

KVBFORUM 06|12



VORSICHT WECHSELWIRKUNG!

**Wie kann die Arzneimitteltherapie
sicherer werden?**

GESUNDHEITSPOLITIK: Die KVB im Gespräch mit IQWiG-Chef Jürgen Windeler

RECHT INTERESSANT: Ist das Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Mogelpackung?

PATIENTENORIENTIERUNG: Wie Erkrankte ihr Leben mit Dystonie meistern



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Arzneimittelmarkt hat ein gigantisches Volumen und ist entsprechend hart umkämpft. 17 Prozent aller Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfielen im Jahr 2011 auf Arzneimittel. Damit wendet die GKV für die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten trotz aller Sparbemühungen fast ebenso viel auf wie für sämtliche vertragsärztliche Leistungen (18 Prozent der GKV-Ausgaben in 2011). Trotz des Zwangsrabatts, der unter der Ägide des damaligen Gesundheitsministers Dr. Philipp Rösler eingeführt wurde, ist Deutschland hinsichtlich der Medikamentenkosten immer noch ein Hochpreisland.

Doch es sind nicht nur die Ausgaben, die uns im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung Sorgen machen: Gemeinsam mit unseren Partnern in der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK) haben wir kürzlich gefordert, dass wir niedergelassenen Ärzte im Rahmen des Bereitschaftsdienstes das Dispensierrecht erhalten müssen. Denn für Patienten, die zu sprechstundenfreien Zeiten in den Bereitschaftsdienstzentralen, Praxen oder vom Hausbesuchsdienst versorgt werden, ist es besonders nachts und in ländlichen Regionen oft extrem schwierig, die verordneten Medikamente zeitnah zu erhalten. Die notwendige Arzneimitteltherapie kann so möglicherweise nur mit Verzögerung starten. Besonders bei der Versorgung geriatrischer Patienten erwarten wir Fortschritte, wenn Medikamente unmittelbar vom behandelnden Arzt abgegeben werden können. Wir sind deshalb überzeugt: Ein auf bestimmte Wirkstoffe und Medikamentengruppen bezogenes Dispensierrecht verbessert die Patientenversorgung.

Das Thema Medikamente bildet auch den Schwerpunkt dieser Ausgabe von KVB FORUM. Im Fokus unserer Autoren steht dabei das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit. Wir wünschen Ihnen wie immer eine interessante Lektüre.

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

2 Milliarden Euro beträgt nach Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) der offene Investitionsbedarf in den Praxen – hochgerechnet auf das Bundesgebiet.

(Quelle: Pressemeldung des ZI vom 15. Mai 2012)

ZITAT DES MONATS

„Die Bereitschaft zur Selbstausschöpfung bringt diese Generation nicht mehr wie selbstverständlich mit.“

Hartmannbund-Chef Dr. Klaus Reinhardt bei der Vorstellung einer Umfrage für bessere Arbeitsbedingungen für den ärztlichen Nachwuchs

(Quelle: Ärzte-Zeitung vom 8. Mai 2012)

VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2012

Die Vertreterversammlungen der KVB finden im Jahr 2012 noch an folgenden Terminen statt:

- Mittwoch, 25. Juli 2012
- Samstag, 24. November 2012

PRAXISGEBÜHR? WEG DAMIT!

Die Praxisgebühr ist ein echtes Ärgernis, die Argumente dagegen liegen auf der Hand: die finanzielle Belastung für die Patienten, die Frage nach der gesundheits- und strukturpolitischen Sinnhaftigkeit und vor allem der große bürokratische Aufwand in den Praxen. Darum hat der Vorstand der KVB – gemeinsam mit der KBV und weiteren KVen – entschieden, eine Kampagne zur Abschaffung der Praxisgebühr zu starten.



Mit Plakaten, Patientenbriefen und Unterstützerlisten soll bundesweit in allen Wartezimmern gegen die Praxisgebühr mobil gemacht werden. Dazu haben die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Ende Mai ein Informationspaket mit allen Materialien erhalten – verbunden mit der Bitte, die Aktion „Praxisgebühr? Weg mit dem Bürokratiemonster!“ zu unterstützen und möglichst viele Unterschriften gegen die Praxisgebühr zu sammeln. Diese Unterschriften werden schließlich öffentlichkeitswirksam an

die verantwortlichen Politiker auf Landes- und Bundesebene übergeben. Alle Informationen zur Aktion finden Sie im Internet unter www.kvb.de in der Rubrik *Über Uns/Gesundheitspolitik*.

Redaktion

Wichtiges für die Praxis

Fragen zur Fortbildung (Teil 5)

Wann beginnt die Fortbildungspflicht?

Die sozialrechtliche Fortbildungspflicht besteht für sämtliche an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die zugelassen, ermächtigt oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder bei einem Vertragsarzt/-psychotherapeuten angestellt sind. Für Ärzte und Psychotherapeuten, die erstmals nach dem 1. Juli 2004 vertragsärztlich beziehungsweise -psychotherapeutisch tätig wurden, bemisst sich der individuelle fünfjährige Fortbildungszeitraum nach dem Zeitpunkt der Aufnahme dieser Tätigkeit.

Als Arzt haben Sie deshalb den tatsächlichen Beginn Ihrer erstmaligen vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung auf Ihrem elektronischen Fortbildungspunktekonto im Online-Portal „Meine BLÄK“ bei der Bayerischen Landesärztekammer zu hinterlegen. Maßgeblich ist dabei die vertragsärztliche Tätigkeit, für die von der KVB erstmals eine persönliche lebenslange Arztnummer vergeben wurde. Nicht relevant für die Berechnung des Fortbildungszeitraumes sind dagegen das Datum der Approbation, der Zeitpunkt des Erwerbs einer Facharztanerkennung sowie der Beginn einer Anstellung im Krankenhaus.

Als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut haben Sie den tatsächlichen Beginn Ihrer erstmaligen vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit im Rahmen der Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung im Formular „Antrag auf Ausstellung einer Fortbildungsbescheinigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“ in den dafür vorgesehenen Feldern einzutragen. Das Formular können Sie bequem auf der Internetseite der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Rubrik *Fortbildung/Formulare zur Fortbildung* herunterladen.

Claudia Liebling (KVB)

TITELTHEMA

- 6 Arzneimitteltherapie-sicherheit erhöhen
Wie können Medikationsprozes-se optimiert und unerwünschte Nebenwirkungen vermieden werden?

- 10 Klassifikation der Inter-aktionen
Manche Kombination von Arz-neimitteln kann lebensbedroh-lich sein

- 11 Arbeitsgruppe will sensi-bilisieren
Zwei Mediziner und zwei Apo-theker engagieren sich für mehr Sicherheit in der Arzneimittel-therapie



Ein Überblick über die häufigsten In-teraktionsmeldun-gen soll Praxen helfen

- 12 „Zusatzaufwand sollte sich für Ärzte besser lohnen“
Dr. Wolfgang Fischer hat in sei-ner Hausarztpraxis einiges ge-tan, damit seine Patienten nicht durch Medikamente Schaden nehmen

- 13 Schritt für Schritt für mehr Sicherheit
Als klinischer Pharmakologe setzt PD Dr. Karl-Peter Ittner bei der Arzneimitteltherapiesicher-heit auf eine strukturelle und in-haltliche Unterstützung der KVB



Sicherheit geht vor: Wenn weni-ger manchmal mehr ist

GESUNDHEITSPOLITIK

- 14 „Patienten sollen angemes-sen versorgt werden“
Dr. Ilka Enger diskutiert mit dem Chef des IQWiG, Professor Jür-gen Windeler, wie Wirtschaft-lichkeit und ärztliche Heilkunst unter einen Hut zu bringen sind

BEREITSCHAFTSDIENST

- 17 Dynamischer Dialog mit den Obleuten im Bereitschafts-dienst
Konstruktive Lösungsansätze sollen gerade jungen Ärzten auf dem Land wieder eine Zukunft aufzeigen



Wie kann man den Bereitschafts-dienst auf dem Land weiter sicherstellen?

RECHT INTERESSANT

- 18 Wettbewerbsstärkungsgesetz – eine Mogelpackung?
Die Versprechungen des Gesetzes stehen drei Jahre nach seiner Verabschiedung auf dem Prüfstand

PRAXIS UND FAMILIE

- 20 „Für mich gab es keine Widerstände, nur Herausforderungen“
Dr. Ines Pechtold aus Tettau macht keine halben Sachen: Ob als Ärztin, Mutter oder Funktionärin – sie ist immer mit Herzblut bei der Sache



Auch in der Gesetzgebung hält der Inhalt nicht immer, was die Verpackung verspricht

PATIENTENORIENTIERUNG

- 22 Muskeln unter Dauerstress
Viele an Dystonie leidende Patienten warten lange auf eine korrekte Diagnose. Die Deutsche Dystonie Gesellschaft will das ändern

GESUNDHEITSTELEMATIK

- 24 Schlüsselmethode Telemonitoring
Pilotprojekte zeigen, dass besonders chronisch Kranke davon profitieren können



Dystonie: Falsche Impulse an das Gehirn lösen langen Leidensweg aus

QUALITÄT

- 25 Erster Hygienetag der KVB
Gute Händehygiene erfordert viel Disziplin von Ärzten und Mitarbeitern

26 LESERBRIEFE

KURZMELDUNGEN

- 28 Erster Männergesundheitsbericht vorgestellt
- 28 FALK-KVen fordern Unterstützung
- 29 Pflegeheimversorgung durch Ärzteverbände

29 IMPRESSUM

30 KVB SERVICENUMMERN



Qualität belegt: Ärzteverbände erhalten gute Noten bei der Pflegeheimversorgung

ARZNEIMITTEL THERAPIE- SICHERHEIT ERHÖHEN

Die Bilanz ist ernüchternd: In den Industrieländern sterben vermutlich mehr Menschen an Arzneimittelzwischenfällen als im Straßenverkehr. Doch wie können Medikationsprozesse optimiert und Medikationsfehler vermieden werden? Der folgende Artikel nimmt besonders das Thema Interaktionen zwischen Arzneimitteln unter die Lupe und liefert Informationen, wo niedergelassene Ärzte praktische Hilfe finden.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat im Herbst 2007 einen umfangreichen Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland vorgelegt. Basierend auf der erfolgreichen Arbeit des ersten Aktionsplans 2008/2009 gibt es mit „AMTS 2010-2012“ nun eine Fortschreibung des Projekts zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Arzneimittel können bekanntlich Leben retten und Leiden lindern. Doch die Arzneimitteltherapie birgt auch Risiken. Nach internationalen Studien sind schwere Arzneimittelzwischenfälle und Medikationsfehler ein relevantes Gesundheitsproblem, an dem in den Industrieländern vermutlich mehr Menschen sterben als im Straßenverkehr.

Doch was ist Arzneimitteltherapiesicherheit? Hier gehen die Meinungen weit auseinander. Ist es die richtige Einnahme eines Medikaments, die Compliance des Patienten, die Beachtung der Nierenfunktion, die Kontraindikationen, die Wechselwirkungen, die Aufklärung der Patienten, die Polypharmazie, das Priorisieren von Arzneimitteln?

Die Antwort ist ernüchternd: Alles

zusammen genommen ergibt lediglich einen ersten Eindruck, was alles zur sicheren Arzneimitteltherapie notwendig ist, um das Ziel zu erreichen, den Medikationsprozess zu optimieren und Medikationsfehler praktisch auszuschließen. Arzneitherapie ist ein Hochrisikoprozess. Deshalb ist auf ihn höchste Sorgfalt anzuwenden.

Das Leid mit den Leitlinien

Die Medizin ist bei der Behandlung einzelner Krankheiten schon sehr weit fortgeschritten. Aber sie ist noch weit entfernt von einer gesicherten Behandlung mehrerer, gleichzeitig auftretender Krankheiten. Jede Krankheit generiert für sich betrachtet nach Leitlinien eine ansehnliche Anzahl von Medikamenten. Diese Anzahl summiert sich bei mehreren, gleichzeitig vorliegenden Indikationen oft zu einem unüberschaubaren Cocktail an Wirkstoffen, denen nicht nur Wirkungen, sondern auch Nebenwirkungen innewohnen. Vor allem ältere Patienten leiden häufig an mehreren Erkrankungen.

Hinzu kommt eine wachsende Zahl von teilweise erheblichen Interaktionen zwischen diesen Stoffen. So ergeben sich bei drei gleichzeitig eingenommenen Medikamen-

ten nach der Formel $I = (n2-n)/2$ drei mögliche Interaktionen. Bei fünf Medikamenten zählen wir schon zehn, bei sieben Arzneimitteln 21 mögliche Wechselwirkungen. Diese müssen nicht potenziell lebensbedrohlich sein, können jedoch die Lebensqualität drastisch einschränken oder zu einer weiteren Medikation führen, um Nebenwirkungen zu unterdrücken oder erträglich zu machen. Die strikte Befolgung der Leitlinien stellt hier oftmals für den Patienten eine „Leidlinie“ dar.

