Wird vor allem in der empirischen Initialtherapie in der hausärztlichen Praxis angewendet
- Berücksichtigung
  - der häufigsten Erreger der jeweiligen Infektion,
  - des Wirkungsspektrums des Antibiotikums,
  - der Wirksamkeit des Antibiotikums,
  - der Resistenzlage,
  - der Pharmakokinetik/-dynamik,
  - der Verträglichkeit des Antibiotikums,
  - der Arzneimittelinteraktionen,
  - des Patienten (Alter, Impfstatus, Allgemeinzustand, Vortherapie),
  - der Wirtschaftlichkeit des Antibiotikums.

Bei der optimalen Dosierung von Antibiotika müssen neben den mikrobiologischen, pharmakokinetischen und toxikologischen Daten auch die pharmakodynamischen Parameter jeder einzelnen Sub-

stanz berücksichtigt werden. Antibiotika entfalten ihre antibakterielle Wirkung, indem sie mit spezifischen Strukturen der Mikroorganismen interagieren. Aus der Vielfalt ihrer Wirkungen betreffen die wichtigsten antibiotischen Effekte die

- Zellwandsynthese (Beta-Lactam-Antibiotika, Glykopeptid-Antibiotika),
- ribosomale Proteinsynthese (Tetracycline, Makrolide, Oxazolidinone, Lincomycine, Aminoglykoside),
- Folsäuresynthese (Sulfonamide, Trimethoprim),
- RNS-Synthese (Rifampicin)
- DNS-Replikation (Fluorchinolone).

Wesentliche Unterschiede in der Pharmakodynamik der wichtigsten antibakteriellen Wirkstoffgruppen sind einerseits die zeitabhängige Bakterizidie der Beta-Lactam-Antibiotika und andererseits die konzentrationsabhängige Bakterizidie der Aminoglykoside (nur zur parenteralen oder inhalativen Therapie) und der Fluorchinolone. Experimentelle Untersuchungen haben bewiesen, dass Beta-Lactam-Antibiotika eine **zeitabhängige Abtötung** der Bakterien aufweisen. Damit erlaubt der Parameter „Zeit oberhalb der

MHK“ (minimale Hemmstoffkonzentration) die beste Voraussage für eine Wirksamkeit der Beta-Lactam-Antibiotika. Für die klinische Anwendung der Penicilline beispielsweise bedeutet dies, dass die freie Serumkonzentration des Antibiotikums zumindest für 40 bis 50 Prozent des Applikationsintervalls oberhalb des MHK-Wertes des jeweiligen Erregers liegen sollte (siehe Abbildung 1). Im Gegensatz zu den Beta-Lactam-Antibiotika verursachen die Aminoglykoside und Fluorchinolone eine konzentrationsabhängige Bakterizidie (siehe Abbildung 2). Weiterhin verfügen diese beiden Substanzgruppen über einen postantibiotischen Effekt. Aus diesen Gründen sollte die Applikation von Aminoglykosiden nur einmal täglich erfolgen. Bei den Fluorchinolonen sollte das Verhältnis von Spitzenkonzentration zur MHK des Erregers idealerweise „> 10“ betragen. Hiermit sind nicht nur günstige Therapieergebnisse, sondern auch eine verminderte Resistenzentwicklung zu erreichen.

### Wirkmechanismen der einzelnen Antibiotikagruppen

Prinzipiell unterscheidet man eine bakteriostatische und eine bakteriozide Wirkung der Chemotherapeutika.

#### Bakteriostatische Wirkung

Die bakteriostatische Wirkung beschränkt sich auf die Hemmung der Vermehrung von Bakterien, ohne dass diese abgetötet werden. Die Bakterien selbst müssen dabei durch körpereigene Abwehrmechanismen endgültig vernichtet werden.

Parameter für eine bakterielle Eradikation:  
Pharmakokinetisch-pharmakodynamische Profile

- Penicilline
- Cephalosporine
- Erythromycin
- Clarithromycin

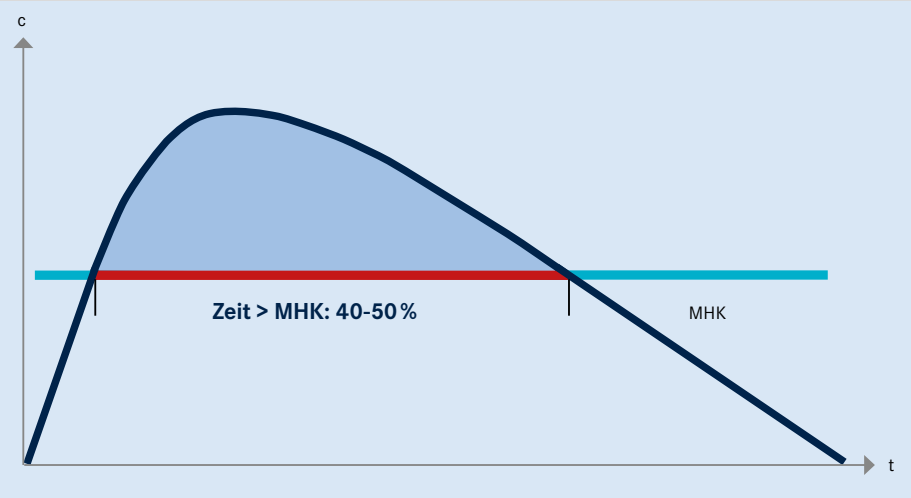


Abbildung 1

Quelle: KVB

Ziel ist es, durch Mehrfachdosierung die Konzentration des Antibiotikums für mindestens 40 bis 50 Prozent des Applikationsintervalls oberhalb des MHK-Wertes des jeweiligen Erregers zu halten.

Parameter für eine bakterielle Eradikation:  
Pharmakokinetisch-pharmakodynamische Profile

- Fluorchinolone
- Aminoglycoside
- Azithromycin
- Telithromycin

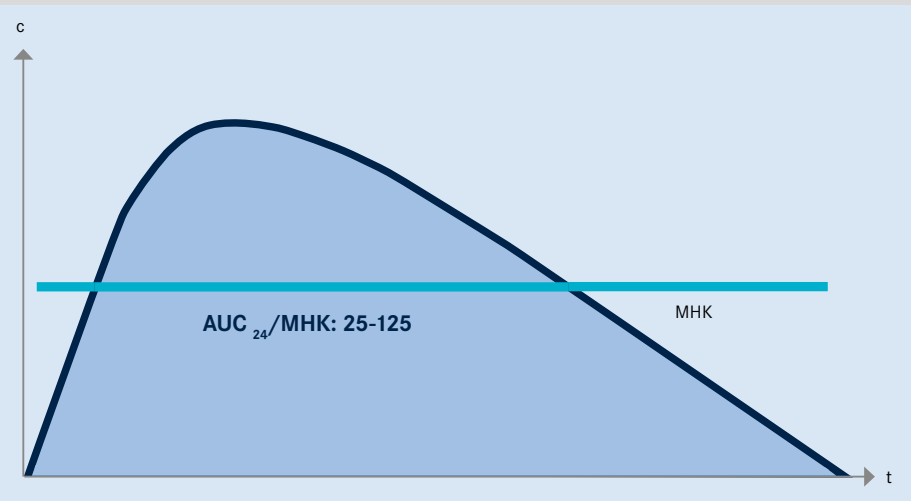


Abbildung 2

Quelle: KVB

Bei konzentrationsabhängiger Bakterizidie ist die Fläche unter der Kurve entscheidend.

**MHK (minimale Hemmkonzentration):** Die Konzentration eines Antibiotikums, die unter standardisierten Bedingungen das Wachstum des Erregers gerade noch hemmt.

Bakteriostatisch wirkende Antibiotika:

- Makrolide
- Lincosamine
- Tetracycline
- Sulfonamide

#### Bakterizide Wirkung

Die bakterizide Wirkung beinhaltet die irreversible Keimabtötung, möglichst ohne Schädigung körpereigener Zellen. Dabei wirkt das Antibiotikum bakterizid auf proliferierende Keime oder degenerativ bakterizid (Abtötung aller Entwicklungsstufen).

**MBK (minimale bakterizide Konzentration):** Die Konzentration eines Antibiotikums, die unter standardisierten Bedingungen den Erreger gerade noch abtötet.

Bakterizid wirkende Antibiotika:

- $\beta$ -Lactam-Antibiotika
- Aminoglycoside
- Gyrasehemmer
- Glycopeptid AB

Im ambulanten Praxisalltag muss ein Arzt meist rasch entscheiden und erwartet bei der Verordnung der Antibiotika seiner Wahl eine hohe Akzeptanz durch den Patienten, das heißt eine gute Compliance und eine hohe Therapiesicherheit. Dabei müssen wirtschaftliche und gesetzliche Vorgaben berücksichtigt werden (Fünftes Sozialgesetzbuch und Arzneimittel-Richtli-

nie des Gemeinsamen Bundesausschusses).

In der ambulanten Medizin werden fast ausschließlich oral anwendbare Antibiotika eingesetzt. Eine parenterale Gabe ist nur bei sehr wenigen Infektionskrankheiten erforderlich, gewinnt aber zunehmend an Bedeutung, da heute häufiger schwere Infektionen auch ambulant behandelt werden und einmal täglich zu applizierende Antibiotika zur Verfügung stehen. Aber auch in der Klinik kommt oral anwendbare Antibiotika eine wachsende Bedeutung zu, tragen sie doch wesentlich zur Einsparung von Behandlungs- und Personalkosten sowie zur Müllvermeidung bei.

Effiziente oral anwendbare Antibiotika bieten verstärkt die Möglichkeit einer parenteral-oralen Folgebehandlung (Sequenztherapie) und erlauben, die in der Klinik parenteral begonnene Therapie ambulant oral fortzusetzen. Dabei können auch Substanzen unterschiedlicher Stoffklassen verwendet werden, wenn zum Beispiel der mikrobiologische Befund eine Sensibilität für beide Antibiotika nachweist.

Die parenteral-orale Folgetherapie hat auch in der prä- und poststationären Versorgung zu Einsparungen bei Kosten und im Personalaufwand geführt. Falls klinisch möglich, wird aus Kostengründen die orale Therapie oder eine Sequenztherapie gegenüber einer rein parenteralen Therapie bevorzugt. Eine Indikation zur parenteralen Gabe des Antibiotikums besteht zum Beispiel bei

- lebensbedrohlichen Erkrankungen,
- reduzierter Immunabwehr,
- Schluckstörungen,
- Erbrechen,
- Diarrhö,
- Koma,
- Kurzdarmsyndrom

oder wenn das Antibiotikum in einer Formulierung zur oralen Gabe nicht verfügbar ist. Da die Übergänge fließend sind, sollte bei einigen Krankheitsbildern die Wahl für eine orale oder parenterale Applikationsart individuell erfolgen.

#### Arzneimitteltherapiesicherheit: Interaktionen

Neben den aufgeführten Aspekten zur Wirksamkeit ist natürlich auch die Sicherheit der Medikation ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Therapie. Die Ursachen für Interaktionen zwischen Antibiotika und anderen Arzneimitteln sind vielfältig. Antiinfektiva können durch Beeinflussung der Resorption, des Metabolismus und der Elimination entweder die Kinetik anderer Medikamente beeinflussen oder sie können selbst in ihrem pharmakokinetischen Verhalten beeinflusst werden. Die klinische Bedeutung dieser Interaktionen ist sehr unterschiedlich. Es kann sich entweder um eine geringe, klinisch völlig unbedeutende Veränderung der Kinetik handeln oder es können durch überhöhte Spiegel Unverträglichkeitsreaktionen resultieren, die im extremen Fall sogar ein tödliches Risiko darstellen. Schließlich muss bedacht werden, dass etwa durch Beeinträchtigung der Resorption von antimikrobiell wirksamen Arzneimitteln aus dem Magen-Darmtrakt derart niedrige Plasmaspiegel resultieren können, dass mit einem Versagen der antiinfektiven Therapie gerechnet werden muss.

Das Risiko für Interaktionen zwischen Antibiotika und anderen Arzneimitteln unterscheidet sich für die einzelnen Wirkstoffgruppen ganz erheblich. Besonders kritisch sind in dieser Hinsicht zum Beispiel Rifampicin (RIFA und andere), die Fluorchinolone und Makrolide zu sehen. Diese Antiinfektiva induzieren oder hemmen Cytochrom P450-

Isoenzyme und können dadurch den Metabolismus vieler anderer Arzneistoffe verändern.

So kann beispielsweise die gemeinsame Gabe von Eisenpräparaten und Chinolonen durch Komplexbildung zu einem unwirksam niedrigen Wirkspiegel führen. Dasselbe passiert in Kombination mit Antazida oder Sucralfat.

Bei oralen Kontrazeptiva kommt es durch Antibiotika zur Herabsetzung der Wirkung, da diese einerseits einen Teil der Darmflora abtöten und dadurch den enterohepatischen Kreislauf von Östrogenen und dem Gestagen Levonorgestrel unterbrechen (Darmbakterien spalten die glukuronidierten Hormone, wodurch diese erneut resorbiert werden) und andererseits weil sie das CYP3A4 induzieren können (vor allem Rifampicin), durch welches Östrogene und Gestagene abgebaut werden. Das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft steigt. Die Wirkung der Antibabypille bleibt bis zur nächsten Einnahmepause nach Beendigung der Antibiotikatherapie abgeschwächt. Obwohl diese Wechselwirkung relativ selten ist, sollten Patientinnen unbedingt darüber aufgeklärt werden. Durch Antibiotika verursachte Durchfälle können die schwangerschaftsverhütende Wirkung ebenfalls reduzieren.

### Wichtige Interaktionen im Überblick

Makrolide erzeugen durch Enzymhemmung toxische Konzentrationen von

- Theophyllin
- Astemizol
- Terfenadin
- Cyclosporin
- Carbamazepin
- Statinen

Das Potential für derartige Interaktionen ist bei Erythromycin und Clarithromycin am höchsten, bei Roxithromycin ist es geringer ausgeprägt und mit Azithromycin sind derartige Interaktionen bis heute nicht bekannt. Über die starke Hemmung von CYP3A4 verstärken Clarithromycin und Erythromycin auch die Wirkung von oralen Antikoagulanzen. Hier ist besondere Vorsicht geboten.

### Interaktionen von Fluorochinolonen

- Ciprofloxacin verstärkt die Wirkung von oralen Antikoagulanzen und Theophyllin.
- Eisenhaltige Präparate beziehungsweise Antazida beeinflussen die Resorption von Fluorochinolonen.
- Fluorochinolone verlängern die QT-Zeit.

### Interaktionen von Tetracyclinen

- Komplexbildungen mit Eisen und Antazida beziehungsweise Magnesium- und Calciumsalzen (Cave: Milch und Milchprodukte!) behindern die Resorption.
- Carbamazepin kann als Enzyminduktor die Wirkung von Doxycyclin beeinträchtigen (subinhibitorische Spiegel).

Bei der Behandlung von Schulkindern im ambulanten Bereich sind Infektionen die weitaus am häufigsten diagnostizierten Krankheiten. Demzufolge spielt die Anwendung von Antibiotika in dieser Altersgruppe eine ganz besondere Rolle. Hierbei muss beachtet werden, dass insbesondere neue Antibiotika aufgrund der unzureichenden Studienlage auch viele Jahre nach der Einführung für Kinder nicht oder nur für Kinder ab einem bestimmten Alter zugelassen sind.



Zahlreiche Verordnungen von Antibiotika sind in Deutschland „off Label“ (außerhalb der in der Zulassung festgelegten Bedingungen) oder „unlicensed“ (nicht zugelassen). Dieser Missstand führt dazu, dass

- Kinder nicht in dem Maße am medizinischen Fortschritt teilhaben können wie Erwachsene,
- Kinder bei Anwendung nicht zugelassener Antibiotika einem deutlich höheren Nebenwirkungsrisiko ausgesetzt werden als bei Verordnungen, die der Zulassung entsprechen,
- der Arzt bei Anwendung von nicht zugelassenen Antibiotika mit einem deutlich höheren Zeitaufwand belastet wird, weil der Einsatz von nicht zugelassenen Antibiotika eine Aufklärung wie unter Studienbedingungen und aufwendige Dokumentation erfordert, und der Arzt sich einer Regressgefahr aussetzt.

Demzufolge ist die Anwendung derartiger Antibiotika in der Pädiatrie für das Kind und den Arzt mit einem erhöhten Risiko verbunden. Daher hat der Gesetzgeber einen Anreiz über die Verlängerung von Patentlaufzeiten gesetzt, um die forschende Industrie dazu zu motivieren, das Kind als vollwertigen Patienten zu akzeptieren.

Johann Fischaleck (KVB)

**Eine Behandlung mit Antibiotika sollte nur bei berechtigter Indikation, dann aber unverzüglich und mit der geeigneten Applikationsform erfolgen. Die Behandlungsdauer sollte bei ausreichend hoher Dosierung, am besten körpergewichtsorientiert, möglichst kurz gehalten werden.**

# KOMPETENTE BERATUNG ZUR VERORDNUNG VON ANTIBIOTIKA

Die KVB ist einerseits aufgrund der gesetzlichen Vorgaben zur Beratung hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität im Verordnungsverhalten der Vertragsärzte angehalten, andererseits sieht sie es aber auch als ihre ureigene Aufgabe an, ihre Mitglieder in Verordnungsfragen zu unterstützen und ihnen fundierte fachliche Informationen zur rationalen Arzneimitteltherapie oder Arzneimitteltherapiesicherheit zu geben.

**A**llein aufgrund ihrer häufigen Verordnung haben Antibiotika dabei eine große Relevanz: So wurde im Jahr 2010 fast einem Drittel aller GKV-Versicherten ein Antibiotikum verordnet (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Versorgungsatlas 2012). Auf Grundlage der monatlichen Verordnungsdaten können praxisindividuelle Sonderauswertungen über die Verordnungsmuster der jeweiligen Antibiotikagruppen gemacht werden. Drei Kolleginnen aus dem Team der Arz-

neimittel-Daten-Analyse bringen hierfür jahrelange Erfahrung in der Auswertung und Aufarbeitung solcher komplexer Daten mit. Hierbei lässt sich fachgruppenspezifisch genau analysieren, welche Praxen zum Beispiel starke Abweichungen zur Fachgruppe aufzeigen. So können praxisindividuell unter anderem Auffälligkeiten in bestimmten bevorzugt verordneten Antibiotikagruppen, Kosten pro Antibiotikapatient oder in der Anzahl der Antibiotikapatienten aufgezeigt und Aussagen zur Therapiedauer ge-

macht werden. Auch auf der Basis pseudonymisierter Patientendaten lässt sich feststellen, wie viele verschiedene Antibiotika oder wie viele DDDs (Defined Daily Doses) einem Patienten beispielsweise im Quartal verschrieben werden. Darüber hinaus können Unterschiede im Einsatz von Reserveantibiotika oder Besonderheiten bestimmter Fachgruppen herausgearbeitet werden. Anhand von Matrizes werden dann Praxen je nach Schwerpunkt priorisiert und kontaktiert, die in ihrem Verordnungsverhalten

Beispiele für Antibiotikaeinsatz, Quartal 2/2012

	HNO-Ärzte	Pneumologen	Urologen	Kinderärzte	Internisten Hausärztlich	Allgemeinärzte
Anzahl Praxen	459	129	286	713	1.447	5.609
Anteil Antibiotikapatienten an allen Verordnungsfällen je Fachgruppe in Prozent	42,5%	10,5%	32,8%	22,3%	20,5%	15,8%
Anteil der Praxen, die mehr als zehn Prozentpunkte vom durchschnittlichen Anteil an Antibiotikapatienten abweichen	57%	16%	33%	29%	21%	16%
Durchschnittliche Kosten je Antibiotikapatient in Euro	19,80€	36,09€	22,63€	22,64€	21,88€	21,41€
Anteil der Praxen, die mehr als zehn Prozent von den durchschnittlichen Kosten der Fachgruppe pro Antibiotikapatient abweichen	58%	85%	61%	68%	66%	61%

Tabelle 1

Quelle: KVB

erheblich von der jeweiligen Fachgruppe abweichen, um gegebenenfalls Praxisbesonderheiten herauszufinden oder auch alternative, indikationsgerechte Therapiemöglichkeiten zu besprechen. Eine Studie hat gezeigt, dass insbesondere die persönliche Einstellung des Arztes für eine Antibiotikumverordnung entscheidend ist.

Beispielhaft zeigt Tabelle 1 in einem ersten groben Überblick aus dem Quartal 2/2012 die durchschnittliche Anzahl von Antibiotikapatienten an allen Verordnungsfällen sowie die Kosten je Antibiotikapatient und jeweils die Anteile von Praxen, die um mehr als zehn Prozent von diesen Durchschnittswerten abweichen.

So lässt sich auf den ersten Blick erkennen, dass zum Beispiel die HNO-Ärzte bezogen auf die Anzahl an Antibiotikaverordnungen eine vergleichsweise inhomogene Gruppe darstellen (57 Prozent der Praxen weichen um mehr als zehn Prozent vom Mittelwert ab). Die Fachgruppe der Pneumologen weist dagegen eine besonders große Streuung in den durchschnittlichen Kosten je Antibiotikapatient auf. So liegen 85 Prozent der Praxen außerhalb des Bereichs um den Mittelwert „36,09 Euro plus/minus zehn Prozent“.

Zusammen mit den Apothekern aus der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der KVB, den Datenanalysten und den Beratungsapothekern in allen Bezirksstellen werden relevante Hintergrundinformationen erarbeitet, um den Vertragsärzten eine neutrale, umfassende und evidenzbasierte Information zu vermitteln. Neben den aufbereiteten Daten werden hierfür medizinisch fachliche Datenbanken regelmäßig gescreent und aktuelle Erkenntnisse aus dem Bereich neuer Arzneimittel,

aktueller Studienergebnisse, Risikomeldungen und andere Meldungen für diese Arbeit herangezogen. Aktuelle Informationen umfassen beispielsweise „Wirkstoff aktuell“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Einsatz von Antibiotika bei Infektionen der oberen Atemwege oder bei Harnwegsinfektionen. Wichtige Medien wie die Rote-Hand-Briefe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKDÄ) oder aktuelle

Ferner beantworten unsere Apotheker auch kurze Verordnungsfragen aus dem Praxisalltag, wie etwa zum Einsatz der Reserveantibiotika Linezolid oder Vancomycin, vor allem aber Fragen zum rationalen und auch wirtschaftlichen Einsatz, insbesondere im Zusammenhang mit Off-Label-Gebrauch, da in diesen Fällen relativ hohe Kosten für das Gesamtverordnungsvolumen einer Praxis entstehen können.



Meldungen werden zeitnah in unsere Internetrubrik „Verordnung Aktuell“ eingestellt, zu finden unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Verordnung Aktuell*.

Wesentliches zu den einzelnen Wirkstoffen, aber auch Wirkstoffklassen werden in einer internen Datenbank abgespeichert und stehen so schnell zur Verfügung. Ein aktuelles Beispiel stellt Ceftarolin dar, ein neues intravenöses Cephalosporin-Antibiotikum, das im September 2012 die Zulassung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) zur Behandlung von Erwachsenen mit komplizierten Haut- und Weichteilinfektionen oder Community Acquired Pneumonia (CAP) erhielt. Als einziges Cephalosporin in der Monotherapie besitzt es klinisch nachgewiesene Wirksamkeit in der MRSA-Behandlung.

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen stellt der praxisindividuelle Einsatz von Antibiotika, welche durch den ausgeübten Selektionsdruck die Entstehung von MRSA-Resistenz fördern, den Schwerpunkt einer der nächsten geplanten Auswertungen dar. Ein zweiter wichtiger Aspekt, den die KVB derzeit aktiv verfolgt, betrifft die Arzneimitteltherapiesicherheit. Hierbei können Interaktionen von Antibiotika eine wichtige Rolle spielen. So ist beispielsweise die Gabe von Erythromycin während einer Statintherapie absolut kontraindiziert. Diese Kombination findet sich aktuell in unseren Routinedaten häufig, sodass wir auch hierauf in persönlichen Beratungen hinweisen und in individuellen Anschriften unsere Mitglieder informieren.

**Jeder dritte GKV-Versicherte bekam im Jahr 2010 ein Antibiotikum verordnet.**

*Dr. Larissa Gampert (KVB)*

# „ANTIBIOTIKA NUR DANN EINSETZEN, WENN SIE WIRKLICH INDIZIERT SIND!“

Alljährlich findet am 18. November der Europäische Antibiotikatag – eine Initiative zur Förderung der öffentlichen Gesundheit – statt. Er soll das Bewusstsein für die Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch Antibiotikaresistenzen schärfen und über die umsichtige Anwendung von Antibiotika informieren. Doch wie lässt sich ein so ambitioniertes Ziel konkret in der Praxis umsetzen, ohne zusätzlichen Aufwand zu erzeugen? Eine Münchner Internistin berichtet von ihren Erfahrungen.

**D**ie Infektiologin Dr. Anja Meurer ist in Schwabing als hausärztlich tätige Internistin niedergelassen. KVB FORUM hat sie gefragt, wie sie in ihrer Praxis mit dem Einsatz von Antibiotika umgeht.

**Dr. Anja Meurer, Fachärztin für Innere Medizin, kennt bei der Verordnung von Antibiotika aus eigener Praxis die beiden Patientenextreme – von der totalen Ablehnung bis zur Forderung nach Verschreibung ohne Indikation.**



**Frau Dr. Meurer, welche Bedeutung hat für Sie der Europäische Antibiotikatag?**

Der Europäische Antibiotikatag soll den Zusammenhang zwischen Verordnung beziehungsweise Verbrauch von Antibiotika und der Resistenzentwicklung bewusst ma-

chen, sowohl bei den Patienten als auch bei den verordnenden Ärzten und Tierärzten. Es ist eine prinzipiell begrüßenswerte Initiative, die allerdings in der Öffentlichkeit noch zu wenig wahrgenommen wird. Bei den Beiträgen in den Medien ist es auch wichtig, dass Patienten sachlich informiert werden, ohne dass Panik geschürt wird oder übermäßige Angst vor multiresistenten Erregern entsteht.