Interaktionen

Ein sicherlich großer Teil der AMTS betrifft Interaktionen zwischen Arzneimitteln. So unterscheidet man qualitativ drei Bereiche:

- pharmazeutische Interaktionen
- pharmakokinetische Interaktionen
- pharmakodynamische Interaktionen

Pharmazeutische Interaktionen

Bei den pharmazeutischen Interaktionen treten die meisten Probleme bereits bei der Herstellung auf, worauf dieser Artikel nicht näher eingeht. Dennoch relevant wird die Situation, wenn auf Intensivstationen im Krankenhaus Patienten



ten mehrere intravenöse Infusionen gleichzeitig bekommen. Hier sollte der Überblick nicht verloren gehen, welche Arzneimittel sich in chemisch-physikalischer Hinsicht nicht vertragen. So bildet Furosemid in Glucose 5 % Kristalle, Phenytoin fällt in Glucose ebenfalls aus, Amphotericin B verträgt sich nicht mit NaCl 0,9 % und Calcium bildet Kristalle mit Phosphat.

Aber auch im niedergelassenen Bereich können physikochemische Inkompatibilitäten auftreten. So sollte man wegen Komplexbildung Chinolone nicht gleichzeitig mit mehrwertigen Kationen einnehmen wie Calcium oder Magnesium, Schilddrüsenhormone ebenfalls nicht mit mehrwertigen Salzen. Das Paradebeispiel ist die getrennte Einnahme von Tetracyclinen und Milch.

Pharmakokinetische Interaktionen

Den Alltag in der Praxis prägen pharmakokinetische Interaktionen viel deutlicher: So werden vor allem durch die Konkurrenz beim Metabolisieren über das Cytochrom P450 System die Blutspiegel von

Pharmaka zum Teil drastisch erhöht oder erniedrigt. Besonders interessant sind hier Arzneimittel, die über das Cytochrom P450 3A4-System (CYP3A4) abgebaut werden. Hierzu ist eine Reihe von Induktoren und Hemmern dieses Enzymsystems bekannt, die einen beträchtlichen Einfluss auf die Blutspiegel und damit die Wirksamkeit der verabreichten Medikamente haben. Bei den Induktoren fallen uns sofort die Barbiturate ein, deren Stellenwert heutzutage aber sehr überschaubar ist. Anders ist es bei Carbamazepin, Phenytoin und Johanniskraut, die sehr breit eingesetzt und häufig mit anderen Arzneimitteln kombiniert werden. Gerade die Verwendung von Johanniskraut geschieht häufig ohne Kenntnis des Arztes. Eine relevante Folge hieraus kann der beschleunigte Abbau von oralen Kontrazeptiva mit abgeschwächter Hormonwirkung und damit einhergehender verminderter Sicherheit sein. Ebenfalls klinisch relevant ist der beschleunigte Abbau von Antiarrhythmika.

Im Gegenzug gibt es natürlich auch Substanzen, die den Abbau von Pharmaka hemmen. Auch hier

kann der Einfachheit halber das CYP3A4-System als Beispiel dienen, über das mehr als 40 Prozent aller Arzneimittel verstoffwechselt werden. Makrolidantibiotika wie Clarithromycin, Roxithromycin und Erythromycin, aber auch die Azol-Antimykotika Fluconazol, Ketokonazol und Itraconazol sind prominente Vertreter der Abbauehemmung. Nicht zu vergessen der Grapefruitsaft, dessen Einnahme bei bestimmten Arzneimitteln akribisch hinterfragt werden sollte. Als Substrate gelten jede Menge von alltäglich eingesetzten Medikamenten, angefangen von Statinen über Calciumantagonisten bis zum Theophyllin und den Proteaseinhibitoren. Hier tut sich ein unüberschaubarer Komplex von Interaktionen auf, die allerdings nicht der „Wenn-Dann-Logik“ gehorchen, sondern eine wahrscheinlichsbezogene Logik aufweisen. So löst beispielsweise nicht jede Kombination aus Simvastatin und Gemfibrozil eine Rhabdomyolyse aus. Der Therapeut muss hier in jedem Einzelfall abwägen und die individuelle Situation abschätzen. Dazu muss er aber die wichtigsten Interaktionen kennen oder zumindest dafür sensibilisiert sein.

Um Wechselwirkungen auszuschließen, ist es wichtig, dass der Arzt einen Überblick über alle Medikamente hat, die sein Patient einnimmt. Dazu zählen unter Umständen auch nicht rezeptpflichtige Arzneien und Nahrungsergänzungsmittel.

Pharmakodynamische Interaktionen

Bei den pharmakodynamischen Wechselwirkungen stehen die Reaktionen des Körpers im Mittelpunkt. Diese Art von Wechselwirkung tritt immer dann ein, wenn verschiedene Wirkstoffe an demselben Rezeptor oder Organ angreifen. Sie konkurrieren dann um den gleichen Angriffsort. Solche Wechselwirkungen können erwünscht oder unerwünscht sein. Prominentestes Beispiel ist wohl die Konkurrenz der Betablocker und der Betasympathomimetika um die Betarezeptoren an den Bronchien. Deshalb sollten Asthmatiker und Patienten mit COPD – wenn überhaupt – lediglich mit β_1 -selektiven Betablockern und unter strenger Therapiekontrolle behandelt werden.



Aber auch der Angriff an unterschiedlichen Zielorganen kann eine synergistische oder antagonistische Wirkung auslösen. Gewollt ist die Synergie beispielsweise bei der Kombination von Antihypertensiva und Antidiabetika, um den Blutdruck beziehungsweise den HbA1c-Wert in den Zielbereich zu lotsen. Diese

Wirkungen werden durch die Gabe anderer Pharmaka, die für weitere Indikationen verabreicht werden, teilweise auch wieder aufgehoben. So führt die gleichzeitige Gabe von nichtsteroidalen Antirheumatika durch die Prostaglandinsynthesehemmung wieder zu einem teilweisen Blutdruckanstieg, während die gleichzeitige Einnahme von Glucocorticoiden bei einem Diabetiker zur Verschlechterung des Blutzuckerwertes führt.

Insgesamt sind die pharmakodynamischen Interaktionen eher vermeidbar, weil man die Angriffspunkte und die damit ausgelöste pharmakologische Wirkung der Pharmaka kennt.

Eher unproblematisch ist in diesem Zusammenhang die Kombination von Arzneimitteln, die der Patient über längere Zeit nimmt und auch sichtlich gut verträgt. Kritisch wird es immer dann, wenn zu einer vertrauten Kombination ein völlig neues Symptom auftaucht. Ein typischer Fall beschreibt einen Patienten, der wegen Schmerzen in der Rückenmuskulatur einen Orthopäden aufsucht. Nichts liegt näher auf der Hand, als mit einem nichtsteroidalen Antirheumatikum erst einmal Abhilfe zu schaffen. Wenn man allerdings die Anamnese erhebt und feststellt, dass der Patient wegen KHK ein Statin einnimmt, wegen einer kürzlichen Infektion auch noch Clarithromycin, dann lohnt es sich, einen Blick in die Fachinformation zu werfen.

Fachinformation als Ratgeber

Die Fachinformation bezeichnet ein detailliertes Dokument über ein Arzneimittel, das Daten über Darreichungsform und Stärke, Indikationen, Dosierung, Wirkung, Nebenwirkungen, aber auch Arzneimittelwechselwirkungen und Kontraindikationen des Präparats enthält.

Inhaltlich entspricht die Fachinformation der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels. Der Text der Fachinformation muss von der zuständigen Behörde, das heißt von der European Medicines Agency (EMA) oder der entsprechenden nationalen Behörde (zum Beispiel Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM) genehmigt werden und beinhaltet den Zulassungstext des Arzneimittels. Den Text in der Fachinformation kann sich also der Hersteller nicht aussuchen.

Die Fachinformation führt immer unter Punkt 4.5 die Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder andere Wechselwirkungen auf. Ein Blick in die Fachinformation von Simvastatin führt unter Punkt 4.5 unter anderem Clarithromycin als absolut kontraindiziert aus. Als mögliche Wechselwirkung werden Myopathie und Rhabdomyolyse angeführt. Dies gilt auch noch für andere Makrolidantibiotika und die Azol-Antimykotika Itraconazol, Fluconazol und Ketoconazol. Auch in der Fachinformation der Makrolide oder Fungistatika findet sich unter Punkt 4.5 dieser Hinweis.

In dem oben genannten orthopädischen Beispielfall hätte dies weiterhelfen können. Die Fachinformation ist überhaupt das wichtigste Informationsmedium, wenn es um unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen geht. Man zieht sie allerdings zu selten zu Rate. Einen guten Service über die aktuellen Fachinformationen gibt es im Internet unter www.fachinfo.de, wo für Heilberufler die Einsichtnahme unter Angabe des Doc-Check-Passworts kostenlos ist.

Das Problem mit der Niere

Viele Medikamente werden renal eliminiert. Das heißt aber auch, dass die Nierenfunktion von ent-

scheidender Bedeutung ist, wie lange oder wie kurz ein Arzneimittel im Körper seine Wirkung entfaltet. Aktuelles Beispiel hierfür sind Hunderte von Todesfällen mit dem direkten Thrombinhemmer Dabigatran (Pradaxa®), die zum großen Teil auf eine reduzierte Nierenfunktion der Patienten zurückzuführen sind. Dieser Fall belegt eindrücklich die Relevanz dieses Parameters. Wird ein Arzneimittel vorwiegend über die Niere ausgeschieden (ein Blick in die Fachinformation gibt darüber Klarheit), sollte seine Funktion gerade bei älteren Patienten auch überprüft und die Dosis eventuell angepasst werden. Da mit dem Alter die Nierenfunktion automatisch abnimmt, ist gerade bei Älteren und Dauermedikation darauf zu achten.

Medikationsplan bei Poly-medikation

Ohne einen detailliert ausgearbeiteten Medikationsplan ist eine verantwortliche Betreuung des Patienten nicht denkbar. Deshalb ist die Erarbeitung des Medikationsplans die Grundvoraussetzung für eine funktionierende AMTS. Das Problem vor allem für den Hausarzt ist es, über sämtliche vom Patienten eingenommene Arzneimittel Bescheid zu wissen. Denn nicht nur der Hausarzt, auch die aufgesuchten Fachärzte verordnen Medikamente, und der Patient selbst holt OTC-Arzneimittel aus seiner Apotheke, die im Zusammenwirken mit anderen Pharmaka manchmal nicht ganz risikolos sind. Hier sei nur auf die Problematik mit dem Johanniskraut, der Medikation mit Acetylsalicylsäure oder mehrwertigen Kationen in Form von Kalzium-, Aluminium- oder Magnesiumsalzen in Säureblockern hingewiesen. Um einen Überblick zu bekommen, ist ein sogenannter Medikationsplan sinnvoll. Hier notiert der Patient sämtliche eingenommenen

Arzneimittel, jeweils mit Dosis, der Darreichungsform und der Applikationshäufigkeit. Dies ist ein hilfreicher erster Schritt, um ein neu aufgetretenes Symptom bei einem Patienten mit Polymedikation zu deuten. Verschiedene Institutionen wie das Bündnis Patientensicherheit haben einen solchen Medikationsplan entworfen und stellen ihn online zur Verfügung. Auch die KVB bietet einen solchen Medikationsplan unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Verordnungen/Arzneimittelsicherheit* zum Herunterladen an.



Hier finden sich auch die entsprechenden Informationen für die Patienten, warum sie diesen Medikationsplan gewissenhaft ausfüllen und wie sie die Eintragungen vornehmen sollen. Weitere Informationen erhalten Vertragsärzte unter der Telefonnummer 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30.

Arbeitsgruppe startet

Auch der Vorstand der KVB nimmt sich des Themas an – nicht nur

theoretisch, sondern sehr praxisbezogen. Auf seine Anregung hin wurde eine kleine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich der AMTS von der praktischen Seite her nähern soll. Die Gruppe besteht aus einem klinischen Pharmakologen, einem in AMTS besonders erfahrenen Vertragsarzt sowie zwei Apothekern der KVB. Sie will in einem ersten Schritt die Vertragsärzte für dieses Thema sensibilisieren und helfen, es in den Praxisalltag zu integrieren. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 11.

Beispiel Aliskiren

Unterstützung kommt auch vom Analyseteam der KVB: In der jüngsten Vergangenheit informierte ein Rote-Hand-Brief über die Interaktion zwischen Aliskiren und ACE-Hemmern beziehungsweise AT1-Blockern bei Diabetikern. In der Zwischenauswertung einer Studie stellten sich unter dieser Kombination unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein wie nicht-tödlicher Schlaganfall, renale Komplikationen, Hyperkaliämie und Hypotonie. Daraufhin wurden sämtliche Vertragsärzte, die Patienten mit dieser potenziellen Interaktion betreuten, von der KVB individuell angeschrieben und auf diese klinisch relevante Wechselwirkung hingewiesen. Damit wird ohne großen Aufwand ein wichtiges Thema dorthin transportiert, wo die Fäden zusammenlaufen.