**Welche Fragen und Probleme treten in diesem Zusammenhang im Alltag Ihrer Arztpraxis auf?**

Zum Glück habe ich in meiner Praxis noch wenig Patienten mit multiresistenten Erregern. Dennoch halte ich es für sinnvoll, bei bestehender Indikation eine bakteriologische Diagnostik zum Erregernachweis durchzuführen und damit immer wieder auch Antibiogramme anzufordern. Dies hilft, Resistenzentwicklungen nicht zu verpassen und dem Patienten ein wirksames Antibiotikum gezielt zu verordnen. Dabei ist eine enge Kommunikation mit dem Labor notwendig, damit die Antibiotika, die man einsetzt,

auch getestet werden. Zum Beispiel sollte bei einem Patienten mit wiederkehrenden Harnwegsinfekten unbedingt ein Erregernachweis und ein Antibiogramm durchgeführt und nicht einfach „blind“ von einem Antibiotikum zum nächsten gewechselt werden. Bei bakteriellen Infektionen, die während eines stationären Aufenthaltes nur anbehandelt wurden und die dann vom Hausarzt weitertherapiert werden sollen, muss unbedingt das Antibiogramm des ursächlichen Erregers mitgeliefert werden. Falls der bakteriologische Befundbericht aus der Klinik nicht vorliegt, sollte dieser angefordert werden.

**Welche Erfahrungen haben Sie mit Wünschen, Reaktionen und Sorgen Ihrer Patienten? Wie reagieren Sie darauf?**

Im Prinzip gibt es zwei Extreme, die zu Schwierigkeiten in der Behandlung führen. Die einen Patienten lehnen Antibiotika trotz Indikation aus Angst vor Nebenwirkungen ab, die anderen fordern Antibiotika, ohne dass eine Indikation dafür besteht, also zum Beispiel bei grippe-





**Aufklärung der Patienten zum richtigen Umgang mit Antibiotika gehört zum Alltag in der Arztpraxis.**

len Infekten. Hier hilft Konsequenz und Aufklärung mit Geduld. Wenn man einem Patienten anhand eines normalen CRP-Wertes zeigen kann, dass sein Infekt viral bedingt ist und damit Antibiotika nicht wirksam sind, versteht er das auch. Man kann auf die entsprechenden Studien zur Therapie bei akuter Sinusitis hinweisen und damit auch aufzeigen, dass wir in den letzten Jahren dazugelernt haben. Wir wissen heute, dass bei dieser Erkrankung im Normalfall eine Antibiotikatherapie nicht sinnvoll ist – früher wurden dagegen häufig Antibiotika gegeben. Bei Angst vor Nebenwirkungen steht die Aufklärung über mögliche Folgen einer nicht behandelten bakteriellen Infektion im Vordergrund.

#### **Wie halten Sie Ihren Wissensstand?**

Hier steht uns eine Fülle von Möglichkeiten offen: neben Kongressen und den Leitlinien der Fachgesellschaften auch Lehrbücher und insbesondere internetbasierte Fortbildungen und Portale wie zum Beispiel „UpToDate“ (siehe Kasten), das ich sehr gerne nutze. Wichtig ist natürlich, für jedes Antibiotikum, das ich einsetze, die richtige Dosie-

rung sowie die Neben- und Wechselwirkungen genau zu kennen. Hierfür nutze ich die Fachinformation. Pharmareferenten können uns Ärzte dagegen nicht fortbilden. Deren Unterlagen muss man sehr kritisch lesen. Besser ist es, von vorneherein unabhängige Quellen zu nutzen.

#### **Welche Empfehlungen können Sie Ihren niedergelassenen Kollegen zur Antibiotikaverordnung geben? Was kann die KVB in diesem Bereich beitragen?**

Das Wichtigste ist, Antibiotika nur dann einzusetzen, wenn es wirklich indiziert ist, und sich bei der Auswahl des Wirkstoffs an die Leitlinien der Fachgesellschaften zu halten. Damit können wir Ärzte beitragen, unnötigen Selektionsdruck und Zunahme der Resistenzen zu vermeiden. Chinolone zum Beispiel sollten als Reserveantibiotika vorgehalten werden – auch wegen ihrer Nebenwirkungen – und bei Infektion der oberen Atemwege nicht primär eingesetzt werden. Bei dieser Erkrankung kann man dem Patienten ein Rezept für Amoxicillin oder Azithromycin mitgeben, das erst eingelöst wird, wenn sich die Beschwerden verschlechtern oder

nach drei Tagen unter symptomatischer Therapie nicht gebessert haben.

Auch an die KVB habe ich einen Wunsch. Mich würden die Antibiotikaverordnungsdaten aus der ambulanten Versorgung in ganz Bayern und deren Veränderungen über die Jahre hinweg interessieren. Eine regelmäßige Rückmeldung dieser Daten durch die KVB an uns niedergelassene Ärzte halte ich für sinnvoll und würde ich sehr begrüßen.

#### **Frau Dr. Meurer, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Dr. Lutz Bader (KVB)*

Das im Interview erwähnte Portal „UpToDate“ finden Sie unter:  
[http://www.uptodate.com/home/clinicians/specialties/infectious\\_diseases.html](http://www.uptodate.com/home/clinicians/specialties/infectious_diseases.html)

# WIE BEI „HAU DEN LUKAS“

Nach dem Erfolg im Jahr 2011 luden die Vorstände der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns dieses Jahr zum zweiten Mal zum „Gesundheitspolitischen Oktoberfest“ ein. Rund 170 Gäste aus Politik, Krankenkassen, Medizin und Medien diskutierten Mitte September im Zahnärzterhaus über die aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitspolitik.

Nach der Begrüßung durch den Hausherrn und KZVB-Vorstandschef Dr. Janusz Rat kam Dr. Wolfgang Krombholz, Vorstandsvorsitzender der KVB, auf das echte Oktoberfest zu sprechen. So erinnerten ihn die laufenden Honorarverhandlungen in Berlin an die Wiesn-Attraktion „Hau den Lukas“ – wobei die Ärzteschaft die kleine Kugel sei, die von den Krankenkassen immer wieder bewusst in die Luft katapultiert werden würde. Insbesondere der GKV-Spitzenverband habe durch die gezielte Veröffentlichung fragwürdiger Studien über Wartezeiten, IGEL-Leistungen oder Arzteinkommen für gereizte Stimmung bei den Verhandlungspartnern gesorgt. Kritik an der Verhandlungsstrategie des GKV-Spitzenverbandes wurde auch seitens der Politik laut: „Das zunächst angebotene Minus für Ärzte halte ich für eine glatte Provokation“, so der CSU-Bundestagsabgeordnete und Sozialpolitiker Max Straubinger. Er forderte die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen dazu auf, wieder partnerschaftlich im Sinne einer guten Patientenversorgung zu agieren.

## Permanenter Kampf um angemessene Honorierung

Ein Novum beim diesjährigen „Gesundheitspolitischen Oktoberfest“: In kurzen Videoclips machten einige Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten deutlich,

welche Probleme sie im Praxisalltag haben. Der engagierte Notarzt Dr. Boris Bill brachte die aktuelle Vergütungsproblematik im Notarzdienst zur Sprache: „Wir Notärzte können doch nichts dafür, dass die Rettungsleitstellen uns zu einem Einsatz schicken, bei dem sich vor Ort herausstellt, dass er nicht ‚notarztindiziert‘ war.“ Schließlich fragt Bill direkt in die Kamera – und somit ins Publikum – ob es fair sei, dass solche Einsätze nicht vergütet werden sollen. Die Positionierung des KVB-Vorstands kam prompt: Natürlich sei dies nicht fair, deshalb fordere die KVB die Kassen auf, alle bei der KVB dokumentierten Einsätze zu bezahlen.

Der permanente Kampf um die angemessene Honorierung erbrachter Leistungen sei einer der wesentlichen Gründe für den drohenden Nachwuchsmangel auch im fachärztlichen Bereich, so Dr. Pedro Schmelz, erster stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVB: „Die jungen Kolleginnen und Kollegen sehen so in der Niederlassung keine echte Perspektive mehr.“ Auch die Videobotschaft der Hausärztin Dr. Christina Strobl aus Unterschleißheim verdeutlichte die Problematik. „Wie soll ich künftig Studenten für eine Niederlassung begeistern?“ fragt Strobl in die Runde. Bei der Politik stehe die Sicherung einer wohnortnahen ambulanten Gesundheitsversorgung insbesondere in ländlichen Regio-

nen ganz oben auf der Agenda, bezog der stellvertretende Vorsitzende der CDU-/CSU-Fraktion im Bundestag, Johannes Singhammer, Stellung.

## Offene Fragen zur Psychotherapie

Per Videoclip fragte die Psychotherapeutin Dr. Sabine Waadt die anwesenden Gäste: „Wie sollen angesichts des gestiegenen Bedarfs an Psychotherapieplätzen weitere Angebote finanziert werden?“ Für Dr. Ilka Enger, zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVB, führt der Weg nur über die Ausbudgetierung psychotherapeutischer Leistungen. „Das wäre ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung“, so Enger mit Blick in die Reihen der Vertreter der Krankenkassen.

An diesem Abend stießen die Vertreter der Ärzteschaft auf offene Ohren bei ihren Gesprächspartnern. „Das, was Sie derzeit mit Recht beschäftigt, ist der Wunsch nach Anerkennung Ihrer Leistung – auch in finanzieller Sicht“, brachte Singhammer die Stimmung auf den Punkt. Nur schade, dass wesentliche Entscheidungen dazu eben nicht bei einem „Gesundheitspolitischen Oktoberfest“, sondern in diversen Besprechungsräumen in Berlin getroffen werden.

*Raphaela Fritzsche (KVB)*

**Bilder zur Veranstaltung finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik Übers/Termine und Veranstaltungen.**

# STUDIE ZUM FAMILIÄREN UND ERBLICHEN DARMKREBSRISIKO

Auf Veranlassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des AOK Bundesverbandes wurde 2008 beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der Antrag gestellt, die Risikogruppen für familiären und erblichen Darmkrebs in die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie aufzunehmen. Der Antrag war von der Felix Burda Stiftung und dem Netzwerk gegen Darmkrebs e. V. initiiert worden.

**D**ie Notwendigkeit einer solchen Maßnahme wird durch die folgenden Zahlen verdeutlicht: Demnach erkranken in Deutschland sechs von 100 Menschen im Laufe ihres Lebens an Darmkrebs [1]. In bestimmten Familien ist dieses Risiko erhöht. Circa fünf Prozent aller Darmkrebsfälle sind erblich bedingt, für die Angehörigen besteht ein Risiko von 30 bis 40 Prozent, ebenfalls einen Darmkrebs zu entwickeln. Häufig sind in diesen Familien die sogenannten Amsterdam-Kriterien erfüllt (siehe Kasten). Etwa 20 Prozent der Darmkrebsfälle sind familiär bedingt. Enge Angehörige der Betroffenen haben ein doppelt so hohes Risiko an Darmkrebs zu erkranken, wie Personen aus unbelasteten Familien. 12 von 100 erstgradigen Verwandten eines Darmkrebspatienten können im Laufe ihres Lebens selbst einen Darmkrebs entwickeln. In diesen Familien sind häufig die Bethesda-Kriterien erfüllt (siehe Kasten).

Für Familien mit erblichem Darmkrebs, die die Amsterdam-Kriterien erfüllen, kann derzeit in der Hälfte der Fälle eine genetische Ursache nachgewiesen werden. Für die familiären Fälle, die die Bethesda-Kriterien erfüllen, sind die genetischen Ursachen noch unklar und derzeit Gegenstand der Forschung.

## Kriterien für das HNPCC-Syndrom

### Amsterdam-I-Kriterien

- Mindestens drei Familienangehörige mit histologisch gesichertem Kolon-/Rektumkarzinom
- Einer davon Verwandter ersten Grades der beiden anderen
- Erkrankungen in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Generationen
- Mindestens ein Patient mit der Diagnose des Kolon-/Rektumkarzinoms vor dem 50. Lebensjahr
- Ausschluss einer familiären Adenomatosis polyposis coli (FAP)

### Amsterdam-II-Kriterien

- Mindestens drei Familienangehörige mit HNPCC-assoziiertem Karzinom (Endometrium, Dünndarm, Magen, Urothel, Kolon, Rektum, hepatobiliär)
- Einer davon Verwandter ersten Grades der beiden anderen
- Erkrankungen in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Generationen
- Mindestens ein Patient mit der Diagnose eines Karzinoms vor dem 50. Lebensjahr

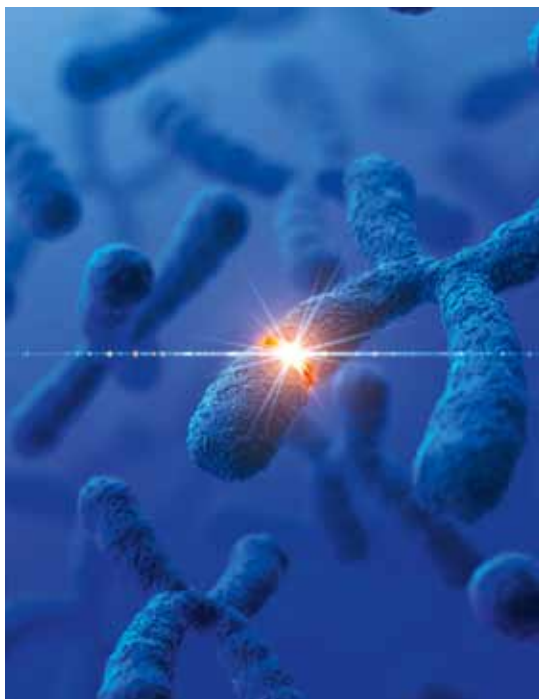
### Bethesda-Kriterien

- Kolorektales Karzinom vor dem 50. Lebensjahr
- Synchroner/metachroner Kolon-/Rektumkarzinome oder HNPCC-assoziierte Tumorerkrankungen (ableitende Harnwege, Dünndarm, Magen, Ovar, ZNS, Haut)
- Zwei oder mehr betroffene Familienmitglieder erstgradig verwandt mit Kolon-/Rektumkarzinomen und/oder HNPCC-assoziiierter Tumorerkrankung (einer jünger als 50 Jahre)
- Zwei oder mehr betroffene Familienmitglieder erstgradig oder zweitgradig verwandt mit Kolon-/Rektumkarzinomen und/oder HNPCC-assoziiierter Tumorerkrankung, altersunabhängig
- Kolon- beziehungsweise Rektumkarzinom mit hochgradiger Mikrosatelliteninstabilität vor dem 60. Lebensjahr

Neben genetischen Einflüssen spielt vermutlich auch der gemeinsame Lebensstil eine Rolle.