Ein weggelassenes Arzneimittel kann so bei Polymedikation viele Interaktionen verhindern. So steht auch im Zusammenhang mit der Pharmakotherapie am Ende häufig die simple Weisheit: Manchmal ist weniger doch mehr.

Johann Fischaleck (KVB)

KLASSIFIKATION DER INTERAKTIONEN

Nicht alle Interaktionen sind gleich schwerwiegend. Damit beginnt das eigentliche Problem der Bewertung. Viele Interaktionsdatenbanken klassifizieren deshalb Wechselwirkungen, um den Nutzern den Umgang mit den Meldungen zu erleichtern. Dabei verwenden die Datenbanken zum Teil sehr unterschiedliche Klassifikationssysteme. Häufig werden die Interaktionen nach den Schweregraden schwerwiegend, mittelschwer, geringfügig und unbedeutend eingestuft.

Arzneimittel, deren Interaktion die Datenbank als „schwerwiegend“ einstuft, sind in der Regel kontraindiziert: Die Kombination könnte lebensbedrohlich sein. Doch es gibt auch Ausnahmen. Zum Beispiel dann, wenn der Nutzen der gemeinsamen Gabe (für den Patienten) größer ist

als das Risiko aufgrund der Interaktion.

Stuft die Datenbank die Interaktion als „mittelschwer“ ein, kann der Patient die Medikamente häufig gemeinsam anwenden. In diesem Fall müssen jedoch meist in regelmäßigen Abständen verschiedene

Laborwerte, zum Beispiel Kalium, oder mögliche Interaktionssymptome wie erhöhter Blutdruck überwacht werden. Auch in diesem Fall kann es sinnvoll sein, von vorneherein ein anderes Arzneimittel auszuwählen.

Johann Fischaleck (KVB)

Die 15 häufigsten Interaktionsmeldungen aus Apotheken

Interaktionspartner A	Interaktionspartner B	Bewertung
Antihypertonika	NSAR	mittelschwer
Beta-Sympathomimetika	nicht kardioselektive Beta-Blocker	schwerwiegend
Kaliumsalze	kaliumretinierende Diuretika	schwerwiegend
Statine	Makrolid-Antibiotika	schwerwiegend
kaliuretische Diuretika	Glucocorticoide	mittelschwer
Schilddrüsenhormone	polyvalente Kationen	mittelschwer
Tetrazykline	polyvalente Kationen	schwerwiegend
ACE-Hemmer	Allopurinol	mittelschwer
ACE-Hemmer	kaliumretinierende Diuretika	mittelschwer
NSAR	Glucocorticoide	mittelschwer
Beta-Sympathomimetika	kardioselektive Beta-Blocker	mittelschwer
Bisphosphonate	polyvalente Kationen	mittelschwer
orale Antikoagulantien	NSAR	mittelschwer
Gyrasehemmer	polyvalente Kationen	mittelschwer
orale Antikoagulantien	Salicylate (hoch dosiert)	schwerwiegend

Quelle: Pharmazeutische Zeitung Nr. 39, 2007

ARBEITSGRUPPE WILL SENSIBILISIEREN

Die KVB sieht sich in der Verantwortung für eine effektive und sichere Arzneimitteltherapie. Sie setzt sich mit den Herausforderungen der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) auseinander, die auch aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung und steigender Multimorbidität an Bedeutung gewinnt – nicht nur theoretisch, sondern vor allem praxisbezogen.

Auf Anregung des KVB-Vorstands wurde deshalb Ende April eine kleine Arbeitsgruppe gebildet, die sich dem Aspekt einer sicheren Arzneimitteltherapie in der Praxis nähern soll. Zusammen mit PD Dr. Karl-Peter Ittner, einem klinischen Pharmakologen, und Wolfgang Fischer, einem in AMTS besonders erfahrenen Vertragsarzt, wollen zwei KVB-Apotheker Maßnahmen für eine erhöhte Sicherheit in der Anwendung von Arzneimitteln erarbeiten und anschließend auch umsetzen.

ma „grundlegende Sensibilität“ herauskristallisiert. So sollte beispielsweise bei einem Patienten mit Polymedikation daran gedacht werden, beim Auftreten eines neuen „Krankheitssymptoms“ ein Arzneimittel wegzulassen, anstatt mit einem zusätzlichen Wirkstoff jenes Symptom zu behandeln. Denn häufig können nicht beachtete Kontraindikationen oder Arzneimittelinteraktionen zum Auftreten ernsthafter Nebenwirkungssymptomatiken bis hin zur Notfallsituation führen. Ein weggelassenes Medikament verhindert hier möglicherweise

dass der Aufwand hierfür den normalen Arbeitsablauf bremst.

Folgende Schritte sind dabei angedacht:

- Die Sensibilität für dieses Thema innerhalb der Praxis schärfen.
- Die Fachinformationen als wichtiges Medium online nutzen.
- Über die Medikation des Patienten Bescheid wissen.

Außerdem will die KVB die niedergelassenen Vertragsärzte regelmäßig über aktuelle und relevante



Johann Fischleck, Dr. Karl-Peter Ittner, Wolfgang Fischer und Dr. Larissa Gampert (von links) engagieren sich für mehr Sicherheit in der Arzneimitteltherapie.

Bei einem ersten Treffen der Arbeitsgruppe wurde schnell klar, dass der mit dem pauschalen Begriff bezeichnete Komplex „Arzneimitteltherapiesicherheit“ viele Facetten umfasst. Als einer der ersten zentralen Punkte hat sich das The-

se viele Arzneimittelinteraktionen. Die AMTS sollte stufenweise in den Praxisalltag integriert werden. Keine akademischen Diskussionen, sondern die praktische Relevanz und der tägliche Umgang sollen diesen Prozess bestimmen, ohne

Fallbeispiele auf ihrer Internetseite informieren und Vortragsreihen zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit initiieren.

Dr. Larissa Gampert (KVB)

„ZUSATZAUFWAND SOLLTE SICH FÜR ÄRZTE BESSER LOHNEN“

Im Zweifelsfall auf Nummer sicher zu gehen, hat sich Wolfgang Fischer im Zusammenhang mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit auf die Fahnen geschrieben. Auslöser waren für den in Regensburg niedergelassenen Hausarzt nicht zuletzt unerwünschte Interaktionen, die er bei seinen eigenen Patienten beobachten konnte.

In seiner Praxis hat der Allgemeinarzt eine Vielzahl von Schritten unternommen, um die Gefahren bei der Medikamentenbehandlung zu verringern.

Herr Fischer, was hat Sie bewogen, sich so eingehend mit der Arzneimitteltherapiesicherheit zu beschäftigen?



Wolfgang Fischer plädiert für wesentlich mehr Arzneimitteltherapiesicherheit und für eine adäquate Vergütung der daraus entstehenden, zusätzlichen Arbeit.

Der Umstand, dass ich gemerkt habe, dass ich in dieser Materie eher schwimme als festen Boden unter den Füßen zu verspüren. Die medizinische Ausbildung ist diesbezüglich völlig unzureichend. Wir Ärzte sind in der Verpflichtung, das Thema so in die Hand zu nehmen,

dass in den Praxen und Krankenhäusern mit einem schlüssigen Konzept der sichere Einsatz von Medikamenten gewährleistet wird.

Wie groß ist denn der organisatorische Aufwand in der Praxis, wenn man die Angelegenheit ernst nimmt?

Der Aufwand ist nicht unerheblich. Es müssen die Mitarbeiter geschult, Abläufe umgestellt, eine unterstützende Software etabliert, Medikationspläne erstellt, Patienten informiert, Interaktionschecks durchgeführt und entdeckte Fehler analysiert werden. Wenn man erreichen will, dass sich die Arzneimittelsicherheit im großen Stil durchsetzt, muss man diese Mehrarbeit für die Ärzte und Praxisteams auch anerkennen und vergüten!

Welche Schritte haben Sie bei sich in der Praxis unternommen?

Wir haben bei uns Wechselwirkungschecks eingeführt, unseren Medikationsplan erweitert und verfeinert, Dosierungsempfehlungen für Antibiotikasäfte zusammengestellt, Grundinformationen wie Körpergewicht und Nierenfunktion in die elektronische Patientenakte eingepflegt, Leitlinien wie beispielsweise die PRISCUS-Liste verinnerlicht und uns die Weiterentwick-

lung des Themas in allen Bereichen auf die Fahne geschrieben.

Sind Ihnen auch konkrete Fälle in Erinnerung, bei denen Symptome aufgrund einer Interaktion zwischen zwei Pharmaka auftraten?

Ich erinnere mich an einen Fall, bei dem es durch das Zusammenspiel von Tamsulosin und Antihypertensiva zu Schwindelsymptomatik bei arterieller Hypotonie kam. In einem anderen Fall entstand durch den gleichzeitigen Einsatz von Betamimetika und hochdosiertem Theophyllin eine Tachyarrhythmia absoluta. Außerdem haben wir auch eine verstärkte Blutungsneigung durch Wechselwirkung zwischen Phenprocoumon und einem Antidepressivum erlebt.

Ihre „goldene Regel“ zur Arzneimitteltherapiesicherheit?

Keine Experimente! Hier gilt wirklich: Vertrauen in die Arznei ist gut, aber Kontrolle ist besser.

Herr Fischer, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Johann Fischaleck (KVB)

SCHRITT FÜR SCHRITT FÜR MEHR SICHERHEIT

Was nützen die umfassendsten pharmakologischen Datenbanken und Berge von Aufklärungsbroschüren zu gefährlichen Nebenwirkungen beim Einsatz von Arzneien, wenn die Aufbereitung der Informationen für die behandelnden Ärzte nicht praxistauglich ist? Für eine schrittweise Optimierung mit starker institutioneller Unterstützung der KVB plädiert daher unser Interviewpartner, PD Dr. Karl-Peter Ittner.

Der Klinische Pharmakologe ist Oberarzt an der Klinik für Anästhesiologie am Klinikum der Universität Regensburg. Er ist seit 2010 außerordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und unter anderem stellvertretender Vorsitzender der Ethikkommission des Universitätsklinikums Regensburg.

Herr Dr. Ittner, was macht die Klinische Pharmakologie für Sie so spannend?

Für uns Ärzte, sowohl in der eigenen Praxis als auch in allen Kliniken, wird die Arzneimitteltherapie zunehmend komplexer und zeitaufwendiger. Die Klinische Pharmakologie kann hier strukturierte Unterstützung für eine effektive und sichere medikamentöse Therapie bieten.

Sind die Ärzte in Sachen Arzneimitteltherapiesicherheit durch die aktuelle Ausbildung gut vorbereitet?

Im Prinzip schon. Bezüglich der Grundlagen gibt es teilweise sehr gute Lehrbücher, für die Anwendung haben wir Leitlinien und Fachinformationen. Für aktuelle Informationen zur Arzneimittelsi-

cherheit unterstützt uns die AkdÄ, zum Beispiel durch Rote-Hand-Briefe.

Wo sehen Sie die größten Defizite in der Praxis?

Die eben genannten Hilfen, einschließlich pharmakologischer Datenbanken, müssen für uns Ärzte handhabbar sein. Wir können diese Boxenstopps nicht immer während der schnellen Fahrt auf der klinischen Alltagsrennstrecke nebenbei verrichten, insbesondere dann nicht, wenn es komplexere Abklärungen sind oder bei einem Patienten drei oder vier Fachärzte involviert sind.

Was bedeutet für Sie bei diesem Thema die Zusammenarbeit mit der KVB?

Wenn Arzneimitteltherapiesicherheit wirklich im klinischen Alltag gelebt werden soll, muss ein starker Interessenvertreter dieses Thema strukturell und inhaltlich unterstützen.

Welchen Weg empfehlen Sie Ärzten, die in ihrer Praxis oder in der Klinik die Sicherheit für die Patienten erhöhen wollen?

„Step by Step“! Vor einer geplan-



Für PD Dr. Karl-Peter Ittner ist klar, dass sich noch einiges verbessern muss, damit Arzneimitteltherapiesicherheit wirklich im klinischen Alltag gelebt werden kann.

ten neuen medikamentösen Therapie könnte man sich zum Beispiel unter www.fachinfo.de vergewissern, dass sich das neue Medikament mit anderen Medikamenten des Patienten verträgt.

Herr Dr. Ittner, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Johann Fischaleck (KVB)

„PATIENTEN SOLLEN ANGEMESSEN VERSORGT WERDEN“

Eine erfolgreiche Laufbahn in der Wissenschaft hat Professor Dr. Jürgen Windeler bereits hinter sich. Als Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gehört er zu den prägenden Personen in unserem Gesundheitssystem. KVB-Vorstandsmitglied Dr. Ilka Enger traf ihn Ende April zum Gespräch in Köln.

Die ehemalige kurpfälzische Residenzstadt Heidelberg war Ausgangspunkt für das Gespräch zwischen Jürgen Windeler und Ilka Enger. Während der IQWiG-Leiter an der dortigen Ruprecht-Karls-Universität als Dozent für Medizinische Biometrie tätig war, hat die zweite stellvertre-

Enger: Herr Professor Windeler, Sie haben sich für eine Karriere in der Welt der Statistik entschieden. War das ein vorgezeichneter Weg oder dachten Sie auch an eine Niederlassung in eigener Praxis als echte Option?