### **IBE leitet epidemiologische Studie in Bayern**

Nach wie vor steht eine Entscheidung des G-BA zu dem einleitend genannten Antrag aus. Um die aus verschiedenen Populationen durch epidemiologische Studien gewonnenen Daten auch für Deutschland zu belegen, sind die Felix Burda Stiftung und das Netzwerk gegen



**In vielen Familien ist das Risiko für Darmkrebs genetisch erhöht. Zirka fünf Prozent aller Darmkrebsfälle in Deutschland sind erblich bedingt**

Darmkrebs erneut aktiv geworden. Sie konnten das Bundesfamilienministerium davon überzeugen, eine epidemiologische Studie in Bayern zu unterstützen. Die Projektleitung wurde an das Institut für medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE) der LMU sowie an das Tumorregister München vergeben.

Die Leitung der Studie und der Datenschutz obliegen dem IBE (Professor Ulrich Mansmann und Pro-

fessor Jürgen Stausberg). Kooperationspartner sind das Tumorregister München (Professor Jutta Engel), die Psychoonkologie am CCC des Klinikums Großhadern (Dr. Pia Heußner), das Medizinisch Genetische Zentrum München (Professor Elke Holinski-Feder), das Netzwerk gegen Darmkrebs (Dr. Christa Maar und Dr. Berndt Birkner) sowie die Felix Burda Stiftung (Dr. Christa Maar). Die Durchführung der Studie wird von der KVB maßgeblich unterstützt.

An der Studie können Patienten mit Darmkrebs und deren Angehörige teilnehmen. Wichtig ist, möglichst den ganzen Familienverband miteinzuschließen. Nur so kann das familiäre Risiko bestimmt werden. Eine begleitende psychoonkologische Untersuchung soll bei Patienten unter 50 Jahren die psychischen, emotionalen und soziologischen Auswirkungen bei der Diagnose Darmkrebs in ihrer Familie untersuchen.

Das familiäre Darmkrebsrisiko wird mit den Amsterdam-Kriterien und Bethesda-Kriterien [2] erfasst (siehe Kasten). Noch gibt es bislang für Deutschland keine genauen Daten, wie viele Familien diese Kriterien erfüllen und welche Risiken sich daraus für sie ergeben. Ziel der Studie ist es, diese fehlenden Daten zu erheben. Dazu analysiert das Projektteam einen einfachen Fragebogen. Er soll helfen, Familien mit Darmkrebsrisiko frühzeitig und verlässlich zu erkennen (siehe Abbildung 1).

### **Familienstammbaum analysieren**

Die epidemiologische Überprüfung der Risikomerkmale für familiären und erblichen Darmkrebs erfolgt durch die Erfassung aller seit 1. Juli 2012 neu aufgetretenen Darmkrebsfälle bei Patienten unter 70

Jahren in der Region des Tumorzentrums München bis Ende 2013. Die Neuerkrankten werden gebeten, ihre Familienmitglieder über ihre Erkrankung zu informieren und davon zu überzeugen, den Familienstammbaum an die Studienzentrale zu senden. Dort werden die Daten zu den Familien mit einem Algorithmus bearbeitet, der personenidentifizierende Informationen in Zahlen verwandelt. Von den Familiendaten bleibt so ein chiffrierter Familienstammbaum zurück. Das gleiche Anonymisierungsverfahren erlaubt es, aus den im Translationszentrum für Regenerative Medizin (TRM) gespeicherten Krebsgeschichten die personenidentifizierenden Informationen zu löschen und mit Nummern zu versehen. Ein Record-Linkage-Verfahren zwischen beiden Datenbeständen versieht die anonymisierten Familiendaten mit anonymen Tumorerkrankungen und erlaubt die Bestimmung der Prävalenz einzelner Amsterdam- oder Bethesda-Kriterien. Abbildung 2 beschreibt den Ablauf der Studie für Patienten und deren Familienangehörige.

Mit den Studiendaten wird erstmals prospektiv die Häufigkeit des Risikomerkmals familiärer und erblicher Darmkrebs bei Krebserkrankungen erfasst. Auf Grundlage der prospektiv erhobenen Daten soll die Entscheidung zu einer Aufnahme der Risikogruppen in die gesetzliche Krebsfrüherkennung unterstützt werden. Die Ethikkommissionen und der Datenschutzbeauftragte des Klinikums Großhadern haben ein positives Votum abgegeben. Die Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer hat sich beiden Voten angeschlossen.

### **Unterstützung durch bayerische Ärzteschaft**

Um die Studienziele zu erreichen, müssen etwa 1.500 Patienten und

deren Familien datentechnisch erfasst werden. Dies ist die zu erwartende Zahl von Darmkrebsneuerkrankten unter 70 Jahren im Einzugsgebiet des Tumorregisters München während der Studienlaufzeit. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, wird um die Unterstützung aller Kollegen in Oberbayern, insbesondere der Fachrichtungen Allgemeinmedizin (Hausärzte), Innere Medizin, Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie, Urologie sowie Gynäkologie gebeten. Dieser Appell richtet sich selbstverständlich auch an Kollegen, die im Besitz der Koloskopie-Genehmigung sind. Auf diese Weise kann die Bayerische Ärzteschaft einmal mehr ihr intensives Engagement bei der Weiterentwicklung der Patientenversorgung beweisen.

Für die erfolgreiche Patientenrekrutierung im Rahmen der Studie erhalten teilnehmende Ärzte ein Honorar. Zusätzlich profitieren Praxen und Kliniken von der Patientenrekrutierung im Zusammenhang mit einer möglichen Zertifizierung als Darmkrebszentrum.

Alle Informationen und Unterlagen für eine Teilnahme an der Studie finden Sie unter [www.darmkrebsfamilienstudie.de](http://www.darmkrebsfamilienstudie.de) oder können diese telefonisch unter 08 00 / 1 01 01 02 anfordern. Für dringende Fragen steht Ihnen die Studienkoordinatorin Frau G. Wölke telefonisch unter 0 89 / 21 80 - 7 13 94 zur Verfügung.

*Projektgruppe der epidemiologischen Studie zum familiären und erblichen Darmkrebs*

Studienfragebogen			
■ Frage 1	Ja	Nein	
	In meiner Familie ist ein direkter Verwandter (Eltern, Geschwister oder Kinder) an Darmkrebs erkrankt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Frage 2	Ja	Nein	
	In meiner Familie ist ein direkter Verwandter (Eltern, Geschwister oder Kinder) vor dem Alter von 50 Jahren an Darmkrebs erkrankt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Frage 3	Ja	Nein	
	In meiner Familie wurde bei einem direkten Verwandten (Eltern, Geschwister oder Kinder) ein Darmpolyp (Adenom) vor dem Alter von 50 Jahren erkannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Frage 4	Ja	Nein	
	In meiner Familie sind drei oder mehr Verwandte an Darmkrebs, Magenkrebs, Gebärmutterkrebs, Eierstockkrebs, Nierenbecken- oder Harnleiterkrebs erkrankt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 1

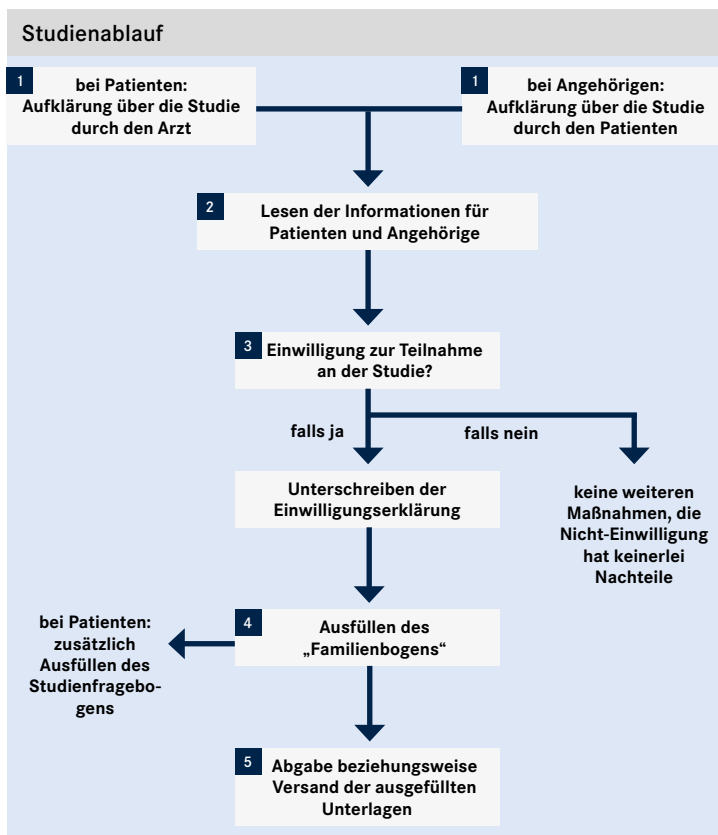


Abbildung 2

[1] RKI, Gesundheitsbericht  
 [2] Schneider, Fürst, Möslin. Z Gastroenterol 2012; 50:217-25

# NEUES QEP®-MANUAL ERHÄLTlich

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat 2006 gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, Medizinischen Fachangestellten und QM-Experten das modular aufgebaute Qualitätsmanagementkonzept QEP® (Qualität und Entwicklung in Praxen) entwickelt. Mit verschiedenen Bausteinen können die Anwender ein praxisspezifisches Qualitätsmanagement aufbauen. Der aktualisierte QEP®-Qualitätsziel-Katalog liegt bereits seit dem vergangenen Jahr vor, nun gibt es auch eine überarbeitete Version des QEP®-Manuals.

**D**ie neue Version enthält keine gravierenden Änderungen: Der Service für die anwendenden Praxen wurde verbessert, Kernziele und Nachweise klarer formuliert und Redundanzen gestrichen. Weiterhin bestehen die fünf Kapitel zu Patientenversorgung, Patientenrechten und -sicherheit, Mitarbeiter und Fortbildung, Führung und Organisation sowie Qualitätsentwicklung mit ihren Kernzielen und Nachweisen.

## Änderungen im QEP®-Qualitätsziel-Katalog

Gegenüber der vorherigen Version wurden einige Hilfsmittel integriert, um bestehende Anforderungen pri-

orisieren und umsetzen zu können. Qualitätsziele, die zur Erfüllung der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses dienen, sind mit einem „QM-RiLi“-Symbol gekennzeichnet und zeigen die geforderten Elemente und Instrumente im QM auf. Möchten Sie in der Praxis nur diese Mindestvorgaben zum QM aus der Richtlinie erfüllen, so bearbeiten Sie vorrangig diese markierten Qualitätsziele.

Neben dem beschriebenen Kernziel befindet sich ein Paragraphen-Symbol, wenn gesetzliche Vorgaben in das Qualitätsziel einbezogen werden. Hier werden über die QM-Richtlinie hinausgehende gesetzli-

che Verpflichtungen, Richtlinien und Empfehlungen, zum Beispiel im Bereich Hygiene, Arbeits- oder Datenschutz, berücksichtigt und hervorgehoben.

Optional können die bei einigen Qualitätszielen angehängten Qualitätsindikatoren in der Praxis verwendet werden, um die Qualität der Versorgung und auch die Weiterentwicklung des praxisinternen QM darzustellen. Die aufgeführten Qualitätsindikatoren beruhen auf dem AQUIK-Set (Ambulante Qualitätsindikatoren – [www.aquik.de](http://www.aquik.de)) der KBV. Für Praxen, die eine Zertifizierung oder Rezertifizierung anstreben, sind diese Indikatoren nicht verpflichtend.

**Das Qualitätsmanagementkonzept QEP® ist modular aufgebaut. So lässt sich für jeden Anwender ein praxisspezifisches Qualitätsmanagement entwickeln.**



Als weiteren Service gibt es eine Auflistung aller schriftlich geforderten internen Regelungen und weiterer schriftlich geforderter Dokumente – nicht alle Qualitätsziele bedürfen zur Erfüllung einer schriftlichen Unterlage. Nur für Qualitätsziele, bei denen ausdrücklich eine schriftliche interne Regelung oder ein anderes schriftliches Dokument gefordert wird, müssen in der Praxis entsprechende Unterlagen vorgehalten werden. Andere ge-

troffene Regelungen können mündlich vereinbart werden und zum Beispiel in einer Teambesprechung im Protokoll festgehalten werden.

Ein Schlagwortverzeichnis im Anhang rundet das neue Serviceangebot ab. Damit finden Sie die entsprechenden Qualitätsziele nun schneller.

Praxisgegebenheiten anpassen. So können die von Ihnen erstellten internen Regelungen Ihre praxisspezifische Struktur und das Leistungsspektrum widerspiegeln.

Weiterhin ist es Ihnen freigestellt, in welcher Breite und Tiefe Sie die einzelnen Qualitätsziele bearbeiten, in welchem Zeitumfang Sie

- Änderungen zwischen den Versionen 2005 und 2010
- Schriftlich geforderte Dokumente für das Praxishandbuch
- Neue Kernziele und nicht mehr gültige Kernziele

Sie finden die Listen für alle fünf QEP®-Kapitel unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Qualität/Qua-*



**Zu den einzelnen Bausteinen von QEP® gehören das QEP®-Einführungsseminar, der QEP®-Qualitätsziel-Katalog und das QEP®-Manual mit Musterdokumenten für die Umsetzung in der Praxis. Am Ende kann sich die Praxis auf Wunsch zertifizieren lassen. Eine gesetzliche Verpflichtung dazu gibt es allerdings nicht.**

### Änderungen im QEP®-Manual

Wie auch im QEP®-Qualitätsziel-Katalog wurden die Erläuterungstexte den veränderten oder neuen Gesetzen, Richtlinien und sonstigen Vorgaben angepasst und entsprechend aktualisiert. Die vorhandenen Verweise auf Informationen im Internet wurden aktualisiert und ergänzt.

Die Mustertexte sind Vorschläge und dienen als Anregung, wie Sie in Ihrer Praxis die internen Regelungen inhaltlich gestalten können. Hier sollten Sie den Inhalt kritisch überprüfen, unbedingt eigene Ergänzungen vornehmen und an Ihre

dies vornehmen und wie Sie die erstellten Dokumente vorhalten – elektronisch oder in Papierform.

### Unser Service für Sie

Um Ihnen den Umstieg auf die neue Version zu erleichtern, hat die KVB eine nützliche Tabelle für Sie erstellt, anhand derer Sie Ihr QEP®-Praxishandbuch beziehungsweise praxisinternes QM-Handbuch auf die Version 2010 aktualisieren können. Für jedes QEP®-Kapitel haben wir eigens eine übersichtliche Tabelle auf der Ebene der Nachweise/Indikatoren erstellt. Sie finden darin:

*litätsmanagement/QEP®/QEP® 2010.*

Zum Umstieg auf die Version 2010 bieten wir Ihnen ein spezielles Seminar „QEP® update - von QEP® 2005 auf QEP® 2010“ an. Die Termine, genaue Inhalte und das Anmeldeformular finden Sie in der aktuellen Seminarbroschüre oder unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Fortbildung.*

Weitere Fragen beantwortet Ihnen das Team Qualitätsmanagement unter Telefon 09 11 / 9 46 67 – 336, –221 oder –322.

*Wiebke Robl (KVB)*

# GRENZEN DER HONORARVERTEILUNG



Man muss die Dinge so einfach wie möglich machen. Aber nicht einfacher! Dieser Empfehlung von Albert Einstein bei der Darstellung des Honorarsystems der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nachzukommen, ist eine Herausforderung. Der folgende Beitrag soll zu zweierlei beitragen: zum besseren Verständnis der Materie an sich und der Situation, in der sich die Kassenärztlichen Vereinigungen befinden, wenn sie die Honorare verteilen.

## Ausgangslage

Zu den wesentlichen Aufgaben der KV gehört es, die von den Krankenkassen entrichtete Gesamtvergütung an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigte Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, zu verteilen. Honorar verteilen – das hört sich doch eigentlich gut an! Die Sache mit der Honorarverteilung hat allerdings einen Haken, um genau zu sein, mehrere:

1. Die KVen können das Geld nicht so verteilen, wie sie es aufgrund der regionalen Versorgungslage für erforderlich und gerecht hielten. Sie sind vielmehr an ein enges Regelungsgeflecht gebunden, mit zahllosen Vorgaben der Bundesebene und zu wenig regionalen Gestaltungsspielräumen.

2. Das zu verteilende Geld, das die Krankenkassen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten bereitstellen, reicht nicht aus, um bei fortwährendem medizinischen Fortschritt und stetig älter werdender Bevölkerung alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen adäquat zu vergüten.
3. Das Honorarsystem ist – insbesondere wegen der begrenzten Finanzmittel – außerordentlich kompliziert und damit selbst für „Insider“ schwer verständlich. Dies führt regelmäßig zur Verunsicherung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten und erregt mitunter Misstrauen, ob die Verteilung „gerecht“ abläuft.

Das heißt, die KVen haben im Verhältnis zu den abgerechneten Leistungen nicht nur einen zu kleinen „Kuchen“ zu verteilen, sondern

müssen dabei auch noch vielfältige Vorgaben beachten, die sie zwangsläufig bei der Honorarverteilung be- und damit einschränken.

## Überblick über das vertragsärztliche Honorarsystem

Wie das vertragsärztliche Honorarsystem nun konkret ausgestaltet ist, welche Vorgaben die Bundesebene macht und wann die KVen ins Spiel kommen, zeigt der nachfolgende kurze Überblick. Das System ist mehrschichtig aufgebaut:

- Vereinbarung des sogenannten **Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)** durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SpiBu). Der EBM bestimmt den Inhalt der in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wert-

### Die Honorarformel

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) (das heißt Punktzahl je Leistung)	X	Bundeseinheitlicher Orientierungswert in Euro (OW) (das heißt Ausgangswert für die Festsetzung eines regional festzulegenden Punktwertes) beziehungsweise Regionaler Punktwert (das heißt OW +/- ggf. vereinbarte Zu- oder Abschläge)	=	Regionale Gebührenordnung (in Bayern: Bayerische Eurogebührenordnung – BEGO)
----------------------------------------------------------------------------	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---------------------------------------------------------------------------------



mäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Im EBM wird also bundeseinheitlich festgelegt, welche Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und abgerechnet werden dürfen und wie viel jede einzelne Leistung in Relation zu den anderen (in Punkten) „wert“ ist.

- Festlegung des **bundeseinheitlichen Punktwertes als Orientierungswert** in Euro (= Preis je Punkt) im EBM durch den Bewertungsausschuss bis zum 31. August jeden Jahres.
- Vereinbarung des **regionalen Punktwertes** (= KV-spezifischer Preis je Punkt), der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist. Basis ist der bundeseinheitliche Orientierungswert auf den beziehungsweise von dem die KV und die Landesverbände der Krankenkassen jeweils bis 31. Oktober einen Zu- oder Abschlag vereinbaren können, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Darüber hinaus können für besonders förderungswürdige Leistungen bei Erfüllung bestimmter Kriterien Zuschläge auf den Orientierungswert vereinbart werden. Konkret: Für das Jahr 2009 betrug der bayerische Punktwert 3,5001 Cent, für die Jahre 2010 bis 2012 je 3,5048 Cent. Diese bayerischen Punktwerte entsprechen den vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene festgelegten Orientierungswerten für die entsprechenden Jahre.
- Erstellen einer **regionalen Euro-Gebührenordnung** (in Bayern „die Bayerische Euro-Gebührenordnung“, kurz: B€GO) für die vertragsärztlichen Leistungen auf Basis des regionalen Punktwertes und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs, das

heißt der im EBM festgelegten Punktzahlen je Leistung (= KV-spezifischer Preis je Punkt mal Punktzahl).

- Vereinbarung einer **Gesamtvergütung** auf Landesebene zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung der zwischen KBV und GKV-SpiBu vereinbarten Preis- und Mengenentwicklung.
- Zahlung der Gesamtvergütung von den Krankenkassen an die KV mit befreiender Wirkung, also – einfach ausgedrückt – ohne Nachschusspflicht.
- Honorarverteilung an die Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die KV nach zahlenreichen, im sogenannten **Honorarverteilungsmaßstab (HVM)** im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen festgelegten Regeln. In der Septemberausgabe des KVB-Informationsjournals „Impuls“ für Politik, Medien und Öffentlichkeit finden sie diesbezüglich nähere Ausführungen inklusive einer anschaulichen Übersicht unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Presse/Publikationen/Impuls*.

**Fazit:** Wie der Überblick zeigt, werden die für die Verteilung des Honorars maßgeblichen Weichenstellungen auf Bundesebene durch Festlegung des EBM und des bundeseinheitlichen Orientierungswertes getroffen. Insoweit geht auch der immer wieder an die Landes-KVen adressierte Vorwurf fehl, das vorhandene Geld müsse einfach von diesen besser verteilt werden. Der Verteilung der Honorare durch die KVen sind leider Grenzen gesetzt, die kaum Spielraum lassen.

*Dr. Pamela Schelling  
(Rechtsabteilung der KVB)*

## Die wichtigsten Begriffe im Überblick:

### Bewertungsausschuss (BA)

Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, bestehend aus je drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (GKV-SpiBu).

### Erweiterter Bewertungsausschuss (E-BA)

Der sogenannte Erweiterte Bewertungsausschuss besteht aus den Mitgliedern des Bewertungsausschusses (BA), erweitert um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder. Er entscheidet, wenn keine einstimmige Entscheidung des BA zustande kommt.

### Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

### Orientierungswert (OW)

Im EBM ist jährlich bis zum 31. August bundeseinheitlich ein Punktwert als Orientierungswert in Euro festzulegen. Dieser ist Grundlage für die Festsetzung der sogenannten regionalen Punktwerte, die auf Landesebene von den jeweiligen KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbart werden.

### Regionaler Punktwert (KV-spezifischer Punktwert)

Der regionale Punktwert, der zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden ist, wird auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Orientierungswertes (OW) vereinbart. Auf den OW kann ein Zu- oder Abschlag vereinbart werden, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen.

### Regionale Euro-Gebührenordnung (in Bayern: B€GO)

Aus dem EBM für ärztliche Leistungen und dem regional vereinbarten KV-spezifischen Punktwert ergibt sich die regionale Gebührenordnung mit Europreisen.

# „ICH WÜNSCHE MIR NORMALITÄT FÜR DIE JÜDISCHEN GEMEINDEN IN DEUTSCHLAND“

Der Würzburger Internist Dr. Josef Schuster engagiert sich seit Jahren ehrenamtlich in der jüdischen Gemeinde. Als Vorsitzender der Würzburger Gemeinde wurde er 2002 Präsident des bayerischen Landesverbandes der Israelitischen Kultusgemeinden. Seit 2010 ist der Mediziner auch Vizepräsident des Zentralrats der Juden in Deutschland.

**W**er das Wartezimmer von Dr. Josef Schuster betritt, sieht sofort, dass hier ein heimatverbundener Arzt praktiziert. Neben der Eingangstür hängt ein großer Stich mit einer mittelalterli-

hier geborenen wurde, ist Josef Schuster selbst.

## Von Haifa nach Würzburg

Er kam 1954 im mehrere tausend Kilometer entfernten Haifa auf die Welt. Als Sohn deutscher Holocaust-Überlebender, die in Palästina eine neue Heimat gefunden hatten. Eigentlich wollten die Eltern nicht nach Deutschland zurückzukehren. Doch als Schusters Großeltern väterlicherseits ihren Grundbesitz im fränkischen Brückenau, den sie in den 50er Jahren zurückbekommen hatten, wieder selbst verwalten wollten, ließ sein Vater die betagten Eltern nicht alleine gehen. Die Familie packte die Koffer und Josef Schuster kam als Zweijähriger doch noch in die Heimat seiner Vorfahren.

Seitdem hat er Würzburg nie für längere Zeit verlassen. „Kindergarten, Volksschule, Gymnasium, Abitur, Studium – alles in Würzburg. Auch meine Facharztausbildung habe ich drüben im Juliusspital absolviert.“ Der Internist deutet aus dem Fenster, das zur Juliuspromenade hinausgeht. „Danach bin ich nur über die Straße gegangen und fing hier in der Praxis an“, sagt er schmunzelnd. Eine Zeitung hat vor einigen Jahren einen Artikel über

ihn mit dem Titel „Der Nesthocker“ überschrieben. Das hat Schuster gefallen. „Denn es stimmt ja auch.“ Mit einem ironischen Lächeln ergänzt er: „Und meine Frau ist natürlich Krankenschwester“. Kennengelernt haben sich die beiden allerdings nicht im Krankenhaus, sondern bei einer Freizeit des jüdischen Jugendverbandes, in dem der angehende Arzt als Jugendlicher aktiv war.