Windeler: Während des Studiums war die Niederlassung eine echte Option. Ich habe mehrere Male in einer großen Landarztpraxis hospitiert und dabei auch ein Faible für die Allgemeinmedizin entwickelt. Aber andere Themen haben mich noch mehr begeistert. Daher waren die Arbeit in der Klinik oder auch eine Niederlassung für mich keine Alternative. Ich habe mich relativ früh den Zahlen und der Methodik verschrieben. Und ich bin überzeugt, speziell an dieser Stelle für die Patienten etwas Sinnvolles machen und beitragen zu können.

Enger: Wie sieht denn für Sie der „Sinn der Medizin“ aus, wie Sie ihn verstehen?

Windeler: Ganz vorrangig: Die Patienten sollen angemessen versorgt werden. Dazu gehört nicht nur, dass die im Rahmen der Behandlung ergriffenen Maßnahmen qualitativ hochwertig sind, sondern zum Beispiel auch die Bewertung, ob sie überhaupt notwendig sind.

Enger: Gerade ist das Stichwort Qualität gefallen. Sie beschäftigen sich ja vor allem mit der Qualität aus Sicht der evidenzbasierten Medizin. Ist Qualität in den Praxen eigentlich messbar? Und wenn ja – ist die auf der Basis von Studien definierte Qualität in den Kliniken und in den Praxen der Niedergelassenen eins zu eins vergleichbar?

Windeler: Warum sollte Qualität in den Praxen nicht messbar sein – eben gerade in der Hinsicht, ob der Patient angemessen versorgt wird, ob Behandlungsziele erreicht werden und ob der Nutzen den Schaden überwiegt? Dazu muss man einerseits die Studienlage sichten, andererseits die Praxis im Blick haben: Wie viele der eingesetzten Hüftprothesen haben gehalten, wie viele sind gebrochen? Auf diese Weise kann man Qualität aus Sicht der Patienten messen.

Enger: Ich sehe aber schon die Problematik, dass in Studien die ausgewählten Probanden „handverlesen“ sind. Meist werden auch bestimmte Begleiterkrankungen, höheres Alter und weitere Faktoren von vorneherein ausgeschlossen. Typische Studienpatienten sind ganz selten dem individuellen Patienten in der Praxis gleichzusetzen. Eine Medikation, die in Studien sehr gut wirkt, muss in der Praxis noch lange nicht genauso gut funktionieren



tende Vorsitzende des Vorstands der KV Bayerns an der Universität die ersten Semester ihres Studiums absolviert. Ein erster Anknüpfungspunkt für ein ausführliches Gespräch war so rasch gefunden.

– die Compliance des Patienten kann schlechter sein, es können Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten auftreten oder der Patient kann multimorbide sein.

Windeler: Die entscheidende Frage ist nicht, ob Patienten in Studien und in der Praxis anders sind. Das ist sowieso klar. Die entscheidende Frage ist, ob die Effekte der Therapien anders sind und das ist keineswegs so klar. Studienergebnisse beantworten nicht alle Fragen, aber sie liefern die zuverlässigsten Informationen, auf denen man individuelle Entscheidungen und Abwägungen aufbauen kann. Unsere Aufgabe im IQWiG ist es, diese Studien zu sichten, zu bewerten und den „Evidenzgrad“, also die Zuverlässigkeit ihrer Ergebnisse, festzustellen. Evidenzbasierte Medizin ist dabei in erster Linie eine Entscheidungshilfe für die Kliniken und Praxen, um eine möglichst gute Qualität der Behandlung erzielen zu können.

Enger: Ihr Vorgänger in der Leitung dieses Instituts hatte für seine Festlegung der Evidenz fast nur hochwertigste Studien und Metaanalysen zugelassen und damit leider die Expertenmeinung und die Erfahrung aus anderen Evidenzklassen vollständig ausgeblendet. Man hatte den Eindruck, dass mit den Studien und deren Bewertung vor allem Politik gemacht worden ist.

Windeler: Ich denke, dass der Anspruch der Ärzte an das IQWiG, hier hochwertige Informationen und Entscheidungshilfen zu bekommen, am besten durch die Betrachtung hochwertiger Studien eingelöst wird. Unser Ziel und Auftrag im IQWiG ist es, dem Gesundheitssystem, konkret dem Gemeinsamen Bundesausschuss gegenüber, möglichst zuverlässige Aussagen zu bestimmten Fragestellungen vorzulegen. Für Nutzenbewertungen weisen Exper-

tenmeinungen bekanntermaßen nicht die nötige Sicherheit auf. Man muss also unterscheiden: Das ärztliche Tun im individuellen Fall ist das eine – die Rolle von Experten bei der Bewertung von bestimmten Methoden ist das andere.

Enger: Mit Verlaub – Ihre Fixierung auf Studien führt doch zu so etwas wie „Malen nach Zahlen“ in der Medizin. Für viele medizinische Behandlungen und Methoden ist die Studienlage nicht ausreichend oder divergierend – da macht sich dann doch medizinischer Nihilismus breit beziehungsweise der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet hier dann doch wieder nach Gutdünken.

Windeler: Sie haben es eigentlich sehr schön skizziert: Dort wo Studien fehlen, werden Entscheidungen schwierig. Dann mag sogar der Eindruck von „Gutdünken“ entstehen, der sicher unberechtigt ist. Wir brauchen möglichst solide Studiendaten, um fundierte Grundlagen für eine medizinische Meinungsbildung zu haben. Und, ehrlich gesagt, ich möchte nicht von „Künstlern“ behandelt werden.

Enger: Lassen Sie uns das mal am Thema Primärprävention besprechen. Hier sieht es doch bezüglich der Evidenz eher düster aus. Ein Beispiel: gesunde Ernährung in der Primärprävention. Jeder von uns, auch die Politiker glauben zu wissen, was gesunde Ernährung ist und dass sie zur Vermeidung von Krankheiten führt. Die nach Evidenzkriterien aufgestellten Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin bleiben aber sehr dürftig: Man weiß, dass Ballaststoffe gut sind, dass man zuckerhaltige, gesüßte Getränke meiden sollte und nicht zuviel Fett essen sollte. Aber ansonsten ist doch nichts belegt.

Windeler: In der Tat ein interessantes Thema, bei dem sich in den letz-

ten 50 Jahren die Meinungen auch mehrmals gedreht haben. Nehmen Sie nur die Diskussion darüber, ob Butter oder Margarine einer gesunden Ernährung eher zuträglich sind – was haben sich da die Experten die Köpfe heiß geredet! Im Endeffekt kann man den Menschen eigentlich nur raten, sich zu entspannen und gutes Essen bewusst zu genießen. Was soll schlecht daran sein, wenn Kinder auch mal Pommes essen? Hier gilt: Die Menge macht's.



Enger: Die Information der Bevölkerung zu diesen und anderen Themen rund um Medizin und Gesundheit gehört ja auch zu Ihren Aufgaben, oder?

Windeler: Richtig, das ist eines unserer beiden Standbeine. Auf der Internetseite www.gesundheitsinformation.de, aber auch über andere Medien stellen wir wissenschaftlich fundierte Informationen für die Bürgerinnen und Bürger bereit, aktuell beispielsweise zur Gefahr durch Zecken oder zum Schutz der Haut vor zuviel Sonne. Unser

Wie sind Qualität und Wirtschaftlichkeit mit dem ärztlichen Tun als Heilkunst vereinbar?

Dr. Ilka Enger und Professor Dr. Jürgen Windeler tauschen im IQWiG ihre Standpunkte aus.



Beim Thema Regresse fanden die beiden Gesprächspartner keine gemeinsame Position.

anderes Standbein ist eben die wissenschaftliche Begutachtung und Bewertung von Studien zu medizinischen Methoden oder auch Arzneimitteln. Wir sind hier im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses tätig, aber nicht weisungsgebunden. So können wir unabhängig und frei von Interessen Dritter agieren.

Enger: In den letzten Jahren hatte es ja immer mal wieder Ärger, aber auch viel inhaltliche Kritik an dem IQWiG und auch über dessen Leitung gegeben. In letzter Zeit scheinen Sie in ruhigeres Fahrwasser gekommen zu sein. Hat sich Ihr Institut inzwischen im Gesundheitswesen als feste Größe etabliert?

Windeler: Ja, wir werden inzwischen akzeptiert oder mindestens geduldet. Man hat sich an das IQWiG gewöhnt. Es war klar, dass es nach der Errichtung einer solchen Institution eine Phase des Stresses geben würde, aber das ist längst überstanden. Ich spreche viel mit Vertretern der Fachgesellschaften und habe den Eindruck, dass auch hier unser Standing immer besser wird. Meine Erfahrung: Wenn die Menschen verstehen, was das IQWiG wirklich tut, dann verlieren sie sehr schnell ihre

Aversionen. Das gilt auch für Hersteller von Arzneimitteln oder Medizinprodukten, die im Übrigen nicht – wie manchmal dargestellt – unsere Feinde sind. Unsere Interessen sind verschieden, daran ist nichts Verwerfliches. Firmen sind an den wirtschaftlichen Konsequenzen von wissenschaftlichen Ergebnissen orientiert: Je nachdem, was unsere Bewertung ergibt, applaudieren sie oder runzeln die Stirn. Ich habe daher den Eindruck, dass die großen Verbände der Pharmaindustrie sich inzwischen schwer tun, eine einheitliche Linie zu finden. Es kommt hier zur Diversifizierung der Interessen.

Enger: Und wegen dieser Diversifizierung und der daraus resultierenden Unüberschaubarkeit auf dem Arzneimittelmarkt sind dann wir Ärzte die Dummen. Wir müssen ausbaden, was aufgrund der enormen Komplexität der Verordnungsregeln und Ausschlüsse entsteht – Stichwort „Regresse“. Deshalb meine konkrete Frage an Sie: Finden Sie Regresse für Arzneimittelverordnungen richtig?

Windeler: Man kann niemanden aus seiner Verantwortung für einen wirtschaftlichen Umgang mit den

knappen Ressourcen im Gesundheitswesen entlassen. Man mag bezweifeln, ob Regresse in der momentanen Ausgestaltung zielführend sind. Ich habe auch Verständnis dafür, dass die Ärzte eine Richtgrößenprüfung als bedrohlich und schwer auszuhalten empfinden. Wenn man aber Regresse abschaffen möchte, muss man schon ein anderes Instrument vorschlagen, das die gleiche Wirkung hat.

Enger: Aus meiner Erfahrung sind Regresse – und auch schon die Androhung von Regressen – für die betroffenen Kolleginnen und Kollegen sehr schwer zu verkraften. Allein schon eine drohende Prüfung führt zu einer Verunsicherung und sicher nicht dazu, dass Patienten eine „evidenzbasierte“ Pharmakotherapie bekommen. Nehmen Sie nur das bei uns aktuelle Thema der Regresse für die Verordnung fiktiv zugelassener Medikamente. Hier haben die Ärzte in gutem Glauben gehandelt und sehen sich jetzt Rückforderungen ausgesetzt. Meines Erachtens sind die Verordnungsregularien inzwischen viel zu komplex!

Windeler: In der Tat ist die Reglungsdichte bei Arzneimitteln sehr hoch – es wäre übrigens um einiges einfacher, wenn wir weniger Arzneimittel hätten. Aber natürlich bleibt es bei der Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte für ihr Tun. Dazu gehört nicht, zu sagen, man habe ja nicht gewusst, dass ein Arzneimittel nicht mehr verordnet werden dürfe. Aber entscheidend bleibt die Orientierung an validen unabhängigen Informationen zu Nutzen und Schaden. Und deshalb ist gerade auch in diesem Bereich die Arbeit einer Institution wie der unseren so wichtig.

Redaktion

DYNAMISCHER DIALOG MIT DEN OBLEUTEN IM BEREITSCHAFTSDIENST

Um die Neugestaltung des Bereitschaftsdienstes nicht an den dienstverpflichteten Ärzten vorbeizuplanen, fanden in den letzten vier Monaten flächendeckend in ganz Bayern sieben Obleuteveranstaltungen und zahlreiche Dienstgruppengespräche statt. KVB-Vorstand, Regionale Vorstandsbeauftragte und KVB-Mitarbeiter ziehen ein positives Fazit.

In den gut besuchten Veranstaltungen konnten sich die Teilnehmer ein Bild von der Situation im Bereitschaftsdienst ihrer Region machen und sich umfassend über bereits jetzt mögliche Lösungen informieren. Thema waren außerdem die Reformvorhaben, die die KVB zusammen mit den Krankenkassen, der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft in den kommenden Monaten auf den Weg bringen möchte. Dass die Thematik interessiert, zeigten nicht zuletzt die regen Diskussionsrunden im Anschluss.

„Es war mir ein großes Anliegen, mit den Gruppen persönlich in Kontakt zu treten und von der Notwendigkeit der anstehenden Reformen zu überzeugen“, so Dr. Wolfgang Krombholz, Vorstandsvorsitzender der KVB. Anders als in vielen anderen Bundesländern möchte man in Bayern keine Einheitslösung verordnen, sondern den Dienstgruppen den Zeitpunkt für Veränderungen und deren Ausgestaltung weitgehend selbst überlassen. Krombholz weiß, dass mit dieser Strategie weit mehr Überzeugungsarbeit zu leisten ist: „Oft haben gerade die kleinsten Gruppen die größten Vorbehalte gegen-

über Veränderungen. Diese Einstellung ist für den Nachwuchs nicht gerade förderlich und macht den von uns eingeschlagenen Pfad der Selbstbestimmung zu einem mutigen Weg.“ Doch die Entwicklung nach den Veranstaltungen bestätigt, dass sich die Überzeugungsarbeit vor Ort lohnt.

Insbesondere die Ungleichverteilung bei der Diensthäufigkeit wurde erkannt und wirkt sich nun positiv auf die Bereitschaft zur Zusammenlegung von städtischen mit angrenzenden ländlichen Gruppen aus. „Das erhöhte Problembewusstsein macht Gruppengespräche vor Ort erfolgreicher als noch



Viele legen ihre Gruppen zusammen

Allein in Oberbayern und Schwaben gingen vier Auflösungsanträge ein, die zu Zusammenlegungen von mindestens zwölf Gruppen führen könnten. In weiteren sechs Gruppen entstand zumindest eine interne Diskussion über Zusammenlegungen. Auch in den fränkischen Bezirken sprechen die Zahlen eine klare Sprache: Während in den letzten Jahren im Schnitt fünf Auflösungsanträge pro Jahr eingingen, waren es allein im ersten Quartal dieses Jahres 18 Anträge.

vor einem Jahr“, beobachtet Ernst Schlereth, KVB-Regionalleiter Nordbayern und Begleiter zahlreicher Gruppenzusammenlegungen. Vermehrt finden auch Gespräche zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern zur Einrichtung einer Bereitschaftspraxis statt.

All diese Entwicklungen zeugen von einer Dynamik, die sich nicht mehr aufhalten lässt und die durch die Diskussionen der letzten Monate verstärkt wurde.

Katrin Reb (KVB)

Konstruktive Lösungsansätze im Bereitschaftsdienst sollen dem ärztlichen Nachwuchs gerade auf dem Land wieder eine Zukunft aufzeigen.

WETTBEWERBS- STÄRKUNGSGESETZ – EINE „MOGELPACKUNG“?



Mogelpackung nennt man gewöhnlich eine Verpackung, die über die wirkliche Menge oder Beschaffenheit des Inhalts hinwegtäuscht. Aus Gründen des Verbraucherschutzes ist nach dem Eichgesetz eine Verpackung nicht zulässig, wenn die Füllmenge einer undurchsichtigen Fertigverpackung von dem Fassungsvermögen des Behälters um mehr als 30 Prozent abweicht. Mit anderen Worten: Wenn die Verpackung rund ein Drittel „Luft“ beziehungsweise nicht den erwarteten Inhalt enthält. Welche Schlüsse lassen sich hieraus für die Sozialgesetzgebung ziehen?

Ausgangslage

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, den **Wettbewerb** zwischen den Krankenkassen zu **intensivieren**.

Ungeachtet dessen wurde in diesem Zusammenhang auch § 87a SGB V neu gefasst. Danach haben die Krankenkassen seit dem 1. Januar 2009 sowohl

- die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen maßgeblichen **Punktwerte**, als auch
- die an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende morbiditätsbedingte **Gesamtvergütung** jeweils „**gemeinsam und einheitlich**“ mit der KV zu vereinbaren.

Zwischenbilanz

Nachdem die Regelung des § 87a SGB V nunmehr seit mehr als drei Jahren Rechtswirksamkeit entfaltet

und „gelebt“ wird, kann Bilanz gezogen werden: Es ist festzustellen, dass diese Tatbestandsvoraussetzung des „gemeinsam und einheitlich“ – entgegen der erklärten Intention des Gesetzgebers – den **Wettbewerb** nicht stärkt, sondern vielmehr eklatant **behindert**.

In Abkehr von einem kassenindividuellen, von Mitglieder-Kopfpauschalen geprägten Vergütungssystem gibt es kassen(arten)spezifische Vereinbarungen (wie beispielsweise unsere bayerischen Strukturverträge) bezogen auf die kollektivvertraglichen Regelungen praktisch nicht mehr. Dies hat unter anderem zur Folge, dass die Honorierung bestimmter, in der Vergangenheit mittels solcher Strukturverträge geförderter Leistungen zum Teil erheblich geringer ist. Vereinbart werden nun zwischen den Vertragspartnern (auf Kassenseite „gemeinsam und einheitlich“) die regionalen Punktwerte und daraus abgeleitet die regionale Euro-Gebührenordnung (§ 87a Abs. 2 SGB V). Die die bisherige Budgetierung ablösen-

den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (§ 87a Abs. 3 SGB V) inklusive der jährlichen Anpassungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (§ 87a Abs. 4 SGB V) werden ebenfalls – auf Kassenseite „gemeinsam und einheitlich“ – von den oben genannten Vertragspartnern vereinbart.

Die **Erwartung des Gesetzgebers**, dass durch die Vorgabe einer „gemeinsam und einheitlich“ zu vereinbarenden Vergütungsvereinbarung das Verfahren erheblich vereinfacht und transparenter wird, hat sich **nicht erfüllt**. Im Gegenteil: Die Konsensbildung wurde dadurch erheblich erschwert, da selbst die kleinsten Kassen einen solchen verhindern können. Da die Krankenkassen auf der einen Seite von der Politik bewusst in den Wettbewerb gestellt sind, führt dieser Wettbewerb bei den Vergütungsverhandlungen – wenn sie gemeinsam und einheitlich geführt werden sollen – faktisch zu einer gegenseitigen Blockade.

Diese Einheitlichkeit widerspricht im Ergebnis sowohl dem mit dem GKV-WSG verbundenen Ziel der Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen, als auch dem mit dem GKV-VStG (Versorgungsstrukturgesetz) erklärten Ziel, das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu **flexibilisieren** und zu **regionalisieren**, um damit den Vertragspartnern auf regionaler Ebene mehr Gestaltungsmöglichkeiten bei ihren Vergütungsvereinbarungen zu geben.

Auch die Tatsache, dass – kommt eine gemeinsam und einheitlich zu schließende Vereinbarung nicht zustande – die Entscheidung des Landesschiedsamtes nicht nur dem für die Regionalkassen zuständigen Landesministerium, sondern auch dem daneben für die bundesunmittelbaren Ersatzkassen zuständigen Bundesversicherungsamt (BVA) als Aufsichtsbehörde zur Beanstandung vorzulegen ist, erweist sich infolge der divergierenden aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit als besonders problematisch. Es bleibt trotz der einheitlichen Verhandlungs- und Abschlussverpflichtung selbst bei einer Schiedsamtsentscheidung dabei, dass sowohl die Landesaufsicht als auch die Bundesaufsicht den Schiedsspruch beanstanden können.

Damit wird nicht zuletzt der propagierte Wettbewerb und die von der Politik proklamierte Regionalisierung ad absurdum geführt, denn über die Aufsicht auf Bundesebene kann weiterhin in die regionalen Honorarverhandlungen (selbst bei Schiedsamtsentscheidungen) eingegriffen werden.

Fazit und Forderung

Nach kartellrechtlichen Prämissen sollen Vereinbarungen oder aufeinander abgestimmte Verhaltenswei-

sen zwischen Unternehmen, mit dem Ziel oder der Wirkung, den Wettbewerb zu beschränken, zu verfälschen oder zu verhindern, grundsätzlich – soweit als möglich – unterbunden werden, um die Erringung und den Missbrauch von Marktmacht im Keim zu ersticken. Danach erscheint die Regelung, wonach alle Krankenkassen kraft Gesetzes verpflichtet sind, bei der Vereinbarung der vertragsärztlichen Vergütung – unter dem „Deckmantel“ des Wettbewerbs – „gemeinsam und einheitlich“ zu agieren, zumindest bedenklich. Eine in rechtlicher Hinsicht als problematisch zu beurteilende Zweigleisigkeit hinsichtlich der Aufsicht über die geschlossenen beziehungsweise geschiedsten Verträge (zuständiges Landesministerium einerseits und BVA andererseits) und daraus resultierender vermeidbarer bürokratischer Aufwand, die von immer mehr Krankenkassen erhobene Forderung nach Wiederherstellung der Beitrags- und Gesamtvergütungsautonomie sowie das wieder-

holt erklärte Ziel des Gesetzgebers nach Re-Regionalisierung, zeigen, dass die Zeit reif ist, die Wörter „gemeinsam und einheitlich“ in der gesetzlichen Regelung zur Punktwert- und Gesamtvergütungsvereinbarung ersatzlos zu streichen.

Damit würde der Wettbewerb unter den Krankenkassen um ein Mehr an Qualität sowie um eine angemessene und leistungsgerechte Honorierung der Vertragsärzte befördert, dem Kollektivvertrag neben dem Selektivvertragssystem eine aufrichtige Chance gegeben und letztlich der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt – so wie es das GKV-WSG einst im Jahr 2007 versprochen hat.

Dieses Ergebnis wäre eine ehrliche Verpackung – und keine Mogelpackung.

*Jörg Himbert
(Rechtsabteilung der KVB)*



„FÜR MICH GAB ES KEINE WIDERSTÄNDE, NUR HERAUSFORDERUNGEN“

Der vierte Teil unserer Serie „Praxis und Familie“ führt uns nach Oberfranken. Die idyllisch gelegene Gemeinde Tettau hat 2.286 Einwohner und zwei Hausarztpraxen. Eine davon führt Dr. Ines Pechtold. Sie erzählt uns, wie sie neben ihrer Praxis einen Ehemann, drei Kinder, zwei Enkelkinder, einen Bauernhof, ihr berufspolitisches Engagement und dieses Interview zeitlich scheinbar mühelos unter einen Hut bekommt.

Dr. Ines Pechtold schöpft Kraft aus ihrem Beruf, dem sie als Landärztin mit Leib und Seele nachgeht. Nur so findet sie auch noch Energie für ihre Familie und ihr berufspolitisches Engagement.



Zugegeben, die drei Kinder der 50-jährigen Allgemeinmedizinerin sind inzwischen erwachsen und gehen ihrer eigenen Wege. Doch das war selbstverständlich nicht immer so. Bereits während des zweiten Semesters ihres Medizinstudiums in Jena kommt Tochter Michelle zur Welt. Drei Monate bleibt die junge Mutter zu Hause, dann muss sie zurück in den Hörsaal. Ihr Mann legt beruflich eine Pause ein und versorgt das Kind. Als die Kleine acht Monate alt ist, ergattern die jungen Eltern einen Krippenplatz. „Das war eine große Erleichterung, so konnte auch mein Mann wieder arbeiten

gehen.“ Ines Pechtold entwickelt sich zum Organisationstalent. Zum Beispiel verlegt sie ihre Praktika in die Semesterferien. „Und ich habe mir dafür Krankenhäuser in der näheren Umgebung ausgesucht. Im Grunde lief das alles sehr gut und ließ sich auch mit Kind problemlos meistern.“ 1989 – die junge Frau steckt mitten in ihrer Facharztausbildung an der Kinderklinik Saalfeld – kommt ihr zweites Kind zur Welt. Ines Pechtold unterbricht ihre Facharztausbildung und nimmt sich für den kleinen Sohn und die Tochter, die inzwischen bereits zur Schule geht, ein Jahr Auszeit. Anschließend kehrt sie an die Kinder-

linik Saalfeld zurück. Während ihrer Dienste kümmern sich ihr Mann und die Großeltern um den Nachwuchs. „Die Unterstützung durch die Familie war immer sehr groß und auch sehr wichtig. Meine Eltern, meine Schwiegereltern und natürlich mein Mann haben mir bedingungslos den Rücken frei gehalten.“

Wechsel in die Niederlassung

Nach ihrer Facharztausbildung wechselt die junge Frau 1991 als Assistenzärztin in die Praxis eines niedergelassenen Hausarztes in Rothenkirchen/Oberfranken. Ein Jahr später, Ines Pechtold ist gerade 30 Jahre alt, führen die beiden die Praxis als Gemeinschaftspraxis weiter. „Die Arbeit in der Niederlassung und die Tatsache, dass die Kinder nicht mehr ganz so klein waren, haben es mir insgesamt etwas leichter gemacht, Beruf und Familie unter einen Hut zu bekommen.“

Doch weder die Familienplanung noch die berufliche Weiterentwicklung sind für Ines Pechtold zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen. Die Kindergartenphase von



Dr. Ines Pechtold
(erste Reihe,
zweite von
rechts) inmitten
ihres Teams vor
ihrer Praxis im
oberfränkischen
Tettau.