Schuster engagierte sich schon früh in der jüdischen Jugend, geprägt vom Vorbild seines Vaters, der jahrzehntelang Vorsitzender der Würzburger jüdischen Gemeinde war. Eine Nachfolge seines Vaters sei ihm aber damals nicht in den Sinn gekommen. „Das ist ja schließlich keine Erbfolge“, betont er. Als aber der neue Vorsitzende zwei Jahre nach seinem Amtsantritt nach Krefeld umzog, sah sich Schuster doch in der Verantwortung und trat 1998 in die Fußstapfen seines Vaters. Und bei dem einen Amt blieb es nicht. 2002 wurde Schuster zum Präsidenten des bayerischen Landesverbandes der Israelitischen Kultusgemeinden gewählt. Seit 2010 ist er auch noch Vizepräsident des Zentralrats der Juden in Deutschland.



**Starke Tradition:** Dr. Josef Schuster kann auf eine vierhundertjährige Familiengeschichte in Würzburg zurückblicken.

chen Ansicht der Stadt Würzburg, die anderen Wände schmücken Abbildungen traditioneller Trachten aus der Region. Und tatsächlich: Die Familie des Arztes ist seit über 400 Jahren im fränkisch-hessischen Grenzgebiet ansässig. So weit reichen die Stammbaum-Aufzeichnungen zurück. Der einzige in der langen Ahnenreihe, der nicht

**Engagement auch neben Praxis und Gemeinde**

Seine Praxis hat der Internist trotz zahlreicher Sitzungen, Gesprächen in Ministerien und repräsentativer Termine aber immer weitergeführt. „Ich habe einen gastroenterologischen Schwerpunkt und führe die Praxis als Bestellpraxis. Dadurch kann ich sehr gut planen“, erklärt er. So schafft Schuster es auch noch, beim Roten Kreuz im Rettungsdienst und bei der Wasserwacht aktiv zu sein und alle 14 Tage nachts Notarzdienst zu fahren. Zudem ist er Mitglied der Bioethikkommission der Staatsregierung sowie der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer. Die Grenze sei damit aber erreicht. „Mehr ist mit einer Praxis nicht machbar.“

**Versöhnung stand im Vordergrund**

Schuster beschreibt sich als einen jüdischen Traditionalisten. Er lebt in einem koscheren Haushalt und beachtet alle jüdischen Feiertage. „So habe ich es im Elternhaus mitbekommen.“ Trotzdem habe er nie einen Konflikt gespürt, in dem Land zu leben, in dem zahlreiche seiner Verwandten aufgrund ihres Judentums verfolgt und ermordet wurden. „Als ich 1980 als Assistenzarzt im Krankenhaus anfang, war der Krieg 35 Jahre vorbei. Als Internist hatte ich es vor allem mit älteren Patienten zu tun. Wenn ich mich bei jedem gefragt hätte, was der vor 40 Jahren getan hat, hätte ich diese Arbeit nicht machen können“, blickt Schuster zurück. In seiner Familie sei der Holocaust zwar nie verdrängt worden, er sei aber auch nicht ständiges Tischgespräch gewesen. „Mein Vater hat sich immer für Versöhnung starkgemacht. Am schwierigsten war es für meine Mutter. Ihre Eltern sind beide in Auschwitz umgekommen.“

Schuster hat erlebt, wie sich in den vergangenen Jahrzehnten das nach dem Krieg sehr verkrampfte Verhältnis der nicht-jüdischen Deutschen zum Judentum immer mehr normalisierte. Durch die Zuwanderung von osteuropäischen Juden sind die jüdischen Gemeinden in Deutschland seit Mitte der 90er Jahre zudem deutlich angewachsen, sodass jüdisches Leben in den Städten wieder sichtbar geworden ist. Schuster meint allerdings, in jüngerer Zeit ein zunehmendes anti-jüdisches Ressentiment zu spüren, das unter der Oberfläche gärt. Das sehe man beispielsweise in der Beschneidungsdebatte. „Ich

meine. ‚Israelitisch‘ heißt aber einfach nur ‚jüdisch‘ und hat mit dem Staat Israel erst einmal gar nichts zu tun“. Er sei Deutscher, genauer gesagt Franke, fügt aber gleich hinzu: „Natürlich habe ich eine Affinität zu Israel. Wenn der Staat Israel in den 30er Jahren schon existiert hätte, wäre es nicht zu dem gekommen, zu dem es gekommen ist. Das ist wie eine Lebensversicherung.“ Angesichts der aktuellen Debatten wünscht sich Schuster für die Zukunft noch mehr Normalität für die jüdischen Gemeinden in Deutschland. Die sei dann erreicht, „wenn es irgendwann hoffentlich nicht mehr nötig ist, dass

**Mit seinem Engagement in der Israelitischen Kultusgemeinde tritt Dr. Josef Schuster auch für eine Normalisierung im Verhältnis zu Nicht-Juden ein.**



meine damit nicht die sachlichen Argumente gegen die Beschneidung. Selbstverständlich ist nicht jeder, der gegen Beschneidung ist, ein Antisemit“, erklärt der Arzt. „Aber viele Leserbriefe und Beiträge in Internetforen haben einen Unterton, der schon bedenklich ist.“

**Wunsch nach Normalität**

Auch sei es ein Problem für ihn, wenn Juden in Deutschland für israelische Politik verantwortlich gemacht werden. „Die israelitischen Kultusgemeinden werden ja häufig gleichgesetzt mit israelischen Konsulaten“, sagt Schuster. „Das hängt vermutlich auch mit dem veralteten Ausdruck ‚israelitisch‘ zusam-

Polizeistreifen vor den Synagogen Gottesdienste bewachen.“

Möglicherweise werden Schusters Nachfahren diese Normalität erleben. Für die Fortführung der jahrhundertelangen Familientradition in Würzburg scheint jedenfalls gesorgt. Während die Tochter des Internisten – selbst eine Ärztin – zwar plant, in die Schweiz auszuwandern, wird Schusters Sohn wohl erst einmal in Würzburg bleiben. Der Betriebswirt wurde 2008 in den Stadtrat gewählt – als erstes jüdisches Mitglied seit der Weimarer Republik.

*Dr. Caroline Mayer  
(freie Journalistin)*



## „HANDELN STATT BEHANDELN!“

Petra Raab hat eine ganz eigene Philosophie, wie Patienten mit ihrer Krankheit umgehen sollten. Als langjährige Schmerzpatientin erwartet sie Hilfe nicht von anderen, sondern in erster Linie von sich selbst. „Nicht nach anderen fragen, sondern selbst etwas in die Wege leiten, damit es einem besser geht“, lautet ihr Grundsatz. 2009 hat sie deshalb in Ermangelung einer Schmerzselbsthilfegruppe den „Schmerzpunkt Traunstein“ gegründet.

**Petra Raab gründete eine eigene Selbsthilfegruppe, um sich und anderen Betroffenen das Leben mit dem Dauerschmerz zu erleichtern. Kontakt: [www.schmerzpunkt-traunstein.de](http://www.schmerzpunkt-traunstein.de)**

Vorher, so erzählt die 42-jährige Mutter von drei Kindern, hätte sie sich noch nie mit dem Thema „ehrenamtliches Engagement“ auseinandergesetzt. Aber als es ihr richtig schlecht gegangen sei und sie weder an ihrem Wohnort Traunstein, noch in Rosenheim oder München eine Selbsthilfegruppe für chronische Schmerzen gefunden habe, hätte sie die Zügel einfach selbst in die Hand genommen.

Zum Gründungszeitpunkt des „Schmerzpunkt Traunstein“ hat Petra Raab bereits eine längere Leidensgeschichte hinter sich, die mit der Geburt ihres dritten Kindes beginnt. „Dabei hat sich mein Becken gelockert und das Steißbein abgesenkt. So wurde die gesamte Wirbelsäule instabil, was zum ersten von mehreren Bandscheibenvorfällen geführt hat.“ Dass sie zweieinhalb Jahre mit einem Bandscheibenvorfall herumläuft, davon ahnt



die junge Mutter nichts. Keiner ihrer Ärzte stellt die richtige Diagnose. Ihre teils unerträglichen Rückenschmerzen werden damit begründet, dass sie ihren kleinen Sohn zu oft und zu lange im Tragetuch herumgetragen habe. Erst, als sie eines Morgens nicht mehr aufstehen kann, weil ihr Fuß gelähmt ist, wird der Prolaps im Kernspin entdeckt. Weil Petra Raab zudem unter einem sogenannten Reiterhosensyndrom leidet, muss sie sofort operiert werden. Das ist im April 2004. Es fol-

gen zwei weitere Operationen im September und Dezember desselben Jahres – unter anderem, weil nach der ersten OP noch während der Reha ein weiterer Bandscheibenvorfall auftritt. Bei einer dritten OP im Dezember wird zu allem Unglück ein Nerv beschädigt. Seitdem leidet die Traunsteinerin 24 Stunden täglich unter Schmerzen. In ihren Beruf als Bürokauffrau kann sie nicht zurückkehren, ist teilweise nicht einmal mehr in der Lage, ihren Haushalt zu versorgen. Gegen ihre Schmerzen nimmt sie Morphium, doch ganz kann ihr auch das Medikament den Dauerschmerz nicht nehmen. Schon bald soll die 42-Jährige deshalb stationär vom Morphium entwöhnt und mit einem neuen Schmerzmittel versorgt werden.

Um trotz allem ein erfülltes Leben führen zu können, entschließt sich Petra Raab zu handeln. „Als Patientin bin ich ja grundsätzlich selbst dafür verantwortlich, mir aktiv et-



was zu suchen, was mir weiterhilft.“ Im Rahmen einer mehrwöchigen multimodalen Schmerztherapiebehandlung in der Schmerztagesklinik Traunstein lernt sie unter anderem Yoga, Qi-Gong, Biofeedback und Hypnose kennen – alles Methoden, die das Körperbewusstsein stärken und die Anspannung herunterfahren. Das hilft ihr, den Schmerz anzunehmen und mental besser zu verarbeiten. „Völlig schmerzfrei wird man aber auch dadurch nicht, zumindest nicht, wenn eine diagnostizierte Krankheit dahintersteckt. Aber man lernt, sich bei aufkommenden Schmerzen nicht zu verkrampfen und so das Ganze nicht zu potenzieren.“

Hier, in der Traunsteiner Tagesklinik, findet Petra Raab auch Unterstützung, als sie sich entschließt, unter dem Dachverband der Deutschen Schmerzliga eine eigene Selbsthilfegruppe zu gründen. Zuvor hatte sie sich von der Deutschen Schmerzliga ordnerweise Unterlagen mit den nötigen Leitfäden und Gesetzesauflagen besorgt. Dr. Dieter Göhmann, Oberärztlicher Leiter der Schmerztagesklinik, bietet ihr für die Gründung seine Hilfe an. Zunächst muss sie sich jedoch einen Stellvertreter suchen, falls sie die Gruppe krankheitsbedingt mal nicht leiten kann. Nach einem Jahr ist der passende Co-Teamleiter gefunden. Die Gründung des „Schmerzpunkt Traunstein“ wird über die Klinik in die Wege geleitet,

die der Gruppe auch die Tagungsräume kostenlos zur Verfügung stellt.

Seit drei Jahren treffen sich Petra Raab und ihre mittlerweile 17 Mitglieder aus allen Schmerzbereichen nun jeden dritten Freitag, um sich gegenseitig zu unterstützen und auszutauschen. Ein Patensystem stellt sicher, dass jeder Betroffene im Ernst- oder Bedarfsfall einen individuellen Ansprechpartner hat. Das entlastet Teamleiterin Petra Raab, für die sich seit der Gründung ihrer Gruppe selbst viel geändert hat. „Die Arbeit in und für die Selbsthilfe hat sich positiv auf meine Erkrankung ausgewirkt, sie macht mir viel Freude und lenkt mich von meinen Schmerzen ab.“ Als ehemalige Einzelkämpferin habe sie erkannt, dass man in der Gruppe mehr zuwege bringen könne, weil man psychisch stabiler sei.

Wenn die 42-Jährige jetzt noch erreichen könnte, dass sich mehr Hausärzte und Psychotherapeuten im Landkreis Traunstein auf Patienten mit chronischen Schmerzen spezialisieren, wäre sie rundum zufrieden. „Ich selbst habe Jahre gebraucht, bis ich einen Hausarzt gefunden habe, bei dem ich mich gut aufgehoben fühle. Aber ich kann ja nicht alle Schmerzpatienten zu meinem Hausarzt oder gar nach München schicken!“

Marion Munke (KVB)

## Ärzte und Selbsthilfe im Dialog:

„Gut leben mit chronischen Schmerzen?!“



Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung von KVB und BLÄK am **Mittwoch, den 21. November 2012**, von 15.30 bis 19.30 Uhr im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 81677 München.

### Auszüge aus dem Programm:

- „Wirksame Schmerztherapie in der ambulanten Versorgung: Was „braucht“ der Patient – was „kann“ der Arzt?  
*Vortrag Dr. Wolfgang Lupp, niedergelassener Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, spezielle Schmerztherapie*
- „Multimodale Schmerztherapie in der Klinik – für wen, wie und warum?“  
*Vortrag PD Dr. Dominik Irnich, Leiter der Interdisziplinären Schmerzambulanz, Oberarzt der Klinik für Anaesthesiologie, Klinikum der Universität München Innenstadt*
- Erfahrungsbericht einer Betroffenen  
*Selbsthilfegruppe „Schmerzpunkt Traunstein“*

Weitere Informationen unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de)

# SMARTPHONES ENTDECKEN eHEALTH

Die Massenverbreitung von Smartphones führt zu einem unübersehbaren Angebot sogenannter „Apps“ auch für den Gesundheitsmarkt. Wirklicher Nutzen und echte Qualität sind dabei vielfach zu Randerscheinungen verkommen. Doch es gibt auch Lichtblicke. Genaues Hinsehen ist unverzichtbar.