Sohn Benjamin nutzt sie, um neben ihrer Praxistätigkeit Weiterbildungen in Betriebsmedizin, Akupunktur und Notfallmedizin zu absolvieren. 1999 kommt Nachwuchs Nummer drei zur Welt. Nur sechs Wochen nach der Geburt ihres zweiten Sohnes steht Energiebündel Ines Pechtold wieder in ihrer Praxis. „Das wäre ohne meine Mutter allerdings nicht möglich gewesen, die sich um den Kleinsten gekümmert hat.“

Manchmal ein schlechtes Gewissen

Hatte sie in dieser Zeit jemals das Gefühl, dass ihr irgendwann die Kraft ausgehen könnte? „Nein, dass die Kraft ausgehen könnte, nicht. Aber natürlich habe ich es als Belastung empfunden, dass ich für Zusatzausbildungen, Fortbildungen oder Qualitätszirkel viel unterwegs sein musste und dass meine Kinder meistens am Wochenende auf ihre Mutter verzichten mussten. Ich habe mich häufig schlecht gefühlt, weil ich so wenig Zeit für sie hatte.“ Doch ihr Beruf sei ihr Leben, erzählt Ines Pechtold weiter, und die Familie habe dafür Gott sei Dank immer Verständnis gehabt. Und so sei das

Familienleben eben um ihre Praxiszeiten, Notdienste und Hausbesuche herum organisiert worden.

In Mutters Fußstapfen

Ines Pechtold hat offensichtlich alles richtig gemacht. Ihre Kinder jedenfalls scheinen nicht das Gefühl zu haben, sie seien durch den Beruf der Mutter zu kurz gekommen. Tochter Michelle hat sich die Mutter beruflich sogar zum Vorbild genommen. „Sie ist seit 2009 als Assistenzärztin in Ausbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin in meiner Praxis angestellt, die ich seit 2002 hier in Tettau als Einzelpraxis betreibe.“ Die Unterstützung ihrer Tochter kann Ines Pechtold gut gebrauchen. Immerhin beschäftigt sie inzwischen 14 Mitarbeiter – viele davon in familienfreundlichen Teilzeitmodellen. Die Praxis hat im Quartal zirka 2.300 Scheine. Man könnte also meinen, die 50-Jährige sei ausgelastet – doch weit gefehlt. Seit 2009 engagiert sie sich berufspolitisch im Hausarztverein Kronach Stadt-Land, dessen dritter Vorstand sie ist. Und auch im Ärztlichen Kreisverband Kronach mischt sie seit 2010 ordentlich mit. Zu Hause

warten außerdem ein eigener Bauernhof mit Ziegen, Hühnern, Hasen und Gänsen auf sie. Und die beiden kleinen Enkeltöchter fordern natürlich auch ihr Recht.

Junge Ärzte fürs Land

Woher nimmt sie für all dies die Kraft und Zeit? „Aus meinem Beruf! Wenn man Menschen liebt, wenn man Mut, Selbstvertrauen und Freude an seinem Beruf hat, dann gibt einem das sehr viel zurück. Das schützt einen auch vor einem Burnout. Der Spaß an der Medizin muss immer erhalten bleiben, auch, wenn das bei den immer wiederkehrenden Regressen nicht immer leicht ist.“

Welche familienfördernden Maßnahmen für junge Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung wünscht sich Ines Pechtold von der Politik? „Das neue Versorgungsstrukturgesetz bringt zwar für junge Ärztinnen und Mütter schon viele Erleichterungen, aber wir brauchen auch lukrative Angebote, damit wir junge Arztfamilien aufs Land bekommen.“

Marion Munke (KVB)



MUSKELN UNTER DAUERSTRESS

Wenn das Gehirn aufgrund einer Dystonie an die Muskulatur unablässig zu viele Impulse sendet, hat das für die Betroffenen fatale Folgen. Einzelne Körperregionen, im schlimmsten Fall sogar der ganze Körper, verkrampfen durch die Überaktivität der Muskulatur dauerhaft, ohne dass der Patient sich aus dieser Haltung lösen könnte. Viele Betroffene werden lange nicht diagnostiziert. Ute Kühn, Vorsitzende der Deutschen Dystonie Gesellschaft (DDG) e. V., will deshalb die Ärzteschaft für die seltene Erkrankung Dystonie sensibilisieren.

Ute Kühn ist seit 1998 Mitglied der Deutschen Dystonie Gesellschaft, deren Vorsitzende sie seit 2007 ist. Bis 2003 hat sie einen eigenen Gesprächskreis für Blepharospasmus-Betroffene in München geleitet.

Als Ute Kühn selbst an einer Dystonie erkrankt, ist sie 43 Jahre alt. Sie leidet plötzlich unter müden Augen, merkt, dass diese immer trockener werden. Entsprechend häufig muss sie blinzeln. Das Gefühl des ständigen Blinzeln verstärkt sich besonders beim Autofahren oder in Gesprächssituationen. Im Laufe der Zeit verschlimmern sich ihre Symptome: Aus dem Dauerblinzeln werden Dauerkrämpfe. Ute Kühn kann dann plötzlich ihre Augen nicht mehr öffnen, versucht in solchen Situationen verzweifelt, sie mit den Fingern aufzubekommen. Die alleinstehende Mutter von drei Kindern ist bei jedem Lidkrampf funktionell blind, kann ihren Beruf als Audiometristin nur noch eingeschränkt ausüben. „Das war eine extrem schwierige Zeit, ich war über Monate krankgeschrieben. Innerhalb von zwei Jahren habe ich sieben Augenärz-



te aufgesucht und jeder wusste was anderes.“

Diagnose: Blepharospasmus

1990, also zwei Jahre nach dem Auftreten der ersten Krankheitsanzeichen, geht Ute Kühn in die Augenklinik des Münchner Klinikums rechts der Isar. „Ich saß im Wartezimmer und war völlig verzweifelt.

Da kam ein sehr junger Arzt ins Zimmer, sah mich an und fragte, was er für mich tun könne. Und bevor ich antworten konnte, meinte er: ‚Ach, ich seh’ schon, Sie haben einen Blepharospasmus.‘ So kam ich also endlich zu meiner Diagnose – dank eines jungen Augenarztes, der in der Neurologievorlesung gut aufgepasst hatte.“

Beim Blepharospasmus, dem Lidkrampf, handelt es sich um eine Form der Dystonie, bei der sich die ringförmige Muskulatur, die das Auge umschließt, unwillkürlich und lang anhaltend verkrampft. Bei den meisten Patienten, wie auch bei Ute Kühn, sind beide Augen betroffen. Solange die Muskelkrämpfe andauern, ist der Patient funktionell blind, die gesamte Mimik kann entstellt sein, zusätzlich kann es zu einer Verkrampfung der Mund-, Kau-, und Zungenmuskulatur kommen.



Botulinumtoxin-Therapie

Für die Behandlung dieser und anderer Dystonie-Formen, wie dem Schiefhals, kommt damals wie heute in erster Linie die Injektion von Botulinumtoxin zum Einsatz. Doch 1991 steckt diese Therapie noch in den Kinderschuhen, was Ute Kühn unangenehm zu spüren bekommt. „In einer Universitätsklinik wurde mir Botulinumtoxin zum ersten Mal gespritzt. Das Ergebnis war fürchterlich. Ich hatte ein paar Tage später ein völlig entstelltes Maskengesicht. Weder die Dosierung noch die Injektionspunkte haben gepasst. Und die Spasmen waren auch noch da. Das hat mich so geschockt, dass diese Form der Behandlung für mich in den Folgejahren nicht mehr infrage kam.“ Stattdessen versucht sich Ute Kühn mit einer anderen Medikation durch den Alltag zu kämpfen. Doch die Nebenwirkungen sind so stark, das sie gezwungen ist, das Mittel wieder abzusetzen, zumal es an ihrer eigentlichen Symptomatik nichts verbessert.

1998 überredet sie ihr behandelnder Neurologe erneut zu einer Behandlung mit Botulinumtoxin, da man mit der Abstimmung der Dosierung inzwischen große Fortschritte gemacht habe. Widerwillig stimmt Ute Kühn zu. Diesmal lässt sie sich das Medikament am Klinikum rechts der Isar verabreichen. „Fünf Tage nach dieser Injektion konnte ich meine Augen wieder problemlos

öffnen. Das war wunderbar. Denn jetzt konnte ich auch endlich wieder ungehindert meinen Beruf ausüben, was vorher ja gar nicht möglich war.“ Aufgrund von individuellen Minimaldosierungen und das Wissen um die richtigen Injektionspunkte bleibt die Mimik der Patientin diesmal erhalten. Seitdem muss sich Ute Kühn alle drei Monate aufgrund der dann langsam nachlassenden Wirkung nachspritzen lassen. Dass die Injektion von Botulinumtoxin in ihrem Fall – als Blepharospasmus-Patientin – von der Kasse übernommen wird, ist für sie persönlich ein Segen. Auch bei der Diagnose Torticollis, dem sogenannten Schiefhals, übernehmen die Krankenkassen die Behandlungskosten. Patienten, die an einer der vielen anderen Formen der Dystonie leiden, haben weniger Glück.

Eigene Abrechnungsziffer

Als Vorsitzende der DDG ist es Ute Kühn deshalb heute ein besonderes Anliegen, dass möglichst alle Dystonie-Patienten – mit Ausnahme derjenigen, denen nur noch eine Hirnschrittmacher-Operation helfen kann –, von einer Behandlung mit Botulinumtoxin profitieren. „Wir wünschen uns dafür eine eigene Abrechnungsziffer im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.“ Ute Kühn beschreibt die Abwärtsspirale, in die ein Dystonie-Patient ohne Unterstützung mit Botulinumtoxin relativ schnell

geraten kann. „Wer sich diese Medikation privat nicht leisten kann, wird oft arbeitsunfähig, verliert seinen Job, zieht sich zurück und entwickelt nicht selten eine schwere Depression. Das kostet den Staat mehr, als einen solchen Patienten mit regelmäßigen Botulinumtoxin-Injektionen arbeits- und gesellschaftsfähig zu erhalten.“

Und noch etwas wünscht sich die heute 65-Jährige: dass die Ärzte für die Gabe von Botulinumtoxin besser honoriert werden. „Im Moment wird die Behandlung wie eine ganz normale Injektion abgerechnet. Aber bei der Behandlung von Dystonie-Patienten sind manchmal 20 Spritzpunkte oder mehr erforderlich. Das dauert seine Zeit. Der Arzt kann deshalb höchstens vier Patienten in der Stunde behandeln. Wirtschaftlich ist das für ihn völlig unrentabel.“

Schnellere Diagnosen

An die Ärzte selbst appelliert die DDG-Vorsitzende, bei auffälligen Bewegungsstörungen öfter an eine mögliche Dystonie zu denken und die Patienten entsprechend schnell in eine neurologische Behandlung zu überweisen. „Nicht alles ist mit Massagen und Physiotherapie heilbar – leider.“

Marion Munke (KVB)

Kontakt und weitere Informationen unter www.dystonie.de. Hier finden Sie auch die Adressen der regionalen Selbsthilfegruppen in Deutschland und wichtige Terminhinweise.

SCHLÜSSELMETHODE TELEMONITORING

Telemonitoring bewegt sich in einem komplexen Umfeld. Grundsätzlich kann es erst nach Ausbau der Angebote und Integration in die Regelversorgung sein Innovationspotenzial voll entfalten. Die bisher eher isolierten Ansätze konnten dieser Versorgungsform noch zu keinem Durchbruch verhelfen, aber die Weichen sind gestellt.

Telemonitoring ist jene Methode der Gesundheitsversorgung, die unter Nutzung von Telematik zur Überbrückung von räumlicher oder zeitlicher Distanz eine Diagnostik oder Therapieüberwachung zwischen Arzt und Patienten möglich macht. Die bisherigen Erfahrungen mit dieser Methode bestätigen als ergänzendes Mittel zur Betreuung durch Arzt und Kliniken besonders bei chronisch kranken Patienten sowohl finanzielle wie auch medizinische Vorteile für die Versorgung.

In Krankheitssituationen, bei denen eine lückenlose Beobachtung vor Ort nicht notwendig ist, sondern eine ärztliche Überprüfung klinischer Werte ausreichende Sicherheit gibt, hat sich in Pilotprojekten das Telemonitoring bereits mit der Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse als Unterstützung bewährt. Einfach zu benutzende Geräte, wie zum Beispiel Blutdruckmessung mittels Handgelenkmanschette, Pulserfassung über einen Finger-Clip, ein Gürtel mit integrierten EKG-Sensoren können genauso wie die Übertragung ganz anderer Biosignale eine laufende Gesundheitsversorgung für die verschiedensten Erkrankungen nahtlos verfügbar machen.

Neben der unmittelbaren medizinischen Hilfe zeigen sich bei Patien-

ten, die Telemonitoring nutzen, auch psychologische Effekte, die den Erfolg der Therapie direkt oder indirekt sichern können. Eine am Heidelberger Universitätsklinikum durchgeführte Studie belegt beispielsweise, dass der regelmäßige telemedizinische Kontakt zu Arzt und Klinik dazu führt, dass Medikamente zuverlässiger eingenommen werden.

Die Möglichkeiten telemedizinischer Betreuung sind mit „einfachen“ Unterstützungsfunktionen bei der direkten Behandlung von akuten oder chronischen Erkrankungen längst nicht ausgeschöpft. Ein großes Potenzial zur Vermeidung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen und damit auch erhöhter Kosten liegt im Bereich der Prävention. Insgesamt zeigt die Studienlage, dass mit den Methoden des Telemonitorings medizinisch einwandfreie Ergebnisse erzielt werden können. Daher steht man hier schon in der Phase der Einführung.

Während beim Telemonitoring die Entwicklung entsprechender Dienste vor allem auf die aktive Unterstützung von Patienten oder Ärzten abzielt, werden gegenwärtig aus dieser Schlüsselmethode auch Systeme für ganz andere Anwendungsbereiche entwickelt, die betreuten Personen direkt oder indirekt mit passiver Hilfe zur Seite stehen können.

Für chronisch Erkrankte, Behinderte oder Senioren können Sensoren weitgehend unbemerkt von der betreuten Person im Hintergrund arbeiten und Notfälle erkennen. Am Körper getragene Bewegungssensoren können beispielsweise körperliche Aktivität oder deren Ausbleiben überwachen und übermitteln. Fest in der Wohnung installierte Umgebungssensoren können zum Beispiel ungewöhnliche Ereignisse wie Stürze selbsttätig melden. Ziel dieser als „Ambient Assisted Living“ (AAL) bezeichneten Methode ist es, den betreuten Personen trotz körperlicher Beeinträchtigung ein weitgehend normales Leben in ihrer eigenen Umgebung zu ermöglichen. Gleichzeitig geben solche elektronischen „Helfer“ die Sicherheit, dass in einem Notfall Pflegedienst, Hausarzt oder Notarzt ohne Zeitverzögerung alarmiert werden.

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

Ergänzende Literatur

VDE Verband der Elektrotechnik Elektronik Informations-technik e. V., Studie Pro Telemonitoring, <http://www.vde.com/de/InfoCenter/Studien-Reports/Seiten/Studien.aspx>

ERSTER HYGIENETAG DER KVB

Der richtige Weg zur Vermeidung von Infektionen bei Patienten und Mitarbeitern in der Arztpraxis führt über eine gute Händehygiene. Unter diesem Leitmotiv stand der erste Hygienetag der KVB am 5. Mai 2012 in München. Anlässlich des „Internationalen Tags der Händehygiene“, den die Weltgesundheitsorganisation jedes Jahr zu diesem Datum ausruft, stand die Veranstaltung ganz im Zeichen von Händedesinfektion und Hautschutz. Den 120 Teilnehmern wurde ein abwechslungsreiches Programm geboten.

Gleich zur Begrüßung machte Dr. Josef Pilz, Regionaler Vorstandsbeauftragter der KVB für München, deutlich, dass eine gute Händehygiene das A und O in der Praxis sein muss, um sich selbst und die Patienten vor Erregerübertragungen zu schützen. „Eine moderne Arztpraxis braucht medizinisches Personal, das sich für Hygiene einsetzt“, betonte er angesichts der vielen medizinischen Fachangestellten, die zum Hygienetag gekommen waren. „Wir sollten das Thema aktiv angehen und unsere Stärken herausstellen“, rief er die Gäste auf, immer an die in einer Arztpraxis bestehenden Infektionsrisiken zu denken.

Die Vorträge am Vormittag beleuchteten verschiedene Aspekte der Händehygiene. Von praktischen Erfahrungen und Tipps zur Händedesinfektion, aber auch zum Schutz und Pflege der Hände, bis hin zu den Aktivitäten der KVB im Bereich der Hygiene boten die Referenten einen umfassenden Überblick und Ansatzpunkte für intensive Diskussionen. Dr. Christiane Reichardt, Universitätsmedizinerin der Charité in Berlin und Fachkoordinatorin der bundesweiten „AKTION Saubere Hände“ zur Förderung der Händehygiene in medizinischen Einrichtungen, betonte in ihrem Vortrag die besondere Verantwortung des Praxisinhabers. „Als Chef einer Arzt-



Nach der Händedesinfektion: Betrachtung unter UV-Licht zur Darstellung von Benetzungslücken

praxis sind Sie verantwortlich, Ihre Mitarbeiter zur Händedesinfektion zu motivieren und somit Hygienequalität im Alltag zu garantieren.“ Dr. Berndt R. Birkner, niedergelassener Gastroenterologe und Endoskopie-Spezialist in München, stellte heraus, dass der Weg zu einer guten Händehygiene immer wieder Disziplin von Ärzten und Mitarbeitern fordere. Umso wichtiger sei das Verständnis für Übertragungswege von Erregern und die Umsetzung von Hygieneplänen als Qualitätssicherungsmaßnahme. Dr. Lutz Bader, Fachreferent Hygiene der KVB, stellte das umfangreiche Angebot der KVB für ihre Mitglieder zur Unterstützung und Fortbildung in Sachen Hygiene sowie das KVB-Projekt „AKTION Saubere Hände“ für Arztpraxen in Bayern vor. Am Nachmittag hatten die Teilnehmer Gelegenheit, sich in verschiedenen Workshops mit der Thematik noch intensiver zu befassen. Neben der Basis-

hygiene in der Praxis und der Aufbereitung von Medizinprodukten wurden auch hygienisch relevante Indikationen und Kasuistiken für die Händedesinfektion besprochen und eine spezielle Fortbildung zum Umgang mit MRSA-Patienten angeboten.

Begleitet wurde das umfassende Programm des Hygienetags von einer Industrieausstellung. Zu Gast waren Hersteller von Produkten für die hygienische Händedesinfektion, die auch mittels UV-Licht-Stationen anschaulich zeigten, welche Hautstellen bei der Händedesinfektion häufig zu kurz kommen.

Weitere Informationen und die Präsentationen des Hygienetags finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Über uns/Veranstaltungen und Termine/Erster Hygienetag der KVB*.

Janina Bär (KVB)

HIER IST PLATZ FÜR IHRE MEINUNG

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



Der Traum von einem Gesundheitszentrum für Migranten

KVB FORUM 3/2012, Seite 30



Mit Interesse haben wir Ihren Artikel zur Versorgung von Migranten gelesen. Aus der täglichen Praxis weiß jeder, wie schwierig der Umgang mit Migranten sein kann: Verständnisprobleme, die richtige Wortwahl, andere Vorstellungen von Krankheiten und deren Ursachen, andere Vorstellungen zum sozialen Umfeld (Stichwort: die Bedeutung der Familie) usw. Natürlich benötigen diese Patienten mehr Zeit für die Versorgung als solche, bei denen diese Schwierigkeiten nicht vorliegen und jeder Arzt arbeitet daran, den persönliche Wertvorstellungen, religiösen Einstellungen und individuellen Besonderheiten der Patienten gerecht zu werden.

Ein Gesundheitszentrum für Migranten ist eine gute Chance, die medizinische Versorgung in speziellen Fällen – gerade auf psychotherapeutischem Gebiet – zu verbessern. Dennoch möchten wir ergänzen, dass dies nicht allein stehen darf. Für ein echtes „Miteinander“ in unserer Gesellschaft dürfen wir nicht dem Irrglauben verfallen, alle Pro-

bleme könnten an das Gesundheitszentrum für Migranten abgegeben werden. Wir meinen, alle Seiten müssen hierzu beitragen. Beispielsweise sind Sprachkurse die wichtigste Voraussetzung für den Einstieg in unsere Gesellschaft. Viele Patienten schaffen es in bemerkenswerter Zeit, sich die deutsche Sprache anzueignen und ab dann werden auch Kontakte zwischen den Kulturen geknüpft.

Ein zweiter unverzichtbarer Bestandteil ist, dass auch die Praxen sich mit der Problematik der Migranten beschäftigen, Verständnis füreinander entwickeln und somit langfristig jede Praxis ein „Gesundheitszentrum für alle Menschen“ wird. Diesen Traum können wir nur gemeinsam erreichen.

*Melanie Huber (Arzthelferin),
Praxis Dr. Stephan Gotsmich,
Landshut*

Neue Strukturen im Bereitschaftsdienst

KVB FORUM 3/2012, Seite 32



Die grundsätzlichen Probleme der ärztlichen Versorgung außerhalb

der üblichen Sprechstundenzeiten, insbesondere in den ländlichen Gegenden, sind nichts Neues und nicht zuletzt auch ein Grund, warum viele Kollegen ihre Landpraxis (auch wegen der enormen körperlichen Belastung nachts und am Wochenende) nicht mehr weiter führen können oder wollen. Auch neue junge Kollegen sind aus diesem Grund für diese Landpraxen schwer zu finden.

Der KVB-Vorstand sucht jetzt mithilfe des Know-hows entsprechender interner Fachleute einen intensiven Kontakt mit den vor Ort tätigen Kollegen. Nicht nur die Bereitschaftsdienstsprecher der jeweiligen Bezirke, sondern auch die Ärzte, die vor Ort die Arbeit erbringen, sind gefragt. Hierfür kann man dem Vorstand dankbar sein.

Es gibt insbesondere die Idee, auch Ärzte aus den nicht patientenbezogenen Facharztgruppen (Pathologen, Mikrobiologen) mit in den Bereitschaftsdienstplan zu integrieren. Dies wäre sicherlich eine zeitliche Entlastung für die Kollegen auf dem Land. Aus Qualitätsaspekten sind jedoch Zweifel angebracht. Ein Kollege, der jahrelang hoch spezialisierte Leistungen, zum Beispiel in der Pathologie oder Mikrobiologie, erbringt, wird sich im hausärztlichen Bereitschaftsdienst relativ schwer tun, „verschleierte“ Verläufe unter den einfachen Mitteln des Hausbesuches schnell zu erkennen. Dann kann es allzu schnell zu einem über-

sehenen Herzinfarkt oder einem nicht erkannten akuten Abdomen mit teilweise fatalen Folgen für den Patienten kommen.

Auch wenn das Bundessozialgericht (BSG) in mehreren Entscheidungen die Fachkompetenz für jeden approbierten Arzt, nämlich die Notfallversorgung sicherzustellen, immer wieder konstatiert hat, so müssen jedoch aus Qualitätsüberlegungen Zweifel erlaubt sein. Der Hinweis des BSG, dass sich diese Ärzte, wenn sie sich nicht hinlänglich sicher fühlen würden, Schulungsmaßnahmen unterziehen sollten, zeigt schon einen gewissen Zynismus. Ein weiterer „rechtlicher“ Vorschlag, dass sich diese Arztgruppen durch andere qualifizierte Kollegen, beispielsweise aus der Allgemeinmedizin oder der Inneren Medizin, vertreten lassen sollten, erscheint ebenfalls nicht unproblematisch, wenn man die Bestimmungen der Zulassungsverordnung restriktiv auslegt. Dies tut die KVB dankenswerterweise im Interesse der von ihr vertretenen Ärzteschaft eben nicht.

Einer der wichtigsten Verbesserungsvorschläge ist eine adäquate Bezahlung des ärztlichen Hausbesuchsdienstes zu Unzeiten. Auch wenn es zynisch klingt, eine Honorierung analog eines Schlüsseldienstes wäre wohl die untere noch erträgliche Grenze für die diensthabenden Kollegen. Jeder von ihnen weiß aus eigener Erfahrung, dass, wenn er zweimal nachts (zum Beispiel um 2.00 Uhr und um 4.00 Uhr) geweckt wird und dann zu einem Hausbesuch fährt, die Nacht komplett im „Eimer“ ist – und dies noch für einen Gesamtstundenlohn pro Dienstschrift, der unter dem eines Hilfsarbeiters liegt.

Dem „Abfischen“ durch den Rettungsdienst muss Einhalt geboten werden. Immer häufiger landen Pa-

tienten mit hausärztlichen Erkrankungen viel zu schnell in der nächsten Klinik, da „versehentlich“ die falsche Telefonnummer (zum Beispiel die des Rettungsdienstes) angerufen wurde. Auch hier geht es ums Geld. Die Rettungsdienste brauchen große Transportzahlen, um ihren Betrieb adäquat aufrecht erhalten zu können. Auch das DRG-System hat Einfluss auf das Aufnahmeverhalten der jeweiligen Klinik. Es mutet oft seltsam an, wenn der ärztliche Bereitschaftsdienst nach einem Rettungsdienstesatz in die Wohnung des Kranken „nachgefordert“ wird, da der Patient eine Krankenhauseinweisung kategorisch verweigert und er seine Gastroenteritis von einem qualifizierten Hausarzt vor Ort zu behandeln wünscht.