Der Einzug mobiler Endgeräte, wie Tablet-PC's und Smartphones, schiebt einen ganz neuen Massenmarkt an. „Da gibt's 'ne App für“ ist ein inzwischen geflügeltes Wort. Für die drei größten Betriebssysteme (Google/Android, Apple iOS und Windows Mobile) werden gegenwärtig mehr als eine Million dieser kleinen Nutzwendungen angeboten, mit ungebrochen steigender Tendenz. Globale Umsätze im mobilen eHealth-Markt überschreiten regelmäßig Wachstumsraten von 50 Prozent im Jahr. Auch Entwickler haben den lukrativen Markt der Gesundheitsversorgung für sich entdeckt.

Die wesentlichen Charakteristika dieser kleinen Anwendungen sind schnell aufgezählt: der Bezug über Internetplattformen (sogenannte App-Stores), Installation auf dem Smartphone mit gezielter Erweiterung der Gerätefunktionen und einer Abgrenzung zur Systemsoftware. Darüber hinaus können Apps auch eine Anbindung an das Internet beinhalten oder die Nutzung mobiler Dienste ermöglichen. Stilprägend ist, dass nahezu jedes dieser Programme auf eine einzige Anwendung ausgerichtet ist. Eine breite Multifunktionalität, wie zum Beispiel bei PC-Programmsuiten, ist eher die Ausnahme.

Dabei ist es sinnvoll, zwischen verschiedenen Anwendungsausrich-

tungen zu unterscheiden. eHealth-Apps können speziell auf Heilberufsangehörige, auf die Interaktion zwischen Ärzten und Patienten oder schließlich auf allgemeine Gesundheitsinformationen oder -dienstleitungen für Patienten oder Bürger ausgerichtet sein. Dabei gibt es Schattenseiten, aber auch Lichtblicke.

Einerseits ist es nicht leicht, unzuverlässige, interessensgeleitete oder gar manipulative Inhalte zu erkennen. Dies hat zwei wesentliche Ursachen: Der erste Grund liegt darin, dass es seitens der App-Store-Betreiber nahezu keine, oder bestenfalls eine rein funktionelle Prüfung der neu angebotenen Anwendungen gibt. Wenn geprüft wird, dann meist nur, ob die App auf dem Smartphone auch wirklich läuft. Der zweite Grund liegt in den niedrigen bis fehlenden Einstiegshürden für die Entwickler. Jeder Programmierer, der sich gutes Geld verdienen will, kann eine App schreiben und im Store anbieten. Inhaltliche und medizinische Kompetenz werden nicht geprüft. Lichtblicke sind dem gegenüber die bestechende Vielfalt, Transparenz, Qualität und Aktualität der wirklich guten Apps. Es gibt beispielsweise für Ärzte Rote Listen, Laborwerke oder ICD-Verzeichnisse, für Gesundheitsinteressierte gibt es Vorsorgemanager, Apothekenfinder oder Klinikviewer und für Patienten gibt es Brotein-

heiten-Rechner, Medikationsplaner oder Asthma-Checker, um nur einige zu nennen.

Zum Schluss ist noch etwas anderes wichtig. eHealth-Apps können (müssen aber nicht) persönliche Gesundheitsdaten der Nutzer speichern. Wenn sie dies tun, stellt sich die Frage, wo die gespeicherten Daten liegen und wer auf sie Zugriff hat. Hier gibt es keine echte Transparenz. Diese verschwimmt besonders angesichts der Internationalität der Apps. Die Ideen der Entwickler sind dabei noch lange nicht ausgeschöpft, während die deutsche Rechtsordnung vielfach ins Leere läuft.

Sicher ist, dass der Markt für medizinische Apps weiter rasant wächst. Apps werden für Benutzer geschrieben, von diesen gekauft, geladen und eingesetzt. Jeder Heilberufsangehörige wird also künftig mit den daraus gewonnenen Ergebnissen, Meinungen oder Fragen konfrontiert werden. Für ihn wird es dann wichtig sein, die Spreu vom Weizen trennen zu können. Hier können Bewertungsplattformen oder „App-Checks“, wie sie zum Beispiel von eGesundheit.nrw oder von der Bayerischen Telemed-Allianz entwickelt werden, zur Transparenz beitragen.

*Dr. Christoph Goetz,  
Leiter Gesundheitstelematik (KVB)*

# HIER IST PLATZ FÜR IHRE MEINUNG

Auf dieser Seite kommen unsere Leser zu Wort. Wir freuen uns über Ihre Anregungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge.



## Praxis und Familie

### KVB FORUM 09/12, Titelthema



Ich führe seit 15 Jahren eine kleine hausärztliche Praxis, da ich mit drei Kindern eine Praxis im Facharzt-durchschnitt nicht stemmen würde. Dies ist mir aber nur über naturheilkundliche IGeL-Leistungen und die IV-Verträge Homöopathie möglich. Ohne diese zwei Zusatzstandbeine wäre mir ein hausärztliches Arbeiten nicht möglich, da unrentabel! In unserer Kleinstadt gab es bis vor Kurzem keine Kinderkrippen. Es gibt nur einen Kindergarten, der bis 17.00 Uhr geöffnet hat. Mein Mann fällt bei der Versorgung komplett aus, da er vier bis fünf Monate des Jahres unterwegs ist. Ich kann also die Praxis nicht wie vor den Kindern in Vollzeit führen. Eine ständige Vertretung zum Ausgleich meiner Fehlzeiten war und ist meines Wissens immer noch nicht erlaubt. Ein Jahr Vertretung bringt nichts, denn dann sind die Kinder immer noch klein.

Die Umsatzeinbußen durch Schwangerschaft und Kinderzeit müssen ausgeglichen werden, da kann sich auch nicht jeder – gerade wenn es sich um kleine Praxen handelt, die

nicht viel Spielraum haben – eine teure Kinderbetreuung leisten. Auch mit den Diensten gab es Probleme. Meine zwei kleineren Kinder hatten die Angewohnheit, jede Nacht ins Elternbett zu wandern, nichts Ungewöhnliches für Kinder. Meine hiesigen Kollegen hatten dafür kein Verständnis, mein Antrag auf Verlängerung der Elternzeit aus den besagten Gründen wurde abgelehnt. Ich musste mir dann teure Vertretungen kaufen.

Thema Jobsharing: Ich würde mir gerne den Verwaltungskram teilen und mal mehr Urlaub machen als nur maximal zwei Wochen im Jahr. Ich darf aber nicht bis zum Facharzt-durchschnitt anwachsen, was dann für zwei Ärztinnen wieder unrentabel wäre. Also bin ich zum Alleinkämpfer verdammt.

All das sind unerfreuliche, unverständliche Hürden für Frauen in diesem eigentlich schönen Beruf. Wenn sich mehr Ärztinnen niederlassen und den bestehenden Mangel auffangen sollen, dann wird sich an diesen rigiden Gesetzen noch viel ändern müssen.

**Andrea Eder**  
Bad Tölz

## Patientenrechtegesetz

### KVB FORUM 10/12, Titelthema



1. Wenn es so kommt, wie beschrieben, können zumindest wir Hausärzte unsere Praxen zumachen. Mit der geforderten Dokumentation werden wir die doppelte Zeit für die gleiche Betreuungsleistung brauchen. Jeder sollte das eigentlich nachvollziehen können. Dazu muss man nicht mal Arzt sein.
2. Dass in diesem Zusammenhang in Ihrer Publikation Leute wie Frau Mauersberg und Herr Friemelt überhaupt zu Wort kommen dürfen, ist skandalös. Beide sind weder Ärzte noch Juristen. Das sind die Leute, die uns einen solchen obskuren Wahnsinn einbrocken und wahrscheinlich tatsächlich glauben, sie täten den Patienten damit einen Gefallen. Ein Forum müssen wir diesen Menschen nicht auch noch bieten für ihren bürokratischen Unfug!
3. Die Auslassungen von Herrn Straubinger zeigen, dass zumindest er kein Freund sein wird. Gut zu wissen.

**Dr. Thomas Rausch**  
München

## FALK: BLICK NACH BRÜSSEL

Anja Weißgerber, CSU-Europa-abgeordnete, diskutierte Anfang September in Brüssel mit den Vorständen der FALK-KVen unter anderem über die geplante Berufsanerkenntnisrichtlinie der EU.



Nachdem der Aktionsradius der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK) bislang vor allem auf die gesundheitspolitischen Entscheider in Berlin zentriert war, erweiterte man diesen nun auf Europa. So führten die Vorstände der vier FALK-KVen Anfang September zwei Tage lang in Brüssel intensive Gespräche mit EU-Parlamentariern. Im Fokus stand dabei insbesondere die geplante Berufsanerkenntnisrichtlinie. Die EU will damit den Zugang ausländischer Ärzte für die Patientenversorgung in Deutschland erheblich erleichtern. Verschiedene Gesichtspunkte dieser Thematik kamen beim FALK-Besuch in Brüssel zur Sprache. So plädierte die CSU-Europaabgeordnete Anja Weißgerber dafür, dass die Schulausbildung künftiger Krankenschwestern nicht wie von der EU vorgesehen mindestens zwölf Jahre – und damit faktisch Abitur – betragen müsse. Ansonsten werde es noch schwieriger, Unterstützung in der medizinischen Versorgung der Menschen zu finden. Liege die Hürde zu hoch, verliere man viele potenziell sehr gut für die Patientenversorgung geeignete Fachkräfte. Kerstin Westphal von der SPD sieht vor allem einen „partiel-

len Zugang von Heilberuflern“ kritisch. Dieser würde es beispielsweise einem spanischen Physiotherapeuten erlauben, als „Arzt“ in Deutschland zu praktizieren. Daran ändere auch nichts, dass er lediglich das eingeschränkte Angebot einer physiotherapeutischen Behandlung vorhalten könnte.

Die Vorstände der FALK-KVen machten ihrerseits deutlich, dass es gerade der Facharztstandard sowie die nachgewiesene Qualität der niedergelassenen Haus- und Fachärzte sind, die bislang in Deutschland die flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau garantieren.

*Martin Degenhardt (KVB)*

## „FORUM MEDIZIN IN BAYERN“

Eigentlich hatte Dr. Marcel Huber, Bayerischer Gesundheitsminister, am 10. Oktober in den Großen Saal der Bayerischen Landesärztekammer geladen, um mit seinen Gästen über den Erhalt der hochwertigen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zu diskutieren. Doch angesichts des am Abend zuvor ausgehandelten Honorarkompromisses zwischen dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Erweiterten

Bewertungsausschuss kam er nicht umhin, auch auf den seit Monaten anhaltenden Honorarkampf der Selbstverwaltung einzugehen. Die beschlossenen Punkte, so Huber, seien eine belastbare Basis und ein Schritt in die richtige Richtung. „Jetzt dürfen wir diese Entwicklung durch Protestaktionen oder mediale Angriffe nicht gefährden.“ Es sei wichtig, das Verhältnis zwischen Selbstverwaltung und Krankenkassen schnellstmöglich wieder zu verbessern. Der Minister betonte, dass die Selbstverwaltung ein hohes Gut sei, das ein partnerschaftliches Zusammenwirken aller Akteure im Gesundheitswesen benötige.

In der anschließenden Diskussion, an der neben KVB-Vorstandsvorsitzendem, Dr. Wolfgang Krombholz, auch Sigrid König, Vorsitzende des BKK Landesverbandes Bayern, und Siegfried Hasenbein, Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e. V., teilnahmen, ging es dann unter anderem um erste Erfahrungen mit der Umsetzung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, das seit Januar 2012 sowohl dem Bund als auch dem Freistaat und den Kommunen, aber eben auch Praxen, Krankenhäusern, Krankenkassen und Universitäten neue Chancen bietet. Huber betonte, man sei mit dem Gesetz flexibler geworden und könne nun bei der Bedarfsplanung besser auf die regionalen





Gegebenheiten eingehen. Die veränderten Ansprüche junger Ärzte an den Beruf des Landarztes müssen natürlich ebenfalls berücksichtigt werden. Hierfür habe das Bayerische Staatsministerium ein spezielles Förderprogramm aufgelegt, um dem Ärztenachwuchs bessere Rahmenbedingungen zu bieten (wir berichteten in KVB FORUM, Ausgaben 9 und 10/2012).

Dr. Wolfgang Krombholz begrüßte das Programm, unterstrich aber auch, dass bei allen harten und weichen Faktoren für eine Praxis am Ende der Ertrag stimmen müsse. „Praxen sind ökonomische Betriebe, die den marktüblichen Steigerungen unterworfen sind. Wenn man das nicht berücksichtigt, werden junge Ärzte das Risiko nicht mehr übernehmen.“ Man müsse ein Arbeitsumfeld schaffen, das einlade, diesen schönen Beruf wieder verstärkt auszuüben. „Regresskeule, Probleme bei der Ausübung des Bereitschaftsdienstes – all das, was mit der Aufgabe junger Mütter und Väter schwer zu vereinbaren ist, muss deshalb überdacht werden“, so Krombholz.