Manche Krankheitsbilder sind am Telefon sicherlich schwer zu beurteilen. Mit jahrelanger Erfahrung – die bei den Mitarbeitern in der vertragsärztlichen Einsatzzentrale vorhanden ist – lässt sich jedoch mit relativ großer Sicherheit voraussagen, ob bei den geschilderten Kopfschmerzsymptomen konkrete Anhaltspunkte für eine Subarachnoidalblutung vorliegen oder nicht. Nicht jeder Bauchschmerz muss auch gleich mit Verdacht auf Mesenterialinfarkt in die nächste Klinik gebracht werden. In der Regel kann der Bereitschaftsarzt vor Ort relativ schnell abklären, ob Diagnostik und Therapie in der Wohnung des Patienten ausreichend sind, oder eine Einweisung zur stationären Behandlung tatsächlich unvermeidbar ist. Auch der ältere, etwas exsikierte Patient bedarf nur in seltenen Fällen eines Krankentransports zu einer stationären Behandlung. In der Regel kann der Bereitschaftsarzt vor Ort adäquat therapieren. Wenn also die Kollegen in den Bereitschaftsdienstschriften wieder mehr zu tun haben (Erhöhung der Besuchszah-

len), dann bessert sich folglich wieder deren Honorarsituation.

Nicht zuletzt muss berücksichtigt werden, dass bei Abgabe eines Bereitschaftsdienstes an einen anderen Arzt, Letzterer vom Auftraggeber adäquat bezahlt werden muss. Dies ist umso leichter, wenn eine genügende Zahl von Hausbesuchen während einer Dienstschrift durchzuführen ist. Nicht der Konkurrenzkampf mit dem Rettungsdienst ist unser Ziel, sondern eine Kooperation. Diese kommt allen zugute und würde helfen, viele Probleme zu lösen.

Es ist zu hoffen, dass der KVB-Vorstand seine guten Vorsätze für die neue Bereitschaftsdienstordnung erfolgreich umsetzen kann. Den Mitgliedern in der Vertreterversammlung kann man nur wünschen, dass diese die Weisheit haben, die Arbeit des Vorstands insofern engagiert – bei Bedarf auch kritisch – zu unterstützen und nicht aus persönlichen, politischen beziehungsweise grundsätzlichen Überlegungen im Einzelfall eine unnötige Oppositionsarbeit betreiben. Es geht jetzt um viel. Die Stärke der bayerischen Vertragsärzteschaft kann gegenüber Dritten am besten durch eine interne Geschlossenheit nach außen demonstriert werden.

*Dr. Albrecht Stein,
München*

ERSTER MÄNNER- GESUNDHEITSBE- RICHT VORGESTELLT

Bayerns Männer sollen gesünder werden. Das hat Gesundheitsminister Dr. Marcel Huber bei der Vorstellung des ersten bayerischen Männergesundheitsberichts am 20. April betont. Unter dem Motto „Gesundheit, Männer!“ hat das Bayerische Gesundheitsministerium gemeinsam mit Partnern wie dem FC Bayern, der Bayerischen Landesärzte-, Landesapotheker-, Landespsychotherapeutenkammer, den Krankenkassen, der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft und dem Sozialverband VdK eine bayernweite Kampagne gestartet, die Männer zu einer gesünderen Le-



**Eine breit
gefächerte Kam-
pagne soll die
Männer im Frei-
staat zu einer
gesünderen
Lebensweise
motivieren.**

bensweise motivieren soll. „Wir wollen Männern zeigen, dass es kein Zeichen von Schwäche ist, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Ziel ist es, die Männer in Hinblick auf eine gesündere Lebensweise zu informieren, zu motivieren und zu aktivieren“, so der Minister. Der erste bayerische Männergesundheitsbericht zeigt: Männer leben durchschnittlich fünf Jahre kürzer als Frauen. Sie sind häufiger und früher von Herz-Kreis-

lauf-Erkrankungen oder Diabetes betroffen, Herzinfarkte treten bei Männern im Schnitt zehn Jahre früher auf als bei Frauen. Die häufigsten Probleme der Männer sind Bluthochdruck (26 Prozent), erhöhte Blutfettwerte (knapp 22 Prozent), chronische Rückenschmerzen (15 Prozent) und Diabetes (sieben Prozent). Von Diabetes sind bei den über 65-Jährigen sogar 22,7 Prozent betroffen. Der Grund liegt in einer häufig ungesünderen Lebensweise: zu wenig Bewegung, unausgewogene Ernährung, zu viel Alkohol und Nikotin. Hinzu kommt, dass gerade einmal 25 Prozent der Männer die angebotenen Vorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen wahrnehmen. Bei den Frauen sind es 60 Prozent.

„Viele Erkrankungen sind durch einen gesunden Lebensstil und eine rechtzeitige Diagnose vermeidbar beziehungsweise gut therapierbar. Wer sich ausgewogen ernährt und regelmäßig bewegt, steigert seine Lebensqualität und Lebenserwartung. Das wollen wir verstärkt ins männliche Bewusstsein rücken“, betonte Huber.

Mehr zu diesem Thema inklusive Informationen über Früherkennungsuntersuchungen für Männer und Tipps für einen gesünderen Lebensstil bietet das neue Internetportal www.maennergesundheitsbayern.de. Hier wird auch über geplante Veranstaltungen informiert.

Redaktion

FALK-KVEN FORDERN UNTERSTÜTZUNG

Die Vorstände der in der FALK-Kooperation verbundenen Kassenärztlichen Vereinigungen aus Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern

fordern von der Bundesregierung und dem Bundesgesundheitsministerium einen Ausgleich für die laufend steigenden Personalkosten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Anfang Mai war bekannt geworden, dass die Regierungskoalition aus CDU/CSU und FDP den Krankenhäusern einen Ausgleich für Tarifsteigerungen in Höhe von rund 300 Millionen Euro zugesagt hat. Einen solchen Zuschlag in ähnlicher Höhe müsse es nun auch für den ambulanten Bereich geben, so die Vorstände der FALK-KVen: „Das Gros der Behandlungsfälle läuft in den Praxen der niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten. Um eine umfassende Versorgung weiterhin zu gewährleisten, ist es aber notwendig, auch entsprechende finanzielle Mittel zur Verfügung zu haben.“

In einem Schreiben an den gesundheitspolitischen Sprecher der Unions-Fraktion im Deutschen Bundestag, Jens Spahn, hatten die Vorstände der FALK-KVen bereits Ende April die Problematik für die Praxen der Niedergelassenen aufgezeigt. Durch die Tariflohnerhöhung für Medizinische Fachangestellte zum 1. April 2012 ist der Kostendruck in den Praxen weiter gewachsen. Eine Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland hatte erst kürzlich gezeigt, dass die Personalkosten mit durchschnittlich 43,5 Prozent den größten Block bei den Praxisaufwendungen darstellen. „Die Kostensteigerungen stellen viele Kolleginnen und Kollegen im Praxisbetrieb vor Herausforderungen, denen durch die vielen Regulierungen nur begrenzt begegnet werden kann“, heißt es dazu in dem Schreiben der FALK-Vorstände an den Unionspolitiker Spahn.

Redaktion

PFLEGEHEIMVER- SORGUNG DURCH ÄRZTEVERBÜNDE

Dass Kooperationen von Ärzten bestens geeignet sind, die medizinische Versorgung von Menschen in Pflegeheimen auf hohem Niveau sicherzustellen, beweisen die Ergebnisse des vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) vorgelegten Pflege-Qualitätsberichts. Sowohl die von Geriatrischen Praxisverbänden (GPV) als auch die von AOK-Pflegenetzen betreuten bayerischen Heime erzielten überdurchschnittliche Bewertungen hinsichtlich der medizinischen Qualität der Versorgung. Insgesamt zwölf durch Kooperationen von niedergelassenen Haus- und Fachärzten betreute Heime in Bayern bekamen bezüglich der medizinischen Qualität der Versorgung sogar die Bestnote 1,0. Der Vorstand der KVB betonte in diesem Zusammenhang, dass diese hervorragenden Ergebnisse eindeutig belegen, dass die Angebote der niedergelassenen Ärzte im Bereich der Pflegeheimversorgung sinnvoll sind – und zwar nicht nur hinsichtlich der Kosten, sondern auch hinsichtlich der Qualität. Modelle ärztlicher Kooperationen in der Pflegeheimversorgung müssten darum weiter ausgebaut werden.

Der Vorstand der KVB forderte den Gesetzgeber dazu auf, im Rahmen der Diskussion zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz die Erfolge von Ärzteverbänden in der Pflegeheimversorgung anzuerkennen und Kooperationsmodelle dementsprechend zu fördern. Zudem sollte gesetzlich festgelegt werden, dass nicht länger die Krankenkassenzugehörigkeit darüber entscheiden darf, ob Patienten durch Ärzteverbände betreut werden können.

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, Iris Kleinhenz

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
Internet www.kvb.de

Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck:

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

Bildnachweis:

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit (Seite 28)
iStockphoto.com (Titelseite, Seite 2, 4, 5, 7, 8, 17, 19, 22, 23, 30, Rückseite), privat (Seite 13, 20, 21,), KVB (alle weiteren)

Nächster Redaktionsschluss:

1. Juni 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 / 57 09 3 – 4 00 10
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 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 / 57 09 3 – 4 00 50
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 51
 E-Mail IT-Beratung@kvb.de

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

Online-Dienste

Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 40
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 41
 E-Mail Online-Dienste@kvb.de

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

Verordnung

Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 30
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 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 / 57 09 3 – 4 00 60
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 4 00 61
 E-Mail Benutzerkennung@kvb.de

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

KVB-Seminare

Telefon 0 89 / 57 09 3 – 4 00 20
 Fax 0 89 / 57 09 3 – 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.

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
Wiebke Stöppelmann	09 11 / 9 46 67 – 3 36	Wiebke.Stoepelmann@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.

München und Oberbayern	Birgit Beck	0 89 / 5 70 93 – 32 15	Birgit.Beck@kvb.de
	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
	Miriam Radtke	0 89 / 5 70 93 – 34 57	Miriam.Radtke@kvb.de
	Anneliese Zacher	0 89 / 5 70 93 – 43 30	Anneliese.Zacher@kvb.de
Schwaben	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
	Anja Röbke	08 21 / 32 56 – 2 32	Anja.Roessle@kvb.de
Niederbayern	Dieter Walter	08 21 / 32 56 – 2 31	Dieter.Walter@kvb.de
	Anton Altschäffl	0 94 21 / 80 09 – 3 01	Anton.Altshaeffl@kvb.de
	Heidi Holzleitner	0 94 21 / 80 09 – 3 05	Heidi.Holzleitner@kvb.de
Oberpfalz	Martin Pöschl	0 94 21 / 80 09 – 3 13	Martin.Poeschl@kvb.de
	Franz Ferstl	09 41 / 39 63 – 2 33	Franz.Ferstl@kvb.de
Oberfranken	Siegfried Lipp	09 41 / 39 63 – 1 51	Siegfried.Lipp@kvb.de
	Michaela Hofmann	09 21 / 2 92 – 2 29	Hofmann.Michaela@kvb.de
Mittelfranken	Iris Püttmann	09 21 / 2 92 – 2 70	Iris.Puettmann@kvb.de
	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
Unterfranken	Joachim Streb	09 11 / 9 46 67 – 3 71	Joachim.Streb@kvb.de
	Michael Heiligenthal	09 31 / 3 07 – 3 02	Michael.Heiligenthal@kvb.de
	Peter Schäfer	09 31 / 3 07 – 3 01	Peter.Schaefer@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

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
	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 Vachenaue	08 21 / 32 56 – 2 42	Monika.Vachenaue@kvb.de
Niederbayern	Silke Würflingsdobler	08 21 / 32 56 – 2 39	Silke.Wuerflingsdobler@kvb.de
	Silvia Böker	0 94 21 / 80 09 – 3 06	Silvia.Boeker@kvb.de
Oberpfalz	Dagmar Wiedemann	0 94 21 / 80 09 – 4 84	Dagmar.Wiedemann@kvb.de
	Birgit Reichinger	09 41 / 39 63 – 3 90	Birgit.Reichinger@kvb.de
Oberfranken	Mario Winklmeier	09 41 / 39 63 – 1 90	Mario.Winklmeier@kvb.de
	Christa Hammer	09 21 / 2 92 – 2 26	Christa.Hammer@kvb.de
Mittelfranken	Jürgen Opel	09 21 / 2 92 – 2 28	Juergen.Opel@kvb.de
	Beate Wolf	09 21 / 2 92 – 2 17	Beate.Wolf@kvb.de
	Monika Gibanica-Maier	09 11 / 9 46 67 – 4 47	Monika.Gibanica-Maier@kvb.de
Unterfranken	Doris Saalwirth	09 11 / 9 46 67 – 4 42	Doris.Saalwirth@kvb.de
	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

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	Detlev Bartmus	0 89 / 5 70 93 – 28 79	Detlev.Bartmus@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
	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. Elfriede Buker	09 11 / 9 46 67 – 6 71	Elfriede.Buker@kvb.de
	Dr. Claudia Fischer	09 11 / 9 46 67 – 6 75	Claudia.Fischer@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



PALLIATIVE CARE

Neues Fortbildungsangebot für psychotherapeutische Begleitung



GESUNDHEITSPOLITIK AUS ERSTER HAND

Experten diskutieren auf BGF-Forum



MORBUS PARKINSON

Selbsthilfegruppen machen auf ihre Angebote aufmerksam



ZUKUNFT UNGEWISS

Was wird aus der ärztlichen Versorgung auf dem Land?