Am Schluss der Diskussionsrunde erntete Siegfried Hasenbein mit seiner Darstellung der schwierigen Bedingungen, unter denen die Selbstverwaltung in Deutschland agieren müsse, großen Applaus. „Die Selbstverwaltung funktioniert nur unter den Rahmenbedingungen, die man ihr vorgibt. Wenn ich als Politik allen alles verspreche, also dass alle Leistungen immer machbar sind, dass Versicherte ihre Leistungen bekommen, aber ihre Beiträge stabil bleiben, und wenn ich verspreche, dass ich eine flächendeckende Versorgung ermögliche, dann gibt man der Selbstverwaltung Vorgaben, an denen sie scheitern muss.“

*Redaktion*

## Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS). Es erscheint zehnmal im Jahr.

### Herausgeber (V. i. S. d. P.):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:  
Dr. Wolfgang Krombholz, Dr. Pedro Schmelz, Dr. Ilka Enger

### Redaktion:

Martin Eulitz (Ltd. Redakteur)  
Text: Markus Kreikle, Marion Munke  
Grafik: Gabriele Hennig, Katrin Zentrich

### Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 21 92  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 21 95  
E-Mail [KVBFORUM@kvb.de](mailto:KVBFORUM@kvb.de)  
Internet [www.kvb.de](http://www.kvb.de)

### Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

### Druck:

BluePrint AG, München. Gedruckt auf FSC-zertifiziertem Papier.

### Bildnachweis:

Büro Dr. Anja Weisgerber (Seite 32), iStockphoto.com (Titelseite, Seite 2, 4, 5, 7, 13, 15, 17, 20, 22, 23, 28, 29, 34, Rückseite), privat (Seite 16, 26), Shalom Europa (Seite 5, 27), KVB (alle weiteren)

### Nächster Redaktionsschluss:

2. November 2012

Mit Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

**Telefonische Beratung**

Wir helfen Ihnen gerne telefonisch zu folgenden Zeiten und Themen:

Montag bis Donnerstag: 7.30 bis 17.30 Uhr

Freitag: 7.30 bis 14.00 Uhr

**Abrechnung**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11  
 E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

- Honorarabrechnung, EBM, RLV, IGeL
- Genehmigungspflichtige Leistungen
- DMP: Vergütung und Dokumentation

**IT in der Praxis**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51  
 E-Mail IT-Beratung@kvb.de

- KV-SafeNet\* und KV-Ident
- Doctor-to-Doctor (D2D)

**Online-Dienste**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41  
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

- Mitgliederportal, KVB-Postfach, Editor
- Online-Einreichungen und eDoku

**Verordnung**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31  
 E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

- Verordnungsfähigkeit von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, aut-idem, Rabattverträge
- Analysen und Statistiken zur Steuerung Ihrer Verordnungskosten
- Informationen zu Arzneimittelstudien

**Zugangsdaten**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 60  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 61  
 E-Mail Benutzerkennung@kvb.de

- KVB-Benutzerkennung und PIN
- Bearbeitungsstand KV-Ident Karte

**KVB-Seminare**

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20  
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21  
 E-Mail Seminarberatung@kvb.de

- Fragen zur Anmeldung
- Vermittlung freier Seminarplätze

\*Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

**Persönliche Beratung zu Qualitätsmanagement, Qualitätszirkeln und Hygiene in der Praxis**

Nutzen Sie unsere Beratungskompetenz:

- Wir beraten Sie zu allen Bereichen des Qualitätsmanagements von A wie Arbeitsanweisung bis Z wie Zertifizierung.
- Wir unterstützen Sie bei der Ausbildung zum Qualitätszirkel-Moderator, der Planung und Initiierung eines Qualitätszirkels und der Dokumentation Ihrer Sitzungen.
- Wir beraten Sie bei der Umsetzung und dem Aufbau eines Hygienemanagements in der Praxis und bei allen Fragen rund um das Thema Hygiene.

Wiebke Robl	09 11 / 9 46 67 – 3 36	Wiebke.Robl@kvb.de
Marion Roth	09 11 / 9 46 67 – 3 23	Marion.Roth@kvb.de
Michael Sachse	09 11 / 9 46 67 – 2 21	Michael.Sachse@kvb.de
Anke Weber	09 11 / 9 46 67 – 3 22	Anke.Weber@kvb.de

**Persönliche Beratung  
rund um die Praxis**

Wer die Niederlassung in der eigenen Praxis, den Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft oder in ein MVZ plant oder wer einen Kollegen einstellen, mit Kollegen kooperieren oder seine Praxis aufgeben und die Nachfolge regeln möchte, kann sich gerne zum persönlichen Gespräch an die Berater der KVB wenden.

Per E-Mail erreichen Sie uns unter [Praxisfuehrungsberatung@kvb.de](mailto:Praxisfuehrungsberatung@kvb.de).

**Persönliche Beratung  
zu Honorarunterlagen**

Die Berater der KVB helfen Ihnen außerdem gerne bei Ihren Honorarunterlagen. Sie beraten zu folgenden Inhalten:

- Abrechnung einschließlich EBM-Anwendung, bayerische Regelungen, regionale Vereinbarungen, Hausarztverträge, Sachkostenabrechnung, Job-Sharing-Obergrenzen, Bereitschaftsdienstpauschalen
- Beratung zur Honorarverteilung
- Honorarberatung und Honoraranalysen

**Persönliche Beratung  
zu Verordnungen**

Wir analysieren Ihre Verordnungen detailliert im persönlichen Gespräch. Qualität in der Arzneimittelversorgung und Wirtschaftlichkeit schließen sich nicht aus! Rufen Sie an und vereinbaren Sie einen Termin zur Pharmakotherapieberatung über das Servicetelefon Verordnung (siehe linke Seite).

München und Oberbayern	Peter Fiedler	0 89 / 5 70 93 - 43 01	Peter.Fiedler@kvb.de
	Lisa Huschke	0 89 / 5 70 93 - 43 52	Lisa.Huschke@kvb.de
	Natasa Milanovic	0 89 / 5 70 93 - 35 59	Natasa.Milanovic@kvb.de
	Miriam Radtke	0 89 / 5 70 93 - 34 57	Miriam.Radtke@kvb.de
	Ruth Stefan	0 89 / 5 70 93 - 35 67	Ruth.Stefan@kvb.de
Schwaben	Anneliese Zacher	0 89 / 5 70 93 - 43 30	Anneliese.Zacher@kvb.de
	Siegfried Forster	08 21 / 32 56 - 2 23	Siegfried.Forster@kvb.de
	Michael Geltz	08 21 / 32 56 - 1 05	Michael.Geltz@kvb.de
	Sylvia Goldschmitt	08 21 / 32 56 - 2 37	Sylvia.Goldschmitt@kvb.de
	Manuel Holder	08 21 / 32 56 - 2 40	Manuel.Holder@kvb.de
Niederbayern	Anja Rößle	08 21 / 32 56 - 2 32	Anja.Roessle@kvb.de
	Dieter Walter	08 21 / 32 56 - 2 31	Dieter.Walter@kvb.de
	Anton Altschäffl	0 94 21 / 80 09 - 3 01	Anton.Altschaeffl@kvb.de
	Heidi Holzleitner	0 94 21 / 80 09 - 3 05	Heidi.Holzleitner@kvb.de
	Martin Pöschl	0 94 21 / 80 09 - 3 13	Martin.Poeschl@kvb.de
Oberpfalz	Franz Ferstl	09 41 / 39 63 - 2 33	Franz.Ferstl@kvb.de
	Siegfried Lippl	09 41 / 39 63 - 1 51	Siegfried.Lippl@kvb.de
Oberfranken	Michaela Hofmann	09 21 / 2 92 - 2 29	Hofmann.Michaela@kvb.de
	Iris Püttmann	09 21 / 2 92 - 2 70	Iris.Puettmann@kvb.de
	Beate Wolf	09 21 / 2 92 - 2 17	Beate.Wolf@kvb.de
Mittelfranken	Frank Eckart	09 11 / 9 46 67 - 4 21	Frank.Eckart@kvb.de
	Hans-Dieter Moritz	09 11 / 9 46 67 - 3 50	Hans-Dieter.Moritz@kvb.de
	Joachim Streb	09 11 / 9 46 67 - 3 71	Joachim.Streb@kvb.de
Unterfranken	Michael Heiligenthal	09 31 / 3 07 - 3 02	Michael.Heiligenthal@kvb.de
	Peter Schäfer	09 31 / 3 07 - 3 01	Peter.Schaefer@kvb.de
München und Oberbayern	Severin Baum	0 89 / 5 70 93 - 44 20	Severin.Baum@kvb.de
	Stefan Ehle	0 89 / 5 70 93 - 44 50	Stefan.Ehle@kvb.de
	Martina Huber	0 89 / 5 70 93 - 44 74	Martina.Huber@kvb.de
	Inga Denise Nordmann	0 89 / 5 70 93 - 35 39	IngaDenise.Nordmann@kvb.de
	Claudia Schweizer	0 89 / 5 70 93 - 44 32	Claudia.Schweizer@kvb.de
	Eva Weber	0 89 / 5 70 93 - 44 75	Eva.Weber@kvb.de
Schwaben	Sonja Weidinger	0 89 / 5 70 93 - 42 22	Sonja.Weidinger@kvb.de
	Ute Schneider	08 21 / 32 56 - 2 41	Ute.Schneider@kvb.de
	Monika Vachenaauer	08 21 / 32 56 - 2 42	Monika.Vachenaauer@kvb.de
Niederbayern	Silke Würflingsdobler	08 21 / 32 56 - 2 39	Silke.Wuerflingsdobler@kvb.de
	Dagmar Wiedemann	0 94 21 / 80 09 - 4 84	Dagmar.Wiedemann@kvb.de
Oberpfalz	Birgit Reichinger	09 41 / 39 63 - 3 90	Birgit.Reichinger@kvb.de
	Mario Winklmeier	09 41 / 39 63 - 1 90	Mario.Winklmeier@kvb.de
Oberfranken	Christa Hammer	09 21 / 2 92 - 2 26	Christa.Hammer@kvb.de
	Jürgen Opel	09 21 / 2 92 - 2 28	Juergen.Opel@kvb.de
Mittelfranken	Monika Gibanica-Maier	09 11 / 9 46 67 - 4 47	Monika.Gibanica-Maier@kvb.de
	Doris Saalwirth	09 11 / 9 46 67 - 4 42	Doris.Saalwirth@kvb.de
Unterfranken	Uwe Maiberger	09 31 / 3 07 - 4 09	Uwe.Maiberger@kvb.de
	Elisabeth Matuszynski	09 31 / 3 07 - 4 10	Elisabeth.Matuszynski@kvb.de
	Bernhard Schmied	09 31 / 3 07 - 4 11	Bernhard.Schmied@kvb.de
München und Oberbayern	Detlev Bartmus	0 89 / 5 70 93 - 28 79	Detlev.Bartmus@kvb.de
	Daniela Bluhm	0 89 / 5 70 93 - 45 04	Daniela.Bluhm@kvb.de
	Anita Bulley	0 89 / 5 70 93 - 21 58	Anita.Bulley@kvb.de
	Marion Holzner	0 89 / 5 70 93 - 45 16	Marion.Holzner@kvb.de
	Barbara Krell-Jäger	0 89 / 5 70 93 - 34 12	Barbara.Krell-Jaeger@kvb.de
Schwaben	Beate Selge	08 21 / 32 56 - 1 41	Beate.Selge@kvb.de
Niederbayern	Ulrich Störzer	0 94 21 / 80 09 - 4 46	Ulrich.Stoerzer@kvb.de
Oberpfalz	Beate Baumer	09 41 / 39 63 - 2 57	Beate.Baumer@kvb.de
	Elisabeth Eisenreich	09 41 / 39 63 - 2 54	Elisabeth.Eisenreich@kvb.de
	Karolin Ihle	09 41 / 39 63 - 3 92	Karolin.Ihle@kvb.de
	Birgit Schneider	09 41 / 39 63 - 1 70	Birgit.Schneider@kvb.de
Oberfranken	Sascha Schneider	09 21 / 2 92 - 3 44	Sascha.Schneider@kvb.de
Mittelfranken	Dr. Claudia Fischer	09 11 / 9 46 67 - 6 75	Claudia.Fischer@kvb.de
	Sonja Höfler	09 11 / 9 46 67 - 6 73	Sonja.Hoefler@kvb.de
	Angela Krath	09 11 / 9 46 67 - 7 69	Angela.Krath@kvb.de
Unterfranken	Annegret Ritzer	09 31 / 3 07 - 5 19	Annegret.Ritzer@kvb.de

## VORSCHAU



### QUALITÄTSMANAGEMENT

Wie Ärzte zusammen mit ihrem Praxisteam neue Qualitätsziele entwickeln



### EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONGRESS

Experten diskutieren unter anderem über neue Präventionsstrategien



### DIE DEUTSCHE ILCO

Selbsthilfeorganisation zeigt, wie auch Stoma-Patienten ihr Leben genießen können



### GEGEN PRAXISGEBÜHR

Übergabe der bundesweit gesammelten Patientenunterschriften an Bundesgesundheitsminister Bahr